



Unité d'endoscopie

Répertoire
des
guides
de
planification
immobilière

2^e édition

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

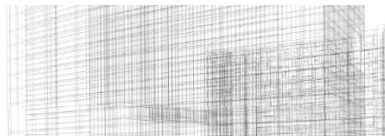
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-73759-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2015



Coordination

Lise-Anne Piette, architecte, M. Sc. Arch., Direction de l'expertise et de la normalisation, MSSS
Claude Marcil, conseiller en retraitement des dispositifs médicaux et organisation clinique, Service de biovigilance et de biologie médicale, Direction de l'accès, des technologies et de la biologie médicale, MSSS

Rédaction générale

Lise-Anne Piette, architecte, M. Sc. Arch., Direction de l'expertise et de la normalisation, MSSS

Remerciements

Le présent guide a été réalisé grâce à la collaboration des personnes et organismes suivants :

Comité d'experts

Claire Huot, conseillère-cadre à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

Pierre Bertrand, infirmier clinicien URDM, CSSS de l'Énergie

Michèle Cormier, coordonnatrice clinicoadministrative, Regroupement soins spécialisés, CSSS du Sud de Lanaudière – site Hôpital Pierre-Le Gardeur

Marie-Josée Haeck, adjointe à la coordination de l'imagerie médicale, endoscopie et chef de la médecine nucléaire, Cité de la santé de Laval

Martin Rousseau, coordonnateur, gestion des bâtiments, CSSS de Trois-Rivières, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Annie Letourneau, architecte, conseillère aux établissements, CSSS de Trois-Rivières

Benoît Thibault, ingénieur, conseiller planification et développement immobilier, CSSS du Nord de Lanaudière

Vincent Veilleux, conseiller aux établissements, CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord

Mélissa Giroux, chef d'unité bloc opératoire, endoscopie, court séjour et stérilisation, CSSS Sorel-Tracy et CSSS Pierre de Sorel ainsi que l'AGS

Riadh Benziane, ingénieur débutant, M. Sc., cadre gestionnaire, Centre provincial de référence en stérilisation, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Monique Delorme, consultante en prévention et contrôle des infections au MSSS ainsi que d'autres experts invités sur demande.

Sous-comité technique

Benoît Thibault, ingénieur, conseiller planification et développement immobilier, CSSS du Nord de Lanaudière

Riadh Benziane, ingénieur, Centre provincial de référence en stérilisation

Martin Rousseau, architecte, CSSS Trois-Rivières, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

André Matte et Esther Rinfret, ingénieurs du MSSS

Comité de lecture

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), Robert Clouâtre

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), Sylvie Bédard, Guy Bertrand et Jocelyn Villeneuve

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), Jérôme Ouellet

Regroupement des directeurs des services techniques associés (RDSTA), Denis Beauchemin

Association des infirmières en prévention des infections (API), Nathalie Audy

Association Hygiène et salubrité en santé (AHSS), Bruno Dubreuil et Denis Lavoie

MSSS, membres du CIPIN (Céline Drolet), Direction de l'accès, des technologies et de la biologie médicale (Paul Boivin), Direction de l'expertise et de la normalisation (Louise Beaudoin) et Direction des services hospitaliers et des affaires universitaires (Cynthia Beaudoin et Nathalie Labrecque)

Association des gastro-entérologues du Québec (AGEQ), Dr Pierre Hallé

Association des anesthésiologistes du Québec (AAQ), Dre Annie Lagacé

Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec (APIBQ), Marie-Claude Beauchemin

Association des gestionnaires en stérilisation (AGS), Diane Pinsonneault et Anne-Marie Rancourt

Institut nationale de santé publique du Québec – Centre d'excellence en retraitement des dispositifs médicaux, Andrée Pelletier

Finalement, nous remercions les équipes d'endoscopie des divers établissements qui nous ont reçus et nous ont permis de partager leurs expériences ainsi que leur environnement de travail en vue de faire progresser le guide. Leur contribution a été grandement appréciée.

CSSS de Trois-Rivières, Marielle Vincent, Luce Lafrenière et Nadine Côté

CSSS de l'Énergie, Hôpital de Shawinigan, Gilles Boisclair

CHUS, Denis Beauchemin et Josée Grimard

CUSM, Daniel Houle et Maria Diaz

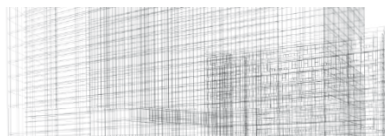
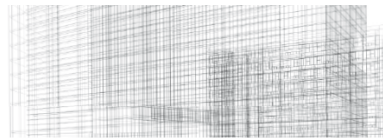


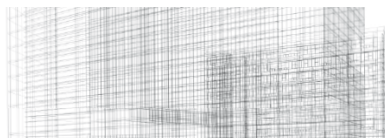
Table des matières

DOMAINE D'APPLICATION	1
1. Contexte.....	1
1.1 Définition	1
1.2 Description des activités.....	1
1.3 Description des occupants (clientèle et accompagnants, personnel)	3
1.3.1 Clientèle et accompagnants	3
1.3.2 Personnel	4
1.4 Logistique.....	4
1.5 Risques.....	10
1.6 Tendances.....	15
1.6.1 Nouvelles interventions	15
1.6.2 Évolution technologique	15
2. Éléments de programmation	16
2.1 Critères de conception.....	16
2.2 Organisation spatiale	18
2.2.1 Description des secteurs d'activité	18
2.2.2 Liaisons fonctionnelles.....	19
2.2.3 Sous-composantes, locaux et espaces.....	23
2.2.4 Dimensions génériques.....	28
2.2.5 Équipement médical	28
2.3 Locaux spécifiques	29
2.4 Calcul des superficies.....	40
3. Objectifs de performance technique	41
4. Références.....	54
4.1. Sources documentaires	54
4.2. Projets.....	56
4.3. Glossaire	58
Annexe 1.....	62
Annexe 2.....	63
Tableau des modifications	64



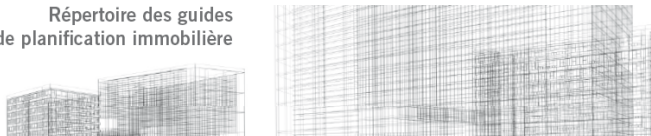
Liste des tableaux

Tableau des endoscopies diagnostiques ou thérapeutiques.....	3
Parcours de soins	6
Volume d'activités	10
Synthèse des risques infectieux	13
Retraitement des endoscopes	14
Schéma organisationnel de l'unité d'endoscopie (2 salles d'endoscopie).....	21
Schéma organisationnel de l'unité d'endoscopie (plus de 2 salles d'endoscopie)	22
Superficies minimales nettes et/ou ratios recommandés	23
Diamètres de giration	27
Équipement médical fixe	27
Équipement médical mobile	28
Types de finis de planchers suggérés	44
Nombre de prises	47
Éclairage général en fonction des tâches	49
Temps de dilution	62



Liste des abréviations

ASSC/UPS	Alimentation statique sans coupure
BCG	Bacille Calmette Guérin
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CH	Centre hospitalier
CHAU	Centre hospitalier ayant une affiliation universitaire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CPRE	Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique
CPRS	Centre provincial de référence en stérilisation
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
CVCA	Chauffage, ventilation et conditionnement d'air
DSHA	Distributeur de solutions hydroalcooliques
DM	Dispositifs médicaux
ÉPI	Équipement de protection individuelle
IES	Illuminating Engineering Society
IM	Imagerie médicale
ITS	Indice de transmission sonore
IU	Institut universitaire
LPM	Lève-personne mobile
LPR	Lève-personne sur rail
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PACS	Picture Archiving and Communication System
PCI	Prévention et contrôle des infections
PLM	Poste de lavage de mains
RDM	Retraitement des dispositifs médicaux
SARDM	Systèmes automatisés et robotisés dans la distribution des médicaments
TIC	Technologie d'information et de communication
TMS	Trouble musculosquelettique
UE	Unité d'endoscopie
URAE	Unité de retraitement des endoscopes
URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



Domaine d'application

Le présent document expose les performances attendues concernant la programmation, la conception et la construction des unités d'endoscopie des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), ce qui inclut les centres hospitaliers et les instituts universitaires (respectivement CHU et IU) de même que les centres hospitaliers ayant une affiliation universitaire (CHAU). Il complète les informations contenues dans le guide d'aménagement du bloc opératoire et de chirurgie d'un jour ainsi que celles contenues dans le guide d'aménagement de médecine de jour et des cliniques externes¹. Précisons que le guide de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) doit être consulté en parallèle concernant le volet du retraitement des endoscopes et des accessoires.

La mise en application des recommandations qui sont énoncées dans ce guide de planification immobilière n'a pas force de loi. Elle vise cependant la qualité des services et la sécurité de tous. Elle doit être conforme aux normes et pratiques en vigueur dans les établissements de santé et de services sociaux.

1. Contexte

1.1 Définition

L'unité d'endoscopie (UE) désigne un groupe de locaux nécessaires à la réalisation d'interventions qui permettent l'exploration, à l'aide d'un endoscope, de la surface interne d'un organe creux, d'une cavité naturelle ou d'un conduit du corps accessible par les voies naturelles, à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Cette unité est composée d'une aire d'accueil, d'aires de préparation et de récupération, d'un poste infirmier, de salles d'endoscopie et de diverses aires attenantes.

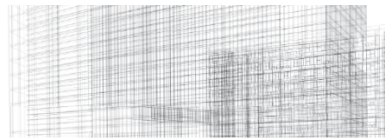
1.2 Description des activités

Historique

L'endoscopie est un terme générique qui signifie « regarder à l'intérieur ». Cette technologie se développe depuis plus de 150 ans, les premiers endoscopes rigides datant de 1852. Cependant la véritable révolution se situe plutôt au début des années 70, avec l'utilisation de la fibre optique et l'apparition des premiers fibroscopes souples qui ont permis d'augmenter considérablement les performances techniques et le confort par rapport aux anciens appareils rigides. Depuis lors, les progrès, sur le plan technique et médical, n'ont cessé de s'additionner. Entre autres progrès, la venue de caméras vidéo miniaturisées, dans les années 80, transforme radicalement l'appareil initial purement optique qui devient vidéoendoscopique, permettant de visualiser les manipulations sur un écran et améliorant les modalités diagnostiques et la chirurgie endoscopique. On observera plus récemment des combinaisons d'appareils, telles que l'échoendoscopie, qui associe l'imagerie médicale (échographie) à l'endoscopie.

D'ailleurs, l'endoscopie est l'une des activités diagnostiques et thérapeutiques qui est toujours en essor et qui contribue, par ses délais d'intervention rapides sans hospitalisation, au développement du virage ambulatoire amorcé dans les années 90 au Québec. L'endoscopie thérapeutique, c'est à dire celle qui est associée à un traitement, permet de réaliser de nombreux actes, par exemple réséquer des polypes du colon, détruire des tumeurs au laser, extraire des calculs des voies biliaires et drainer des kystes du pancréas².

1. Les laparoscopies et autres procédures requérant des incisions sont exclues du présent guide. (voir Guide du bloc opératoire)
2. Par rapport à d'autres méthodes d'investigation, l'endoscopie présente le grand avantage de permettre la prise de biopsies, qui peuvent confirmer ou préciser le diagnostic.



Activités

La description qui suit reste sommaire, ayant pour principal objectif d'informer le lecteur, plus particulièrement celui ayant un profil autre que médical (ex. : administrateur, architecte, ingénieur), du fonctionnement de ces activités et des préoccupations qui y sont liées³.

Les interventions endoscopiques se déroulent quotidiennement et sont généralement programmées⁴. La clientèle est habituellement en mode ambulatoire. Toutefois, certains clients peuvent venir des unités de soins, de l'unité d'urgence ou d'un autre établissement. Certains peuvent requérir une intervention qui n'est pas prévue au programme⁵.

Le parcours de soins de la clientèle se divise en trois grandes étapes :

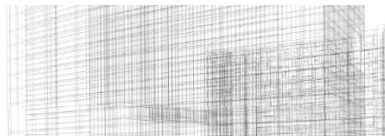
1. **Accueil et préparation (pré)** : étape d'arrivée et de préparation du client en vue de l'intervention
2. **Intervention (per)**
3. **Récupération (post)** : étape de récupération après l'intervention

Les principales interventions en endoscopie sont décrites dans le tableau suivant.

Systèmes

On trouve plusieurs catégories d'examen permettant d'explorer différents systèmes : 1) système respiratoire (activité moins fréquente); 2) système gastro-intestinal (fréquence élevée : plus de 50 % des activités actuelles des UE sont des coloscopies longues); 3) système urinaire (fréquence moyenne); 4) système reproducteur féminin (fréquence moyenne); 5) oto-rhino-laryngologie (ORL) (fréquence moyenne).

3. Afin d'obtenir plus d'information sur les aspects cliniques, il faut consulter, entre autres, les normes établies par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).
4. Clientèle élective ayant un rendez-vous
5. Clientèle non élective, sans rendez-vous



1.2.1 Tableau des endoscopies diagnostiques ou thérapeutiques

Système	Intervention	Description	
Respiratoire	Bronchoscopie	Examen permettant de voir l'intérieur des bronches	
Gastro-intestinal			
	- digestif haut	Œsophagoscopie	Observation de l'œsophage (partie du tube digestif reliant la gorge (pharynx) à l'estomac).
		Gastrosopie	Exploration visuelle servant à mettre en évidence les problèmes de certains organes du tractus digestif, notamment l'estomac et le duodénum.
		Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE)	Exploration endoscopique permettant la visualisation des voies biliaires extra-hépatiques (tractus biliaire et pancréas). La CPRE allie la technique endoscopique et l'imagerie médicale radiographique.
		Duodénoscopie	Examen du duodénum.
		Coloscopie courte	Exploration visuelle qui met en évidence d'éventuelles anomalies du côlon.
		Coloscopie longue	
- digestif bas	Anuscopie	Examen qui permet d'observer l'intérieur de l'anus.	
	Rectoscopie	Examen qui permet d'observer l'intérieur du rectum.	
Mixte	Échoendoscopie	Méthode d'exploration et d'imagerie médicale qui associe l'échographie et l'endoscopie en vue de l'examen du système respiratoire et du système gastro-intestinal.	
Urinaire	Cystoscopie (y compris double J)	Examen qui permet d'étudier la paroi interne (muqueuse) de la vessie.	
	urétéroscopie, néphroscopie, urétéronéphroscopie	Examens qui permettent de visualiser les voies urinaires entre les reins et la vessie.	
Reproducteur féminin	- Col de l'utérus	Colposcopie	Examen qui permet l'étude de la morphologie du col utérin et du vagin
	- Utérus	Hystéroscopie	Examen qui permet d'étudier la paroi de l'utérus (endomètre)
Des voies respiratoires supérieures Se fait surtout en clinique externe.	Sinuscopie	Examen consistant à examiner les sinus	
	Laryngoscopie	Examen de la cavité du larynx	
	Pharyngoscopie	Examen du pharynx.	

1.3 Description des occupants (clientèle et accompagnants, personnel)

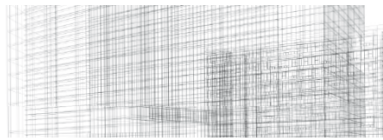
Dans l'unité d'endoscopie, deux groupes se distinguent. Le plus important en nombre est constitué de la clientèle et des accompagnants; le second groupe est constitué des ressources qui travaillent dans l'unité même, auxquelles s'ajoute le personnel externe attaché à d'autres unités fonctionnelles.

1.3.1 Clientèle et accompagnants

Une proportion croissante de la clientèle traitée à l'unité d'endoscopie est âgée de plus de 50 ans. Une forte proportion de celle-ci présente un profil gériatrique et est plus susceptible d'être affectée par des pratiques qui ne sont pas adaptées à son état. Elle est à risque de déclin cognitif et fonctionnel et présente des risques accrus de complications, ce qui a un impact sur les durées d'épisodes de soins (ex. : prolongation de la période de récupération) et les besoins en espaces (ex. : présence d'un aidant).⁶

À l'opposé, une faible proportion de la clientèle présente un profil pédiatrique et peut requérir un environnement physique et de l'équipement (ex. : endoscopes pédiatriques) adaptés.

6. Le pourcentage de personnes âgées de 65 et plus va presque doubler d'ici 25 ans. La clientèle peut être atteinte de multiples affections et maladies; elle peut venir pour un dépistage. Plusieurs clients doivent subir des examens à une fréquence régulière.



De plus, il faut considérer le client qui requiert un isolement pour les raisons suivantes :

- Le client est contaminé, ou suspecté de l'être, c'est-à-dire qu'il est atteint d'une infection potentiellement contagieuse (ex. : C. difficile) qui nécessite des mesures de prévention contre une possible propagation de microbes (peut requérir l'isolement respiratoire ou un isolement de contact). Il faut également considérer le client en provenance de l'unité d'urgence, qui n'a pas été diagnostiqué ou colonisé (porteur, sans présenter de symptômes).
- Le client souffre d'immunosuppression, c'est-à-dire qu'il est atteint d'une maladie qui le rend encore plus vulnérable et qui, par conséquent, nécessite des mesures de protection (ex. : isolement protecteur). Ce même client peut également être atteint d'une infection transmissible (ex. : tuberculose).

Finalement, il faut considérer la clientèle obèse, pesant plus de 180 kg, pouvant requérir des aménagements et des appareils spéciaux (ex. : fauteuils et civières surdimensionnés).

La clientèle est généralement accompagnée d'un aidant, habituellement un proche (membre de la famille, personne significative) ou un bénévole.

1.3.2 Personnel

Une équipe permanente de base travaille dans cette unité, à laquelle se greffent divers professionnels de la santé. En voici une liste non exhaustive :

.1 Personnel médical

- médecin soignant, consultant, spécialiste⁷, externe et résident;
- infirmiers et infirmières (infirmier-chef et son assistant, infirmier, infirmier auxiliaire).

.2 Personnel administratif

.3 Personnel de soutien général : ingénieur ou technicien biomédical, préposé à l'hygiène et à la salubrité, préposé aux services techniques (ex. : équipement d'entretien du bâtiment), préposé au retraitement des dispositifs médicaux, brancardier, préposé aux bénéficiaires.

1.4 Logistique

Les flux de personnes, de produits, de matériel et de fournitures de même que les flux de l'information et des communications influencent la programmation. Il faut considérer l'ensemble des secteurs impliqués lors de l'épisode de soins en endoscopie, dont l'admission centralisée, la chirurgie d'un jour et la médecine de jour.

.1 Flux des occupants (clientèle et accompagnants)

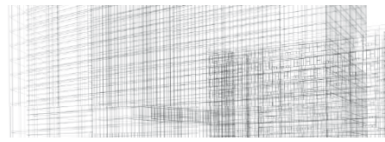
a) Accueil et préparation (pré)

Le jour de l'intervention, la clientèle ambulatoire, généralement accompagnée, se présente au poste d'accueil pour procéder à son enregistrement⁸.

Par la suite, le client est dirigé vers la salle d'attente (où il peut remplir un questionnaire de santé) puis vers la salle de déshabillage (ou vers l'aire de civière individuelle) pour revêtir une chemise

7. Gynécologue, ORL, gastro-entérologue, urologue, pneumologue, chirurgien, anesthésiste, inhalothérapeute.

8. Le mot « intervention » désigne soit l'intervention (thérapeutique) ou l'examen (diagnostique). Lorsque requis, le client a déjà reçu les directives le préparant à l'intervention. Par exemple, il doit parfois être à jeun ou prendre des laxatifs la veille de l'intervention.



d'hôpital et ranger ses effets personnels⁹. Il rencontre le personnel médical qui procède à son évaluation et qui valide le questionnaire de santé. Puis, on lui assigne une civière ou un fauteuil, selon le cas, dans une aire de préparation où seront effectuées les activités préparatoires requises en prévision de l'intervention endoscopique (ex. : installation d'un cathéter).

En ce qui concerne la clientèle hospitalisée ou celle en provenance de l'unité d'urgence ou du transport interhospitalier, le client est généralement acheminé directement vers la salle de préparation avant l'intervention puis vers la salle de récupération à la suite de celle-ci (lorsque requis), pour être ensuite conduit vers sa chambre dans l'unité d'hospitalisation ou être transféré (retour vers le lieu d'origine).

b) Intervention (per)

En temps opportun, le client est acheminé vers la salle d'endoscopie, accompagné du personnel qui le prend en charge pour la durée de l'intervention. Le client est alors installé en vue de l'intervention. Par la suite, le spécialiste informe le client de son état ou le rencontre dans un bureau de consultation. Il rédige le rapport d'examen (prépare ou dicte le rapport) dans la salle d'intervention ou dans un local connexe.

c) Récupération (post)¹⁰

À la suite de l'intervention, le client (ayant reçu une sédation, une analgésie ou une anesthésie) est conduit dans la salle de récupération, pour une phase d'observation, jusqu'à ce qu'il obtienne son congé. En parallèle, d'autres clients retournent directement au vestiaire et quittent l'unité d'endoscopie. Une période d'enseignement ou d'information ainsi qu'une rencontre avec le spécialiste peut être requise avant le congé.

Parcours des accompagnants

Les accompagnants attendent généralement à l'extérieur de la zone de soins. Ils peuvent aller chercher le client après la période de récupération.

Parcours du personnel

Les déplacements s'effectuent principalement entre la salle de préparation et de récupération, les salles d'intervention et les locaux de soutien, dont les locaux de retraitement des dispositifs médicaux.

Schéma

Le schéma qui suit présente les principales étapes du parcours de soins de la clientèle, avant (pré), pendant (per) et après (post) l'intervention, ainsi que les flux d'endoscopes. Une brève description des activités et de l'environnement physique requies complète l'information.

9. Les effets personnels peuvent être rangés dans un casier, un chariot sécurisé ou sous la civière qui sera assignée au client.

10. Le lecteur peut se référer aux lignes directrices de l'OIIQ, dont la référence est indiquée dans le chapitre 4 de la section 4.1 des sources documentaires.

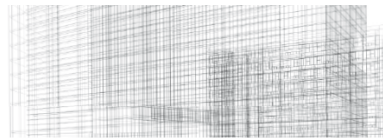
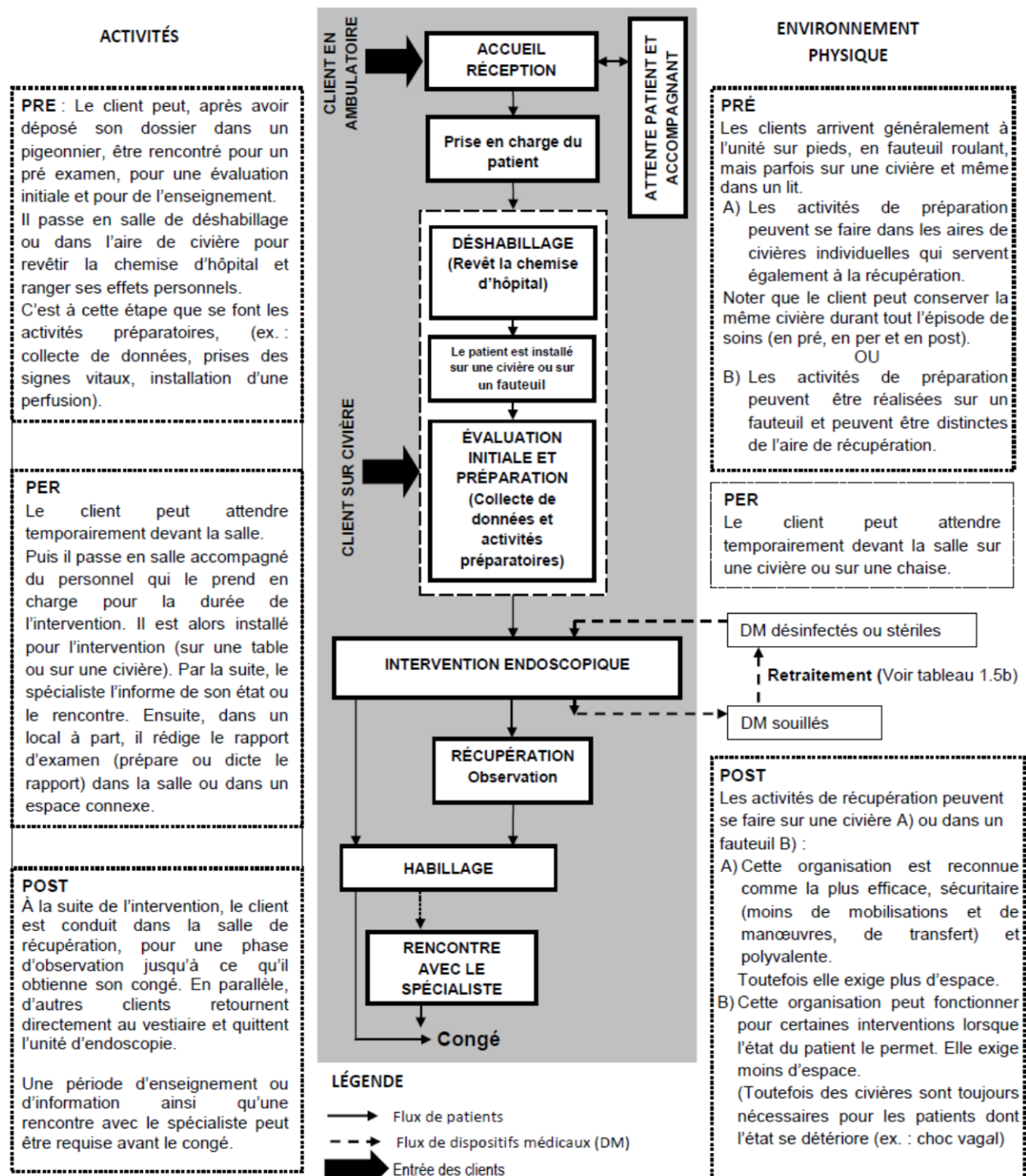
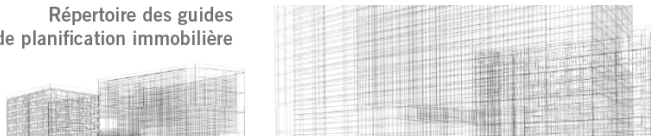


Schéma 1.4 a) Parcours de soins





.2 Flux de matières

Les parcours suivants doivent être considérés à partir des lieux d'origine vers le lieu d'utilisation en passant, le cas échéant, par le lieu de retraitement jusqu'au lieu d'entreposage.

Lingerie	Grand volume de lingerie propre et de lingerie souillée (ex. : chemises d'hôpital et draps) vers la buanderie ou les déchets (ex. : lingerie jetable).
Matériel roulant	Civière, fauteuils, chaises, lits, fauteuils roulants, tiges à soluté, lève-personne mobile, chariots d'urgence et chariots d'endoscopie.
Dispositifs médicaux (DM)	Matériel propre ou stérile tel que cathéters, aiguilles, pansements et endoscopes. Considérer le parcours du matériel suivant : <ul style="list-style-type: none">- DM réutilisables qui doivent être retraités, tels que les endoscopes et d'autres accessoires;- DM jetables, lesquels sont souvent encartonnés et ensachés (volume en croissance), nécessitant des espaces de rangement et devenant par la suite des déchets.
Échantillons médicaux	Prélèvements et spécimens (ex. : à la suite d'une biopsie) acheminés vers le laboratoire de pathologie ou jetés dans des contenants spéciaux.
Produits pharmaceutiques	Médicaments et narcotiques qui peuvent être livrés par chariot ou être distribués par des machines distributrices.
Fournitures non médicales	Papeterie, formulaires de requête, documents de traçabilité, bandelettes de contrôle de qualité, bacs (souillés et propres), valises de rangement servant, entre autres, au transport des endoscopes. Produits dangereux, toxiques, inflammables, explosifs (ex. : détergents).

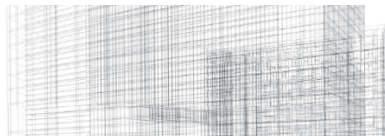
Matières résiduelles

Plusieurs catégories de **matières résiduelles** (déchets recyclables ou non recyclables) sont produites en grande quantité¹¹, tels que les déchets biomédicaux (ex. : effluents liquides en urologie¹²) ainsi que les déchets dangereux¹³.

.3 Information et communication

Ce flux correspond au transfert d'informations entre différents secteurs. Plusieurs technologies permettent d'assurer ces transferts, dont les suivantes :

-
11. L'usage des fournitures et des produits jetables est en forte augmentation et nécessite beaucoup d'espace de rangement et des dégagements pour les manipulations (ex. : contenants de détergent). De plus, cet usage produit un volume considérable de déchets.
 12. Les effluents liquides en urologie peuvent comprendre des résidus de traitement d'oncologie ou l'urine du client contenant du sang ou des microbes lorsqu'il y a présence d'infection des tissus.
 13. Considérer par exemple les solutions à haut pouvoir désinfectant servant au RDM, les liquides rejetés et les souillures occasionnées par le pré-nettoyage de l'endoscope après son utilisation (dans la salle d'interventions), les résidus de sédation, les résidus cytotoxiques, les déchets biomédicaux et les objets piquants et tranchants jetables.
-



Synchronisation	Certains systèmes de communication permettent la synchronisation des activités du personnel aux fins, entre autres, de réduire le temps interexamens et d'assurer la fluidité des activités. Ces systèmes peuvent servir, par exemple, à avertir le personnel à la fin d'une intervention : le personnel en charge du RDM, le personnel (ex. : infirmières) de la salle de préparation et de récupération, les brancardiers, les préposés à l'hygiène et à la salubrité.
Dossier patient	La gestion des requêtes ainsi que l'entreposage, le partage et l'exploitation des antécédents médicaux du client sont vitaux pour assurer des interventions plus rapides, réalisées en toute sécurité (ex. : système d'information en ligne qui relie le pharmacien, le médecin orienteur et l'unité d'endoscopie (intolérance à certains médicaments)) ¹⁴ .
Traçabilité	De nouveaux systèmes associent les clients avec les endoscopes et les accessoires utilisés durant l'intervention et permettent même de réaliser des inventaires.
Suivi de performance	Le système informatisé qui permet le suivi et l'affichage des indicateurs de performance sert aussi de tableau de bord permettant de quantifier les performances de l'UE.

Optimisation des processus

Volumes d'activités

L'unité d'endoscopie doit être conçue de manière à accommoder les besoins et le parcours des clients selon leur profil et selon les volumes d'activités anticipés, les interventions planifiées (électives) et ajoutées (non électives) ainsi que la durée de l'épisode de soins, celle-ci variant selon les sédatifs et les analgésiques utilisés, selon l'état du client et le temps de récupération requis (ex. : l'anesthésie requiert un temps de récupération plus long).

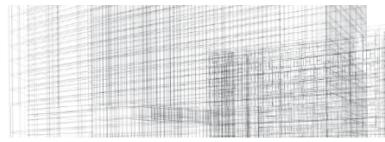
Les interventions, qu'elles soient diagnostiques ou thérapeutiques, diffèrent en complexité et en durée. Certaines interventions, par exemple une exploration du côlon ou de l'estomac, ne nécessitent qu'une sédation, un gel ou un vaporisateur analgésique et peuvent être effectuées en moins d'une heure alors que d'autres doivent être faites sous analgésie ou sous anesthésie et peuvent durer quelques heures. Les pratiques diffèrent également d'un établissement à un autre (voir le tableau 1.4 b). Tous ces facteurs influencent les besoins de l'unité en matière d'aménagement, de locaux et d'équipement.

Ces facteurs ont une incidence directe sur l'organisation spatiale de l'unité d'endoscopie, notamment sur :

- la densité et la fréquence des flux de personnes, les flux de matière et les flux d'informations;
- le nombre d'aires individuelles de préparation et d'aires individuelles de récupération;
- le nombre de salles d'endoscopie;
- le nombre requis d'appareils de RDM, le nombre d'endoscopes et le nombre d'armoires d'entreposage.

La cohérence entre ces éléments permet d'assurer la fluidité des flux et de réduire au minimum les « goulots d'étranglement ». Afin d'assurer cette cohérence, une tendance à optimiser l'organisation de l'unité (modèle optimal d'organisation de travail basé sur un minimum de contraintes et de gaspillage soutenu par un aménagement physique optimal de l'unité) se manifeste. Compte tenu de la

14. Actuellement, ce flux repose encore majoritairement sur le support papier. Cependant, le virage vers un système totalement informatisé est amorcé. Il permet notamment l'interconnexion des différentes plateformes internes et externes de l'établissement (ex. : système PACS et analyses de laboratoire).



popularité croissante de l'approche LEAN¹⁵ dans le réseau de la santé et considérant que les aménagements doivent soutenir la réorganisation des processus, le concepteur devrait vérifier auprès de l'établissement si une telle démarche est envisagée afin de l'intégrer à la planification du projet. Divers aspects doivent être considérés. Par exemple, il est suggéré :

- de réduire le temps entre les interventions (temps interexamens);
- d'éviter les retours en arrière (gestion en flux tirés) et les « goulots d'étranglement »;
- d'optimiser le nombre d'interventions par salle¹⁶, le nombre d'appareils de retraitement et le nombre d'endoscopes¹⁷;
- d'optimiser le nombre d'aires individuelles de préparation et d'aires individuelles de récupération;
- d'installer le client sur une même civière avant, pendant et après l'intervention;
- de synchroniser les activités et de rendre fluide¹⁸ le déroulement des activités.

Le tableau qui suit présente la durée de chaque étape de soins de la clientèle, avant (**pré**), pendant (**per**) et après (**post**) l'intervention et propose des ratios d'occupation (à titre indicatif seulement).

-
15. LEAN : Application, dans le milieu de la santé, des meilleures pratiques de gestion et d'organisation du travail provenant du système industriel innovateur de Toyota.
 16. Le spécialiste pourrait remplir son rapport dans un espace ou dans un bureau contigu à la salle d'endoscopie pendant la préparation de la salle pour le prochain client.
 17. Le personnel affecté au RDM doit assurer le roulement des DM en procédant au retraitement des endoscopes ou au prénettoyage ainsi qu'au transport de ceux-ci vers l'unité de RDM le plus près du lieu d'utilisation.
 18. Le personnel de la salle de préparation et de récupération et celui qui se consacre au transport des clients (brancardiers) doivent assurer la fluidité des déplacements des clients; tandis que le personnel qui travaille dans les salles d'endoscopie et les salles de RDM disposent d'un vestiaire (ou zones de rangement munies de crochets) situé à proximité des salles pour revêtir les équipements de protection individuelle (ÉPI).
-

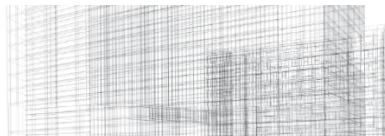


Tableau 1.4 b)

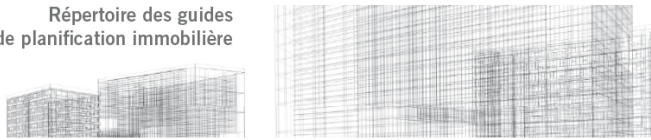
Système	Intervention	Parcours de soins			Notes	
		Durée moyenne en minutes				
		Pré	Per ⁽¹⁾	Post ⁽²⁾		
Respiratoire	Bronchoscopie	15 à 30	30	45 à 60	Voir la note 4.	
	Échoendoscopie	15 à 20	60	45 à 60	1 salle pour 15 examens par jour pour une clientèle à risque moyen 3 aires de civière individuelle de récupération par salle et 1 en attente	
Gastro-intestinal						
	- digestif haut	Œsophagoscopie	15 à 20	20	45 à 60	Voir la note 4.
		Gastrosocopie	15 à 20	20	45 à 60	
		Cholangio-pancréatographie endoscopique rétrograde (CPRE)	15 à 20	60 à 120	variable	
		Duodéoscopie	15 à 20	20	45 à 60	
	- digestif bas					
		Coloscopie courte	15 à 20	20	45 à 60	Voir la note 4.
		Coloscopie longue	15 à 20	30	60 à 90	Voir les notes 3 et 4. 1 salle pour 15 examens par jour pour une clientèle à risque moyen 3 aires de civière individuelle de récupération par salle et 1 en attente
		Anuscopie	15 à 20	5	5	
		Rectoscopie	15 à 20	10	45 à 60	Voir la note 4.
Mixte	Échoendoscopie	15 à 20	60	45 à 60	Voir la note 4.	
Urinaire	Cystoscopie (y compris sonde double J)	10 à 15	5 à 15	variable	La préparation se fait généralement sur une chaise ou dans un fauteuil. Plusieurs interventions ne nécessitent pas de temps de récupération.	
	urétéroscopie, néphroscopie, urétéro-méthroscopie	10 à 30	15 à 45	variable		
Reproducteur féminin - Col de l'utérus - Utérus	Colposcopie	15 à 20	45	120	L'intervention se fait généralement sur une table équipée d'étriers (position gynécologique) et parfois munie d'un système de récupération de liquides et de résidus.	
	Urétéro-néphroscopie					
	Hystéroscopie	20	30	30 à 45		
Des voies respiratoires supérieures	Sinuscopie	0	5	0	Aucune période de préparation ou de récupération	
	Pharyngoscopie	0	5	0	Se fait généralement en clinique externe, sans sédation.	
	Laryngoscopie	0	5	0		

NOTES

- (1) Le temps « per » inclut le temps interexamens. Le temps de l'utilisation de la salle par le client peut varier grandement selon l'état de santé du client et les modes de sédation analgésique ainsi que le type d'intervention; même chose concernant le temps interexamens, qui peut varier selon les types et les séquences d'intervention (ex. : coloscopie suivie d'une gastroscopie). Elle inclut les étapes de nettoyage (intervention en hygiène et salubrité).
- (2) Le temps « post » est une moyenne calculée à partir du moment de la réception de la dernière dose de médicament dans la salle d'intervention et selon l'état du client.
- (3) Concerne la clientèle à risque moyen pour un examen de dépistage.
- (4) Peut demander un temps de récupération plus important, qui varie selon l'état du client et les médicaments utilisés. Certains médicaments dont la durée d'action est plus longue, surtout lorsqu'ils sont utilisés en combinaison, peuvent parfois nécessiter jusqu'à deux heures de récupération ou plus et laisser chez le client des effets résiduels nécessitant une surveillance plus étroite.

1.5 Risques

Les risques se divisent en trois grandes familles, à savoir les risques infectieux, les menaces à la sécurité du personnel et les risques environnementaux.



.1 Risques infectieux

L'endoscopie est une intervention qui peut impliquer des « techniques stériles » (ex. : CPRE) réalisées dans un environnement « contrôlé ».

En ce qui concerne **le client**, les risques infectieux peuvent provenir d'une **source exogène**, soit :

- a. l'environnement immédiat du client (ex. : utilisation des salles d'endoscopie polyvalentes pour des bronchoscopies et des coloscopies sans avoir une pression négative et le nombre de changement d'air requis (Voir annexe 2); salles de récupération utilisées par des clients colonisés sans le savoir;
- b. un bris dans le processus de retraitement ou dans la manipulation des endoscopes et des accessoires (ex. : échec de la désinfection de haut niveau ou de la stérilisation des endoscopes à cause d'un manquement au respect de la procédure de nettoyage, ou endoscopes contaminés à la suite d'un entreposage humide)¹⁹;
- c. un contact avec un membre du personnel malade (ex. : ayant des symptômes respiratoires, entériques).

Les risques infectieux peuvent également provenir d'une **source endogène** reliée à la situation clinique (état de santé) du client et au type d'intervention effectué par le médecin (ex. : flore endogène et microbes exogènes).

En ce qui concerne **le personnel**, les risques infectieux proviennent généralement d'une **source exogène**, soit :

- a. au contact de l'environnement immédiat (ex. : provenant des salles polyvalentes utilisées pour des bronchoscopies sans avoir une pression négative, le nombre de changement d'air requis et des activités reliées au retraitement des endoscopes et des accessoires réalisées dans les locaux qui ne sont pas sécuritaires (Voir annexe 2));
- b. par un contact avec un client malade de même que la contamination aéroportée (ex. : client atteint de tuberculose);
- c. exposition au sang et aux autres liquides biologiques par piqure, coupure ou projections sur les muqueuses; le risque potentiel est lié à la présence de virus hématogènes (ex. : VIH, VHB, VHC);
- d. non-respect des mesures de protection.

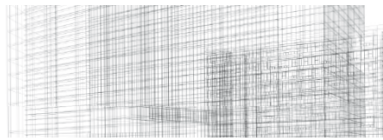
.2 Autres menaces à la santé et à la sécurité de la clientèle

- a. Atteintes physiques telles que les chutes liées, entre autres, aux lacunes relatives à la surveillance et à l'aide à la mobilisation, à l'encombrement des lieux et aux déversements accidentels.
- b. Exposition au laser.
- c. Événements cliniques indésirables : perforations, hémorragies, complications et problèmes cardiovasculaires, détresse respiratoire reliée à l'utilisation de sédatifs et d'analgésiques.
- d. Exposition aux produits toxiques pouvant être présents, sur et dans les endoscopes.

.3 Autres menaces à la santé et à la sécurité du personnel

- a. Exposition aux produits toxiques ou corrosifs par un contact avec la peau ou par l'inhalation, par exemple lors de déversements, lors du remplissage des appareils, d'éclaboussures au

19. Dans la plupart des cas déclarés de transmission croisée d'infection associée aux endoscopes, on a relevé des manquements au traitement adéquat de l'instrument ou l'emploi de matériel défectueux (source : Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections (PCI) transmission par des endoscopes souples en endoscopie digestive et de bronchoscopie publiées par l'Agence de santé publique du Canada).



- moment du retraitement, d'exposition aux vapeurs, à des produits cytotoxiques (ex. : lors des changements des bidons de produits à haut pouvoir désinfectant, des détergents dans un laveur automatique ou des bacs de trempage).
- b. Exposition aux fumées chirurgicales lors des interventions nécessitant l'utilisation d'un appareil d'électrochirurgie (cautérisation).
 - c. Autres risques physiques liés à la manipulation des objets piquants et tranchants, à l'inconfort thermique, aux chutes (ex. : sur un sol mouillé) et des gaz comprimés.
 - d. Troubles musculosquelettiques (TMS) résultant des activités de retraitement (ex. : tendinites et problèmes carpiens résultat de la pression des seringues lors du nettoyage des endoscopes²⁰), de la mobilisation des clients et des manœuvres de transfert, de la manutention d'objets lourds, des mouvements répétitifs, du travail routinier, de la consultation de l'écran lors des interventions endoscopiques et de la station debout ainsi que des gestes de suspension des endoscopes dans les armoires.
 - e. Exposition aux rayons X lors de l'utilisation d'un équipement d'imagerie médicale mobile sans protection (ex. : CPRE).

.4 Risques environnementaux

Consulter le guide de RDM (<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication>)
http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/repertoire_planification_immobiliere.php

20. Selon l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS), dans une journée, un employé peut effectuer 820 pressions de seringues de 30 ml pour nettoyer manuellement 45 endoscopes.

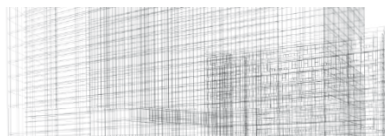


Tableau 1.5 a) Synthèse des risques infectieux

Système	Intervention	Risques infectieux
Respiratoire	Bronchoscopie ²¹	Risques pour le personnel et le client d'une transmission par aérosol et gouttelettes. Risque à la suite d'une exposition à l'endoscope et à ses accessoires contaminés.
	Échoendoscopie	
Gastro-intestinal	Digestif haut	Risques pour le personnel et le client d'une transmission par contact direct et indirect (environnement).
	Duodénoscopie	
	Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) ²²	
	Gastrosopie	
	Œsophagosopie	
	Digestif bas	
	Coloscopie courte	
	Coloscopie longue	
	Anuscopie	
	Rectoscopie	
Mixte	Échoendoscopie	Risques pour le personnel et le client d'une transmission par contact direct et indirect (environnement).
Urinaire	Cystoscopie (y compris une double J)	Risques pour le client d'une transmission par contact direct et indirect (environnement).
	urétéroscopie, néphroscopie, urétéronéphroscopie	Risques pour le client d'une transmission par contact direct et indirect (environnement).
Reproducteur féminin - Col utérin - Utérus	Colposcopie Hystéroscopie	Risques pour la cliente d'une transmission par contact direct et indirect (environnement).
Des voies respiratoires supérieures	Sinuscopie	Risques pour le client d'une transmission par contact direct et indirect (environnement).
	Pharyngoscopie Laryngoscopie	Risques pour le personnel et le client d'une transmission par aérosol et gouttelettes (lors d'une pharyngoscopie et d'une laryngoscopie).

Le tableau suivant illustre les étapes du processus de retraitement des endoscopes (désinfection de haut niveau) et des accessoires qui sont réalisées dans trois secteurs immobiliers qui leurs sont associés, soit celui de la décontamination, celui de la désinfection ou de la stérilisation et celui de l'entreposage du matériel propre ou stérile (concernant les étapes du retraitement des endoscopes, voir l'annexe I). Ce tableau reste sommaire, puisqu'il a pour principal objectif d'informer le lecteur ayant un profil autre que médical (ex. : architecte et ingénieur) de l'organisation spatiale d'une unité de RDM.

21. Risques de transmission de la tuberculose lors des bronchoscopies pratiquées sur les clients non connus qui arrivent notamment de l'unité d'urgence.

22. L'endoscope sert à introduire le liquide de contraste radiologique dans le cholédoque ce qui permet de le visualiser par radiographie. A été associé à un taux important de procédure à risques infectieux. Se fait généralement au service d'imagerie médicale ou dans une salle plombée en endoscopie (ex. : CHUS).

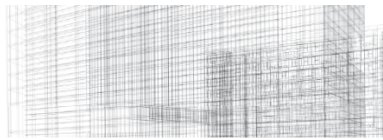
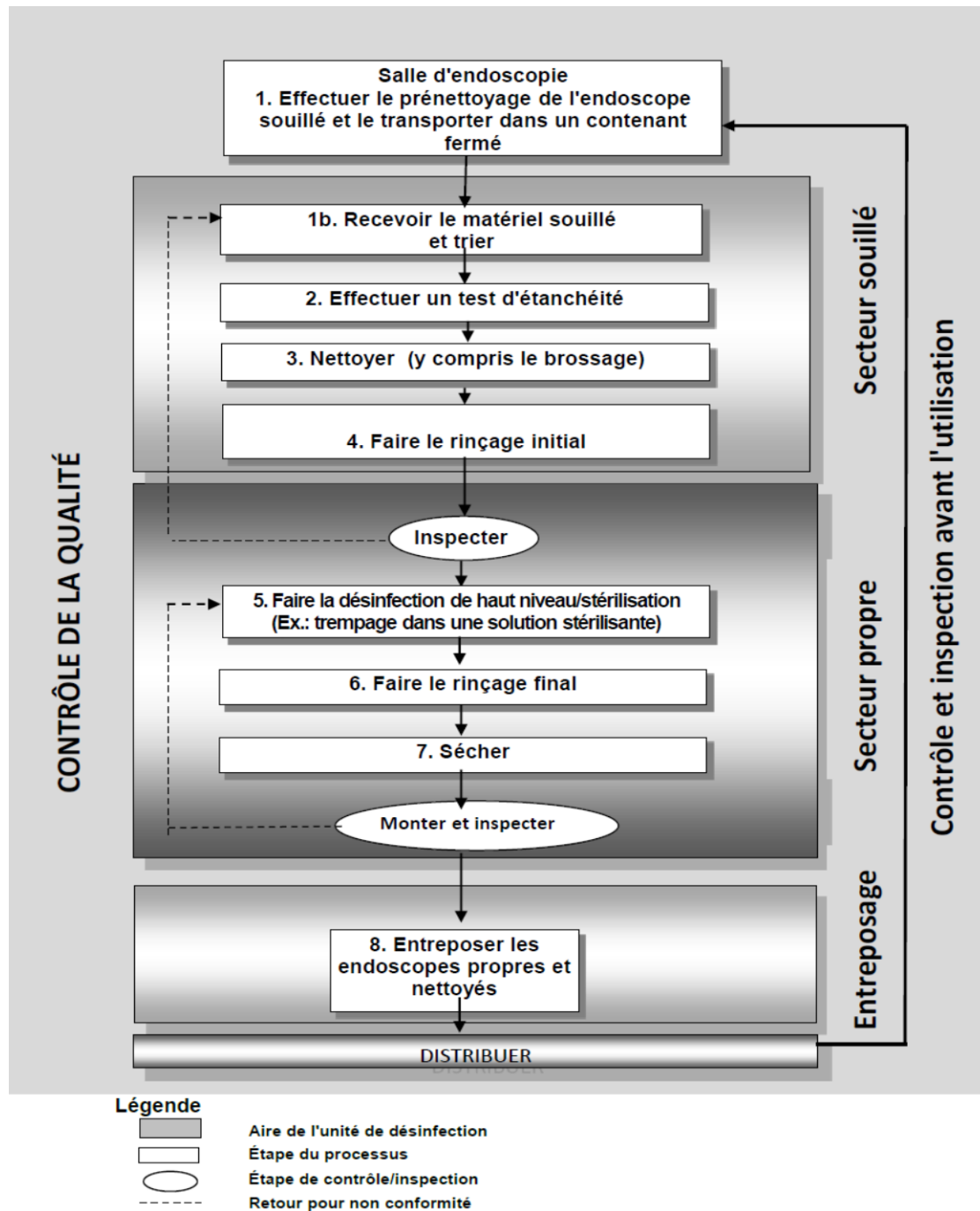
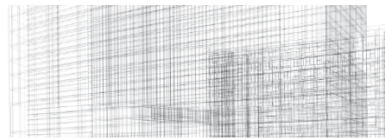


Tableau 1.5 b) Retraitement des endoscopes



Le processus de contrôle de la qualité est continu et se réalise en tout temps. À chacune des étapes décrites ci-dessus, un résultat négatif du contrôle de la qualité doit permettre, à certaines conditions, un retour en arrière.

1. Les DM critiques doivent être stérilisés.
2. L'étape la plus importante dans le retraitement d'un endoscope est le prénettoyage, effectué dans la salle d'endoscopie après le départ du client, dès la fin de l'intervention, ou au chevet du client lorsque l'examen est fait dans sa chambre (ex. : unité des soins critiques). Cette étape est suivie du nettoyage et du brossage à la main des canaux de l'endoscope, le plus rapidement possible après l'intervention dans le local souillé.



1.6 Tendances

On constate une augmentation des interventions par voies endoscopiques (l'endoscopie interventionnelle) et une régression de la chirurgie traditionnelle. On constate également un accroissement de la lourdeur des niveaux de soins requis et une utilisation plus élargie de sédation plus lourde ou profonde (et parfois de l'anesthésie générale).

1.6.1 Nouvelles interventions

Depuis le début des années 80, les spécialistes profitent de l'émergence de multiples instruments et techniques d'endoscopie (souvent thérapeutique ou interventionnelle), dont le laser, la cryothérapie, les prothèses, la photothérapie dynamique et la curiethérapie. Plusieurs autres exemples témoignent de l'essor remarquable des interventions, dont la coloscopie virtuelle, la vidéocapsule endoscopique, l'alvéoloscopie, les techniques d'échoendoscopie, celle liée à l'autofluorescence, la thérapie photodynamique, la chirurgie transluminale endoscopique et la navigation électromagnétique. (Le lecteur peut se référer au glossaire pour obtenir plus d'informations.)

Ces tendances affectent tant l'environnement physique des salles et des locaux afférents (ex. : aire de récupération) que leur emplacement dans le centre hospitalier (ex. : se rapprochant du bloc opératoire).

1.6.2 Évolution technologique

Évolution des endoscopes

De nouvelles générations d'endoscopes utilisent des composantes jetables (ex. : écrans de protection). De plus, les endoscopes flexibles qui supportent une stérilisation à la vapeur offriront des solutions de rechange aux procédures actuelles, particulièrement en ce qui a trait aux processus de désinfection de haut niveau.

Évolution des appareils de retraitement

De nouveaux appareils de retraitement automatique (aussi appelées laveurs-désinfecteurs) et des stérilisateurs à basse température modifieront profondément les pratiques de RDM et la configuration du cadre physique de l'unité. Ils permettront de réaliser toutes les étapes du cycle de retraitement dans un même appareil, seront moins chronophages et plus sécuritaires.

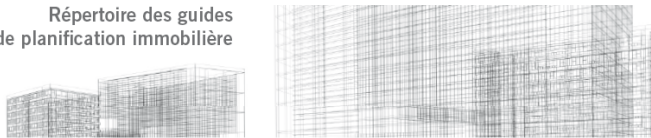
Les modèles à double porte permettent de respecter le principe de marche unidirectionnelle et de situer ces appareils entre le secteur « souillé » et le secteur « propre », contrairement aux appareils actuels munis d'une simple porte, qui permettent le croisement des flux souillés et des flux propres (Techniques hospitalières, 2008). De même, de nouveaux produits de retraitement moins toxiques font leur entrée sur le marché.

La traçabilité informatisée permet de comptabiliser le nombre de désinfections de haut niveau et de stérilisations des dispositifs médicaux (endoscopes et leurs accessoires).

Flexibilité et adaptabilité

L'unité doit être flexible et assez adaptable pour faire face aux changements futurs et aux augmentations de volume en endoscopie. À cette fin, on doit préciser les types spécifiques de changement en fonction desquels la flexibilité pourrait être nécessaire et préciser l'importance et la cadence des changements et considérer différents scénarios pour l'avenir.

On relève une tendance vers une utilisation polyvalente des salles. Par exemple, en salle d'urologie, le recours à une table d'intervention équipée de collecteurs d'effluents liquides permet de concevoir des salles sans drain de plancher, favorisant ainsi la polyvalence de cette salle.



2. Éléments de programmation

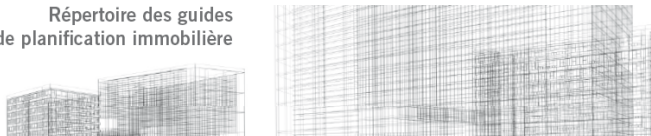
2.1 Critères de conception

L'organisation physique de l'unité d'endoscopie implique trois secteurs distincts, à savoir : 1) le secteur réservé aux soins de la clientèle (accueil, préparation et récupération); 2) les salles d'intervention; 3) le secteur de RDM et les autres locaux en soutien.

Fonctionnalité

- .1 Considérer divers modes d'organisation spatiale, par exemple :
 - lorsque le RDM se fait dans l'URDM centralisée;
 - lorsque le RDM se fait dans l'UE;
 - lorsque les espaces de préparation et les espaces de récupération sont communs.
- .2 Concevoir des espaces polyvalents, flexibles et adaptables, par exemple :
 - standardiser l'aménagement des salles d'endoscopie, des aires de récupération et des locaux en support.
- .3 Organiser les espaces en considérant les parcours des personnes, des matières et des TIC. Par exemple, programmer :
 - le nombre d'aires de préparation et de récupération en fonction du nombre de salles d'intervention (se référer au tableau 1.4 b);
 - le nombre de salles d'intervention en fonction du nombre et des types d'interventions (se référer au tableau 1.4 b);
 - le secteur de RDM en considérant le temps de retraitement²³, le nombre d'unité de retraitement des endoscopes (URAE) et d'armoires de rangement nécessaires pour chaque salle d'intervention (se référer au tableau 1.4 b).
- .4 Assurer la synchronisation des tâches. Prévoir par exemple :
 - un système de communication (bouton, indicateur lumineux de type « examen en cours », sonnette, pancarte);
 - pour permettre de coordonner les différentes équipes à la fin de chaque intervention (ex. : salles d'intervention, RDM, brancarderie, poste infirmier, hygiène et salubrité) ;
 - des chaises, des fauteuils ou des civières à proximité de la salle d'intervention, en attente de la prochaine intervention, tout en considérant la sécurité et l'intimité;
- .5 Réduire les distances parcourues dans chaque secteur afin de favoriser l'efficacité dans l'exécution des différentes tâches.
- .6 Distinguer 3 types de circulation : 1) pour la clientèle, les accompagnants et le personnel; 2) pour le public en général; 3) pour les services (ex. : circuit de l'endoscope). Par exemple :
 - considérer la circulation de la clientèle sur civière et, occasionnellement, la clientèle alitée, pendant tout l'épisode de soins;
 - considérer le parcours des clients en provenance des unités de soins, de l'unité d'urgence ou d'un autre établissement, en plus de la clientèle ambulatoire.
- .7 Distinguer le secteur de soins (accueil, préparation, récupération, salles d'intervention) de celui du RDM sur le plan des circuits.
- .8 Favoriser, dans chaque secteur (secteur de soins et secteur de RDM), une marche en avant unidirectionnelle par un aménagement en boucle ou linéaire.
 - Clientèle : de l'aire d'accueil et d'attente jusqu'à la préparation et vers l'intervention puis vers la récupération et le départ.
 - DM : de l'entreposage stérile jusqu'à la salle d'intervention (DM propres) et, à l'inverse, de la salle d'intervention vers le local « souillé ».
- .9 Éviter l'encombrement des corridors en planifiant un nombre suffisant de locaux et d'espaces (ex. : en alcôves) de rangement.
- .10 Considérer des aménagements spéciaux dans l'éventualité où une clientèle de 180 kg et plus est présente dans l'unité. Considérer alors tout le parcours de cette clientèle.

23. Le temps de retraitement varie considérablement selon la procédure (manuelle ou automatisée) et l'équipement utilisé : désinfection de haut niveau ou stérilisation à l'aide d'équipement automatique ou désinfection manuelle de haut niveau.



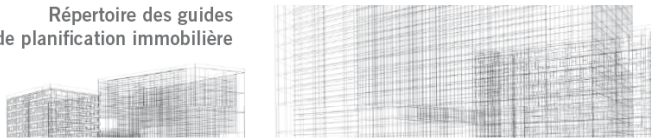
Prévention des infections

- .1 Concevoir les salles polyvalentes, en fonction de l'usage prévu le plus exigeant et en considérant les plus grands risques infectieux, dont la bronchoscopie (ex. : pression, changement d'air).
- .2 Concevoir l'environnement physique de manière à appuyer, voire obliger le principe de la marche unidirectionnelle de retraitement, du « souillé » vers le « propre » puis vers le « stérile », et ce, de façon à éviter la contamination (ex. : croisée).
- .3 Réduire au minimum la manutention et le déplacement des DM souillés et propres (endoscopes et accessoires) à partir de la salle d'endoscopie, jusqu'au lieu de retraitement puis jusqu'au lieu d'entreposage. Utiliser des passe-plats fermés par exemple.
- .4 Lorsque la situation géographique le permet, considérer le retraitement des endoscopes dans l'unité de RDM²⁴ centralisée et, le cas échéant, situer le local d'entreposage à proximité des salles d'endoscopie.
- .5 Évaluer le besoin d'une salle d'isolement (respiratoire ou autre) équipée d'une salle de toilette réservée (peut être située dans l'UE ou dans une unité connexe).
- .6 Prévoir au moins 1 salle de toilette pour l'aire de récupération, 1 salle de toilette pour l'aire d'attente et 1 salle de toilette pour certaines interventions du système urinaire, dont l'urologie. Ne pas situer la salle de toilette directement dans la salle d'intervention.
- .7 Permettre à tous les occupants de procéder à une hygiène des mains adéquate. Par exemple :
 - prévoir des ratios de 1 poste de lavage de mains (PLM) pour 1 poste infirmier, 1 PLM dans chaque local à risques infectieux (ex. : salle d'endoscopie et de RDM), 1 PLM dans le secteur de la préparation et de la récupération;
 - rendre les PLM visibles, facilement accessibles et les situer le long du parcours de travail du personnel;
 - prévoir, en plus des PLM, des distributeurs de solutions hydroalcooliques (DSHA) accessibles sans détour par le personnel et à proximité immédiate de chaque client (ex. : au poste d'accueil pour les clients et les accompagnants).
- .8 Considérer que les endoscopes et les accessoires doivent être entreposés dans un local réservé (dans des armoires ventilées) à cette fin.
- .9 Prévoir un espace minimal de 1,5 m entre les civières, fauteuils ou lits dans le secteur de la préparation et de la récupération.
- .10 Séparer le circuit des DM de celui de la clientèle.

Sécurité

- .1 Appliquer toutes les mesures possibles visant la santé et la sécurité des occupants ainsi que la protection des biens et de l'environnement, en évitant les déversements, l'exposition par contact ou par inhalation de substances dangereuses au cours des activités normales dans l'unité d'endoscopie.
- .2 Permettre l'observation directe du client en préparation et en récupération ou en attente devant la salle d'endoscopie, à partir du poste infirmier ou de l'accueil, de façon à favoriser une intervention clinique rapide en cas de besoin.
- .3 Sécuriser tous les accès et les limiter aux personnes autorisées uniquement (circulation restreinte).
- .4 Permettre la réanimation cardiorespiratoire et l'évacuation du client sur civière pendant toute la durée de l'épisode de soins (avant, pendant et après l'intervention).
- .5 Réduire au minimum les risques de TMS chez le personnel en facilitant, entre autres, les manœuvres de transfert et de mobilisation de la clientèle et des matières (ex. : bouteilles de CO₂).
- .6 Assurer que les informations reliées à la traçabilité soient conservées en tout temps, même lors d'une coupure de courant ou d'un bris d'appareil.
- .7 Considérer la confidentialité des échanges entre les clients et le personnel.

24. Dans la mesure du possible, l'unité de stérilisation centralisée est privilégiée parce qu'elle se situe physiquement en un seul endroit et constitue de ce fait une unité de lieu, de moyens, de compétences et de responsabilités. Cependant, la proximité de l'unité d'endoscopie et de l'unité centralisée est une condition incontournable afin de maximiser les conditions visant le contrôle et la prévention des infections et afin d'assurer l'efficacité dans la prestation des soins. (Le lecteur qui désire obtenir davantage d'information peut se référer au guide d'aménagement de l'URDM.)



Confort et ambiance

- .1 Compenser l'effet des interventions stressantes par des stratégies adaptées particulièrement aux clientèles vulnérables (ex. : au profil gériatrique ou pédiatrique) :
 - réduire au minimum les sources négatives de stress visuel, olfactif et auditif : diminuer les surcharges sensorielles et limiter les stimuli négatifs;
 - privilégier des couleurs, des finis et du mobilier qui offrent un environnement calme et reposant, sans compromettre la facilité d'entretien (hygiène et salubrité);
 - considérer que le client est en position couchée sur une civière pendant tout l'épisode de soins (ex. : éclairage indirect ou mural).
- .2 Optimiser l'apport d'éclairage naturel dans tous les secteurs d'attente, les aires de récupération et les circulations.
- .3 Porter une attention spéciale à l'environnement physique afin qu'il puisse favoriser l'autonomie fonctionnelle et le bien-être de la clientèle (en toute sécurité).
- .4 Offrir un milieu respectueux de la confidentialité, de l'intimité et de la dignité de la clientèle. Par exemple :
 - éviter le croisement de la clientèle en chemise d'hôpital avec le public en général²⁵;
 - aménager de façon à ce que l'intimité du client soit préservée pendant l'intervention endoscopique (ex. : ajout d'un rideau séparateur, facile à retirer et lavable, favorisant l'intimité).

2.2 Organisation spatiale

On trouve différentes dimensions d'unités qui varient selon les volumes d'activités et la nature des interventions endoscopiques ainsi que la mission de l'établissement (ex. : centre local, centre régional ou centre suprarégional). Certains centres ne disposent que d'une seule salle tandis que d'autres en compte près d'une dizaine, mais selon les données les plus récentes de l'INSPQ (2007), plus de 82 % des établissements comptent 2 salles ou moins (où 50 % des activités sont des examens en coloscopie longue). Dans ces centres, la mise en commun de certaines activités (ex. : comptoir d'accueil) et l'usage polyvalent des salles d'endoscopie sont donc communes.

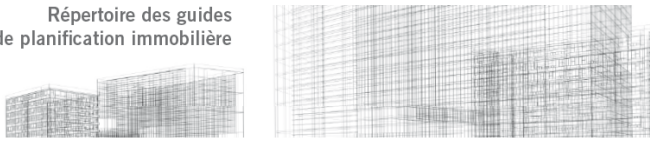
2.2.1 Description des secteurs d'activité

L'organisation physique de l'unité d'endoscopie implique trois secteurs distincts, soit 1) le secteur réservé aux soins de la clientèle (accueil, préparation et récupération); 2) les salles d'intervention; 3) le secteur de RDM et les autres locaux en soutien.

L'unité est composée des zones d'activités décrites brièvement ci-dessous (et en détail dans le tableau 2.2.3).

- .1 Aire d'accueil** – Située à l'entrée de l'unité d'endoscopie ou partagée avec d'autres secteurs ambulatoires, elle est configurée en aire ouverte permettant de voir la zone d'attente afin de contrôler les accès et de diriger les clients.
- .2 Aire de préparation et de récupération** – Lieu où le client est préparé en vue d'une intervention endoscopique. La même aire peut également servir à la récupération par la suite. Cette aire peut contenir un poste infirmier pour le personnel qui assure la surveillance et dispense les soins au client.
- .3 Aire d'intervention** – On trouve les deux modèles suivants :
 1. Salles d'interventions endoscopiques propres à chaque spécialité : 1) système respiratoire; 2) système gastro-intestinal; 3) système urinaire; 4) système reproducteur féminin (voir les critères de conception).

25. Considérer que chaque client est toujours accompagné d'une autre personne.



2. Salles d'interventions endoscopiques polyvalentes : en multiples spécialités dans une même salle.
- .4 **Aire de consultation** – Située à proximité de l'aire d'accueil ou près des salles d'endoscopie, pour accueillir les équipes médicales ainsi que le client et pour discuter avec celui-ci en toute confidentialité. Elle sert également à l'enseignement.
- .5 **Aire de retraitement des dispositifs médicaux (soutien clinique)** – On relève trois options quant au lieu où doit être accompli le RDM en endoscopie, soit :
 1. dans l'URDM (stérilisation centrale);
 2. dans une unité de retraitement « satellite » située à l'intérieur de l'unité d'endoscopie;
 3. (solution hybride) dans une unité de retraitement « satellite » à l'intérieur de l'unité d'endoscopie pour certaines activités de retraitement et certains dispositifs médicaux (ex. : coloscopes) et dans l'URDM (stérilisation centrale) pour d'autres activités et dispositifs (ex. : bronchoscopes et pinces à biopsie réutilisables).
- .6 **Rangements et dépôts** – Situés de façon à assurer l'efficacité de la prestation des soins tout en réduisant le déplacement du personnel. Selon le niveau de sécurité requis, certains appareils ou matériel peuvent être rangés dans les corridors, en alcôve, ou dans les salles d'intervention.
- .7 **Aire de soutien au personnel** – Située loin des bruits, des grandes aires de circulation et à l'abri des voies de circulation principale des clients et de leur famille, cette aire peut contenir un vestiaire pour le personnel, selon le protocole vestimentaire adopté par l'établissement.
- .8 **Aire de soutien général** – Planifiée généralement à proximité des axes de circulation et des débarcadères (ex. : linge souillé et déchets tels que les déchets biomédicaux et le recyclage).
- .9 **Aire clinicoadministrative** – Répond aux besoins administratifs et aux activités des différents professionnels qui travaillent en endoscopie. Cette aire doit être située loin des bruits, des grandes aires de circulation et ne pas être accessible à la clientèle, à l'exception du secrétariat.
- .10 **Aire d'enseignement et de formation** – Certains établissements reçoivent des étudiants de différents niveaux de formation, tels les externes, les résidents en médecine, les stagiaires de différentes disciplines.

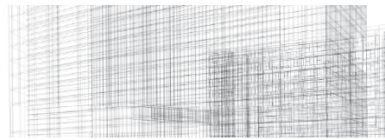
2.2.2 Liaisons fonctionnelles

Schéma organisationnel global

Les liaisons fonctionnelles indiquent les niveaux de proximité requis entre des secteurs d'activités. Le degré de proximité est établi en fonction du niveau de risque (sécurité) et de la fréquence (efficacité) des déplacements, selon la hiérarchie suivante :

- .1 Contiguïté : contact direct essentiel entre deux secteurs
- .2 Proximité immédiate : (ex. : permet un temps de réponse rapide) liaison courte et rapide (privilégier l'utilisation d'un système transporteur réservé si les liens sont verticaux)
- .3 Proximité moyenne : lien aisé, horizontal ou vertical, sans système transporteur spécifique
- .4 Proximité proscrite : lien indésirable (ex. : nocif sur le plan de la prévention des infections)

Les systèmes transporteurs (ex. : ascenseurs, monte-charge et tubes pneumatiques) peuvent diminuer le besoin de proximité physique requis. Dans certains cas, ce sont les systèmes informatiques et de communications qui éliminent la distance.



LIENS EXTERNES

Contigüité

Dans les unités d'endoscopie de 2 salles et moins, certaines fonctions peuvent être jumelées à d'autres unités, telles que la chirurgie d'un jour et la médecine de jour, voire en clinique externe (ex. : accueil, préparation et récupération du client, salle de repos du personnel).

Proximité immédiate

- URDM
Lorsque le retraitement et les étapes de retraitement des endoscopes se font à l'URDM (stérilisation centrale), une proximité immédiate est requise afin d'assurer le contrôle et la prévention des infections (voir le guide d'aménagement de l'URDM pour plus de précisions).
- Bloc opératoire²⁶
Certaines interventions d'endoscopie (ex. : endoscopie interventionnelle) se font au bloc opératoire. De même, selon le type de sédation, la salle de réveil est parfois utilisée pour les clients en phase de récupération (voir le guide d'aménagement du bloc opératoire et celui de la chirurgie d'un jour pour plus de précisions).

Proximité moyenne

- Unité d'urgence
Des interventions d'endoscopie non planifiées se font parfois à l'unité d'urgence.
- Laboratoire
Certaines interventions endoscopiques (ex. : biopsies) requièrent le transport d'échantillons, de la salle d'interventions vers le laboratoire, aux fins d'analyse (ex. : pathologie). Un moyen de transport rapide permet de répondre à ce besoin.
- Unités de soins
Un certain pourcentage de la clientèle arrive des unités de soins.
- Imagerie médicale
Lorsque l'unité d'endoscopie offre des services de CPRE, cette intervention peut être faite à l'unité d'imagerie médicale. Des chariots (au moins 2) sont alors réservés à cette fin.

LIENS INTERNES

Proximité forte

- Salles d'interventions
Aire d'attente devant la salle
Aire de préparation et de récupération
Bureau de consultation (à proximité de la salle)

Les schémas suivants illustrent les liens de proximité internes et externes de l'unité d'endoscopie dans les établissements qui comptent 2 salles ou moins ainsi que dans les établissements qui comptent plus de 2 salles.

26. Dans les grands centres, le regroupement de l'ensemble des activités d'endoscopie en une même unité située à proximité du bloc opératoire est préconisé, bien que certaines interventions et certains examens doivent, pour des raisons de sécurité, être pratiqués dans le bloc opératoire (ex. : l'endoscopie interventionnelle sous anesthésie générale); il en va de même de certains clientèles (ex. : jeunes enfants). (Se référer au guide d'aménagement du bloc opératoire pour plus de précisions.)

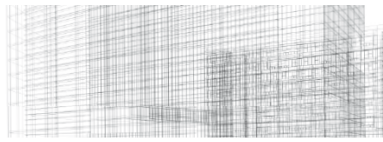
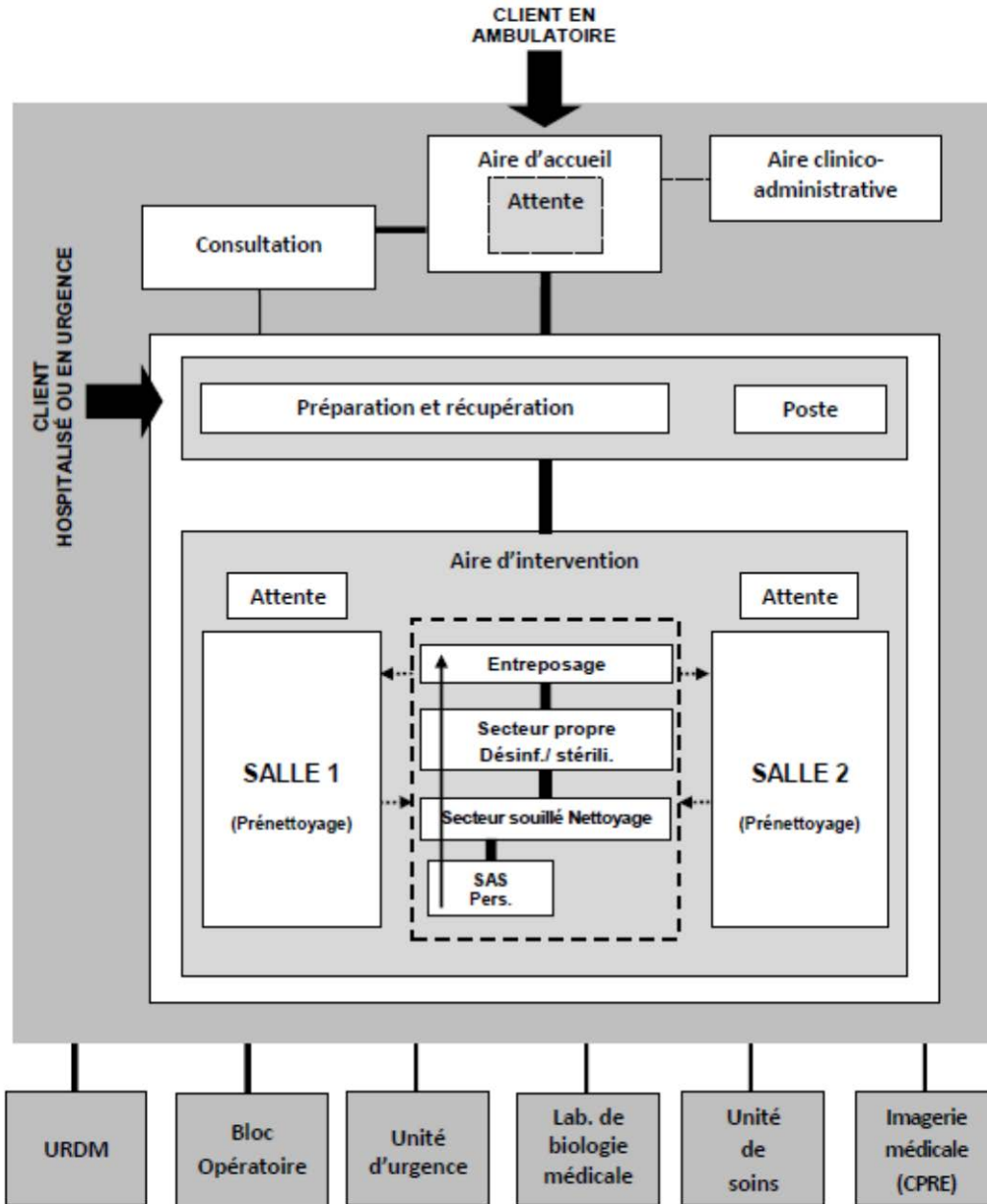
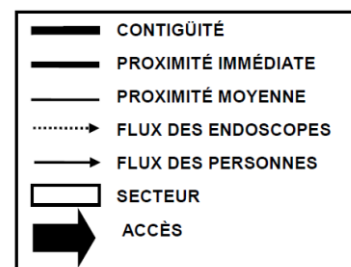


Tableau 2.2.2 a) Schéma organisationnel de l'unité d'endoscopie (2 salles d'endoscopie)



Note : L'unité de RDM peut être contigüe à l'aire d'intervention. Ce secteur peut également être intégré à l'URDM (centralisée).

LÉGENDE



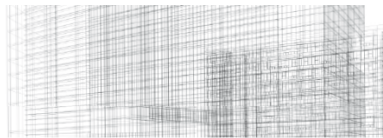
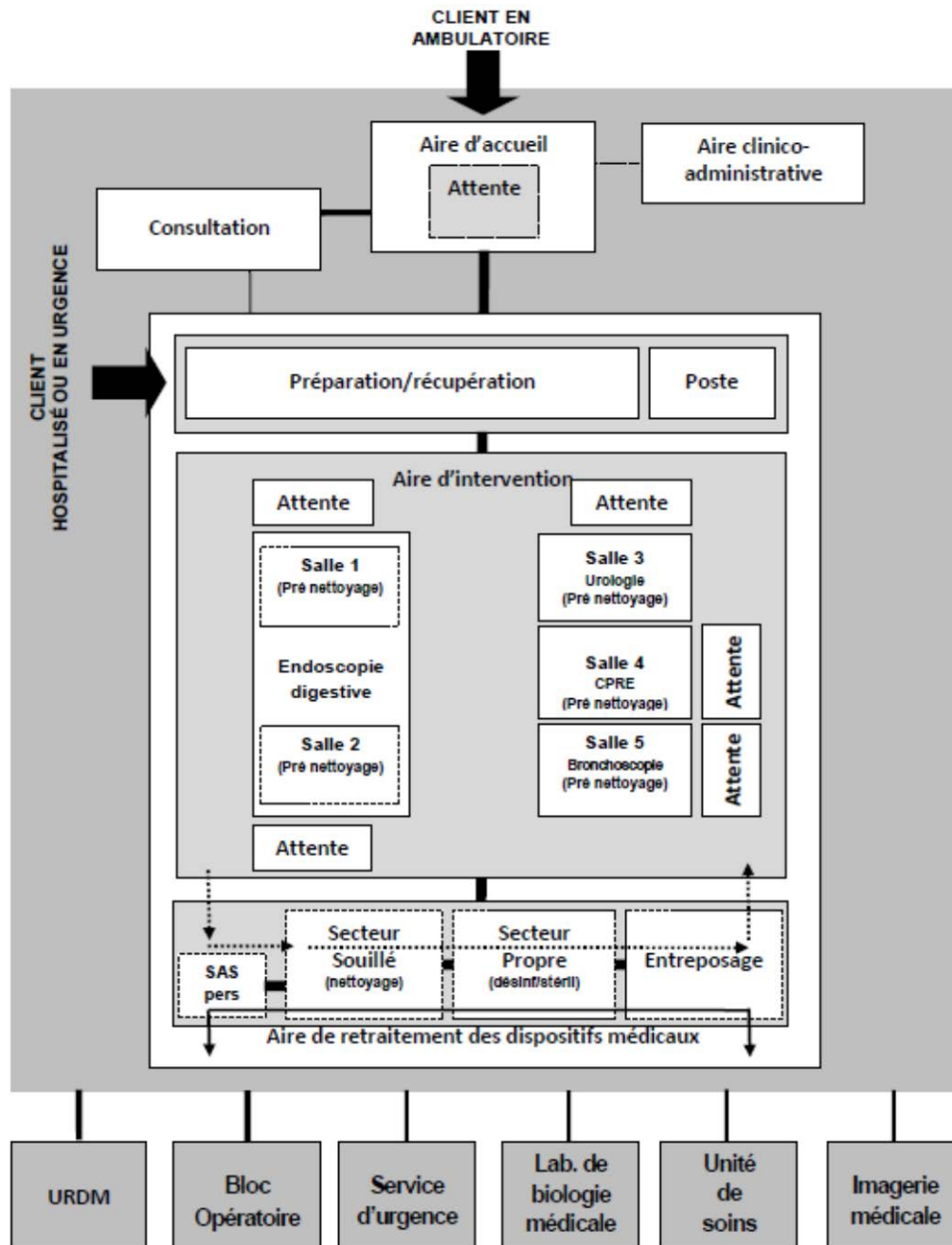
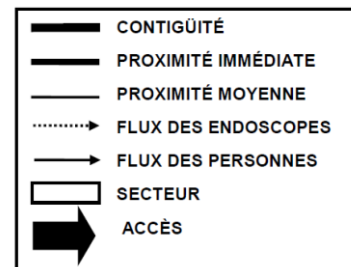
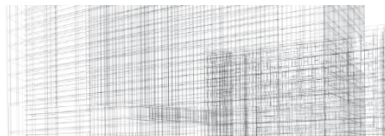


Tableau 2.2.2 b) Schéma organisationnel de l'unité d'endoscopie (plus de 2 salles)



LÉGENDE



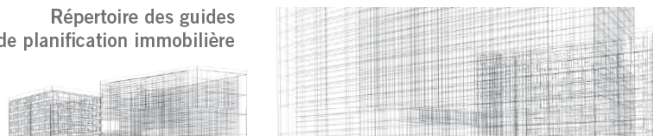


2.2.3 Sous-composantes, locaux et espaces

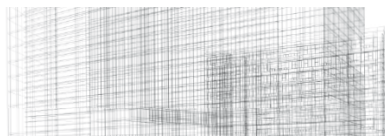
Le tableau 2.2 indique les **superficies nettes et/ou les ratios recommandés** pour la programmation des locaux. Concernant certains locaux **spécifiques** de l'unité, indiqués par une icône (▶) dans la colonne « lien », des informations complémentaires sont présentées dans la section 2.3 du présent document. Les informations sur les locaux dits « génériques », identifiés par une icône G, se trouvent dans le Répertoire des locaux génériques sur le site Internet du MSSS.

Tableau 2.2 Superficies minimales nettes et/ou ratios recommandés

Sous-composantes et locaux			Sup. nette ou ratio	Lien
.1 Aire d'accueil				
.1	Poste d'accueil	Sert à l'accueil, à l'enregistrement, à l'admission et à la prise de rendez-vous. Peut être partagé avec d'autres secteurs ambulatoires.	5,5 m ² /pers.	G
.2	Aire d'attente	Peut être centralisée ou décentralisée (partagée avec d'autres secteurs ambulatoires). Distinguer l'aire d'attente des clients en chemise d'hôpital (ex. : sur civière, sur pieds ou en fauteuil roulant), la rendre visible à partir du poste infirmier et distincte de l'aire d'attente des visiteurs, de façon à préserver la dignité et l'intimité des clients. Ne doit pas disposer de services alimentaires, tels que des distributeurs, afin de ne pas incommoder les clients à jeun; 2 zones d'attente peuvent être nécessaires : l'une pour l'attente de la clientèle ambulatoire et l'autre pour la clientèle hospitalisée. Réserver un espace pour les clients en isolement. - Fauteuil d'attente - Fauteuil roulant - Fauteuil d'attente pour personne obèse - Civière	1,0 m ² /pers. 1,4 m ² /pers. 2,25 m ² /fauteuil 1,9 m ² /pers. 3,5 m ² /civière	G
.3	Salle de toilette	Privilégier l'un des deux types suivants : - avec assistance; - multiple, comprenant 2 appareils sanitaires (2 toilettes ou 1 urinoir et 1 toilette) et 1 lavabo. Permettre de réagir en cas d'urgence (ex. : sonnette d'appel).	4,5 m ² 8,0 m ²	G G
.2 Aire de préparation et de récupération				
.1	Poste infirmier	Lieu de réception, d'échange, de surveillance, d'observation et de coordination pour le personnel.	É	G
	Aire de médicaments	Aire intégrée au poste et dont l'accès est sécurisé; équipée d'un PLM et de surfaces de travail, pouvant inclure : - rangement pour pieds de perfusions et chariots; - distributrice automatisée de médicaments en alcôve; - distributrice de médicaments au comptoir; - armoire à narcotiques sécuritaire, comptoir, réfrigérateur à médicaments, évier, casier à registre des narcotiques et autres (SARDM); - PLM : en plus de l'évier, lorsque les activités le requièrent.	É 3,7 m ² 1,0 m ² /poste	G G
	Cabinet chauffant	Situé au poste, à proximité des aires de civière individuelle de récupération.	0,5 m ² /appareil	
	Chariot mobile	Chariot mobile d'endoscopie situé près du poste, pour les cas traités en dehors de l'unité d'endoscopie (ex. : à l'unité d'urgence).	2 m ² /chariot	
.2	Aire de déshabillage	Lieu où le client revêt une chemise d'hôpital (peut se faire dans l'aire de civière de préparation) et dépose ses effets personnels en toute sécurité (dans des casiers ou dans un sac sous la civière). Située de façon à ce qu'elle ne donne pas sur un lieu public et à proximité d'une salle de toilette. - Cabine munie d'un rideau - Cabine munie d'une porte - Cabine adaptée, munie d'un rideau ou d'une porte ouvrant vers l'extérieur - Cabine adaptée, munie ou d'un rideau ou d'une porte ouvrant vers l'intérieur	1,3 m ² /cabine 1,5 m ² /cabine 2,2 m ² /cabine 3,0 m ² /cabine	G G G G



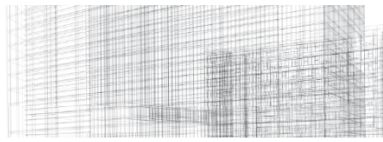
Sous-composantes et locaux		Sup. nette ou ratio	Lien
Vestiaire	Prévoir de l'espace pour des casiers (si requis) : - casier mi-hauteur - casier pleine hauteur	0,4 m ² /casier 0,4 m ² /casier	G
.3 Aire de rencontre	Aire ou local fermé, permettant la confidentialité des conversations, où le personnel infirmier rencontre le client avant l'intervention.	7,5 m ²	►
.4 Aire de préparation	Aire où le client (en position assise ou couchée) est préparé en vue de son intervention (ex. : installation d'une perfusion, auscultation pulmonaire, validation des données du questionnaire de santé). Peut être combinée à la récupération. - Aire individuelle, en fauteuil - Aire individuelle, sur civière	7,0 à 11 m ² /fauteuil 7,5 à 12,5 m ² /civière	►
.5 Aire de récupération	Aire où le client (en position assise ou couchée) récupère à la suite d'une intervention. Doit être visible à partir du poste infirmier. Peut aussi servir à la préparation. - Aire individuelle, en fauteuil - Aire individuelle, sur civière	É 7,0 à 11 m ² /fauteuil 7,5 à 12,5 m ² /civière	►
.6 Aire d'isolement	Aire où le client est préparé ou récupère à la suite d'un examen ou d'une intervention. Doit être visible à partir du poste infirmier. Peut être partagée avec d'autres unités. - Aire individuelle en isolement, sur civière - Sas - Antichambre	11,0 m ² /civière 4,0 m ² /sas 2,6 m ² /antichambre	►
.7 Salle de toilette	Réservée aux clients et aménagée à proximité de l'aire de préparation et de récupération. Permet au personnel de réagir en cas d'urgence (ex. : sonnette d'appel) et de porter assistance (ouverture de porte bidirectionnelle).	4,5 m ²	G
.8 PLM	PLM : visible et facilement accessible	1,0 m ²	G
.3 Aire d'intervention			
.1 Salle d'endoscopie	Sert aux interventions diagnostiques et thérapeutiques. Comprend la zone du client, la zone de rangement et la zone du personnel soignant. - Zone du personnel - PLM - Zone de saisie de données - Zone de rangement et des déchets - Zone du client - Zone du client, équipée de bras articulés - Zone d'anesthésie - Zone du client pour CPRE - Salle de contrôle pour CPRE (seulement si requis)	18,0 à 24 m ² 1,0 m ² 1,0 m ² 2,0 m ² 16 m ² 14 m ² 3 m ² /poste 20 m ² 3 m ² /poste	►
.2 Bureau de consultation et de dictée	Poste où le spécialiste rédige ou dicte son rapport. Situer à proximité ou à l'intérieur de la salle d'intervention.	1 m ² /poste	►
.4 Aire de consultation			
.1 Salle de rencontre et d'examen	Espace fermé servant au spécialiste pour donner les résultats au client, des soins et des traitements ou de l'enseignement, situé à proximité des salles d'endoscopie et de l'aire de récupération. Peut également servir à la dictée ou à la rédaction du rapport afin de libérer la salle d'endoscopie entre les interventions. Doit inclure un PLM. Peut inclure : - salle de toilette (avec assistance).	10,0 m ² 4,5 m ²	G
.2 Salle de lecture	Espace fermé servant au spécialiste pour lire, sur des écrans, les résultats d'un examen (ex. : CPRE), d'un système PACS ou de capsules vidéoendoscopiques, en toute confidentialité. Peut servir à la télé-médecine. Peut être intégrée à la salle de rencontre.	10,0 m ²	G



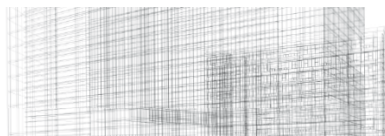
Sous-composantes et locaux		Sup. nette ou ratio	Lien	
.5 Aire de retraitement des dispositifs médicaux (soutien clinique)				
.1 Sas	Local fermé servant au personnel. Espace charnière entre le secteur « souillé » et le corridor, dans lequel on procède à l'hygiène des mains et à l'habillage.	4,0 m ²	►	
	Antichambre	Espace charnière entre le secteur « souillé » et le corridor, dans lequel on procède à l'hygiène des mains et à l'habillage. 2,5 m ²		
.2	Local « souillé »	Local fermé dans lequel on procède aux activités de nettoyage et de rinçage initial <ul style="list-style-type: none"> - PLM - Réception et tri du matériel souillé (ex. : endoscopes et autres DM souillés). Peut se faire par passe-plats fermé (muni d'une vitre) et le comptoir. - Zone de trempage et de nettoyage - Chariot d'équipement de protection individuelle (ÉPI) souillé à proximité de la porte de sortie 	É 1,0 m ² /poste 2,0 m ² /poste 2,5 à 3,0 m ² /poste 1,0 m ² /chariot	►
.3	Local « propre »	Local distinct dans lequel on procède aux activités de désinfection de haut niveau (ex. : trempage) et/ou de stérilisation, au rinçage final puis au séchage et au montage des appareils <ul style="list-style-type: none"> - Zone de l'URAE - Zone de montage 	É 3 m ² /poste 2 m ² /poste	►
.4	Entreposage	Local distinct pour l'entreposage des DM propres	2 m ² /armoire	►
.6 Rangements et dépôts				
.1 Lingerie	Local ou espace (ex. : en alcôve) pour entreposer les chariots de lingerie propre. Prévoir un espace distinct pour la lingerie souillée et un autre pour la lingerie propre.	É	G	
	- Lingerie propre	Espace en alcôve pour entreposer les chariots, les bacs ou les sacs de lingerie propre 2,0		
	- Lingerie souillée	Espace en alcôve pour entreposer les chariots, les bacs ou les sacs de lingerie souillée (sac à linge sur support avec couvercle). 2,0		
.2	Chute à linge	Local sécurisé situé à proximité du dépôt des utilités souillées, y compris une antichambre suffisamment grande pour manipuler un chariot. Situer la porte de façon à éviter au personnel d'avoir à soulever les sacs à linge.	É	G
.3	Équipement biomédical	Local, ou espace en alcôve (dans les corridors), où ranger les appareils mobiles. Prévoir les branchements électriques pour les recharges. <ul style="list-style-type: none"> - Appareil mobile de radioscopie (sur arceau) - Appareil de mesure physiologique - Appareil d'échographie - Chariot d'urgence ou chariot de réanimation - Chariots de CPRE lorsque l'intervention est réalisée en IM ou dans une autre salle d'endoscopie (ex. : nécessite un espace pour les équipements, les appareils et les fournitures.) 	É 4,0	G - - -
.4	Utilité souillée	Local distinct servant à entreposer temporairement le matériel souillé. Peut inclure les espaces pour nettoyer, désinfecter le matériel et l'équipement.	9,0	G
.5	Utilité propre	Local distinct servant à entreposer le matériel propre et le matériel médical nécessaire à l'unité (pansements, produits, bassine, urinaux, haricots). Disposer les fournitures propres à l'écart des fournitures stériles (ex. : pinces à biopsies)	9,0	G
.6	Décartonnage	Local situé à l'extérieur de la zone de soins et de la zone de retraitement (activité qui dégage des poussières de carton) Peut être partagé avec d'autres unités.	É	G
.7	Matériel roulant	Local ou aire de rangement pour les civières, les fauteuils roulants propres et d'autres pièces de matériel roulant. Prévoir plusieurs prises électriques accessibles pour la recharge des appareils. Parfois réparti en alcôves dans les corridors.	É	G
		- Civière	2,5	
		- Fauteuil roulant standard, chaise d'aisance	0,5	
		- Fauteuil roulant pour personne obèse	1,0	



Sous-composantes et locaux		Sup. nette ou ratio	Lien
	<ul style="list-style-type: none"> - Lit standard pouvant supporter jusqu'à 209 kg - Lit pouvant supporter jusqu'à 454 kg Prévoir une aire où ranger temporairement les fauteuils roulants et les triporteurs personnels des clients en dehors des aires de civières. Peut être située en alcôve.	2,5 2,8	
.7 Soutien au personnel			
.1	Salle de repos	Pièce aménagée pour la détente et les pauses, à l'écart de l'aire d'attente des clients et des accompagnants. Peut être partagée avec une autre unité.	2,0 m ² /pers. G
		<ul style="list-style-type: none"> - Cuisinette ou coin-repas : four à micro-ondes, réfrigérateur et machine à café - Coin salle à manger - Coin salon - PLM 	2,5 G - G - G 1,0 m ² G
.2	Vestiaires	Peuvent être centralisés. Prévoir :	G
		<ul style="list-style-type: none"> - casier mi-hauteur (pour les effets personnels) - casier pleine hauteur - distributeur de survêtements - chariot à lingerie propre - chariot à lingerie souillée 	0,4 0,4 3,7 2,0 2,0
.3	Salle de toilette	Privilégier l'un des types suivants :	G
		<ul style="list-style-type: none"> - universelle, sans assistance - multiple : comprenant 2 appareils (2 toilettes ou 1 urinoir et 1 toilette) et 1 lavabo - réservée au personnel : situer à proximité des postes et des aires d'accueil. 	3,5 8,0 2,5
.8 Soutien général			
.1	Local d'hygiène et salubrité	Pièce satellite pour ranger le matériel pour l'entretien ménager. Peut être partagée avec une autre unité.	4,0 G
.2	Dépôt de déchets et de recyclage	Local pour entreposer les déchets réguliers et le matériel recyclable lorsque l'établissement participe à un programme. Peut être partagé.	6,0 G
	- Déchets biomédicaux	- Espace sécurisé où ranger les contenants dans lesquels sont entreposés temporairement les déchets provenant des activités de soins.	É
.3	Traitement d'eau	Local fermé (voir le guide qui traite de l'URDM). À valider surtout si l'aire de retraitement des endoscopes est située dans l'unité.	É G
.4	Réserve générale	Peut être centralisée dans le centre hospitalier (CH).	É G
.5	Décartonnage	Voir la section « soutien clinique ».	
.6	Salle de TIC		6
.7	Salle électrique		6
.9 Aire clinicoadministrative			
.1	Bureau	Local fermé assurant la confidentialité des conversations	10,0 G
		- Chef de l'unité et assistant	11,0 G
.2	Autres types de bureau	Espaces en aire ouverte	É G
		- Poste pour stagiaire : poste de travail utilisé de façon ponctuelle	3,0 m ² /pers.
		- Bureau partagé : poste de travail équipé d'un classeur	5,5 m ² /pers.
		- Bureau : poste de travail équipé d'un fauteuil pour un visiteur et d'un classeur	7,5 m ² /pers.
		- Système de PACS	3,7 m ² /poste
		- Télémedecine et téléradiologie	3,7 m ² /poste
.3	Aire du secrétariat	Prévoir un point de chute pour le service de courrier interne. La proximité de l'aire d'accueil peut être requise. Peut inclure :	É G
		- Poste d'accueil pouvant aussi servir au dépôt et au retour d'archives	5,5 m ² /pers.
		- Photocopie, télécopie et papeterie : privilégier un local fermé et prévoir un espace pour le bac à récupération (bac bleu de grandes dimensions)	6,0
.4	Salle de réunion	Salle de réunion ou de formation (et de visioconférence si requis)	2,0 m ² /pers. G
.10 Enseignement et formation			
.1	Bureau	Local fermé assurant la confidentialité des conversations	7,5 à 10,0 G



Sous-composantes et locaux		Sup. nette ou ratio	Lien
	- Chef	11,0	



Sous-composantes et locaux			Sup. nette ou ratio	Lien
.2	Autres types de bureau	Espaces en aire ouverte <ul style="list-style-type: none"> - Poste pour stagiaire : poste de travail utilisé de façon ponctuelle, sans classeur - Bureau partagé : poste de travail équipé d'un classeur - Bureau : poste de travail équipé d'un classeur et d'un fauteuil pour un visiteur - Alcôve permettant d'éviter l'encombrement des corridors 	É 3,0 m ² /pers. 5,5 m ² /pers. 7,5 m ² /pers. 2 m ² /alcôve	G
.3	Salle de réunion	Salle de réunion ou d'enseignement	2,0 m ² /pers.	G

É : **Dimension à évaluer** selon les besoins ou le fonctionnement de l'établissement.

2.2.4 Dimensions génériques

Le tableau suivant spécifie les diamètres de giration recommandés pour les appareils nécessaires au transport et aux transferts de la clientèle. Il complète les informations relatives aux locaux spécifiques, présentées dans la section 2.3. Concernant les autres locaux à programmer, il est nécessaire de s'assurer de la pertinence de ces différentes données.

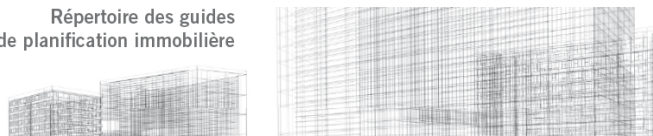
Tableau 2.2.4 Diamètres de giration

Dimensions		minimales (mm)
.1	Diamètre de giration	
.1	Fauteuil roulant	<ul style="list-style-type: none"> - standard - de gériatrie ou pour personne obèse
.2	Civière	2 300
.3	Lève-personne	<ul style="list-style-type: none"> - mobile (LPM) - sur rail au plafond (LPR)
	Lève-personne pour personne obèse (plus de 180 kg)	<ul style="list-style-type: none"> - sur rail au plafond (LPR)
Dimensions		minimales (mm)
Dégagements minimaux requis pour transférer un client sur un lit à partir :		
.1	d'un fauteuil roulant	<ul style="list-style-type: none"> - au moyen d'un LPM - au moyen d'un LPR
.2	d'un fauteuil roulant pour personne obèse (plus de 180 kg)	<ul style="list-style-type: none"> - au moyen d'un LPR - au moyen d'un LPM
.3	d'une civière	1 500

2.2.5 Équipement médical

Les appareils médicaux fixes et mobiles peuvent influencer la programmation des espaces et des locaux en ce qui a trait aux dimensions et aux dégagements nécessaires à leur utilisation ainsi qu'à leur entretien (la liste présentée ci-dessous n'est pas exhaustive).

Équipement médical fixe	
Armoire à médicaments	Bain à ultrasons
Colonne fixe de services	Laveur-décontaminateur de bassines
Bras articulé de type plafonnier	Macérateur de bassines
Lampe chirurgicale	Laveur-décontaminateur d'endoscopes (URAE)
Lampe de chirurgie mineure	Unité de test de pression des endoscopes
Cabinet chauffant	Machine à glace
Cabinet à instruments	Tige à perfusion sur rail
Panneaux muraux de services	Stérilisateur à l'acide péracétique
Chariot de médicaments anesthésiques	Réfrigérateur à médicaments, système d'appel, armoire à solutés
Débitmètre et régulateur	



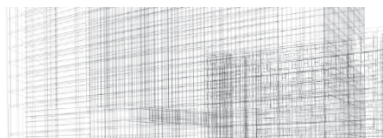
Équipement médical mobile

Moniteur de SpO ₂ (sphygmo-oxymètre) et de tension artérielle	Appareil pour vérifier l'étanchéité des endoscopes et pour irriguer (eau et air) les canaux
Endoscope	Console clinique de système PACS
Système vidéoendoscopique	Électrocardiographe
Écran vidéo	Lampe chirurgicale mobile
Appareil d'électrochirurgie	Chariot pour intubation
LPM	Chariot de réanimation
Appareil mobile de radioscopie	Moniteur physiologique
Pompe à perfusion	Civière, fauteuil roulant, lit
Échographe portable	Laser chirurgical (urologie)
Cabinet à médicaments automatisé décentralisé	Insufflateur de CO ₂
Enregistreur de DVD	Distributeur d'argon
Appareil d'anesthésie	Armoire à endoscopes ventilée

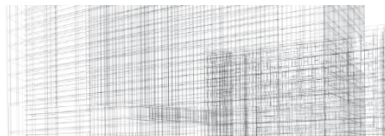
2.3 Locaux spécifiques

Les locaux spécifiques de l'unité sont inclus dans la présente section; ils sont présentés en ordre alphabétique. Les normes de performance technique documentées dans le chapitre 3 du présent document doivent être consultées en parallèle. Les locaux dits « génériques », c'est-à-dire applicables à plusieurs unités, sont décrits dans le Répertoire des locaux génériques accessible sur le site du MSSS.

AIRE DE PRÉPARATION	
Superficie minimale de 7,0 à 11,0 m ² /aire individuelle dans un fauteuil (voir les schémas) et 7,5 à 12,5 m ² /aire individuelle sur civière (voir les schémas de l'aire de récupération)	
Critères d'aménagement	
<p>1 Fonctionnalité</p> <ul style="list-style-type: none"> .1 Considérer que l'aire de préparation et l'aire de récupération peuvent être communes (le cas échéant, se référer à la fiche traitant de l'aire de récupération). .2 La présente fiche s'applique seulement à l'aire de préparation. Si l'aire de préparation est distincte de l'aire de récupération, prévoir une aire de travail pour l'infirmier. .3 Prévoir que le client peut être assis sur une chaise (ex. : urologie), dans un fauteuil extensible ou couché sur une civière. .4 Considérer que le fauteuil peut également servir au client qui récupère. .5 Situer à proximité de l'aire d'attente des clients. .6 Prévoir à proximité des espaces de rangement des fournitures médicales (ex. : soluté, cathéter). <p>2 Prévention des infections</p> <ul style="list-style-type: none"> .1 Prévoir un PLM. 	<p>3 Sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> .1 Prévoir un environnement sécuritaire permettant d'intervenir efficacement en situation d'urgence (ex. : proximité du chariot d'urgence) : <ul style="list-style-type: none"> - le local doit être assez vaste pour intervenir lorsque le client fait un choc vagal et doit pouvoir contenir une civière et du rangement de matériel (ex. : soluté). .2 Évaluer l'espace pour permettre l'utilisation d'un LPR ou LPM. <p>4. Confort et ambiance</p> <ul style="list-style-type: none"> .1 Privilégier l'intimité du client et la confidentialité. .2 Assurer un apport d'éclairage naturel. .3 Doter d'horloges visibles à partir des espaces de préparation.
Dimensions et schéma	
<p>.1 Dégagement minimal autour du fauteuil de traitement en position couchée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la tête du fauteuil : 600 mm - de chaque côté (en aire ouverte) : 750 mm - de chaque côté (en aire semi-ouverte, cloisonnée de 3 côtés) : 1 000 mm - au pied du fauteuil : 600 mm 	<p>.2 Dégagement minimal pour accommoder une personne pesant plus de 180 kg :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la tête du fauteuil : 600 mm - d'un côté du fauteuil : 1 000 mm - de l'autre côté du fauteuil : 1 800 mm - au pied du fauteuil : 600 mm



<p>Préparation dans un fauteuil, en aire ouverte Superficie minimale : 7 m²</p>	<p>Préparation dans un fauteuil, en aire semi-ouverte (cloisonnée sur 3 côtés) Superficie minimale : 8,5 m²</p>
<p>Préparation dans un fauteuil, en aire semi-ouverte (et lève-personne d'une capacité de moins de 180 kg) Superficie minimale : 10,0 m²</p>	<p>Préparation dans un fauteuil, en aire semi-ouverte, pour un client de plus de 180 kg (à l'aide d'un lève- personne d'une capacité de plus de 180 kg) Superficie minimale : 11,0 m²</p>
<p>Concernant l'aire de civière individuelle, consulter la fiche sur l'aire de récupération.</p>	



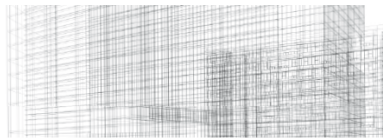
RÉCUPÉRATION

Superficie minimale de 7,5 à 12,5 m²/aire individuelle sur civière et de 7,0 à 11,0 m²/aire individuelle dans un fauteuil (voir les schémas de l'aire de préparation)

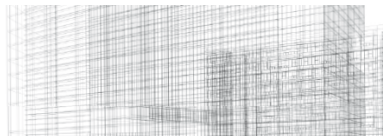
Critères d'aménagement

<p>1 Fonctionnalité</p> <p>.1 Prévoir que l'aire où le client récupère à la suite d'un examen ou d'une intervention peut également servir d'aire de préparation.</p> <p>.2 Prévoir que le client peut être assis sur une chaise (ex. : urologie), dans un fauteuil extensible ou couché sur une civière pendant une durée variant de quelques minutes à quelques heures²⁷ (voir le tableau 1.2.1).</p> <p>.3 Calculer le nombre requis d'aires de civière individuelle en fonction des volumes d'activités et de la durée moyenne de l'épisode de soins avant, pendant et après l'intervention (ex. : selon le type de sédation). Prévoir au moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 aires de civière individuelle de récupération pour chaque salle d'endoscopie digestive pour la coloscopie longue et la bronchoscopie; - 1 civière en attente devant chaque salle (client couché) lorsque la surveillance est adéquate; - 5 chaises en attente pour chaque salle d'urologie. <p>.4 Prévoir des espaces de rangement pour la lingerie propre, distincte de la lingerie souillée, à proximité ou à l'intérieur des aires de récupération. Évaluer la possibilité de placer la lingerie prévue pour les besoins de la journée dans chaque aire de civière individuelle.</p> <p>.5 Prévoir un cabinet chauffant à proximité.</p> <p>ÉCLAIRAGE</p> <p>.1 Prévoir l'installation des appareils d'éclairage de façon à ce que le personnel infirmier puisse voir le thorax et le visage du client, surtout dans le cas où une sédation-analgésie est administrée au client.</p>	<p>2 Prévention et contrôle des infections</p> <p>.1 Évaluer le besoin d'une salle d'isolement infectieux dans l'aire de préparation et de récupération de même que 1 salle de toilette réservée à celle-ci. Peut être partagée avec d'autres unités.</p> <p>.2 Envisager la possibilité d'installer des rideaux séparateurs qui se ferment complètement (1 par aire), faciles à remplacer et lavables.</p> <p>.3 Prévoir un espace minimal de 1,5 m entre les civières ou les fauteuils.</p> <p>.4 Prévoir un PLM visible et accessible sans détour.</p> <p>3 Sécurité</p> <p>.1 Aménager des espaces identiques afin de faciliter les interventions et les examens rapides, les gestes répétitifs et le repérage visuel.</p> <p>.2 Assurer le contrôle visuel direct du personnel vers toutes les aires de préparation et de récupération ainsi que vers les civières en attente.</p> <p>.3 Prévoir un environnement sécuritaire permettant d'intervenir efficacement en situation d'urgence (ex. : proximité du chariot d'urgence).</p> <p>.4 Évaluer l'espace pour permettre l'utilisation d'un lève-personne (sur rail au plafond ou mobile) lorsque requis.</p> <p>.5 Assurer l'accès rapide à un chariot d'urgence.</p> <p>4. Confort et ambiance</p> <p>.1 Privilégier l'intimité du client (ex. : rideaux séparateurs).</p> <p>.2 Privilégier un apport d'éclairage naturel.</p> <p>.3 Doter d'horloges visibles à partir des espaces de récupération.</p>
<p>Dimensions et schéma</p>	
<p>.1 Dégagements minimaux autour d'une civière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la tête, pour la réanimation cardiaque : 600 mm - de chaque côté, en aire ouverte : 750 mm - de chaque côté, en aire semi-ouverte (cloisonnée sur 3 côtés) : 1 000 mm - au pied de la civière : 600 mm 	<p>.2 Dégagements minimaux pour accommoder une personne pesant plus de 180 kg :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la tête du lit ou du fauteuil : 600 mm - d'un côté : 1 000 mm - de l'autre côté : 1 800 mm - au pied du lit ou du fauteuil : 600 mm

27. Prévoir que certains clients peuvent être couchés sur une civière pendant une certaine durée, puis être assis en attendant la fin de la période de récupération avant de quitter.



<p align="center">Civière en aire ouverte Superficie minimale : 7,5 m²</p>	<p align="center">Civière en aire semi-ouverte cloisonnée sur 3 côtés Superficie minimale : 10,0 m²</p>
<p align="center">Civière en aire semi-ouverte cloisonnée sur 3 côtés (capacité de plus de 180 kg) Superficie minimale : 12,5 m²</p>	<p align="center">Fauteuil en aire ouverte Superficie minimale : 7,0 m²</p>



RÉCUPÉRATION : civière d'isolement infectieux et d'isolement protecteur

Superficie minimale de la salle d'isolement : 11,0 m², du sas : 4,0 m² et de l'antichambre : 2,6 m²

http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/app/DocRepository/1/Publications/Guide/Chisolnec_090831_1.pdf

Retraitement des dispositifs médicaux

Critères d'aménagement

.1 Fonctionnalité

Généralités

- .1 Considérer que les DM peuvent être acheminés et retraités à l'unité centralisée de RDM (stérilisation) ou être retraités sur place.
- .2 Lorsque les DM souillés sont retraités dans l'unité centralisée de RDM, rapprocher le local d'entreposage de matériel propre et stérile (équipé d'armoires ventilées) des salles d'endoscopie.
- .3 Lorsque les DM ne sont pas acheminés à l'unité de RDM (stérilisation), situer le secteur de retraitement en contiguïté des salles d'endoscopie, de façon à assurer l'efficacité ainsi que la sécurité et à réduire les déplacements (parcours) du personnel et des endoscopes.
- .4 Considérer que dans tous les cas, le prénettoyage doit être fait immédiatement après l'utilisation de l'endoscope dans la salle d'endoscopie (sans évier), avant de transporter celui-ci dans un contenant fermé vers le secteur de retraitement des DM.

RDM

- .5 Diviser le secteur de retraitement en trois locaux : 1) le secteur « souillé »; 2) le secteur « propre » (désinfection et stérilisation); 3) l'entreposage des endoscopes désinfectés (y compris des armoires ventilées) et d'autres accessoires. Précisons que l'aménagement de trois zones distinctes ne dépend pas des technologies utilisées.

SAS POUR LE PERSONNEL

- .6 Prévoir un sas ou une antichambre pour l'accès du personnel vers le secteur « souillé » dans lequel se trouve :

- un espace pour ranger et pour revêtir les ÉPI propres;
- un PLM.

LOCAL « SOUILLÉ »

Se référer au guide de l'URDM pour plus de précisions.

- .7 Aménager en respectant la marche unidirectionnelle du « souillé » vers le « propre » :
 - Aménager en trois zones : 1) réception et tri; 2) trempage et nettoyage; 3) transfert vers le secteur « propre ».
 - Envisager la possibilité d'installer un passe-plats fermé (muni d'une tablette ou d'un comptoir) pour recevoir les endoscopes et les accessoires (DM) souillés en provenance de la salle d'endoscopie vers le secteur « souillé », ou du « souillé » vers le « propre ».
 - Prévoir un espace (comptoir, chariot et/ou étagères) pour recevoir les bacs de transport contenant les DM souillés et en faire le tri et un espace où jeter les déchets.
 - Prévoir un comptoir muni d'un évier double ou triple pour faire les tests d'étanchéité (appareil commercial) de même que pour le nettoyage, la désinfection et le rinçage, si requis.

- Prévoir un espace de rangement du matériel nécessaire au nettoyage : contenants, agents enzymatiques, gants et brosses.
- Prévoir un espace pour les appareils servant au nettoyage : appareil de nettoyage et d'irrigation des canaux, appareil pour les tests d'étanchéité.
- Planifier, de chaque côté des éviers, des surfaces de comptoir « souillées » et « propres ».
- Prévoir de l'air pour applications médicales et une lentille grossissante.
- Prévoir un poste de traçabilité résistant aux liquides et lavable.
- Prévoir, près de la porte de sortie, l'espace pour des contenants à déchets et un support pour un sac à linge souillé.

LOCAL « PROPRE »

- .8 Se référer au guide de l'URDM pour plus de précisions.

- Planifier, de chaque côté des URAE, des surfaces de comptoir « souillées » et des surfaces « propres et désinfectées » ainsi que des rangements pour les produits.
- Prévoir une zone de comptoir pour remonter les endoscopes (du côté propre du comptoir).
- Interdire toute circulation permettant au personnel de passer du secteur « souillé » au secteur « propre » et inversement. Il y a lieu, par exemple, de compenser par des moyens de communication (ex. : vitrage, téléphone) et de transfert des DM (ex. : passe-plats fermé) (proscrire toute porte permettant de passer du « souillé » vers le « propre »).
- Prévoir un espace pour le dépôt des bacs rigides servant au transport des endoscopes vers les salles d'examen et un comptoir pour déposer l'endoscope dans le bac rigide.
- Calculer les ratios de laveurs (ex. : URAE) en fonction du nombre et des types d'endoscope utilisés²⁸ et des interventions pratiquées.
- Prévoir de l'air pour applications médicales et un régulateur de pression.
- Éviter de mettre des aires d'entreposage d'endoscopes.

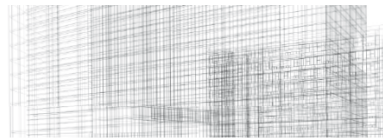
LOCAL D'ENTREPOSAGE

- .9 Se référer au guide de l'URDM pour plus de précisions.

- Concernant l'entreposage, prévoir des armoires ventilées munies d'un filtre haute efficacité pour les particules d'air en fonction du nombre et des types d'endoscope utilisés²⁹.
- Prévoir un espace pour le dépôt des bacs rigides servant au transport des endoscopes vers les salles d'examen et un comptoir pour déposer l'endoscope dans le bac rigide.

28. Par exemple, prévoir 2 URAE doubles (2) pour 1 salle d'endoscopie digestive et 3 pour 2 salles d'endoscopie digestive (ratio de 15 interventions et de 7 endoscopes par salle) ou selon les calculs de l'établissement.

29. Prévoir, par exemple, des armoires pour 7 endoscopes par salle (basé sur un ratio de 15 interventions par jour en coloscopie longue) ou selon les calculs de l'établissement.

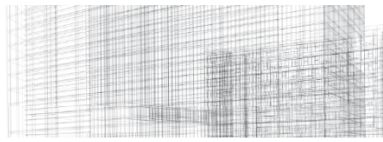



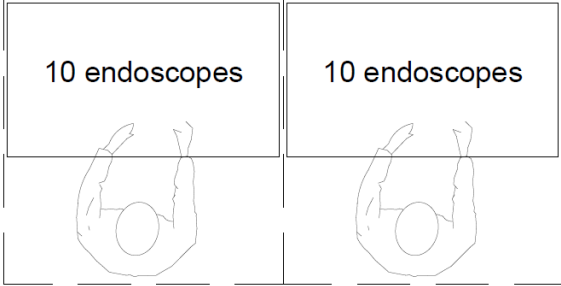
Critères d'aménagement (suite)

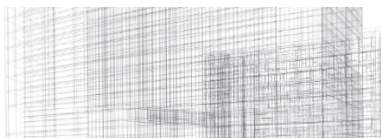
<p>.2 Prévention des infections</p> <ol style="list-style-type: none"> .1 Aménager de façon à permettre un parcours unidirectionnel des endoscopes et des autres accessoires du « souillé » vers le « propre » (désinfectés) et vers l'entreposage. .2 Prévoir que tous les appareils, dont les appareils d'éclairage, soient étanches et résistent aux produits et aux procédés de décontamination. .3 Prévoir un plafond étanche, qui résiste aux produits et aux procédés de décontamination. .4 Prévoir des PLM ou des distributeurs de lotion antiseptique dans chacune des zones de retraitement. .5 Restreindre l'accès aux personnes autorisées travaillant dans ce secteur seulement (ex. : ne pas laisser le personnel apporter des endoscopes dans les locaux ou venir y en chercher). Compenser au moyen de passe-plats (voir le chapitre 3) par exemple. 	<p>.3 Sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévoir des douches oculaires (santé et sécurité du travail) selon les règles de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). - Contrôler les accès (personnel autorisé seulement). - Prévoir un ASSC/UPS (ex. : pour certains appareils de nettoyage automatisés) afin d'éviter les pertes d'informations (ex. : rapport de traçabilité) lorsqu'il y a interruption (ex. : coupure de courant). - Prévoir l'espace nécessaire pour déplacer, sortir et entretenir (changer les filtres) les laveurs. <p>.4 Exploitation et entretien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévoir l'espace pour retirer les équipements de retraitement lors des remplacements, des entretiens préventifs et des correctifs.
---	--

Dimensions des différents secteurs (page suivante)

<p>SAS (4,0 m²)</p>	<p>Local « souillé » : zone de réception et de tri (2 m²) Déchets : piquants et tranchants, biomédicaux et courants</p>
<p>Local « souillé » : zone de trempage et nettoyage (3 m²) voir note</p>	<p>Local « souillé » : zone de trempage et de nettoyage (2,5 m²)</p>
<p>Note : Certains appareils font un test automatisé de fuite et peuvent remplacer le troisième évier.</p>	



Zone de l'URAE avec comptoir (3 m ² /armoire)	Entreposage : armoire ventilée (2 m ² /armoire)
 <p data-bbox="500 478 594 512">UREA</p>	
<p data-bbox="293 646 1122 674">Dimensions approximatives, qui peuvent varier selon le fabricant et les pratiques.</p>	



SALLE D'ENDOSCOPIE

Superficie minimale de 18,0 m² à 24,0 m²/salle d'endoscopie

Critères d'aménagement

.1 Fonctionnalité

- Aménager de façon à permettre un déplacement efficace et rapide de la clientèle sur civière.
- Aménager la salle en 3 zones distinctes :
 - zone du personnel soignant pour la consultation du dossier et la prise de données : inclure un PLM;
 - zone du client pour l'intervention : équipée d'une civière ou d'une table située et orientée selon le type d'intervention;
 - zone de rangement (matériel, fournitures et équipement) pouvant inclure un chariot d'endoscopie (ex. : processeur, source lumineuse, appareils thérapeutiques), le système de vidéoendoscopie ainsi qu'un chariot pour les fournitures et un autre pour la lingerie.
- Prévoir les dimensions minimales suivantes pour la salle d'endoscopie :
 - largeur minimale de 3,8 m;
 - dégagements (ex. : largeur de porte) de 1 220 mm pour le passage d'une civière ou d'un lit;
 - dégagements autour de la civière suffisants pour une réanimation (espace pour un chariot d'urgence et le personnel requis pour une réanimation).
- Évaluer la possibilité d'installer des bras articulés pour les moniteurs vidéo dont tous les fils électriques sont au plafond.
- Placer le moniteur vidéo de façon à ce qu'il soit bien visible pour l'endoscopiste. Évaluer la possibilité d'en installer un deuxième pour le personnel infirmier derrière l'endoscopiste.
- Coordonner la hauteur de la salle en considérant la lampe opératoire, les bras articulés (si requis) et d'autres appareils médicaux suspendus.
- Installer le client (sur une civière ou sur une chaise) en attente devant la salle d'endoscopie pour la prochaine intervention.
- Prévoir une salle de dictée, près des salles d'endoscopie, où le spécialiste peut consigner ou dicter les résultats (peut se faire dans la salle d'endoscopie sur le poste de saisie) et rencontrer les clients en toute confidentialité.
- Évaluer la pertinence de prévoir des salles équipées pour recevoir des personnes de plus de 180 kg.
- Prévoir une salle de toilette adjacente à la salle d'endoscopie pour, entre autres, les interventions touchant le système urinaire et le système reproducteur féminin. Ne pas situer la porte dans la salle d'intervention.
- Prévoir une alcôve pour la lingerie, à proximité de la salle.
- Prévoir des systèmes de communication (ou des contrôles visuels) afin de réduire le temps interexamens.
- Prévoir, pour les CPRE³⁰, des rangements pour un tablier de plomb, un espace pour l'équipement d'IM mobile ou fixe, un chariot de CPRE et un chariot d'anesthésie.
- Prévoir en amont de la salle d'endoscopie, un espace de rangement pour les ÉPI et les survêtements.

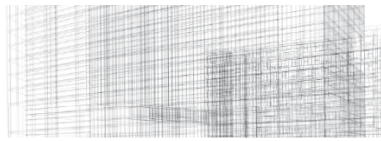
.2 Prévention des infections

- Prévoir une utilisation maximale des plafonds et minimale des planchers et des murs, donc une empreinte minimale (ex. : installation de bras articulés permettant le support de certains équipements tels que les moniteurs vidéo).
- Considérer que le prénettoyage doit être fait dans la salle immédiatement après l'examen (sans évier).
- Évaluer la pertinence d'installer un passe-plat pour acheminer les endoscopes souillés vers le secteur « souillé » du retraitement.
- Installer tout câblage hors du volume fini de la salle, dans des caniveaux ou des gaines accessibles au personnel technique, mais étanche et résistant aux produits et aux procédés de décontamination.
- Prévoir un plafond étanche et résistant aux produits et aux procédés de décontamination.
- Prévoir dans les salles d'endoscopie, des appareils d'éclairage étanches encastrés et résistant aux produits et aux procédés de décontamination.
- Prohiber les drains de plancher, les évier (sauf le PLM) et tout autre point d'eau qui nécessitent une alimentation en eau, sauf si l'intervention le requiert (ex. : drain de plancher en urologie; toutefois, considérer que dans cette spécialité, certains modèles de table recueillent les effluents liquides et que le drain est alors inutile).
- Prévoir le PLM et des DHSA visibles et accessibles sans détour.
- Prévoir l'espace pour différents contenants de déchets (voir le schéma).
- Prévoir du rangement seulement pour les besoins de la journée.

.3 Sécurité

- Lorsqu'un équipement d'IM mobile est utilisé, établir les exigences de radioprotection selon une étude effectuée par un physicien médical et selon le cadre réglementaire en vigueur.
- Prévoir, si requis, le dégagement pour la machine d'anesthésie et le chariot de médicaments anesthésiques à la tête du client ou à proximité étroite.
- Prévoir des gaz à usage médical (oxygène, succion, air) et des prises électriques en nombre suffisant.
- Aménager de manière à permettre d'effectuer une réanimation cardiorespiratoire ou d'évacuer le client en urgence (ex. : proximité du chariot d'urgence).
- Placer les appareils d'éclairage de façon à ce que le personnel infirmier puisse voir le thorax et le visage du client, surtout dans le cas où une sédation-analgésie est administrée au client.
- Assurer un éclairage d'appoint dans la zone pour la consultation du dossier et la prise de données.
- Prévoir les espaces requis pour faciliter tous les types de transfert : à l'aide d'un fauteuil roulant et, parfois, d'un LPM, transfert de civière à civière ou autre, selon la situation.

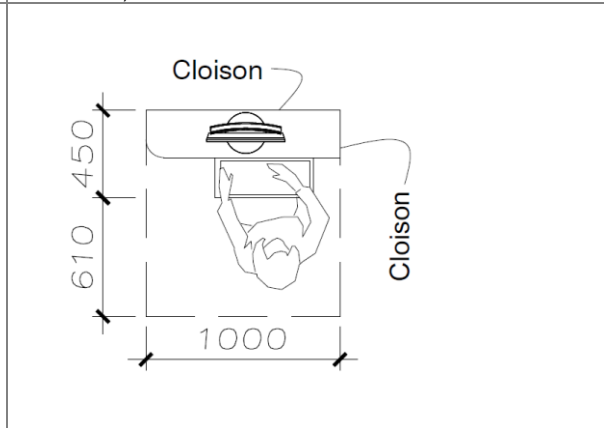
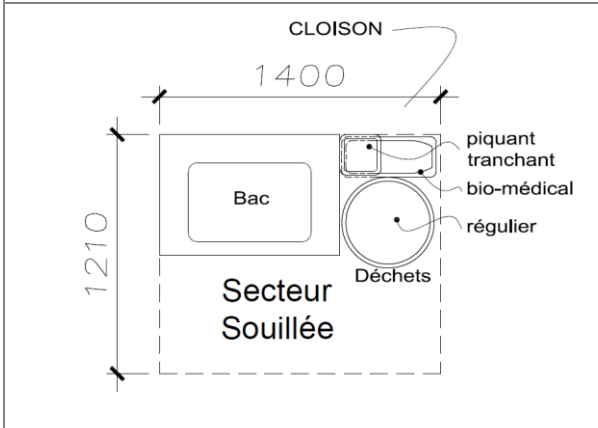
30. Salle d'endoscopie pour les interventions réalisées à l'aide d'équipement d'IM.



<p>.4 Confort</p> <ul style="list-style-type: none"> - Environnement calme - Aménager le local de façon à préserver la dignité du client en cours d'intervention comme suit : <ul style="list-style-type: none"> ▪ placer un rideau à l'entrée de la salle; ▪ placer adéquatement les portes des salles d'endoscopie. 	<p>.5 Fonctionnement et entretien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévoir de situer les composantes électromécaniques (ex. : boîte de mélange de ventilation) en dehors des salles d'endoscopie.
---	---

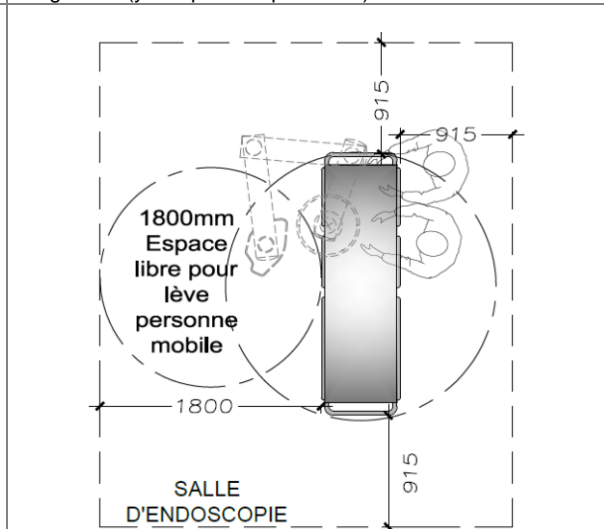
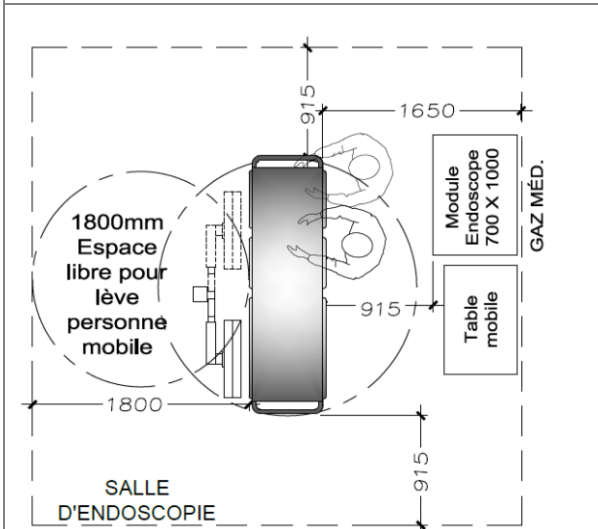
Dimensions des différents secteurs
Ajouter les surfaces pour PLM, poste de saisie, zone de rangement (y compris contenants à déchets)

<p>Zone de rangement et des déchets : 2 m²</p>	<p>Zone de saisie ou de consultation : 1 m² NOTE : la dimension peut varier selon le mobilier. La consultation papier, le besoin d'écrire ou encore le choix du travail en position assise ou debout peuvent orienter vers plusieurs choix (ex. : bureau, système informatique dont le clavier est placé sur le comptoir ou sur une tablette coulissante).</p>
---	---

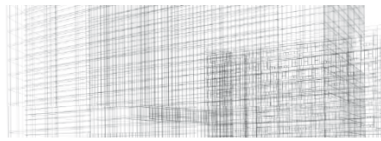


Zone du client : 16 m²
Ajouter les surfaces pour PLM, poste de saisie, zone de rangement (y compris des poubelles).

Zone du client équipée de bras articulés (peut inclure écran vidéo, processeur, appareil d'électrochirurgie, sphygmoxymètre et gaz à usage médical (oxygène, succion, air) et prises électriques), coin écriture et coin prénettoyage initial des endoscopes) : 14 m²
Ajouter les surfaces pour PLM, poste de saisie, zone de rangement (y compris des poubelles).

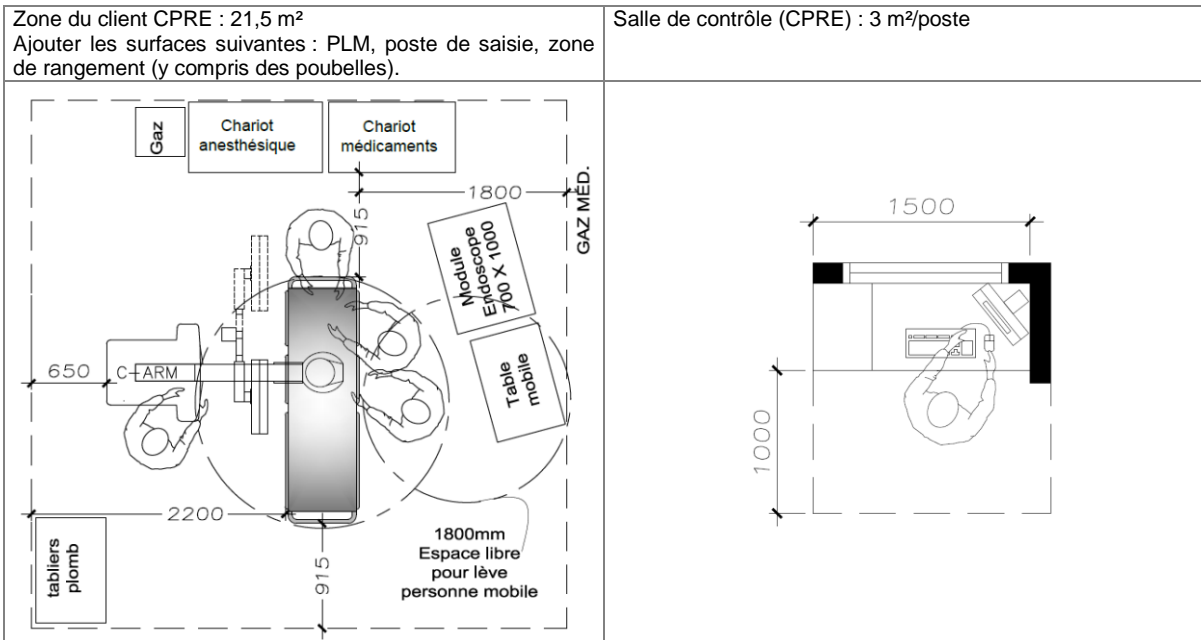
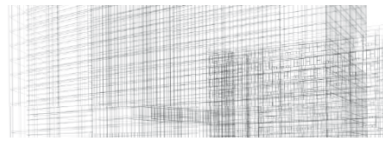


NOTE : Les espaces requis pour faciliter tous les types de transfert (à l'aide d'un fauteuil roulant, avec ou sans LPM, transfert de civière à civière ou autre, selon la situation) peuvent influencer la planification de la salle.



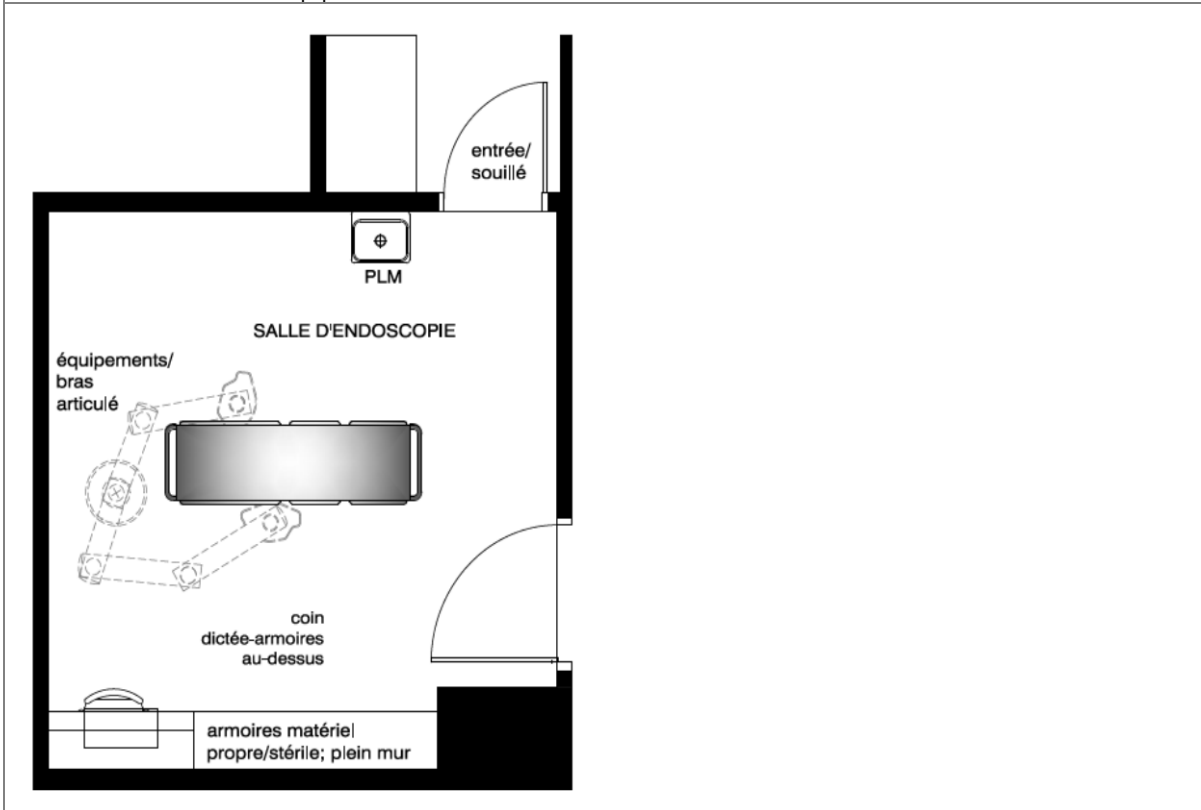
Unité d'endoscopie

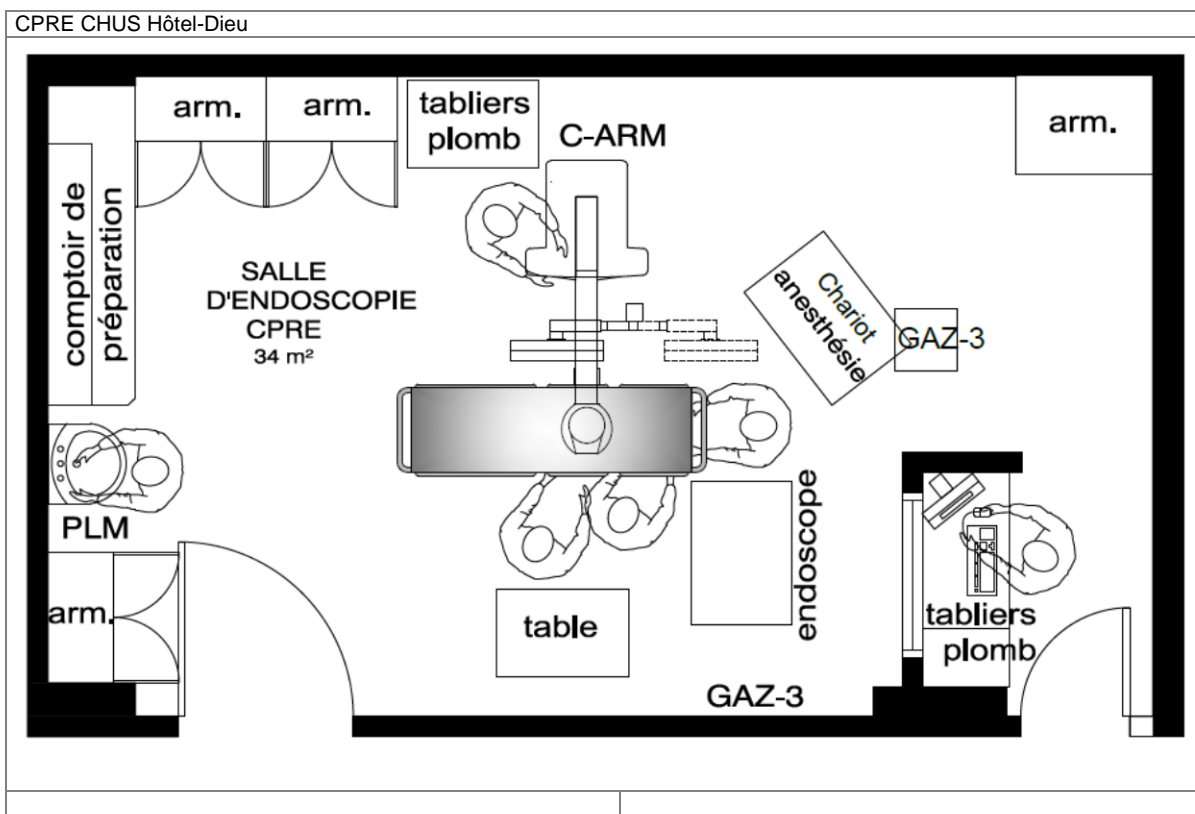
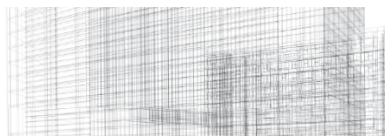
<p>Zone du client (interventions sous anesthésie) : 19 m² Ajouter les surfaces pour PLM, poste de saisie, zone de rangement (y compris des poubelles). Prévoir un espace pour la machine d'anesthésie et un chariot de médicaments anesthésiques. Doivent être situés à la tête du client ou à proximité étroite.</p>	<p>Zone d'anesthésie : 3 m²/poste Prévoir une superficie minimale de 3 m² supplémentaire lorsque des anesthésies y sont pratiquées ou pour ranger les chariots.</p>



Exemples

CSSS de Lanaudière : salle équipée de bras articulés : 18 m²





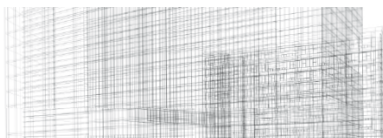
2.4 Calcul des superficies

La superficie brute de l'unité est déterminée par le facteur de conversion F1. La valeur de ce facteur détermine les espaces de circulation ainsi que les superficies occupées par les cloisons de l'unité, à l'exclusion des murs extérieurs. Le facteur F1 ci-dessous tient compte de l'**aménagement d'un corridor simple**.

Facteur de conversion F1	1,45 – Ce facteur ne tient pas compte de l'aménagement d'un double corridor.
---------------------------------	---

Le lecteur qui désire obtenir davantage de précisions peut se référer au document *Règles de mesure* accessible sur le site Internet du MSSS à l'adresse suivante :

http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/chq/index_f7942.html?DetailID=379



3. Objectifs de performance technique

La présente section traite des normes de performance technique auxquelles doit satisfaire l'aménagement de l'unité d'endoscopie. L'ordre de présentation est conforme à la nomenclature et à la classification Uniformat II. Consulter le guide de l'URDM pour les objectifs de performance technique relatifs au RDM.

GÉNÉRALITÉS

Les recommandations émises dans cette rubrique s'adressent à l'ensemble des disciplines concernées par la programmation. De plus, elles sont applicables à toutes les sections de la classification Uniformat II qui suivent.

.1 Prévention des infections

- Choisir des matériaux et des finis en considérant les critères de performance suivants :
 - lisses et imperméables;
 - exempts de fissures et de crevasses;
 - non poreux;
 - résistant aux produits de nettoyage corrosifs et aux nettoyages répétitifs ainsi qu'aux produits qui pourraient se retrouver accidentellement sur les surfaces (ex. : liquides biologiques).
- Éviter les joints ou en réduire le nombre afin de prévenir la croissance de bactéries et le passage de liquides (ex. : revêtement de plancher et plinthes murales d'une seule venue).

(Lire la norme CSA Z314.8 et s'y référer.)

Exemples :

- Spécifier des joints soudés pour les cadres en acier et les autres composantes.
- Utiliser des appareils d'éclairage dotés d'un joint d'étanchéité et des matériaux de scellement pour les prises électriques.
- Prévoir des plafonds lisses et y intégrer la tuyauterie, les lumières et les autres appareils.

- Opter pour un design simple, exempt de joint, de débord, de creux et de saillies inutiles (ex. : moulure), de façon à éviter le dépôt de poussière et de saletés de même que le développement microbien et fongique (empêchant les microorganismes ou les contaminants non viables de s'accumuler).

Exemple :

- Prolonger les armoires hautes à l'aide d'un plan vertical jusqu'au plafond afin d'éviter l'accumulation de la poussière.

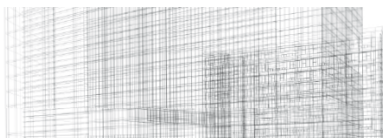
- Dissimuler toutes les canalisations apparentes et, le cas échéant, les recouvrir d'un fini lisse et lavable.
- Limiter les surfaces et les revêtements qui libèrent des particules ou des fibres.

.2 Sécurité

- Assurer la sécurité des personnes, des produits et du matériel, notamment en prévoyant un contrôle des accès de l'ensemble de l'aire d'endoscopie.
- Permettre d'appeler et de signaler les appels à partir d'une poire facile de préhension, située près de la civière, une touche sur les postes secondaires, une tirette d'appel dans les salles de toilette ainsi que par tout autre dispositif pouvant être relié au système.

.3 Confort

- Réduire les bruits d'impact occasionnés notamment par l'ouverture et la fermeture des portes, par la dilatation des conduits métalliques des systèmes de mécanique et d'autres sources.
- Opter pour des matériaux, des composantes et du mobilier qui ne dégagent pas de vapeurs nocives et/ou allergènes.



Exemples :

- Éviter l'utilisation de produits laminés.
- Choisir des produits sans composés organiques volatils (COV).

- S'assurer que l'intégration des services électriques, de communication et d'information et des baies vitrées n'affecte pas la performance acoustique attendue.

.4 Exploitation et entretien

- Limiter au minimum le nombre de finis et de matériaux de revêtements et de finition (plancher, plafond) de façon à en faciliter l'entretien, à réduire les procédures d'hygiène et de salubrité et à faciliter la gestion de l'entreposage aux fins de remplacement.
- Faciliter l'accès aux appareils et aux systèmes (mécaniques, électriques et médicaux) de manière à ce que les travaux d'entretien préventif et de réparation puissent être exécutés en occasionnant le moins de bruit et de poussière possible, et ce, sans interrompre les activités courantes.

Exemple :

- Accéder aux valves de sectionnement, aux volets de contrôle et aux autres systèmes à l'extérieur de salles d'intervention et des aires de préparation et de récupération ainsi que des aires de RDM.

.5 Pérennité

- Sélectionner des matériaux et des produits durables, éprouvés et reconnus pour leur facilité d'entretien, et qui résistent aux impacts (ex. : dans les endroits où circulent des civières et des chariots).

Objectifs de performance technique d'aménagement

Uniformat II

Les sections C – Aménagement intérieur, D – Services et E – Équipements et ameublement qui suivent traitent des objectifs de performance technique relative aux aménagements intérieurs.

C AMÉNAGEMENT INTÉRIEUR

C10 Construction intérieure

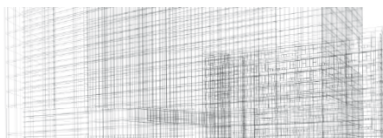
C1010 Cloisons intérieures

.1 Confort

- Assurer l'intégrité de l'ensemble des systèmes plancher-plafond-murs-cloisons conformes aux normes ASTM E-336 (méthode de test en acoustique), et ce, en respectant :
 - un indice (ou classe) de transmission sonore (ITS) minimal de 50 ITS dans les salles d'endoscopie, les salles d'examen, les salles de toilette, les bureaux ainsi que dans les salles de réunion et de visioconférence.
 - Limiter l'utilisation de matériaux qui favorisent l'effet d'écho dans le secteur de récupération. Traiter les murs des locaux limitrophes avec un indice de transmission sonore élevé (55 ITS) de façon à assurer la quiétude dans ce secteur.
 - Prévoir une fenestration sur la circulation interne à défaut d'éclairage naturel dans les secteurs où le personnel travaille sur de longues périodes (ex. : locaux de RDM).

.2 Prévention des infections

- Limiter au minimum le nombre de coins intérieurs et éviter les angles inférieurs à 90°; opter idéalement pour des jonctions plancher et mur en arrondi dans les secteurs suivants : locaux de RDM, salles d'endoscopie, salles d'examen et salles de toilette.
- Sceller les conduits qui sortent de l'unité à leur point de franchissement des murs du périmètre.



.3 Pérennité

- Renforcer et protéger les cloisons recouvertes de gypse qui sont situées dans les zones où circulent des chariots et des civières.

C1010 Construction intérieure

C1020 Portes intérieures

.1 Fonctionnalité

- Prévoir des portes sans contact là où le personnel se déplace avec des chariots, des civières et des contenants.
- Prévoir une quincaillerie appropriée au maintien de l'ouverture des portes à différents angles tout en étant facile d'utilisation.
- Permettre que les portes soient fenêtrées de manière à assurer la visibilité du personnel qui circule avec des clients sur civière et des chariots (et ainsi éviter les collisions).

Exemple :

- Doter de mécanismes d'ouverture automatique les portes d'accès dans le parcours des clients.

.2 Confort

- Installer les portes des salles d'endoscopie en quinconce plutôt que face à face lorsqu'elles sont situées de part et d'autre d'un corridor.

Exemple (quincaillerie) :

- Prévoir un judas optique à 200° ou directionnel dans les portes des salles d'endoscopie.

.3 Sécurité

- Donner la possibilité d'ouvrir les portes vers l'extérieur dans toutes les salles de toilette. Dans les cas où la porte doit ouvrir vers l'intérieur (porte donnant sur un corridor ou une circulation interne), installer une porte à battant double sens sur charnière à pivot dans un cadre plat avec gâche sur ressort permettant l'ouverture d'urgence vers l'extérieur.
- Considérer que le battant des portes ouvrant dans le corridor ne doit pas réduire la largeur de ce dernier en deçà de la largeur requise pour la circulation et l'évacuation de l'unité.
- Section vitrée dans la porte : (si requise) la partie basse de la section doit être installée à une hauteur maximale de 900 mm, de manière à accommoder les personnes en fauteuil roulant.
- Quincaillerie : permettre au personnel de pénétrer dans toutes les salles d'eau et salles de toilette verrouillées.

.4 Prévention des infections

- Préférer les portes à battants pour leur facilité d'entretien.
- Proscrire les portes coulissantes à l'intérieur des cloisons.
- Favoriser, lorsque requis, l'utilisation de stores intégrés dans les portes et les cloisons intérieures vitrées.

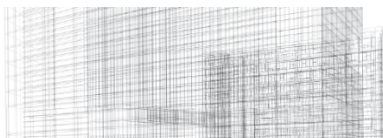
.5 Fonctionnement et entretien

- Protéger les portes, les cadres et la quincaillerie contre les chocs occasionnés par les chariots et les autres équipements roulants.

Exemple :

- Installer un protecteur de chant de porte dans les passages de civières.

- Limiter au minimum le nombre de largeurs types de porte.
- Quincaillerie : Prévoir, au bas et de chaque côté de la porte, des plaques de protection d'une hauteur d'au moins 1 100 mm sur les portes qui permettent le passage de chariots, de civières et de fauteuils roulants.



C1030 Accessoires intégrés

.1 Confort

- Spécifier des poignées faciles de préhension.
- Prévoir une plinthe de 150 mm de hauteur libre et, lorsque la tâche le requiert, un appui-pied aux meubles servant dans les zones de travail en station debout (permet le passage d'appareils de nettoyage de plancher).

.2 Sécurité

- Concevoir de l'ameublement aux coins arrondis dans les espaces et les locaux accessibles aux clients.
- Prévoir des éviers adaptés à la dimension des endoscopes et qui ne sont pas trop profonds.
- Spécifier des mains courantes et des barres d'appui faciles de préhension, solides et pouvant supporter une charge de 135 kg latéralement ou verticalement et dont les extrémités sont recourbées jusqu'à la cloison.
 - Prévoir un dégagement minimal de 45 mm afin d'éviter le coincement de la main ou du poignet.
 - Fixer à une hauteur variant de 800 mm à 920 mm par rapport au plancher.
- Installer, des deux côtés des corridors, des mains courantes de couleurs contrastantes.
- Installer des mains courantes et des barres d'appui; si requis, pour les personnes de plus de 180 kg : solidement ancrées et capables de supporter une charge de 365 kg latéralement ou verticalement.
- Situer la poubelle et le distributeur de papier essuie-mains directement à côté de tout évier ou lavabo afin d'éviter les éclaboussures que les mains de l'utilisateur dégouttent sur le plancher.

.3 Prévention des infections

- Prévoir des dossierets pleine hauteur ayant un fini résistant à l'eau entre le dessus des comptoirs et le dessous des armoires hautes, notamment là où il y a un risque d'éclaboussures.

Exemple :

- Prévoir des dossierets de pleine hauteur entre le comptoir et les armoires hautes, notamment dans les locaux « souillés » et dans les locaux de RDM.

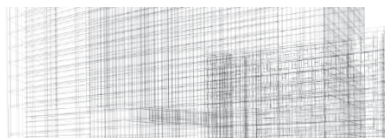
- Dessus de comptoir :
 - Privilégier un fini en acier inoxydable sur les comptoirs servant aux activités de RDM.
 - Réduire les joints et s'assurer qu'ils sont éloignés de toute source d'eau.
- Évaluer la pertinence d'installer du mobilier mobile en remplacement du mobilier intégré (le cas échéant, se référer à la norme E 2020) afin d'accroître l'ergonomie, la flexibilité et faciliter le nettoyage des postes de travail.

Exemples :

- Prévoir des divisions de toilette suspendues en plastique stratifié solide.
- Prolonger les armoires hautes à l'aide d'un plan vertical jusqu'au plafond afin d'éviter l'accumulation de la poussière.
- Concevoir l'ameublement de manière à faciliter l'entretien, le nettoyage et le démontage et à éviter le dépôt de poussière et de saleté.

.4 Fonctionnement et entretien

- Protéger les angles et les surfaces, là où des chariots sont utilisés; installer des protecteurs de coins et muraux sur une hauteur d'au moins 1 200 mm.
- Évaluer la pertinence d'installer du mobilier mobile facilement démontable (et recomposable) en remplacement du mobilier intégré.
- Prévoir des matériaux faciles à nettoyer et qui ne laissent pas de marques autour et en dessous des DHSA.



.5 Pérennité

- Privilégier des revêtements et des produits teintés dans la masse, stable dans le temps, résistants et durables.

C30 Finitions intérieures

C3020 Finitions de planchers

.1 Fonctionnalité

- Privilégier les revêtements de plancher résistant à l'usure et au poinçonnement, antidérapants (voir le point 3 *Sécurité*), imperméables, résistant aux agents nettoyants et désinfectants ainsi qu'aux produits chimiques utilisés dans les interventions et au RDM.
- Privilégier les revêtements de plancher qui peuvent supporter la surcharge structurale et d'autres contraintes (ex. : poinçonnement) occasionnées par les déplacements et l'installation des systèmes de rangement et de certains appareils.

Tableau 3.1 Types de fini de plancher suggérés

Secteurs	Produits	Linoléum	Vinyle en rouleau	Caoutchouc	TVC	Céramique	Produits anti-dérapants
Salles d'endoscopie			X	X			
Préparation et récupération			X	X			
Poste d'accueil, aire d'attente et station de travail	X	X	X	X	X		
Salles de toilette			X	X		X	
Utilités propres et souillées, RDM			X	X			X
Hygiène et salubrité, déchets et recyclage			X	X		X	
Corridor	X	X	X	X			

.2 Confort

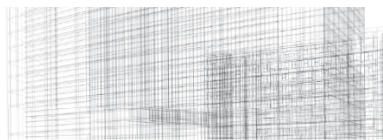
- Privilégier les revêtements insonorisants.
- Faciliter la circulation du matériel roulant (chariots) en privilégiant les revêtements souples qui facilitent le maniement des appareils tout en permettant d'atténuer le bruit de la circulation.
- Privilégier les revêtements ayant un coefficient d'absorption sonore élevé dans les aires de récupération et d'intervention.

.3 Sécurité

- Éviter les seuils et les joints proéminents; concevoir les planchers de façon à rendre la transition la plus douce possible entre les différents revêtements et ainsi faciliter les déplacements.
- Privilégier les revêtements antidérapants dans les secteurs à risques de chutes (ex. : surfaces de plancher recouvertes de liquide en RDM).
- Doter les salles d'endoscopie d'un sol antistatique.

.4 Prévention des infections

- Prévoir un revêtement souple, résistant aux alcalis et sans joint, sinon dont le joint est soudé à chaud. Considérer qu'un cordon de vinyle soudé chimiquement ou collé est susceptible de s'encrasser facilement et qu'il est plus difficile à nettoyer.
- Privilégier les revêtements en rouleau dans les locaux et les aires de circulation des clients, ayant les caractéristiques suivantes :
 - fini protecteur à l'uréthane cuit aux ultraviolets ou l'équivalent;
 - joints de manière à rendre la surface imperméable.
- Prohiber le tapis.



- Privilégier des plinthes à gorge de même matériau que le plancher ainsi que des moulures arrondies entre le plancher et le mur et une moulure de finition sur le dessus de la plinthe.
- Prévoir des plinthes sur le mobilier intégré.
- Favoriser l'utilisation de plinthes de céramique à talon aux endroits où est installée de la céramique.
- Limiter au minimum l'utilisation de carreaux de vinyle composite (CVC, en anglais *vinyl composition tile* ou VCT) compte tenu du nombre élevé de joints.
- Prévoir les pentes nécessaires à un bon écoulement des liquides vers les drains.
- Empêcher l'eau et les saletés de s'infiltrer entre le revêtement de plancher et le sol.

.5 Fonctionnement et entretien

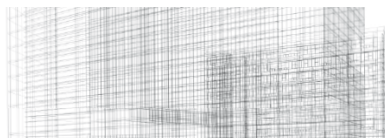
- Limiter au minimum les choix de revêtement de plancher afin de réduire le nombre de procédures d'entretien en hygiène et salubrité.

Exemples :

- Spécifier des plinthes de même matériau que le plancher dans les endroits où la fréquence d'entretien est grande.
- Limiter la diversité dans le choix de finis de plancher.

.6 Pérennité

- Choisir des matériaux durables qui résistent à l'usure, aux poinçonnements et aux marques faites par les chariots et les divers appareils.
- **Revêtements souples en rouleau :**
 - Vinyle homogène :
 - conforme à la norme ASTM F-1913;
 - épaisseur minimale de 2,0 mm;
 - poids minimal de 3,4 kg/m² dans les zones de circulation moyenne;
 - poids maximal de 3,3 kg/m² dans les zones de circulation intense (corridor, vestibule).
 - Vinyle hétérogène :
 - conforme à la norme ASTM F-1303 type I, catégorie I, endos classe B;
 - couche d'usure minimale de 0,5 mm.
 - Vinyle à endos :
 - conforme à la norme ASTM F-1303, type II, catégorie I, endos classe A;
 - couche d'usure minimale de 1,27 mm.
 - Linoléum :
 - conforme à la norme ASTM F-2034, type I;
 - épaisseur minimale de 2,5 mm.
 - Caoutchouc :
 - conforme à la norme ASTM F-1859;
 - épaisseur minimale de 2,0 mm;
 - masse de 3,05 kg/m².
- **Revêtement souple antidérapant** pour les surfaces mouillées ou sèches : installer le même produit sur les murs ainsi que des moulures arrondies entre le plancher et le mur et une finition de moulure sur le dessus de la plinthe à gorge. Prévoir des produits antidérapants qui répondent aux normes de performance technique suivantes :
 - conforme à la norme ASTM F-1303;
 - épaisseur minimale de 2,0 mm;
 - couche d'usure minimale de 0,5 mm;
 - joint soudé à chaud.
- **Carreau de vinyle composite :**
 - conforme à la norme ASTM F-1066, classe 2, motif dans la masse;
 - épaisseur minimale de 3,2 mm.
- **Plinthe :**
 - en caoutchouc;
 - hauteur minimale de 150 mm.



- **Carreau de céramique et plinthe en carreau coupé :**
 - conforme à la norme CAN/CGSB-75;
 - de type 4 RH-1 (minimum d'absorption d'eau extérieure ou RH-2) et
 - possédant un facteur d'abrasion R-10.
- **Adhésif :**
 - conforme aux normes ANSI A118.4 et ANSI A118.11;
 - composé de ciment colle modifié au polymère.
- **Coulis :**
 - conforme à la norme ANSI A118.3;
 - complètement imperméable;
 - résistant aux agents chimiques, aux nettoyages fréquents et aux chocs.

C3030 Finitions de plafonds

.1 Confort

- Respecter une hauteur libre minimale adaptée aux appareils (ex. : aux bras articulés ou aux lampes de chirurgie en salle d'intervention).
- Opter pour un panneau à enduit de vinyle dans les zones où les procédures de nettoyage l'exigent ainsi que là où la chaleur, l'humidité et la vapeur sont présentes et où le contrôle maximal des infections est nécessaire; le cas échéant, opter pour l'utilisation de systèmes de plafond spécialisés dans le sas et la salle d'endoscopie.

.2 Sécurité

Prévoir des suspensions structurales indépendantes du plafond pour les appareils ou les accessoires tels que les rails pour lève-personne, la lampe de chirurgie et le bras articulé.

Exemple :

- Installer les appareils au moyen d'attaches de retenue fixées à la dalle de plafond.

.3 Prévention des infections

- Considérer que lorsque le processus de nettoyage des plafonds comprend le récurage, des attaches de retenue sont requises, notamment dans les salles d'endoscopie et de RDM.
- Situer les accès à l'entre plafond, pour les besoins d'entretien des appareils mécaniques et électriques, dans les secteurs à faible risque de contamination.

.4 Fonctionnement et entretien

- Prévoir que les plafonds puissent donner accès, le cas échéant, au vide de plafond suspendu pour les besoins d'entretien des appareils mécaniques et électriques.
- S'assurer que les panneaux d'accès des plafonds suspendus puissent s'enlever et se remettre en place sans risque d'endommager les panneaux ou l'ossature de suspension.
- Dimensionner les panneaux d'accès selon les activités d'entretien.
- Limiter au minimum le nombre de types de panneaux de plafond suspendu de façon à faciliter la gestion de l'entreposage et du remplacement.

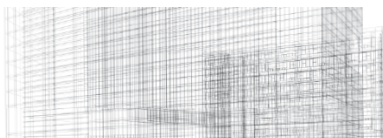
D SERVICES

D10 Systèmes transporteurs

D1090 Autres systèmes transporteurs

.1 Fonctionnalité

- **Système de transport automatisé par tubes pneumatiques** – Valider les besoins pour le transport des spécimens vers les laboratoires à partir du poste infirmier.



D20 Plomberie

.1 Généralités

- **Codes et normes** – Concevoir les installations conformément aux recommandations de la norme CSA Z317.1 *Special requirements for plumbing installations in health care facilities*, sauf si le présent guide ou d'autres documents du répertoire des guides de planification immobilière donnent des recommandations spécifiques différentes.
- **Retraitement des endoscopes** – Voir le guide d'aménagement de l'URDM.

D2010 Appareils de plomberie

.1 Prévention des infections

- **PLM** – Voir la fiche technique du poste de lavage des mains dans le document intitulé « Prévention et contrôle des infections nosocomiales – Principes généraux d'aménagement » publié par le MSSS.

D2030 Réseau de drainage sanitaire

.1 Prévention des infections

- **Drain de plancher** – Lorsqu'un drain de plancher est requis dans la salle d'endoscopie (cystoscopie, urologie), installer un drain de plancher muni d'un rebord à effet de chasse d'eau afin d'évacuer complètement les fluides et les matières souillées. Le robinet de chasse du drain doit être accessible au personnel, qui l'actionne au besoin.

Note informative : Certains appareils d'endoscopie (table d'examen) sont équipés d'un réservoir qui recueille les fluides pendant les interventions; le cas échéant, il se peut que l'installation d'un drain ne soit pas nécessaire.

D2090 Autres systèmes de plomberie

Gaz à usage médical

.1 Prévention des infections

- **Réseau de gaz canalisés à usage médical**
 - Alimenter l'unité d'endoscopie en oxygène, en air, en vide et en dioxyde de carbone (CO₂) pour des applications médicales à partir de réseaux canalisés.
 - Considérer l'installation des sorties de gaz médicaux sur colonne fixe ou bras articulé, afin d'éviter de créer des obstacles à la circulation autour de la civière.
- Nombre de prises⁽¹⁾

	Oxygène	Vide	Air	CO ₂ ⁽²⁾
Salle de préparation et de récupération	1 par civière	1 par civière	1 par salle	-
Salle d'endoscopie gastro-intestinale	1 par salle	2 par salle	1 par salle	1 par salle
Salle de bronchoscopie	1 par salle	2 par salle	1 par salle	-
Salle de cystoscopie	1 par salle	2 par salle	1 par salle	-
Salle d'endoscopie du système reproducteur féminin	1 par salle	2 par salle	1 par salle	-

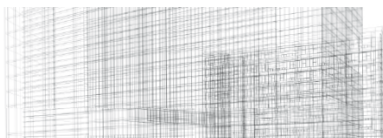
(1) Le nombre de prises peut différer d'un établissement à un autre en fonction des besoins spécifiques de chaque établissement.

(2) En bouteille ou en réseau canalisé.

Eau purifiée

.1 Prévention des infections

- **Eau pour le rinçage final** – Consulter la norme CAN/CSA Z314.8 Décontamination des dispositifs médicaux réutilisables.



Note informative

Selon la norme CSA Z314.8-08, l'eau utilisée pour le rinçage final suivant la désinfection de haut niveau doit être conforme aux critères de qualité recommandés par les fabricants des dispositifs médicaux, des appareils automatiques et des détergents.

Pour plus d'information concernant la qualité de l'eau utilisée dans le retraitement des dispositifs médicaux, consulter le document suivant publié par l'Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI) (en anglais seulement) :

Technical Information Report TIR34 :2007 Water for the Reprocessing of Medical Devices.

Voir notamment les sections 7.6, 10.8.5.4 et 13 de la norme CSA Z314.8-08.

D30 Chauffage, ventilation et conditionnement d'air (CVCA)

D3040 Distribution de CVCA

.1 Généralités

- **Codes et normes** – Concevoir les installations conformément aux recommandations de la norme CSA Z317.2 *Systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement d'air dans les établissements de santé – Exigences particulières*, sauf si le présent guide ou d'autres documents du répertoire des guides de planification immobilière donnent des recommandations spécifiques différentes.

Note informative

La norme CSA Z317.2-10 recommande les paramètres de ventilation suivants :

- Salle de bronchoscopie :
 - Pression négative
 - Au moins 20 changements d'air par heure, dont 5 d'air extérieur
 - Air de la salle entièrement évacué vers l'extérieur
 - Filtration MERV 14 de l'air alimenté dans la salle
 - Ambiance : 18 °C à 22 °C; 30 % à 60 % d'humidité relative
- Salle de cystoscopie :
 - Pression positive
 - Au moins 15 changements d'air par heure, dont 5 d'air extérieur
 - Filtration MERV 14 de l'air alimenté dans la salle
 - Ambiance : 18 °C à 22 °C; 30 % à 60 % d'humidité relative

- **Salle d'endoscopie gastro-intestinale** – Ventiler la salle d'endoscopie gastro-intestinale en pression positive, conformément aux recommandations de la norme ASHRAE 170 *Ventilation of Health Care Facilities*.

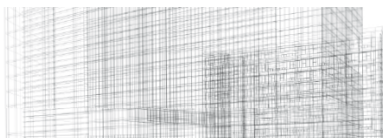
Note informative

La norme ASHRAE 170-2013 recommande les paramètres de ventilation suivants :

- Salle d'endoscopie gastro-intestinale :
 - Aucune exigence de pressurisation
 - Au moins 6 changements d'air par heure, dont 2 d'air extérieur
 - Filtration MERV 14 de l'air alimenté dans la salle
 - Ambiance : 20 °C à 23 °C; 20 % à 60 % d'humidité relative

La norme CSA Z317.2-10 recommande le maintien d'une pression négative dans la salle d'endoscopie, contrairement à la norme ASHRAE 170-2013 qui ne requiert pas de pressurisation. La recommandation d'ASHRAE, qui considère que le retraitement des endoscopes se fait dans des locaux distincts de la salle d'endoscopie gastro-intestinale, est conforme à la pratique recommandée dans le présent guide et est donc préférable. En outre, l'absence d'exigence de pressurisation pour la fonction endoscopie gastro-intestinale permet une flexibilité accrue dans le cas où la salle est utilisée pour des usages multiples.

- **Salles d'endoscopie à usages multiples** –
 - Si la salle d'endoscopie gastro-intestinale est aussi utilisée pour pratiquer des bronchoscopies, il faut concevoir les installations selon les paramètres de ventilation applicables à une salle de bronchoscopie.



- Si la salle d'endoscopie gastro-intestinale est aussi utilisée pour pratiquer des cystoscopies, il faut concevoir les installations selon les paramètres de ventilation applicables à une salle de cystoscopie.
- La combinaison des usages bronchoscopie et cystoscopie n'est pas recommandée.

- **Retraitement des endoscopes** – Voir le guide d'aménagement de l'URDM.

D50 Électricité

D5020 Éclairage et distribution secondaire

.1 Généralités

- **Rendu des couleurs** – Concevoir l'éclairage en utilisant des appareils et des composantes capables de fournir un éclairage de qualité, dont l'indice de rendu des couleurs est d'au moins 85 et dont la couleur d'éclairage est de 3 500 kelvins.
- **Intensité de l'éclairage** – Assurer les niveaux moyens minimaux d'éclairage recommandés par l'Illuminating Engineering Society (IES), mesurés à 760 mm du plancher, sauf dans les aires de circulation où le niveau de référence est le plancher. Un éclairage à intensité variable est recommandé.

.2 Fonctionnalité

- **Niveaux d'éclairage moyen**
- Assurer les différents niveaux d'éclairage en fonction des tâches.
- Situer les sources en fonction des tâches (ex. : au-dessus de l'évier de nettoyage ou éclairage d'appoint dans le secteur de la saisie de données dans la salle d'endoscopie).

Note informative

Valider le besoin d'installer une lampe de chirurgie mineure dans certaines salles d'endoscopie.

- **Éblouissement**
 - Limiter l'éblouissement causé par les surfaces métalliques.
 - Limiter la réflexion sur les écrans d'ordinateur et d'autres appareils médicaux.
 - Limiter la réflectance des matériaux lors d'une intervention au laser.
- **Contrôle de l'éclairage**
 - Permettre de contrôler l'éclairage de chaque pièce individuellement.
- **Prises électriques**
 - Prévoir suffisamment de prises électriques sur le réseau normal.
 - Prévoir des prises électriques sur le réseau d'urgence.

Note informative

Prévoir environ 65 % des prises électriques sur le réseau d'urgence (groupe électrogène). S'assurer cependant d'installer une quantité suffisante de prises d'urgence dans tous les locaux afin de combler tous les besoins en appareillage et en équipement (toutes les prises électriques assurant le fonctionnement des appareils d'endoscopie et leurs accessoires devraient, à tout le moins, être branchés sur le réseau d'urgence, y compris un éclairage minimal).

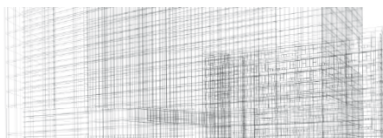


Tableau 3.2 Éclairage général en fonction des tâches

Tâches	Intensité (lux)	Notes
Aucun détail requis car l'occupation est temporaire; locaux ou usages (ex. : corridor)	200	
Peu de détails requis; bureaux (ex. : espaces électriques et mécaniques, vestiaires, sanitaires, entreposage et dépôts)	300	Utilisation du système vidéoendoscopique : moniteur, processeur, générateur de lumière, endoscope, imprimante
Appréciation précise des objets; locaux ou usages (ex. : assemblages)	750	Appréciation générale des objets
Appréciation très précise des objets; locaux ou usages (ex. : inspection)	1000 et +	Application particulière selon les besoins de l'établissement (ex. : inspection des extrémités distales à l'aide d'une lampe grossissante)

.3 Sécurité et prévention des infections

- Prévoir des indicateurs lumineux à l'extérieur des salles d'endoscopie (ex. : indication d'un examen en cours, d'un laser en fonction ou de présence de radiations).
- Prévoir un éclairage sur batterie de secours aux endroits appropriés (ex. : en bronchoscopie).
- Assurer un éclairage d'au moins 50 lux au sol et partout où un éclairage minimal est nécessaire pour s'orienter lors d'un examen ou dans l'éventualité d'une panne de courant.
- Lorsqu'il est impossible d'installer le câblage à l'intérieur des cloisons, installer celui-ci dans des caniveaux résistant aux produits et aux procédés de décontamination.

D5030 Communication et sécurité

Téléphone et informatique

.1 Fonctionnalité

- Concevoir le réseau de boîtes et de conduits vides pour qu'il y ait des conduits jusqu'au vide de plafond suspendu et un caniveau dans les corridors communs.
- Limiter les dégagements futurs. Par exemple :
 - Laisser la corde de tirage dans chaque conduit au moment de l'insertion de câbles.

Système d'appel infirmier

.1 Fonctionnalité

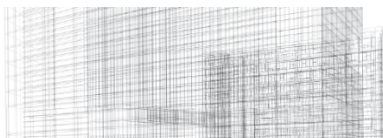
- Appel
 - Permettre d'appeler et de signaler les appels à partir d'une poire facile de préhension.
- Signal **d'appel** – Faciliter la reconnaissance de l'appel et la réponse au moyen des indications suivantes :
 - un signal sonore au centre de services;
 - un signal lumineux dans l'aire de préparation et de récupération, la salle de toilette et la salle d'examen;
 - un message alphanumérique dans le corridor près du poste infirmier.
- Communication vocale
 - Permettre la communication unidirectionnelle (messages locaux) et la communication bidirectionnelle (conversations) entre certains services et les postes.

- ##### .2 Prévention des infections – Sélectionner des dispositifs d'appel faits d'un matériau antibactérien, faciles à nettoyer et dépourvus d'interstices.

Système d'appel général

.1 Fonctionnalité

- Prévoir un système d'appel de personnes.



- Installer des dispositifs encastrés qui permettent une communication bidirectionnelle aux endroits indiqués dans les fiches techniques.

Exemples :

- Utiliser un moyen de communication :
 - interphone et haut-parleurs;
- Prévoir des postes de services aux endroits appropriés.

D5090 Autres systèmes

Alimentation de secours

- .1 Fonctionnalité** – Doter les salles d'endoscopie d'une alimentation électrique fiable et continue en les raccordant au réseau essentiel du système d'alimentation de secours.

Note informative

Une alimentation électrique fiable et continue peut être obtenue en suivant les principes des normes CSA Z32 et CSA C282.

L'alimentation électrique doit être maintenue par une alimentation statique sans coupure (ASSC/UPS) pendant au moins 15 minutes lors de l'attente de la prise en charge par la génératrice du réseau de secours.

- L'enregistrement et la traçabilité des données de l'examen seront conservés en tout temps.
- Doit être considérée pour tout équipement en cours d'intervention ne devant subir aucune interruption (ex. : bronchoscopie).

E ÉQUIPEMENTS ET AMEUBLEMENT

- E10** Certains modèles d'appareils, tels que le laveur-désinfecteur, diffèrent d'un fabricant à un autre. Lorsque le choix du fabricant n'est pas arrêté, le concepteur devra choisir les dimensions et les critères essentiels d'installation (de l'appareil le plus volumineux et le plus exigeant) afin de s'assurer que l'espace conçu puisse recevoir tout type d'équipement et en permettre l'entretien.

E1090 Autres équipements spécialisés

Passe-plats

- .1 Fonctionnalité**

Choisir des passe-plats dont la fermeture est automatique (à double porte vitrée à guillotine, par exemple).

- .2 Prévention des infections**

- Choisir des passe-plats faciles à nettoyer.
- Distinguer le passe-plat propre du passe-plat souillé ou compenser par des protocoles de transfert sécuritaires.
- Assurer que l'ouverture des passe-plats ne compromette pas le maintien du différentiel de pressions d'air.

- .3 Confort**

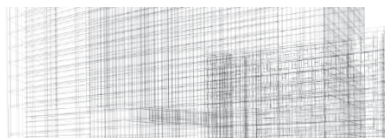
- Assurer le transfert ergonomique des DM.

E20 Ameublement et décoration

- .1 Confort** – Privilégier des fauteuils confortables dans les salles de préparation et de récupération (faciles à actionner par la clientèle).

- .2 Sécurité**

- Choisir un ameublement ignifuge, aux coins arrondis et sans arêtes vives.



.3 Prévention et contrôle des infections

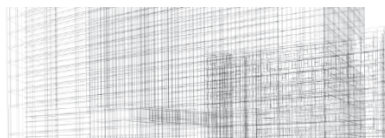
- Prévoir, particulièrement dans les salles d'endoscopie et de RDM, des surfaces de travail qui présentent les caractéristiques suivantes :
 - plates et fabriquées de matériaux non poreux, capables de tolérer les activités de nettoyage et de désinfection, donc faciles à nettoyer et à désinfecter, et qui sèchent rapidement;
 - couleur permettant un bon contraste pour les inspections visuelles des DM;
- Prévoir des rangements afin de réduire au minimum l'encombrement de l'espace de travail.
- Privilégier le mobilier mobile préusiné pouvant être modifié (plus polyvalent) et être facilement déplacé lors des activités de nettoyage.
 - à endos lisse pour faciliter le nettoyage.

.4 Ergonomie

- Prévoir une plinthe et, lorsque la tâche le requiert, un appui-pied aux meubles servant dans les zones de travail en station debout.
- Se référer à la norme CSA Z 412.00.

.5 Durabilité

- Choisir des surfaces qui n'endommagent pas les instruments (biseau, tranchant et pointe), particulièrement dans les aires de RDM.



4. Références

4.1. Sources documentaires

AHIA et UNSW. (2009). Australasian Health Facility Guidelines, (consulté le 17 octobre 2011), (consultation en ligne : www.healthfacilityguidelines.com.au).

Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (2005) « D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité » dans Rapport Aucoin, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec.

Gesa Gastroenterological Society of Australia, Infection Control in Endoscopy, 2003.

Poulin Pierre, Objectif prévention – Utilisation sécuritaire du glutaraldéhyde vol. 22, n° 5, ASSTSAS, décembre 1999

Frenette Yves, Les fumées chirurgicales : connaissez-vous les risques? Objectif prévention - vol. 30, n° 1, ASSTSAS, février 2007

Hamilton Kirk, Health Environments Research & Design Journal, Flexibility, Differential Obsolescence, and Measurement, 2011 Summer;4 (4):109-113

INESSS Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Place de la coloscopie virtuelle dans un programme organisé de dépistage du cancer colorectal. Note informative préparée par Cathy Gosselin. AETMIS NI-2008-02:1-46.

Ministère de la Santé et des Solidarités de la République française, Éléments d'assurance qualité en hygiène relatifs au contrôle microbiologique des endoscopes et à la traçabilité en endoscopie, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction générale de la santé. Paris 2007.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008) Retraitement des endoscopes digestifs – Lignes directrices (consultation en ligne : www.msss.gouv.qc.ca/nosocomiales)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011, Édition 2) Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, p. 56.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006) La prévention et le contrôle des infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux,

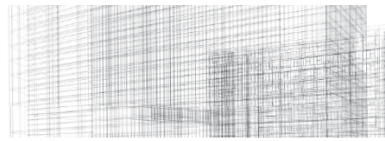
Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). Plan stratégique du MSSS 2010-2015.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). Lignes directrices en hygiène et salubrité. Direction générale de la coordination du financement et de l'équipement, Québec.

Association des hôpitaux du Québec. Modèles d'organisation des services ambulatoires dans un centre hospitalier. Collection : La reconfiguration du réseau. 1997.

IUGM, Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, cadre de référence, 2010

Lespérance, Suzanne, Tremblay, Lyne, La création d'un automate de lavage, Objectif prévention, vol. 30, n° 4, octobre 2007



Rutala, W. A., Weber, D. J., and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, University of North Carolina, 2008.

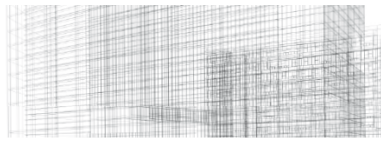
Société canadienne des anesthésiologistes. Guide d'exercice de l'anesthésie – Énoncé de principes sur la sédation consciente (édition 2012).

The College of Physicians and Surgeons of Ontario, Independent Health Facilities, Clinical Practice Parameters and Facility Standards for Endoscopy, 2006

The Facility Guideline Institute, Guidelines for Disinfection and Construction of Health Care Facilities, American Society for Healthcare Engineering, 2010

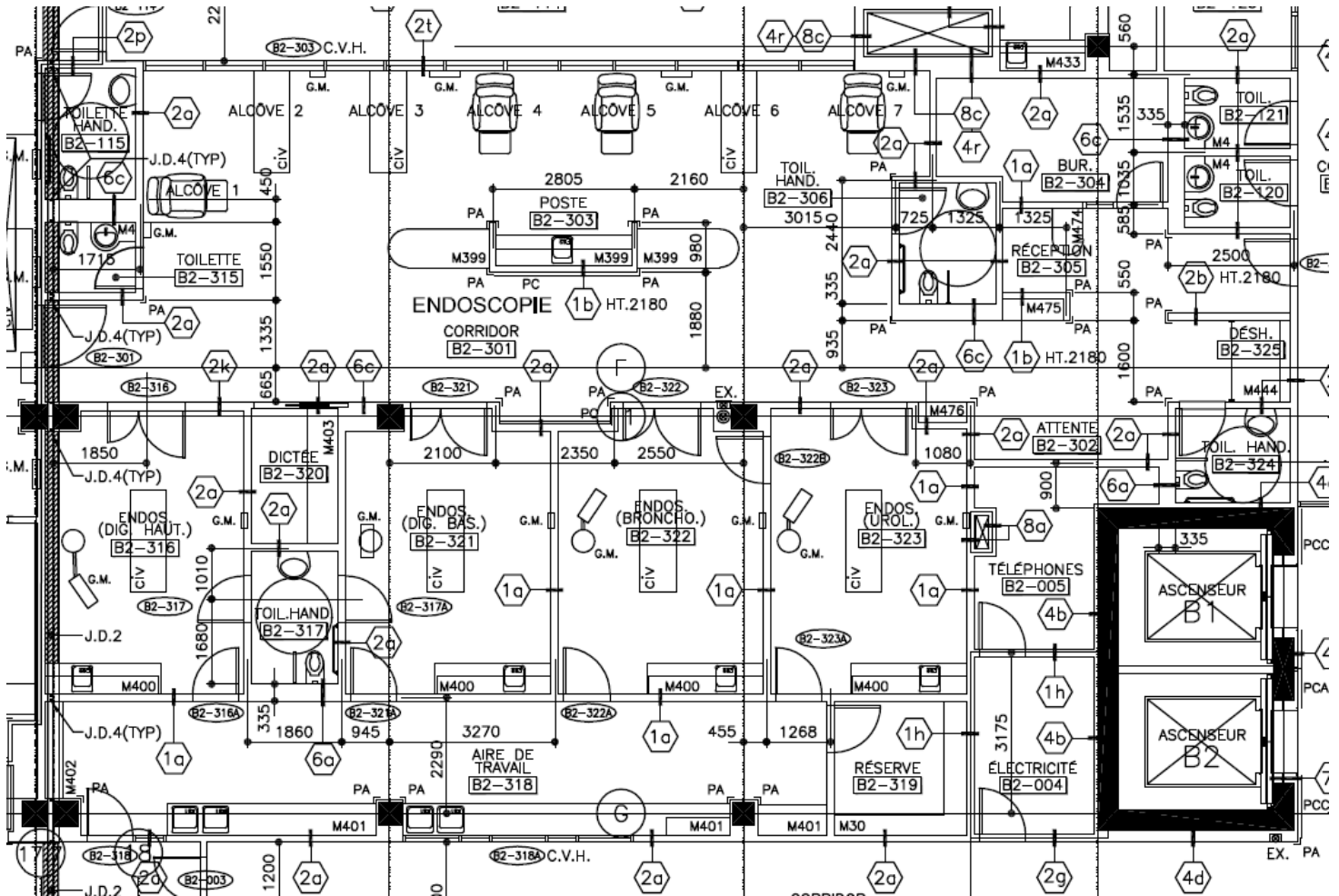
Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (2011) Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte. (Consultation en ligne : <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/lignes-directrices-soins-infirmiers-en-coloscopie>)

Canadian Standard Association (SCA), Standard Z8000-11 Canadian health care facilities, septembre 2011.



4.2. Projets

Mise en garde : Les plans qui sont présentés ci-dessous ne sont pas représentatifs de toutes les recommandations fonctionnelles et techniques du présent guide. Cependant, ces plans illustrent des points positifs et négatifs qui peuvent guider le programmeur dans sa démarche.



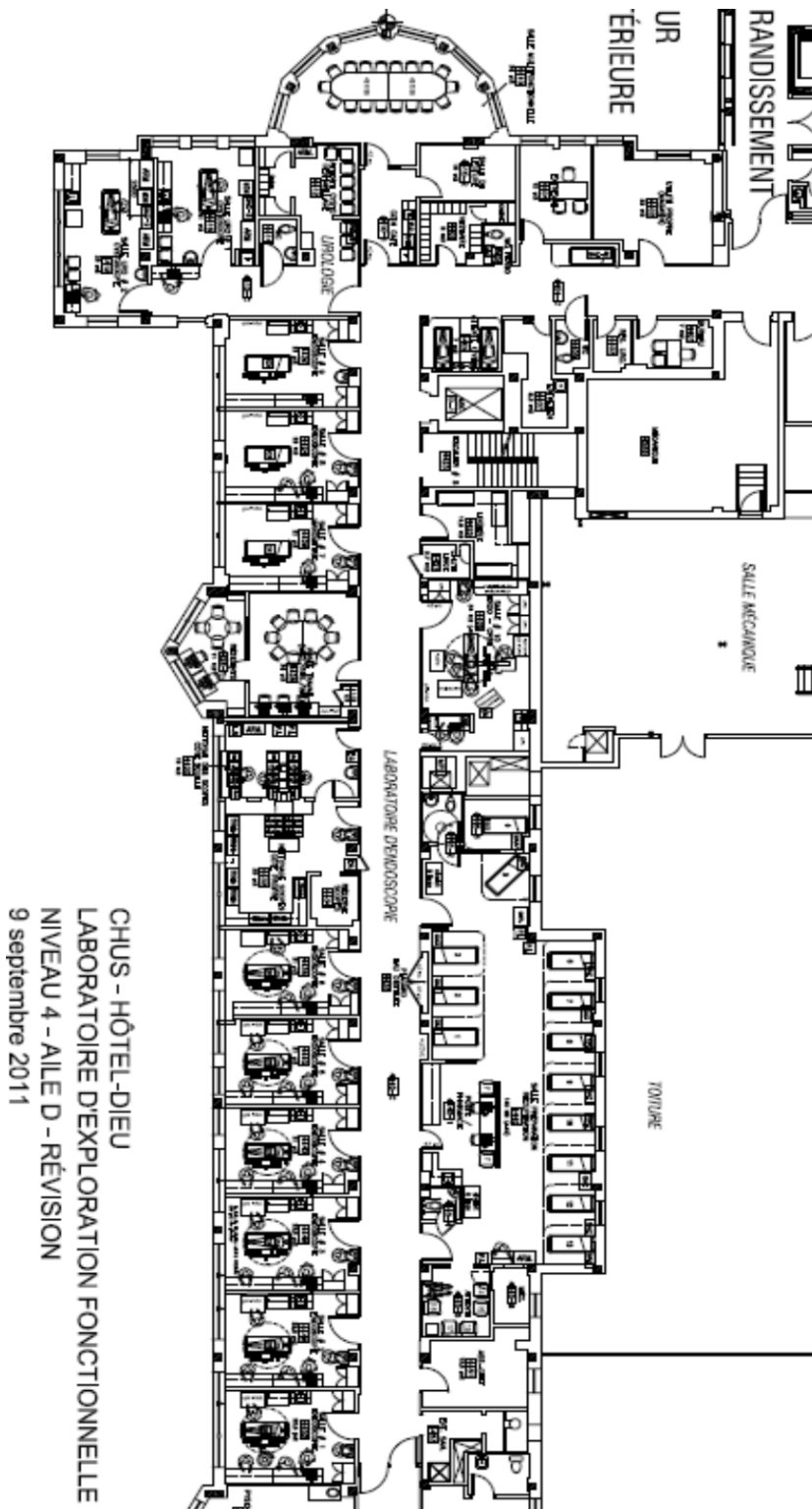
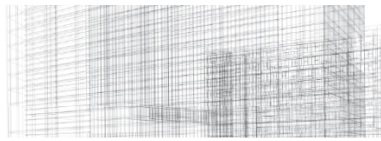
Réf. : Hôpital Pierre-Le Gardeur

Point faible : URDM en un seul local (devrait être répartie entre 3 locaux séparés)

Points forts : Liens de proximité

Séparation des circuits des DM et de la clientèle

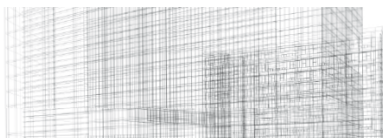
On trouve à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur des salles polyvalentes de 22 m² équipées d'une colonne de services articulée pour y placer un appareil d'électrochirurgie, un sphygmo-oxymètre, les gaz à usage médical (oxygène, succion, air) et des prises électriques de même qu'un espace pour la rédaction et un espace pour le nettoyage initial des endoscopes.



CHUS

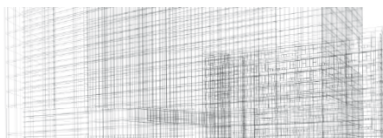
Point positif : A fait l'objet d'une démarche Kaizen en amont de la programmation.

Points négatifs : Il y manque une antichambre pour le personnel en RDM (secteur « souillé ») et une sortie pour l'entreposage stérile en dehors du local « propre ».

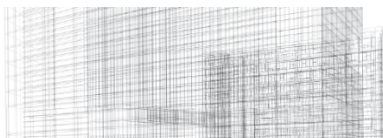


4.3. Glossaire

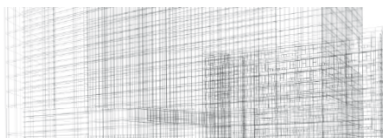
Assurance qualité	Ensemble planifié et systématique de toutes les actions destinées à donner la confiance adéquate que tous les produits ou services requis en endoscopie respectent les exigences appropriées particulièrement en matière de contrôle et de prévention des infections. La démarche qualité appliquée à l'endoscopie englobe le contrôle microbiologique des endoscopes, l'élaboration de protocoles de retraitement des endoscopes, l'adéquation des procédures utilisées avec le protocole préétabli et leur évaluation par audit ainsi que l'entretien et la maintenance préventive et curative des endoscopes et appareils de retraitement des endoscopes. Les caractéristiques physiques de l'environnement doivent soutenir les pratiques d'assurance qualité.
- Traçabilité	Capacité de suivre un produit, de sa conception à sa fin de vie. La traçabilité renvoie : <ul style="list-style-type: none">- à la localisation en temps réel de l'entité dans la chaîne logistique;- à la possibilité d'obtenir des informations à un moment donné par la constitution d'une mémoire du flux (temps différé).
Appareil de lavage	Permet le retraitement des DM.
- à ultrasons	Utilise la cavitation produite par les ultrasons pour le nettoyage des DM.
- laveur-décontaminateur	Permet le retraitement automatique.
- laveur-désinfecteur	Lave et désinfecte les DM.
- laveur-stérilisateur	Lave et stérilise les DM en utilisant de la vapeur saturée sous pression pour agent stérilisant (ex. : pasteurisateur).
Alvéoloscopie	Utilise des sondes de fibres optiques qui peuvent atteindre les tissus les plus profonds du poumon.
Anesthésie	
- Anesthésie générale	État d'inconscience totale résultant de l'administration d'un médicament anesthésique
- Sédation	La sédation est un état d'excitation ou d'anxiété réduite, induit par l'administration d'un agent sédatif. La sédation en soi ne réduit pas la sensation de douleur.
- Analgésie	Réduction de la douleur ou insensibilité à la douleur sans perte de conscience
Biofilm	Couche de bactéries enfermées dans une substance extracellulaire (hydrophobes, donc insolubles dans l'eau) pouvant être libérées lorsqu'elles sont remuées (ex. : dans la lumière des endoscopes) et pouvant couvrir des surfaces non stériles humides ou continuellement mouillées. Le biofilm peut également protéger les bactéries contre la désinfection ou la stérilisation subséquente. Il faut parfois aussi sécher les articles qui doivent faire l'objet d'une désinfection ou d'une stérilisation subséquente, car l'eau peut diluer le désinfectant chimique, ce qui a pour effet de le rendre moins efficace.



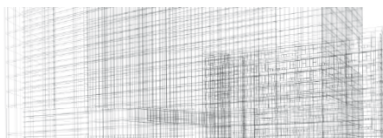
Chirurgie transluminale endoscopique	Chirurgie qui permet de dépister et parfois de traiter des tumeurs cancéreuses autrement inatteignables par les moyens actuels.
Coloscopie virtuelle	Méthode d'imagerie qui utilise la tomodensitométrie hélicoïdale et le traitement informatisé des images pour obtenir des représentations bidimensionnelles et tridimensionnelles du côlon.
Décontamination	Opération permettant d'éliminer, de tuer ou d'inhiber les microorganismes indésirables en fonction des objectifs fixés quant à la réduction de la charge environnementale. La décontamination s'applique uniquement à du matériel souillé.
Désinfection	Opération permettant d'éliminer, de détruire ou d'inhiber les microorganismes ou d'inactiver les virus indésirables portés par les milieux inertes contaminés.
- de faible niveau	Détruit la plupart des bactéries végétatives, certains champignons et certains virus à enveloppe. Elle ne détruit pas les mycobactéries ni les spores.
- de niveau intermédiaire	Détruit les bactéries végétatives, la plupart des virus et la plupart des champignons, mais ne tue pas les spores bactériennes résistantes.
- de haut niveau	Détruit les bactéries végétatives, les mycobactéries, les champignons ainsi que les virus à enveloppe (ayant une membrane lipidique) et les virus sans enveloppe (sans membrane lipidique), mais ne détruit pas nécessairement les spores bactériennes.
Dispositif médical	Instrument, appareil, dispositif, matière ou autre article, utilisé seul ou en combinaison (pour des applications humaines), y compris les logiciels nécessaires à son utilisation adéquate.
- jetable	Dispositif conçu par son fabricant pour une seule utilisation.
- non critique	Dispositif qui entre seulement en contact avec la peau saine et qui, par conséquent, nécessite un nettoyage suivi d'une désinfection de niveau faible ou intermédiaire.
- semi-critique	Dispositif qui entre en contact avec la peau non intacte ou les muqueuses et qui, par conséquent, nécessite un nettoyage suivi d'une désinfection de haut niveau.
- critique	Dispositif qui pénètre les tissus stériles de l'organisme, notamment l'appareil vasculaire, et qui, par conséquent, nécessite un nettoyage suivi d'une stérilisation.



<p>Endoscope</p> <ul style="list-style-type: none"> - optique - vidéo - rigide - souple (ou fibroscope) - à double canal - bronchoscope 	<p>Tube muni d'un système d'éclairage. Il en existe 2 types, soit l'endoscope rigide et l'endoscope souple. Des accessoires sont parfois ajoutés à l'endoscope pour réaliser des actes chirurgicaux ou des prélèvements : pincés pour saisir et retirer un corps étranger ou des échantillons de tissus, ciseaux pour couper les tissus, brosses pour prélever des cellules, lacet pour saisir des polypes.</p> <p>Constitué de fibres ou d'autres dispositifs optiques conduisant la lumière.</p> <p>Équipé de petites caméras vidéo placées au bout d'une fibre optique logée dans un tube flexible et reliées à un ordinateur qui numérise les images saisies, les affiche sur un moniteur et les enregistre.</p> <p>Formé d'un tube métallique de 5 à 8 millimètres de diamètre et de 15 à 30 centimètres de longueur. Il est surtout utilisé pour l'exploration des articulations (arthroscopie), de la vessie (cystoscopie), de la cavité abdominale (laparoscopie).</p> <p>Constitué de fibres optiques conduisant la lumière, il est plus long que l'endoscope rigide et permet d'explorer des organes tels que les bronches, l'œsophage, l'estomac, le duodénum et le côlon.</p> <p>Dispose de deux canaux opérateurs souvent asymétriques et permettant d'accomplir deux actions simultanées.</p> <p>Composé d'un tube souple qui facilite de cette façon le passage soit du nez à la trachée, soit de la bouche à la trachée puis les bronches. Cet appareil est muni d'un oculaire à travers lequel le endoscopiste peut regarder.</p>
<p>Endoscopie</p> <ul style="list-style-type: none"> - digestive et hépatobiliaire - urinaire (urologie) - gynécologique - thoracopulmonaire 	<p>Intervention permettant d'établir un diagnostic (endoscopie diagnostique) ou à traiter une maladie ou un traumatisme (endoscopie thérapeutique). Se fait, lorsque cela est possible, par les voies naturelles (par la bouche dans le cas de l'estomac et des bronches, par les narines dans le cas des fosses nasales et des sinus, par l'anus dans le cas de l'examen du côlon); sinon, une incision permet de pénétrer dans certaines cavités de l'organisme (laparoscopie). Selon les techniques utilisées, l'intervention est effectuée sous sédation, analgésie locale ou anesthésie.</p> <p>Voir endoscopie digestive.</p> <p>La cystoscopie est l'examen des parois de la vessie.</p> <p>La laparoscopie (aussi appelée coelioscopie) permet l'observation des organes génitaux internes de la femme; elle implique une anesthésie.</p> <p>L'hystérocopie permet d'observer le canal du col de l'utérus, la cavité de l'utérus et la muqueuse qui le tapisse (l'endomètre).</p> <p>L'endoscopie pulmonaire est un examen qui permet de visualiser l'arbre trachéobronchique et qui permet au médecin spécialiste de déceler des anomalies ou des lésions et de faire des prélèvements pour établir un diagnostic précis et, par la même occasion, de soigner le plus correctement et le plus rapidement possible le client. Cet examen s'effectue à l'aide d'un appareil appelé bronchoscope.</p>



- digestive haute	(voies supérieures) L'œso-gastro-duodéoscopie, aussi appelée endoscopie digestive haute, est pratiquée par voie orale (voie haute : l'endoscope est introduit par la bouche).
- digestive basse	(voies inférieures) Elle est pratiquée par voie anale (voie basse : l'endoscope est introduit par l'anus).
Endoscopie thérapeutique	Associée à une intervention, permet de réaliser de plus en plus d'actes médicaux, par exemple réséquer des polypes, détruire des tumeurs au laser, extraire des calculs des voies biliaires et drainer des kystes.
Échoendoscopie	Méthode d'exploration et d'imagerie médicale en gastro-entérologie qui associe l'échographie et l'endoscopie pour l'examen du tube digestif. Les minisondes d'échoendoscopie de haute fréquence sont des sondes ultrasonores de haute résolution dont le petit diamètre permet de les introduire directement dans le canal opératoire d'un endoscope à des fins principalement diagnostiques. Peut être pratiquée par voie orale (introduit par la bouche) ou par voie anale (introduit par l'anus).
Équipement de protection individuelle	Vêtement ou équipement spécialisé (ex. : gants, masque) que porte un employé pour se protéger.
Infection nosocomiale	Infection contractée durant un épisode de soins administrés dans un établissement de santé.
Nettoyage	Enlèvement physique de toute substance pouvant héberger les microorganismes ou permettre leur multiplication. Le nettoyage sous-entend une triple action : eau + détergent + action mécanique par un brossage. Des ultrasons et une solution enzymatique peuvent aussi être utilisés.
Électif et non électif	Prévus ou non prévu au programme opératoire
Retraitement	Étapes de la préparation d'un dispositif médical pour sa réutilisation.
Intervention	Le mot « intervention » désigne soit l'intervention (thérapeutique) ou l'examen (diagnostique).
Stérilisation	Processus ayant pour but de détruire toute vie microbienne, ce qui inclut l'élimination des spores bactériennes, habituellement réalisé à l'aide de la chaleur, d'un gaz (d'oxyde d'éthylène) ou d'un trempage prolongé de l'instrument dans une solution stérilisante appropriée.
Vidécapsule endoscopique	Peut, après avoir été avalée, fournir des images provenant de tout son trajet, depuis la bouche jusqu'à l'anus.



Annexe 1

Retraitement

L'endoscope³¹, considéré comme un dispositif semi-critique (selon la classification de Spaulding) requiert une désinfection, dite de haut niveau. Ce retraitement est réalisé suivant les huit étapes décrites par le CPRS dans « Les lignes directrices dans le retraitement des endoscopes digestifs » (2008) et sont résumées ci-dessous (le lecteur qui désire obtenir plus d'information peut se référer au document précité et au guide d'aménagement de l'URDM).

L'activité suivante est réalisée sur les lieux d'utilisation :

- .1 Le prénettoyage, aussi appelé « nettoyage préliminaire », qui consiste à enlever les souillures.

Il doit être fait immédiatement après l'utilisation de l'endoscope (dans la salle d'interventions ou au chevet du client lorsque l'examen est effectué dans sa chambre). Cette opération est généralement effectuée dans la salle d'endoscopie, avant de transporter l'endoscope dans un contenant fermé vers une salle réservée au retraitement;

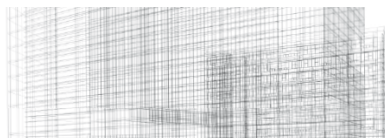
et les activités suivantes sont réalisées dans la salle de retraitement :

- .2 le test d'étanchéité;
- .3 le nettoyage;
- .4 le rinçage initial;
- .5 la désinfection de haut niveau;
- .6 le rinçage final;
- .7 le séchage;
- .8 l'entreposage.

En ce qui a trait aux endoscopes, le recours à des appareils de retraitement automatique (aussi appelés laveurs-désinfecteurs) et de stérilisation à basse température est de plus en plus répandu. Ces appareils permettent non seulement de standardiser les opérations (en les automatisant, notamment aux étapes 2 à 6), d'augmenter la qualité du procédé et d'en assurer la rigueur, mais aussi d'offrir une sécurité optimale au personnel (et au client) et de sauver du temps. Quant aux accessoires qui pénètrent les muqueuses, tels que les pinces à biopsie, ils sont considérés comme critiques. Par conséquent, s'il ne s'agit pas de dispositifs jetables, ils doivent être traités selon les recommandations du fabricant³² (voir le guide d'aménagement de l'URDM).

31. Le choix des opérations de retraitement à effectuer sur les dispositifs médicaux est fait en fonction de l'utilisation et des caractéristiques intrinsèques de ceux-ci, des risques d'infection pour le client et de l'importance de la contamination. Ainsi, la classification de Spaulding est largement adoptée dans le milieu médical pour catégoriser cette utilisation et le risque qui lui est associé. Par conséquent, pour déterminer le type de retraitement requis, il faut référer au degré de risque que présente le matériel utilisé, quelle que soit son origine (achat, location, prêt) : critique, semi-critique et non critique (voir le lexique).

32. À ce sujet, de récentes études ont montré qu'il est difficile d'assurer une décontamination adéquate de certains instruments complexes (tels que les pinces à biopsie). Dans certains cas, l'utilisation de matériel jetable peut permettre de demeurer sous le seuil de risque minimal de transmission d'infections. En corollaire, ce choix impose des besoins additionnels de rangement et implique des volumes croissants de déchets.



Annexe 2

Temps de dilution

Le document intitulé *Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings*, publié par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en 2005, recommande de laisser passer un temps suffisant après une procédure de bronchoscopie sur un patient atteint ou suspecté d'être atteint de tuberculose infectieuse, avant d'effectuer une nouvelle procédure sur un autre patient. À cet effet, le CDC propose le tableau suivant pour estimer le temps nécessaire pour l'élimination de 99 % et de 99,9 % des contaminants aériens, notamment *Mycobacterium Tuberculosis*, après le départ du patient et la fin des procédures produisant des aérosols.

Changements d'air par heure	Nombre de minutes requise pour une élimination de	
	99%	99,9%
2	138	207
4	69	104
6	46	69
12	23	35
15	18	28
20	7	14
50	3	6
400	<1	1

Source: Centers for Disease Control and Prevention, *Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings*, 2005

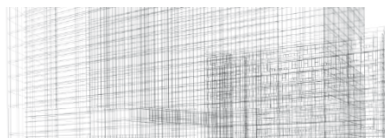


Tableau des modifications

- P. 49 Salle d'endoscopie gastro-intestinale : Note explicative concernant la ventilation.
- P.50 Salle d'endoscopie à usage multiples : Recommandations complémentaires.