
Planification, construction et mise en exploitation d'un service de stérilisation centrale

par Peter Weber, responsable stérilisation centrale, Hôpital cantonal de Winterthur

Les installations des établissements hospitaliers ont une « espérance de vie » moyenne de 10-12 ans; ensuite, les appareils sont obsolètes et les pièces de rechange ne sont parfois plus disponibles. Les stérilisations centrales suivent elles aussi ce cycle, même si certaines plus anciennes sont aujourd'hui encore en exploitation et si, de manière générale, la durée de vie de ces services est souvent supérieure à 15 ans. Pourtant, malgré des caisses publiques quasiment vides, divers petits et grands hôpitaux en Suisse sont en train de planifier, de transformer ou de reconstruire leurs stérilisations centrales. Les craintes de l'opinion publique et la pression exercée par les assureurs en matière de vMCJ ont peut être fait bouger un peu les choses.

Avant même de se lancer dans la planification, la direction de l'hôpital doit tout d'abord régler la question fondamentale de savoir si la stérilisation centrale sera exploitée en propre ou si elle sera externalisée. Si elle opte pour une solution interne à l'établissement, il conviendra de constituer un groupe de projet, composé de:

- représentant des organes officiels (p. ex. de l'Office des constructions)
- responsable technique
- responsable de l'hygiène
- exploitant, utilisateurs
- architecte
- ingénieurs techniques
- éventuellement planificateurs médicaux externes.

Idéalement, la composition du groupe demeure inchangée durant toute la phase de planification et de construction. La planification se fonde sur un concept d'assurance qualité et doit être compatible avec une certification ISO 13485 de l'entreprise. Pour les tâches qui ne sont pas techniques, comme les appels d'offres ou les calculs de capacité, il est nécessaire de déterminer clairement les responsabilités. Personnellement, j'estime qu'il est crucial que les utilisateurs soient d'emblée représentés dans le groupe de projet, en la personne du ou de la responsable de la stérilisation centrale, car c'est finalement elle ou lui qui devra vivre et travailler avec des décisions potentiellement erronées. De plus, il est évident que les intérêts des différents membres du groupe ne convergent pas toujours; l'électricien souhaiterait p. ex. planifier l'emplacement des prises aussi tôt que possible, tandis que l'exploitant préférerait les déterminer en fin de processus.

Le concept d'exploitation, l'emplacement, les voies et les moyens de transport doivent être définis par la direction de l'hôpital avant le début de la planification. Lors d'une transformation, il faut également continuer d'assurer l'approvisionnement de l'établissement en dispositifs stérilisés, soit en externalisant la stérilisation, soit en installant un service provisoire. Une transformation de grande envergure alors que la stérilisation centrale continue de tourner me semble particulièrement problématique.

En théorie, on compte un mètre carré par lit, plus un facteur de 0,5 pour les lits en chirurgie. Mais en pratique, on utilise et transforme en général simplement la place disponible.

Une décision capitale concerne les systèmes d'aération et de climatisation. Quelle est la classe de propreté nécessaire? Une aération « normale » est-elle suffisante ou la zone d'emballage est-elle classée salle blanche? En tant qu'utilisateur, je dois également veiller à ce que les planificateurs connaissent les normes spécifiques de retraitement de dispositifs stériles (qualité de l'eau, qualité de la vapeur, etc.).

Si la planification dure un certain temps, les prescriptions normatives et régulatrices peuvent changer, ce qui engendre en général des coûts plus importants.

C'est surtout dans la dernière phase de construction qu'une mauvaise définition des responsabilités occasionne passablement de tracas et donne lieu à des exercices pompier.

Penser à analyser les points faibles de la sécurité d'alimentation (p. ex. alimentation en vapeur).

La mise en exploitation du nouveau service de stérilisation doit être planifiée minutieusement et les collaborateurs doivent être parfaitement préparés et formés au nouvel environnement. La mise en service est plus aisée si elle se fait graduellement.

Les utilisateurs des dispositifs stérilisés devraient être informés – et, au besoin, intégrés – tout au long de la phase de planification et de construction. ■