

La chirurgie ambulatoire Et l'hygiène

Pr Noël HUTEN Tours

Dr Gilles CUVELIER Quimper

VIRAGE A

organiser avec c

la gestion de

Espa

Allée André M

3730

Journée Régio

Mardi

Chirurgie ambulatoire et hygiène

Éléments de votre référentiel métier (équipe opérationnelle hygiène)

- Gestion des risques infectieux sur l'ensemble du parcours de soin
- Coordonne information et formation des patients et usagers
- Conseils lors aménagement/construction de locaux

- Challenge du métier est d'adapter ses pratiques professionnelles à l'évolution

Sommaire et objectifs

- 01** Comprendre la dissociation entre soins et hébergement et intégrer la prise en charge chirurgicale dans une dimension de parcours de soin pluriprofessionnel
- 02** Appréhender la problématique de la continuité des soins et ses conséquences
- 03** Savoir définir la chirurgie ambulatoire, le chemin clinique
- 04** Regarder ailleurs et comprendre les enjeux de la chirurgie ambulatoire
- 05** Connaitre les principes et les recommandations de bonne pratique en chirurgie ambulatoire et RAAC
- 06** Connaitre les perspectives de la chirurgie ambulatoire
- 0007** En déduire le rôle de l'hygiéniste.....

Sommaire et objectifs

01 Comprendre la dissociation entre soins et hébergement et intégrer la prise en charge chirurgicale dans une dimension de parcours de soin pluriprofessionnel

02 Appréhender la problématique de la continuité des soins et ses conséquences

03 Savoir définir la chirurgie ambulatoire, le chemin clinique

04 Regarder ailleurs et comprendre les enjeux de la chirurgie ambulatoire

05 Connaître les principes et les recommandations de bonne pratique en chirurgie ambulatoire

06 Connaître les perspectives de la chirurgie ambulatoire

0007 En déduire le rôle de l'hygiéniste.....

01

La prise en charge chirurgicale a évolué



01

Demande de la population « droit au chez soi »

ÉVOLUTION DE L'HOPITAL

Illustré par la chirurgie ambulatoire,

La révolution en cours....

La dissociation,

fonction soins,

fonction hébergement.

L'hospitalisation n'est pas une solution.....

01

Nouvelle définition de la performance ?

Dissociation soins-hébergement, demande de la population

Qualité et sécurité des soins sans hébergement, efficience

Rejoint définition OMS « performance en santé »

- capacité à mobiliser ressources pour améliorer santé***
- répondre aux attentes de la population***
- réduire les iniquités de financement du système***

01 Quelques idées nouvelles

- C'est l'équipe qui compte
- Ne plus opérer de patients dénutris
- Donc évaluer en préopératoire
- Se préparer à une épreuve physique
- Il est possible de ne plus opérer des patients prémédiqués, déshydratés et en acidose
- L'hyperremplissage est délétère comme l'hypovolémie
- L'épargne morphinique est possible
- La RAAC diminue la DMS en diminuant les complications postop
- Des interventions complexes sont possibles en ambulatoire
- Prévenir l'hyperalgésie



01

NHS
Opinion

'Get out of bed!' scheme is more symptom than solution for the NHS

David Mitchell

The latest idea to help save the NHS has much in common with alternative medicine



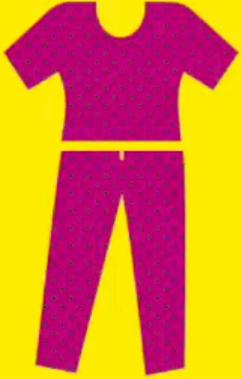
687 444

Sunday 16 April 2017
10.00 BST



NHS staff are encouraging patients to get dressed and move around. Photograph: Peter Byrne/PA

01



End

PJ paralysis

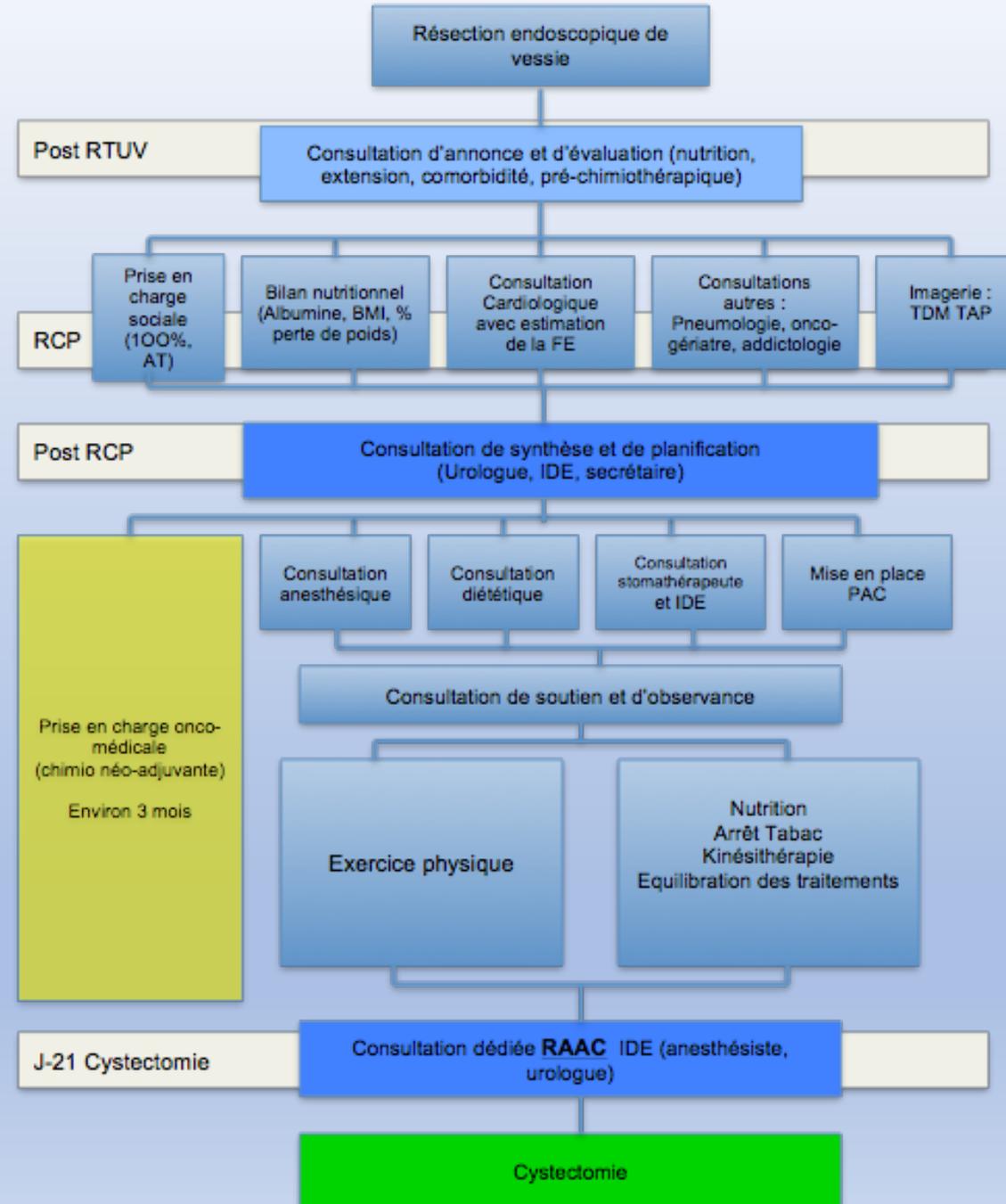


at Lancashire Teaching Hospitals

Top tips for enCOURagi n g

Exemple de plan de prise en charge avant cystectomie

01



01

Parcours Ambulatoire

Parcours complexe : organisation + procédures de soins

Consultation de chirurgie :
Programmation

Défaut de communication inter-spécialité
Dossier et patient non identifiés en ambulatoire
Consignes ambulatoires non transmises
Circuit trop complexe de prise de rendez-vous
CSA ou de pré-admission

CS anesthésie

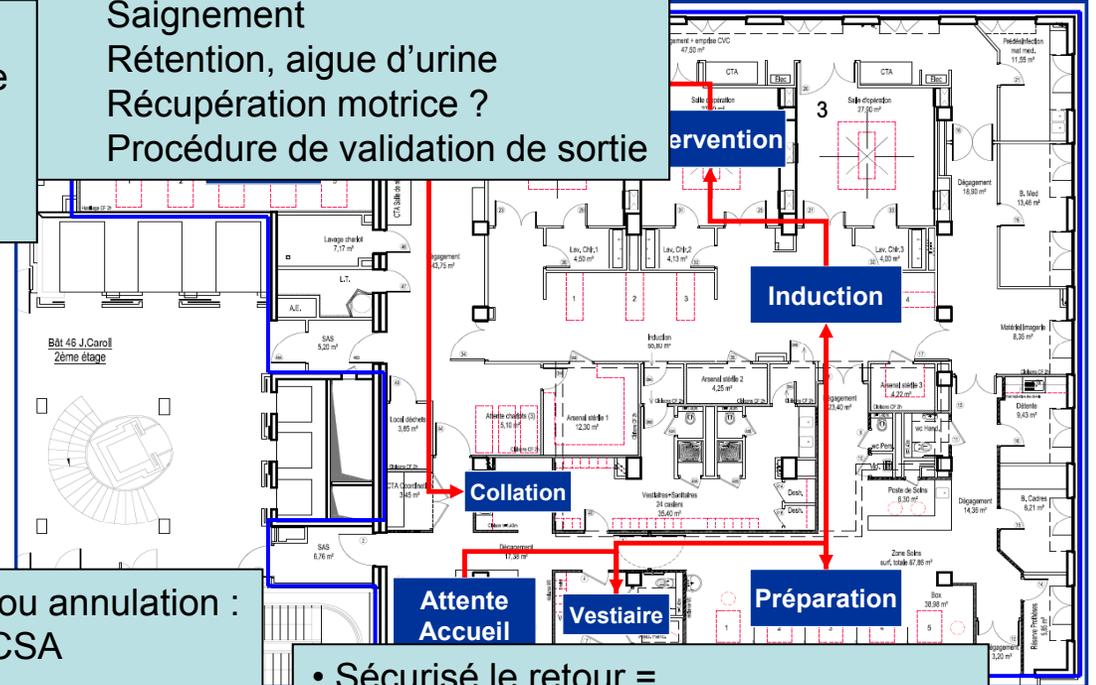


Pré-admission

JO

Retard de prise en charge ou annulation :
Dossier, admission, CSA
Jeûn, accompagnant
Non maîtrise du Flux de patient

Re
Intervention trop longue
Douleur
NVPO
Sédation
Saignement
Rétention, aigue d'urine
Récupération motrice ?
Procédure de validation de sortie



- Sécurisé le retour =
Accompagnant présent
Béquille, véhicule pour MI
- Sécurité prise en charge à domicile =
CR A et CRC
Ordonnances faites et regroupées
IDE à domicile
Consignes orales et écrites etc...

Sommaire et objectifs

01

Comprendre la dissociation entre soins et hébergement et intégrer la prise en charge chirurgicale dans une dimension de parcours de soin pluriprofessionnel

02

Appréhender la problématique de la continuité des soins et ses conséquences

03

Savoir définir la chirurgie ambulatoire, le chemin clinique

04

Regarder ailleurs et comprendre les enjeux de la chirurgie ambulatoire

05

Connaitre les principes et les recommandations de bonne pratique en chirurgie ambulatoire

06

Connaitre les perspectives de la chirurgie ambulatoire

0007

En déduire le rôle de l'hygiéniste.....

02

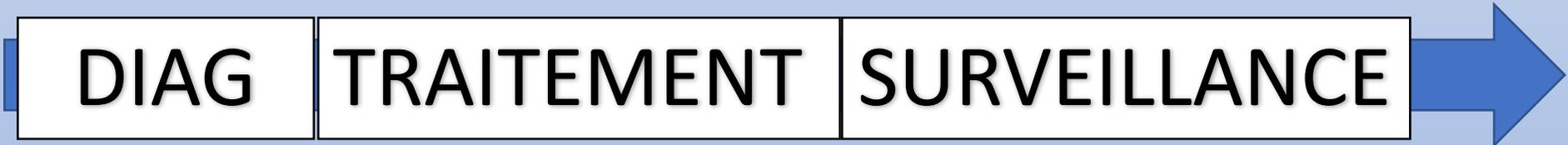
AVANT



Du séjour au parcours

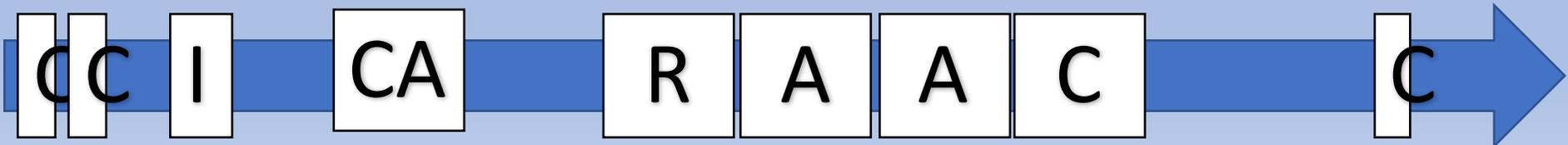
PATIENT

dans un continuum



SOIGNANT

dans un discontinuum



- **Qu'est ce que c'est?**

- Avant la chirurgie: elle contrôle la réalisation , le résultat (biologie, imagerie, ECBU, préparation: cutanée, médicamenteuse, dig, nutrit, respi, physiq, éducative,...)
- Après la chirurgie: elle poursuit soins, éducation, surveillance (transit, diurèse, plaie, fièvre,...)

- **Comment ?**

- Un autre sujet d'innovation

- **La réalité:**

- Obligation en chirurgie ambulatoire, pour le reste non ou mal organisé, bénévolat

02 Fermetures de lits ??

Hypothèse : taux de CA de 50%		Installés 2012	Projection excédent de lits
Nombre de lits chirurgie	public	42.393	15 019
	privé	37.581	14 008
	total	79.974	29 027 (36 % d'excédent)

Hypothèse : taux de CA de 65,6%		Installés 2012	Projection excédent de lits
Nombre de lits chirurgie	public	42.393	23 560
	privé	37.581	21 363
	total	79.974	44 922 (56 % d'excédent)

Hypothèse : taux de CA de 72%		Installés 2012	Projection excédent de lits
Nombre de lits chirurgie	public	42.393	27 064
	privé	37.581	24 380
	total	79.974	51 444 (64 % d'excédent)

Sommaire et objectifs

01

Comprendre la dissociation entre soins et hébergement et intégrer la prise en charge chirurgicale dans une dimension de parcours de soin pluriprofessionnel

02

Appréhender la problématique de la continuité des soins et ses conséquences

03

Savoir définir la chirurgie ambulatoire, le chemin clinique

04

Regarder ailleurs et comprendre les enjeux de la chirurgie ambulatoire

05

Connaitre les principes et les recommandations de bonne pratique en chirurgie ambulatoire

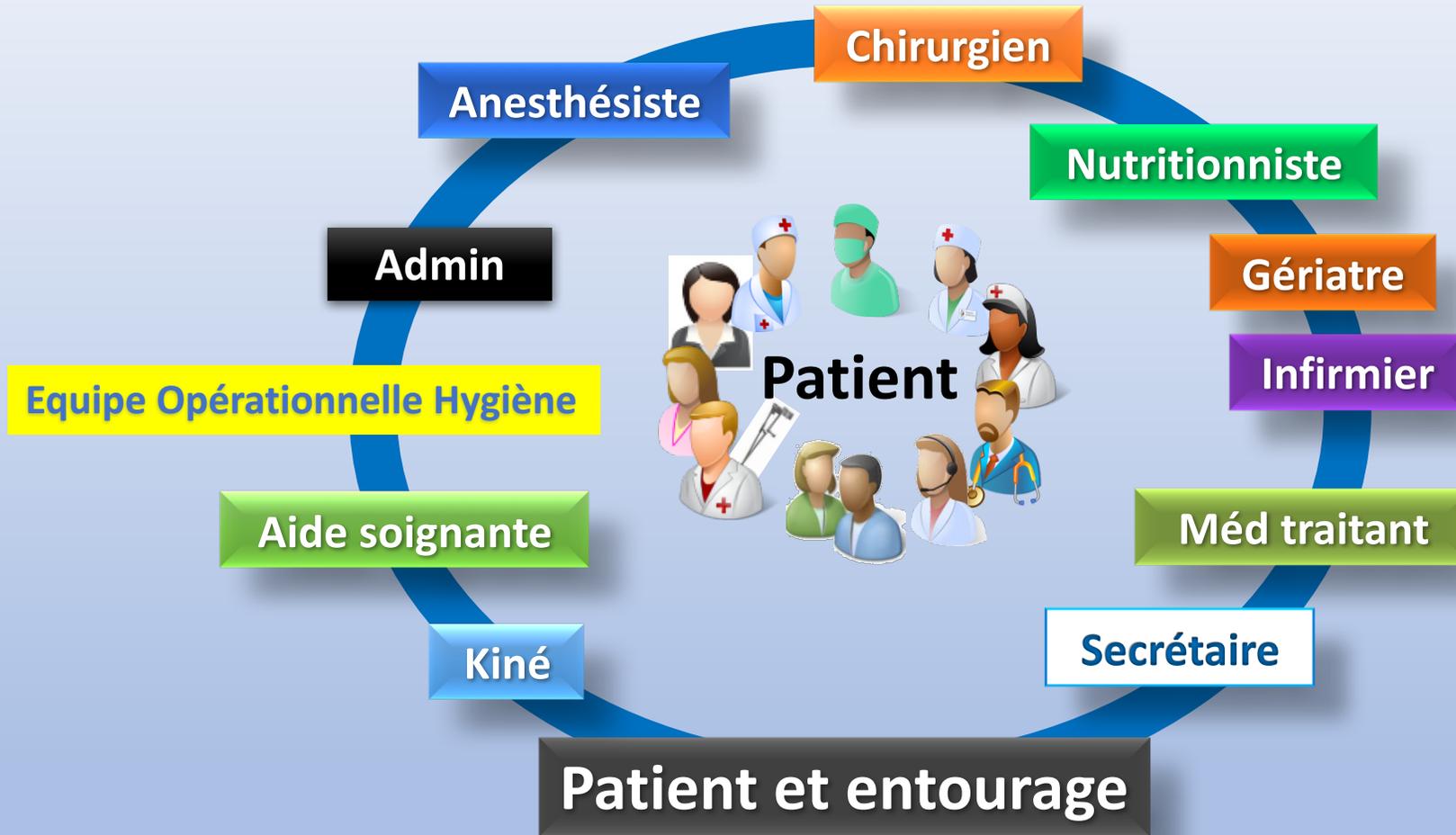
06

Connaitre les perspectives de la chirurgie ambulatoire

0007

En déduire le rôle de l'hygiéniste.....

Chirurgie Ambulatoire Récupération améliorée



03

Définition moderne

Esprit d'équipe

Définition française historique

Conférence de consensus 1993

« les actes chirurgicaux et/ou d'explorations programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable, et suivie d'une surveillance postopératoire prolongée, permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission »

Décret de 1992

- « Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire ».
- Ces structures « dispensent sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures (...) des prestations, qui équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent, à des prestations habituellement effectuées en hospitalisation à temps complet »

03

Définition française historique

Décret de 2012

«Les structures (...) pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge (..) d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

03

Définition internationale IAAS 2003

Synonyms

- Day surgery
- Same day
- Day only
- Working day
- No overnight stay

Différences

- extended surgery (<24 H)
- short stay (<72 H)
- office (cabinet)



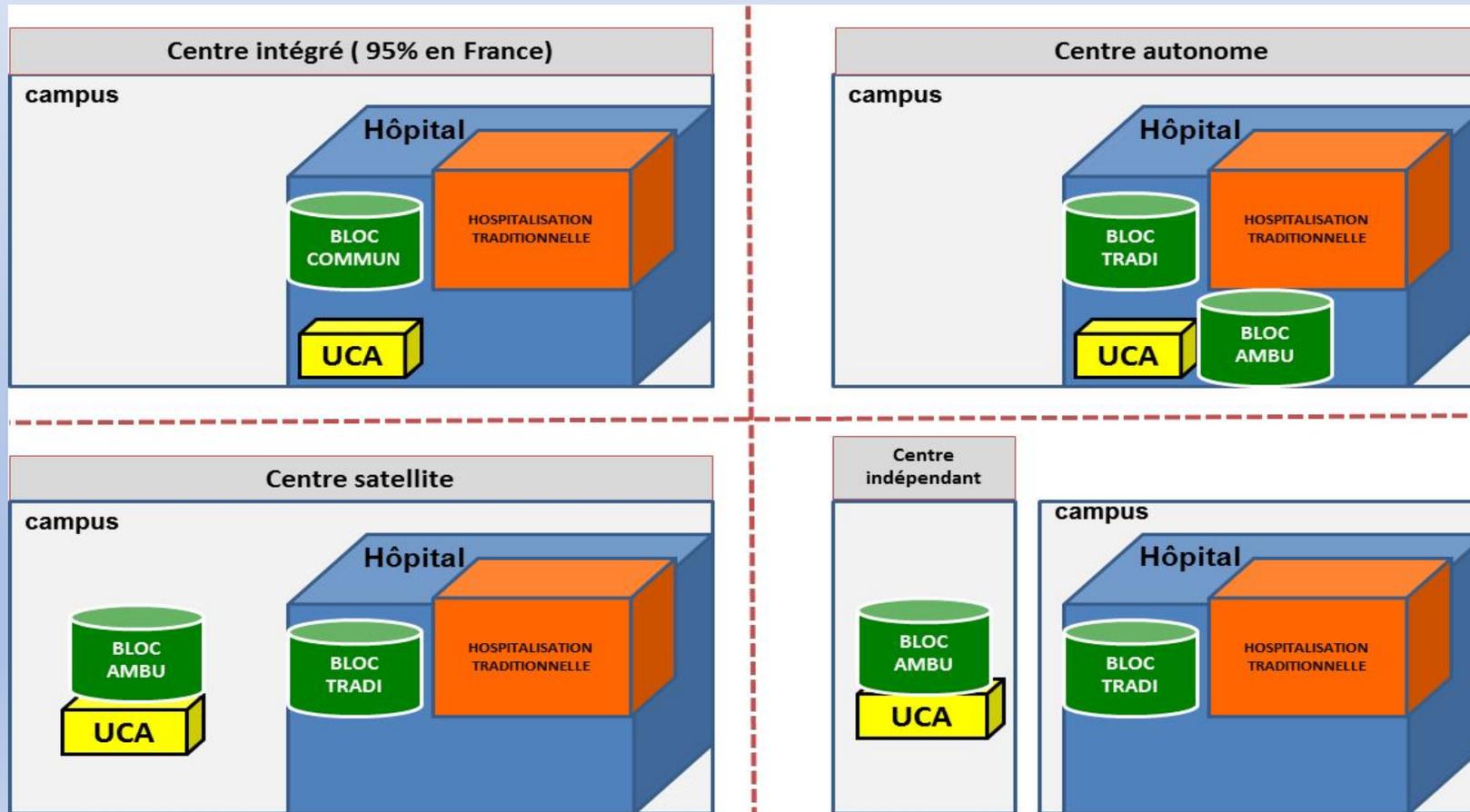
La chirurgie ambulatoire c'est :

par une réhabilitation précoce et une gestion appropriée des risques ;
effectuer en moins de douze heures d'hébergement sans nuitée ;
dans une unité dédiée (UCA) ;
un acte technique nécessitant un plateau technique et une anesthésie de mode variable ;
en assurant une continuité des soins au delà de l'hébergement.

« *Du séjour vers le parcours* », là est le changement de paradigme.

03

- Différents types de centre de chirurgie ambulatoire
- Sortir du « tout intégré » en consolidant l'indépendance des flux



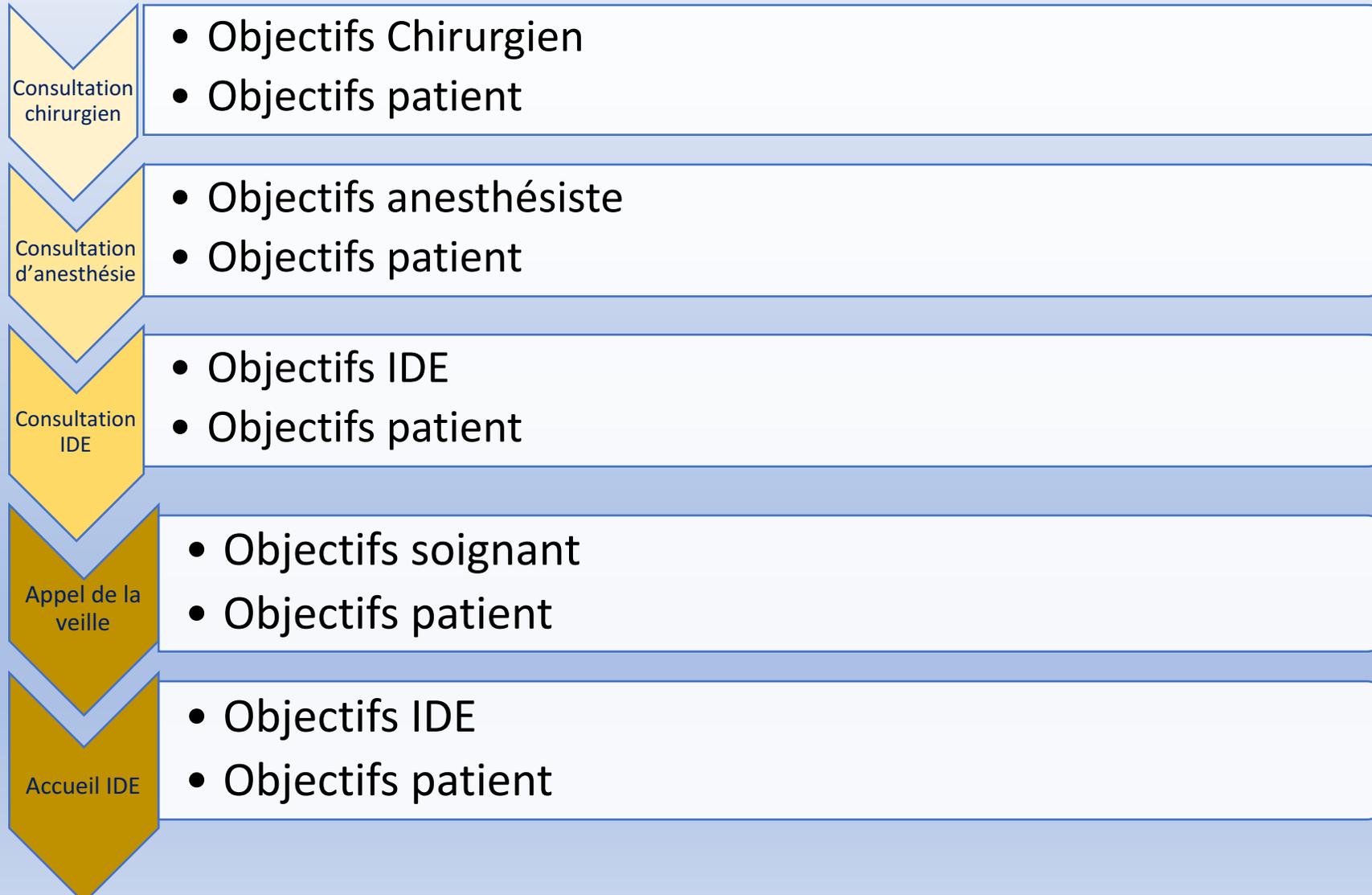
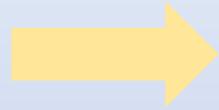
Le chemin clinique

03

Déterminer les **différentes phases** de la prise en charge



1^{ère} étape



1^{ère} étape: Cs de chirurgie: **objectifs Chirurgien**

Consultation de chirurgie

Objectifs chirurgien

- Poser l'indication opératoire (EBM)
- Choisir la voie d'abord et la technique opératoire (EBM)
- Évaluer précisément les facteurs de risque de complications postopératoires **(nouvelle recommandation)**
 - Facteur de risque d'infection du site opératoire (EBM: obésité et tabagisme, ..)
 - Facteur de risque d'infection (hématome de bronchite chronique, anticoagulants)
 - Facteur de risque d'accidents thromboemboliques (EBM: âge, cancer, ..)
 - Facteur de risque de rétention complète d'urine (EBM: adénome de prostate)
- Evaluer l'éligibilité du patient à l'ambulatoire **(nouvelle recommandation)**
- Informer le patient: indication opératoire, voie d'abord et technique, facteurs de risques de complications postopératoires, chirurgie ambulatoire critères d'éligibilité et déroulement, suites habituelles et durée arrêt de travail, complications et signes d'alerte, préparation cutanée, continuité des soins et numéros de téléphone
- Eduquer le patient:
 - Infection du site opératoire (tabac et obésité et AVK)
 - Gestion de la douleur postopératoire (épargne morphinique) **Recommandation SFAR**
 - Gestion des éventuelles complications chirurgicales locales (hématome; troubles sexuels)
 - Nécessité ou pas d'un accompagnant **(nouvelle recommandation)**

Sommaire et objectifs

01 Comprendre la dissociation entre soins et hébergement et intégrer la prise en charge chirurgicale dans une dimension de parcours de soin pluriprofessionnel

02 Appréhender la problématique de la continuité des soins et ses conséquences

03 Savoir définir la chirurgie ambulatoire, le chemin clinique

04 **Regarder ailleurs et comprendre les enjeux de la chirurgie ambulatoire**

05 Connaître les principes et les recommandations de bonne pratique en chirurgie ambulatoire

06 Connaître les perspectives de la chirurgie ambulatoire

0007 En déduire le rôle de l'hygiéniste.....

- **La chirurgie ambulatoire est une révolution organisationnelle**
 - Organisation non plus centrée sur le producteur de soins, mais sur le patient
 - Dont la spécificité repose sur l'identification des différents flux d'un établissement de santé
 - Patients, PS, brancardiers, logistiques, informationnels...
 - Puis sur la gestion des flux qu'il faut Anticiper, Organiser, Coordonner et Synchroniser (AOCS)
- **La chirurgie ambulatoire est aussi une révolution culturelle**
 - Nécessité d'intégrer des théories et des concepts organisationnels (Lean Management)

04

- **1073 établissements chirurgicaux en France**
- **6,4 millions d'interventions chirurgicales (66 $\overline{\text{M}}$ habitants) dont 3,1 millions en chirurgie ambulatoire**
- **Taux de chirurgie ambulatoire = 48,8%**

Un retard français

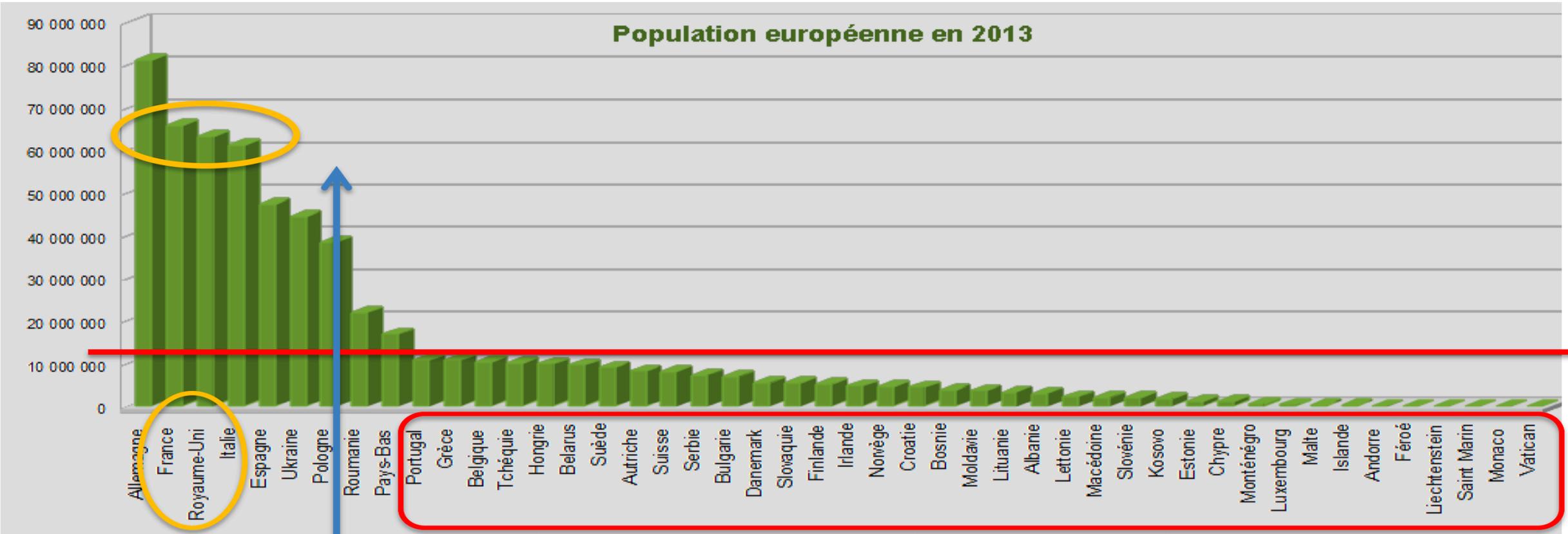
83% aux USA

79% en GB

70% dans les pays nord européens

45% au Portugal

- **La France est en retard en chirurgie ambulatoire si l'on considère son taux de CA (proche de 50%),**
- **Mais :**
 - **le + gros volume européen de pratiques chirurgicales ambulatoires derrière UK (plus de 3 millions d'interventions chirurgicales en ambulatoire chaque année),**
 - **dynamisme porté à la fois par les pouvoirs publics (priorité nationale, virage ambulatoire) et par les professionnels de santé (extension vers de la chirurgie lourde)**



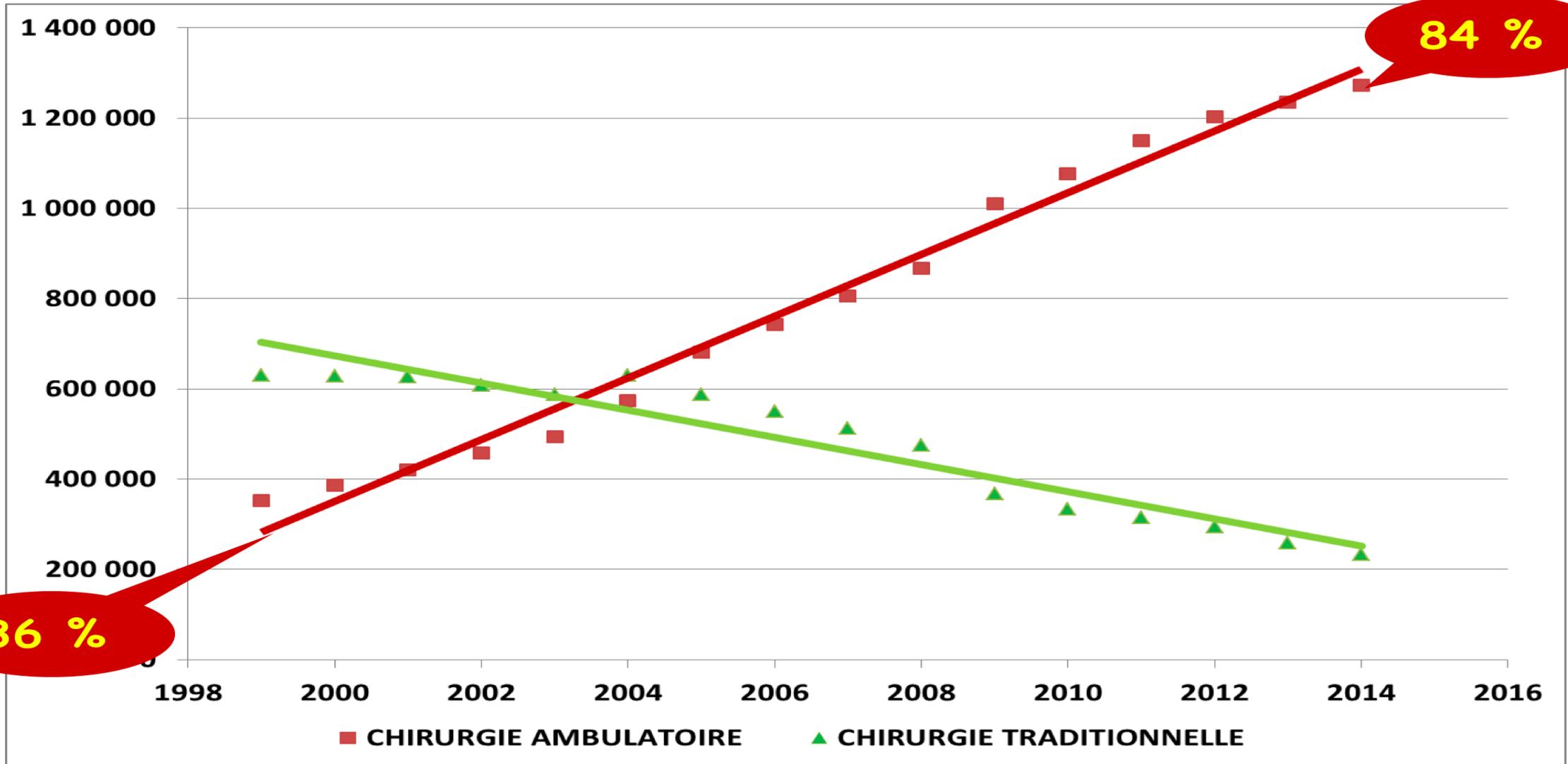
Source statistiques mondiales

04



Nécessité de prendre en compte aussi les volumes de pratiques chirurgicales ambulatoires

Évolution des modes de prise en charge des 5 interventions chirurgicales les plus fréquentes (cataracte, varices, extractions dentaires, arthroscopie genou, adéno-amygdalectomie)



04

Pour certaines équipes, une extension des pratiques ambulatoires vers la chirurgie lourde / urgence

LES PREMIERES FRANCAISES

2012	2013	2014
<ul style="list-style-type: none"> • PTH • Hystérectomie totale • PTG 	<ul style="list-style-type: none"> • Appendicectomie pour appendicite aigue • Bypass pour obésité morbide • Mastectomie totale + curage • Néphrectomie par laparo • Résection pulmonaire par thoraco • Colectomie par laparo • Thyroïdectomie totale + curage 	<ul style="list-style-type: none"> • Cholécystite aigue • Cure hernie nourrisson • Hernie discale • Sphincter artificiel en urologie • Colectomie totale

Une équipe médico-chirurgicale avec 150 PTG en 2015

- **Entre les régions**
 - **anciennes régions (9 points d'écart)**
 - 44% : Franche Comté**
 - 53% : Corse**
 - **nouvelles régions (7 points d'écart)**
 - 46% : Bourgogne Franche Comté / Lorraine
Champagne-Ardenne Alsace,**
 - 53% : Corse**
- **Entre le secteur privé (53%) et le secteur public (32%)**

- **Entre établissements de même catégorie (exemple CHU)**
 - APHP**
 - **Paul Brousse (taux = 2%), Beaujon (3%),**
 - **Cochin (41%), J. Verdier (41%)**
 - Hors APHP**
 - **CHU Reims (22%), CHU Nancy (22%), APHM (22%)**
 - **CHR Metz Thionville (34%), La Croix Rouse HCL (37%)**
- **Entre les spécialités**
 - Cataracte (taux = 89%) et Cholécystectomies (17%)**
 - 18 gestes marqueurs soit 35% de la chirurgie française (taux = 77%)**

ENJEUX QUALITE ET SECURITE DES SOINS

04

- Moindre exposition aux infections nosocomiales

- Enquêtes CCLIN Paris Nord (5 fois moins d'ISO)

- Plus grande satisfaction des patients

Etude CNAMTS octobre 2003 / 34 000 patients
90 % des patients satisfaits

Etude IPSOS / FHF mai 2013
71 % des patients satisfaits d'avoir été opéré et d'être sorti le jour même

Etude CNAMTS IPSOS Santé février 2007 / 1013 personnes
89 % éviter les hospitalisations inutiles
89 % faire réaliser des économies
84% faire gagner du temps aux patients
80% mieux gérer le système de soins
72% améliorer le confort des patients

- Évolution du rôle du patient acteur de sa prise en charge
 - D'un patient passif et captif vers un patient actif, responsable et mieux informé
- Dédramatisation de l'acte particulièrement pour les âges extrêmes (personnes âgées et enfants)

Enjeux de productivité et d'investissement

- **Productivité**
 - **Meilleure productivité des structures, des blocs, des secrétariats...liée à la meilleure organisation, aux gaspillages moindres...**
- **Investissement**
 - **Investissement dans le plateau technique et non plus l'hébergement**
 - **Le lit n'est plus l'unité de mesure**
 - **Le bloc devient l'unité de mesure**

ENJEUX MEDICO-ECONOMIQUES

04

Enjeux RH

- **Redéploiement du personnel vers l'ambulatoire**
 - Qu'il faudra former à l'organisation spécifique de l'ambulatoire
 - Meilleure qualité de vie et satisfaction
- **Développement des coopérations professionnelles**
 - Fluidifier la sortie, améliorer la rotation des places...,
- **Formation à de nouvelles compétences et nouveaux métiers**
 - Nouvelles fonctions de coordination et d'information du patient fluidifiant son parcours comme le brancardier régulateur, l'infirmière programmatrice...
 - Nouveaux métiers (directeur de la régulation de l'activité médicale, gestionnaire de flux)

ENJEUX STRATEGIQUES

04

- **Attractivité pour un établissement**
 - **Image de marque,**
 - **Augmentation des parts de marché...**
- **Attractivité pour les PS**
 - **Dans le cadre d'une évolution démographique médicale défavorable**
- **Missions de service publique**
 - **Équilibre entre l'offre publique et l'offre privée**

Sommaire et objectifs

01

Comprendre la dissociation entre soins et hébergement et intégrer la prise en charge chirurgicale dans une dimension de parcours de soin pluriprofessionnel

02

Appréhender la problématique de la continuité des soins et ses conséquences

03

Savoir définir la chirurgie ambulatoire, le chemin clinique

04

Regarder ailleurs et comprendre les enjeux de la chirurgie ambulatoire

05

Connaitre les principes et les recommandations de bonne pratique en chirurgie ambulatoire et RAAC

06

Connaitre les perspectives de la chirurgie ambulatoire

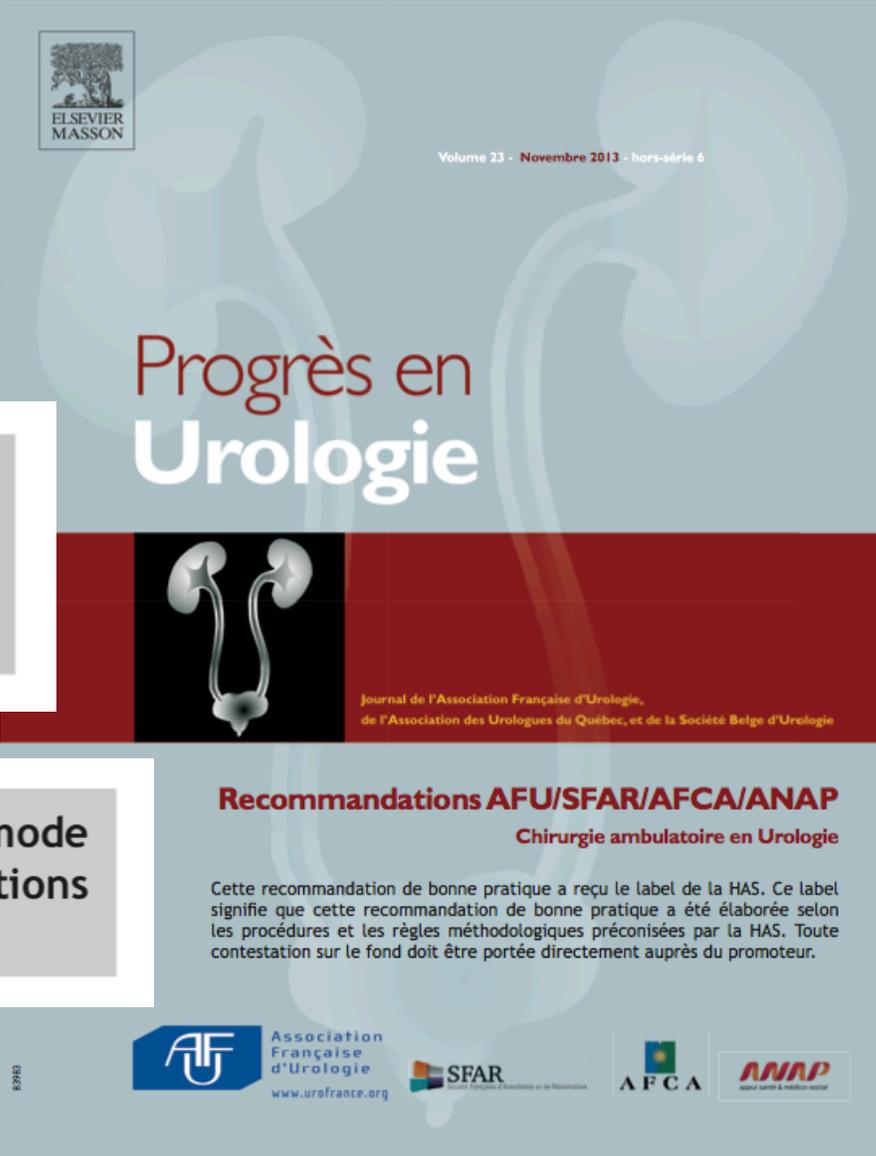
0007

En déduire le rôle de l'hygiéniste.....

05

1. Il est recommandé d'appliquer les recommandations selon le contexte, pour un patient, un acte chirurgical, une organisation et une équipe médico-chirurgicale donnés. (AE)

2. Il est recommandé de privilégier le mode d'hospitalisation ambulatoire lorsque les conditions d'éligibilité du patient sont réunies. (AE)



ELSEVIER
MASSON

Volume 23 - Novembre 2013 - hors-série 6

Progrès en Urologie

Journal de l'Association Française d'Urologie,
de l'Association des Urologues du Québec, et de la Société Belge d'Urologie

Recommandations AFU/SFAR/AFCA/ANAP

Chirurgie ambulatoire en Urologie

Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la HAS. Ce label signifie que cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès du promoteur.

82983

AFU Association Française d'Urologie
www.urofrance.org

SFAR Société Française d'Urologie et de Néphrologie

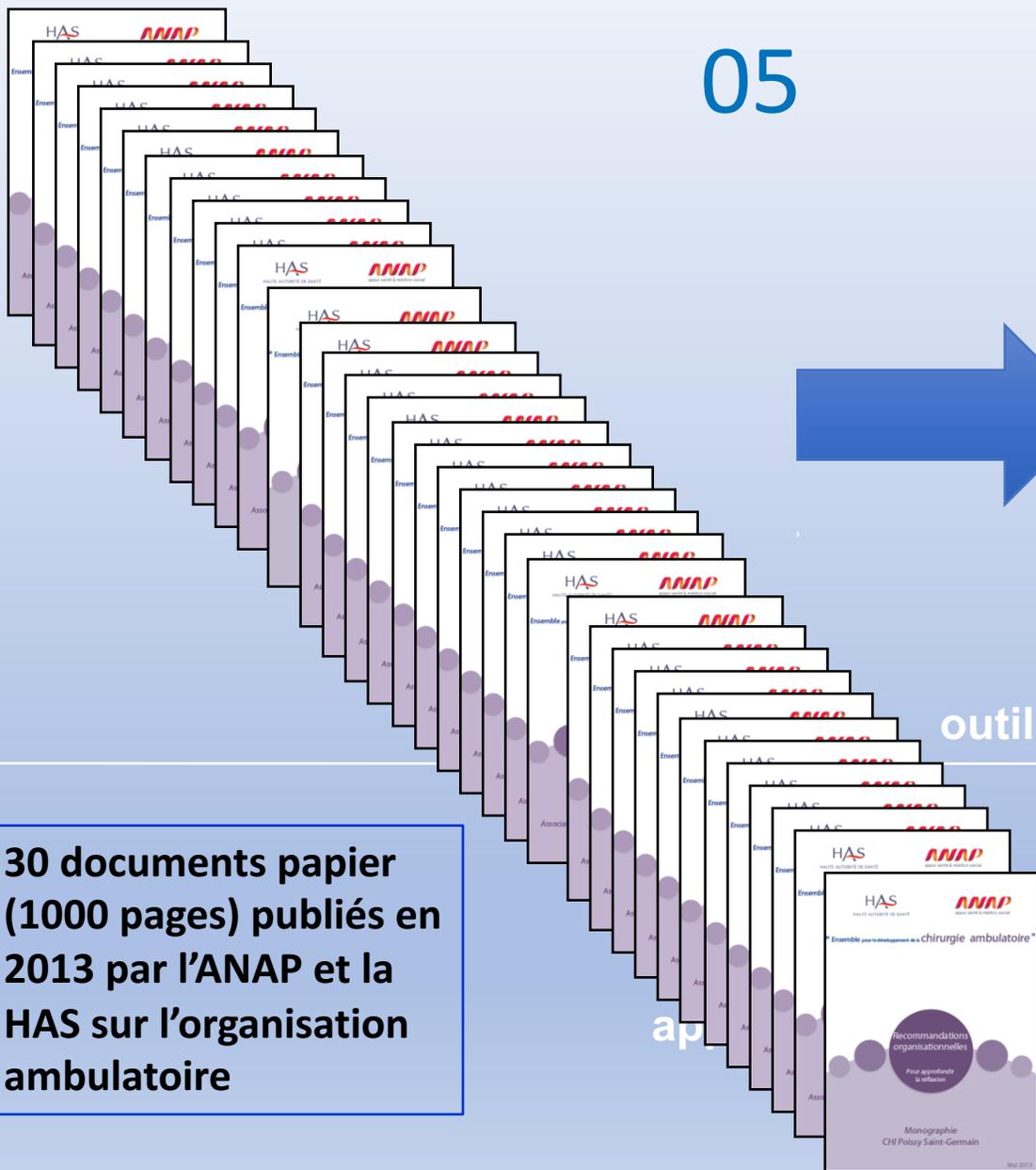
AFCA Association Française de Chirurgie Ambulatoire

ANAP Agence Nationale d'Appui à la Santé Publique

Outil « Itinéraire chir ambu »

05

1 outil documentaire en ligne
« Itinéraire chir ambu »



30 documents papier
(1000 pages) publiés en
2013 par l'ANAP et la
HAS sur l'organisation
ambulatoire

ITINÉRAIRE CHIR AMBU®
S'approprier les recommandations organisationnelles
ANAP-HAS sur la chirurgie ambulatoire

Un outil
documentaire
en ligne pour
vous aider
à développer
la chirurgie
ambulatoire

ITINÉRAIRE CHIR AMBU®
est un système de navigation
construit autour de
**3 itinéraires : découvrir,
évaluer, s'inspirer.** Il permet
de s'orienter dans 30 documents
publiés en 2013 sur
l'organisation ambulatoire.

Publics concernés
Professionnels de santé /
Établissements de santé / Agences
régionales de santé (ARS)

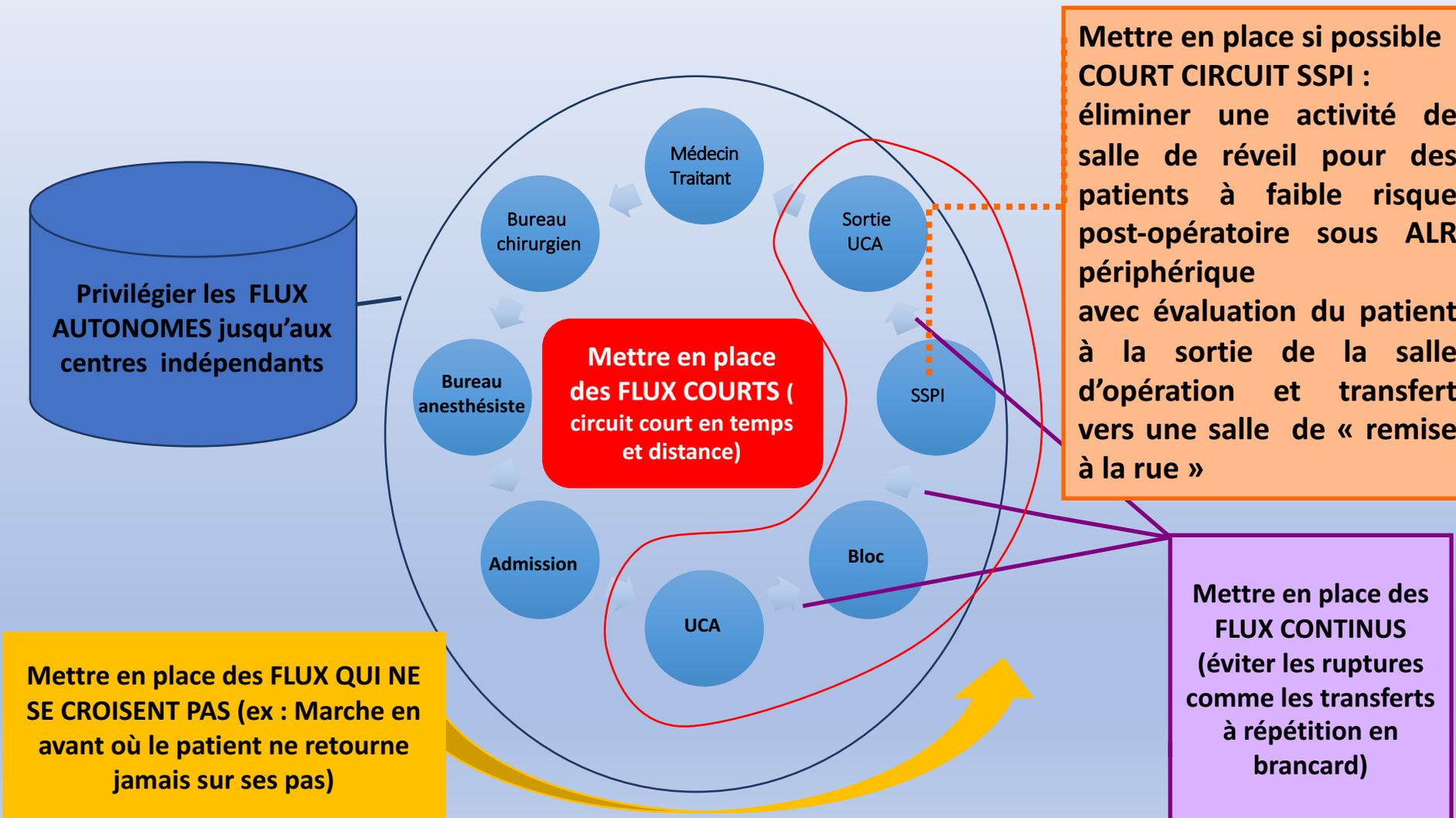
RETROUVEZ
LES RECOMMANDATIONS
ORGANISATIONNELLES
ANAP/HAS SUR
LA CHIRURGIE
AMBULATOIRE, AINSI QUE
LES BENCHMARK
DES BONNES PRATIQUES.

Intérêt du Lean management

PRINCIPES ET BONNES PRATIQUES ORGANISATIONNELS

05

9 actions potentielles d'amélioration de la gestion des flux sur le parcours patient



Le concept. RAAC

05

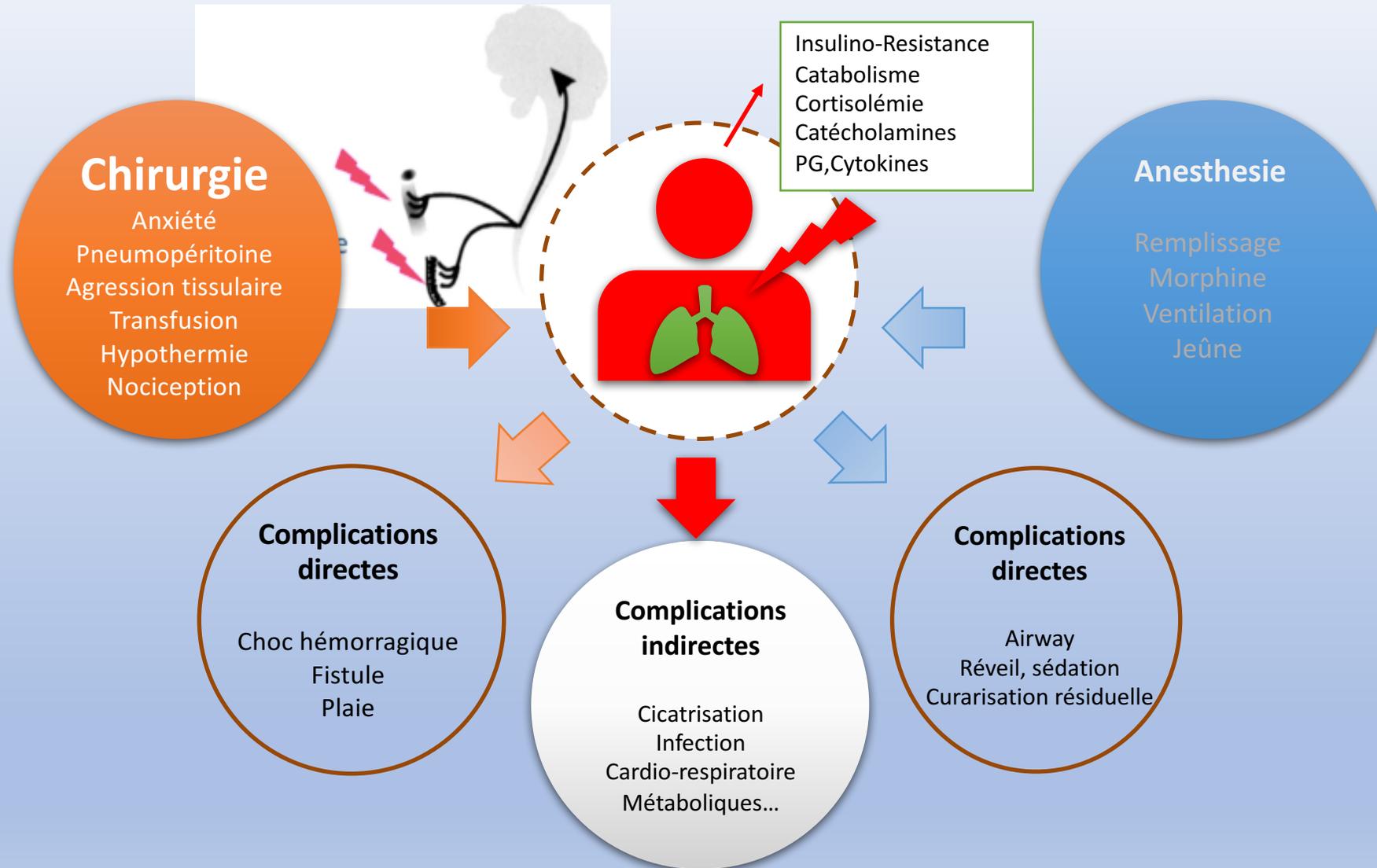
Récupération améliorée après chirurgie

C'est une organisation de soins
visant récupération rapide
« protocoles de réhabilitation »

- Diminuer le stress
- Favoriser la convalescence

05

Agression Multifactorielle



Réponse neuro-endocrine et inflammatoire

Diminuer le stress

05

- Informer, jeûne, charge glucidique, prémédication, patient debout assis
- Épargne morphinique, gestion des fluides, ventilation protectrice
- Prévention: douleur, hyperalgésie, NVPO, hypothermie, libération cytokines
- Miniinvasif, absence de drainage, sonde, cathéters

Favoriser convalescence

05

- Patient acteur donc informé, éduqué
- Reprise rapide transit chewing gum alimentation
- Verticalisation mobilisation
- Suppression rapide sondes, lame, perfusions (si non évitées)

Quels rapports ?

Quelles différences ?

- **Réhabilitation précoce:**

la réhabilitation c'est le fait de réhabiliter de restaurer de rétablir l'homme en bonne santé (ou remettre sur pied ou rendre apte à...). La réhabilitation précoce ce sont l'ensemble des mesures qui visent à cet objectif, la notion de précoce amenant l'idée d'accélérer les choses.

La réhabilitation précoce en chirurgie peut donc concerner tous les actes et patients.

- **La chirurgie ambulatoire:**

la chirurgie ambulatoire doit par définition "rendre apte à la sortie " le jour même

la chirurgie ambulatoire est par essence de la réhabilitation précoce

DENOMINATION	CONCEPT	MODALITES OPERATIONNELLES	SPECIFICITES
Chirurgie ambulatoire	Organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Marche en avant (l'opéré ne retourne jamais sur ses pas) - Circuit court (distance la plus réduite possible entre UCA et bloc) - Flux tirés - ... 	<p>Non constitutif d'une réduction de la DMS mais sa résultante</p> <p>Sur la totalité du parcours</p>
	<p>= optimisation de la gestion des flux et élimination des temps sans valeur ajoutée</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ déposé par Nicoll en 1909 ▪ théorie du Lean Managment dans les années 1970 		
Récupération Rapide Après Chirurgie (RRAC)	Professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Réhabilitation précoce - Réalimentation précoce - 	<p>Constitutif d'une réduction de la DMS</p> <p>Sur le post-opératoire puis le péri-opératoire</p>
	<p>= accélération du processus post-opératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ déposé par Kehlet autour de 2000 		

05

Au final

- La réhabilitation « précoce » va perdre son adjectif
- La réhabilitation « précoce » est partie intégrante de la chirurgie ambulatoire
- La chirurgie ambulatoire c'est en plus une continuité des soins et une gestion des risques qui se poursuit à domicile, une organisation UCA

.....Vive la réhabilitation précoce..... et...
....la chirurgie ambulatoire.....

Sommaire et objectifs

01 Comprendre la dissociation entre soins et hébergement et intégrer la prise en charge chirurgicale dans une dimension de parcours de soin pluriprofessionnel

02 Appréhender la problématique de la continuité des soins et ses conséquences

03 Savoir définir la chirurgie ambulatoire, le chemin clinique

04 Regarder ailleurs et comprendre les enjeux de la chirurgie ambulatoire

05 Connaître les principes et les recommandations de bonne pratique en chirurgie ambulatoire

06 **Connaître les perspectives de la chirurgie ambulatoire**

0007 En déduire le rôle de l'hygiéniste.....

Emparez-vous en !!!

- Est un espace important de communication
- Particulièrement avec l'anesthésiste pour:

Finaliser modalités de l'anesthésie (antibioprophylaxie, stratégie d'épargne morphinique, analgésie per et post-opératoire, remplissage vasculaire thromboprophylaxie, reprise médicamenteuse, durée de surveillance post-opératoire, gestion des risques post-opératoires)

- **Aller plus loin que la HAS, c'est un espace « rare » d'échange pluriprofessionnel**

Les progrès technologiques

- Permettent ou interdisent la chirurgie ambulatoire pour un établissement
 - Photovaporisation laser prostatique, Holep
 - Urétéroscopie souple laser numérique
 - Ultracision, ligasure, (robotique)
- Font évoluer les indications; augmenter ou diminuer la part ambulatoire
 - Lithiase du haut appareil de plus en plus complexe
- Sont facilitées par les regroupements de plateaux techniques
 - Capacité d'investissement et activité

EVOLUTIONS TECHNIQUES

- **Versant anesthésie**
 - **Matériel et produits**
 - **Recommandations, et leur problématique de diffusion (critères de jeûne anesthésique)**
- **Comorbidités**
 - **De moins en moins obstacle médical**
 - **Persiste l'obstacle du financement de ressources supplémentaires à moindre coût**
- **Versant communication, NTIC**
 - **Messagerie sécurisée, DMP (2004)**
 - **Smartphone : appel téléphonique, SMS et clichés de surveillance post-opératoire**
 - **Téléconsultation**

06

Évaluation risques/bénéfices. AVANT LE BLOC !!!!!
Chirurgie ambulatoire est la règle, robotique peut-être...
RAAC pour tous, va donc perdre son adjectif ou disparaître
La continuité des soins va se professionnaliser
Les outils digitaux vont se démocratiser, leur big data sources de publication

Perspectives



RAAC



**RAAC
Ambulatoire**



Robotique



Suivie à distance

QCM 007, quel est le rôle de l'hygiéniste ?

- A: Faire respecter la procédure
- B: Assurer une veille bibliographique ou scientifique
- C: Faire évoluer les protocoles ou agrandir la zone opératoire
- D: Simplifier les protocoles pour simplifier la circulation
- E: Envisager le patient comme acteur à part entière
- D: Savoir anticiper
- E: Anticiper
- F: Anticiper toujours

Patient acteur de soin

- ***Vous adressez-vous à eux et quand ?***

Préparation cutanée et tenue de bloc

LS Aho Glélé. CHU Dijon Paris, JAB janvier 2016 et 2018

L'évolution des protocoles reste-t-elle un challenge ?

Patient à pied au bloc, protocolisé ?

Anesthésie dans les bras de la maman, protocolisé ?

Où se trouve l'équipe opérationnelle dans le parcours de soin ?

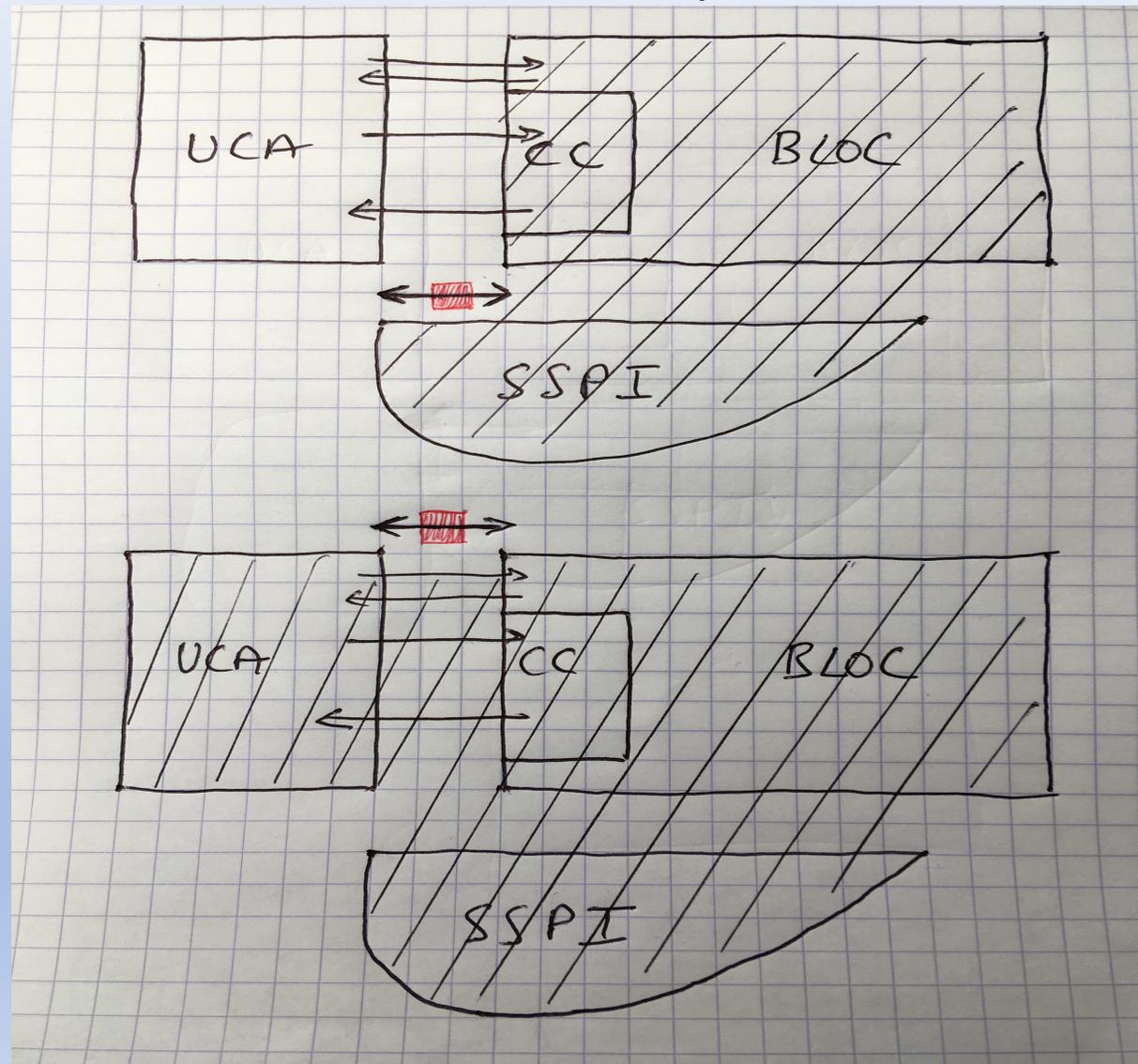
- ***En amont du séjour ?***
- ***En aval du séjour ?***

Comment surveiller les ISO en l'absence physique de patients ?

- ***Est-ce encore utile ?***
- ***N'y aurait-il pas de nouveaux critères à établir ?***

Comment gérer les allers-venues bloc /UCA ?

Sortie de bloc = sortie SSPI



UCA inclus en zone opératoire

Conclusion

« il vaut mieux
penser le changement
que changer le pansement »

Pierre DAC

