

L' infirmière en salle d'opération , le regard de l'anesthésiste

Ou.....

# Le « couple » infirmières anesthésistes en salle d'opération

LJ Van Obbergh, MD PhD.  
Chef de service CUB Erasme ULB  
Président APSAR  
Représentant belge au Board de l'UEMS



APSAR  
-BSAR

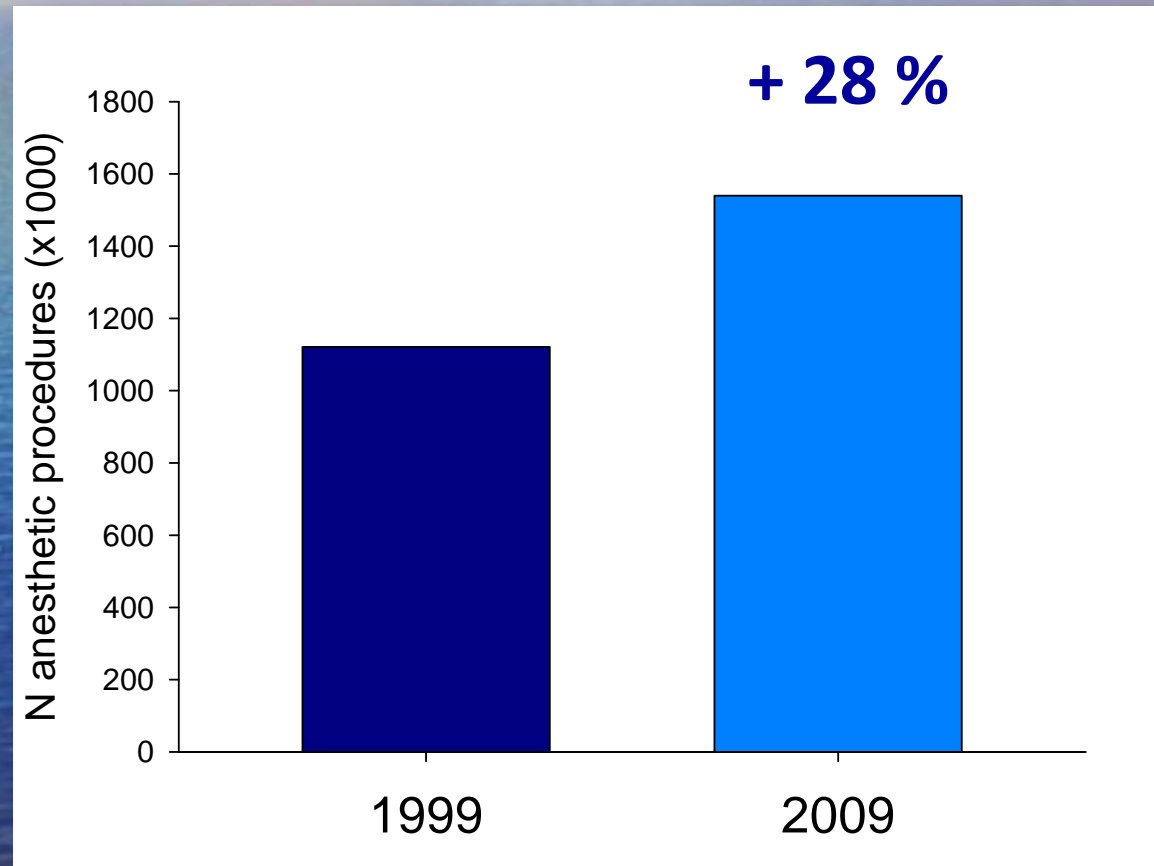
# Une brève histoire de l'anesthésie ....



- Première anesthésie:
  - 16 octobre 1846 : Ether par Morton (Boston)
- Premier service d'anesthésie en Belgique
  - 1946: W De Weerdts et J van de Walle (Ucl)
  - 1947: ULB (Goldblatt, Reinhold)
- INAMI:
  - 1944: pas de reconnaissance pour anesthésie
  - 1949: constitution APSA
  - 1951: remboursement dans acte chirurgical
  - 1954: reconnaissance formation
  - 1964: autonomie de l'anesthésie et constitution SBAR
- « Safety First »: règles de sécurité
  - Version 1: 1989    Version 2: 1999 -2002    Version 3: ??

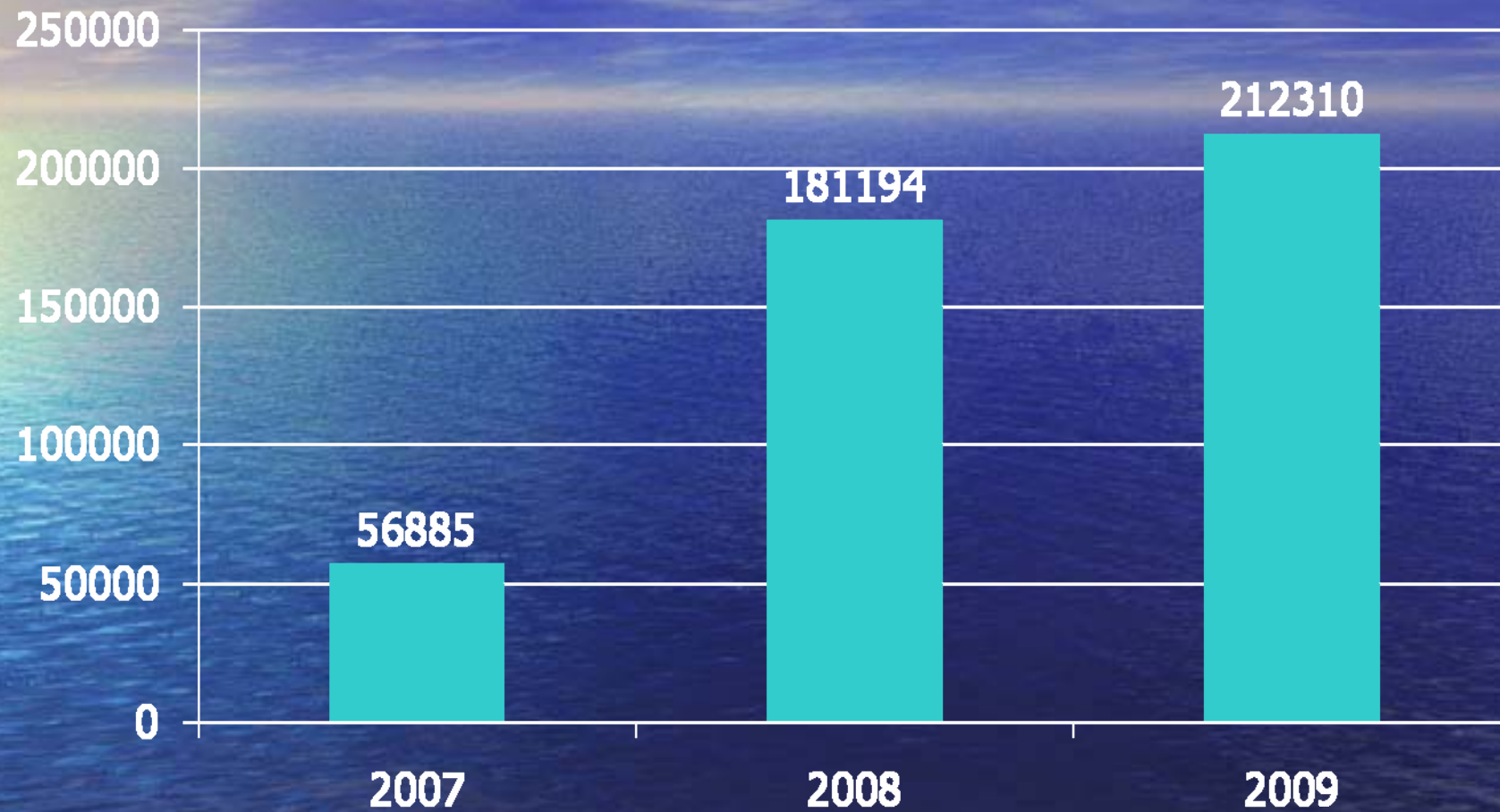


# Increase in anaesthetics demands...



*From INAMI / RIZIV sources*

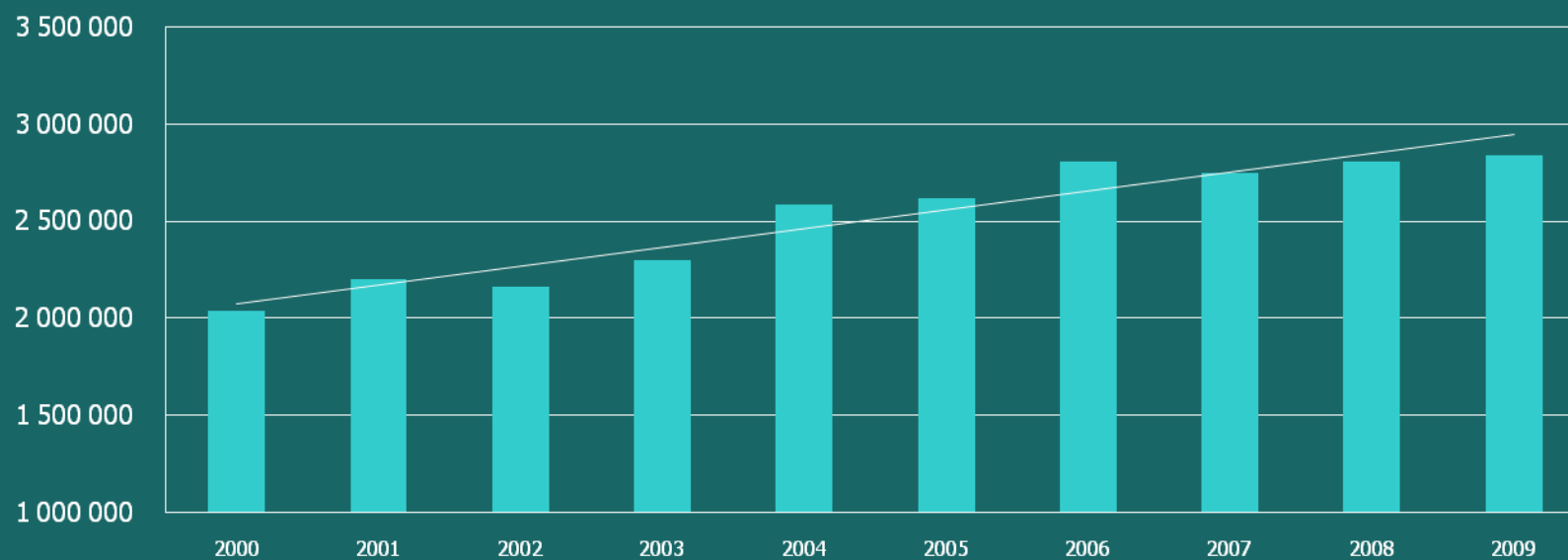
# Pain Clinic



# PCA -PCEA



# Total des prestations



# ENQUÊTE APSAR (JL Demeere)

- Envoi vers 112 CDS des hôpitaux belges

	Total
Neerlandophone	45
Francophone	41
<b>Total</b>	<b>86</b>

→ Total 86/112 = 72%

→ De Novembre 2009 à avril 2010



# Nombre d'anesthésistes

INAMI	01-04-2009		
Neerlandophones	1102	52%	
Francophones	987	48%	
<b>TOTAL</b>	<b>2089</b>		

## Accréditation

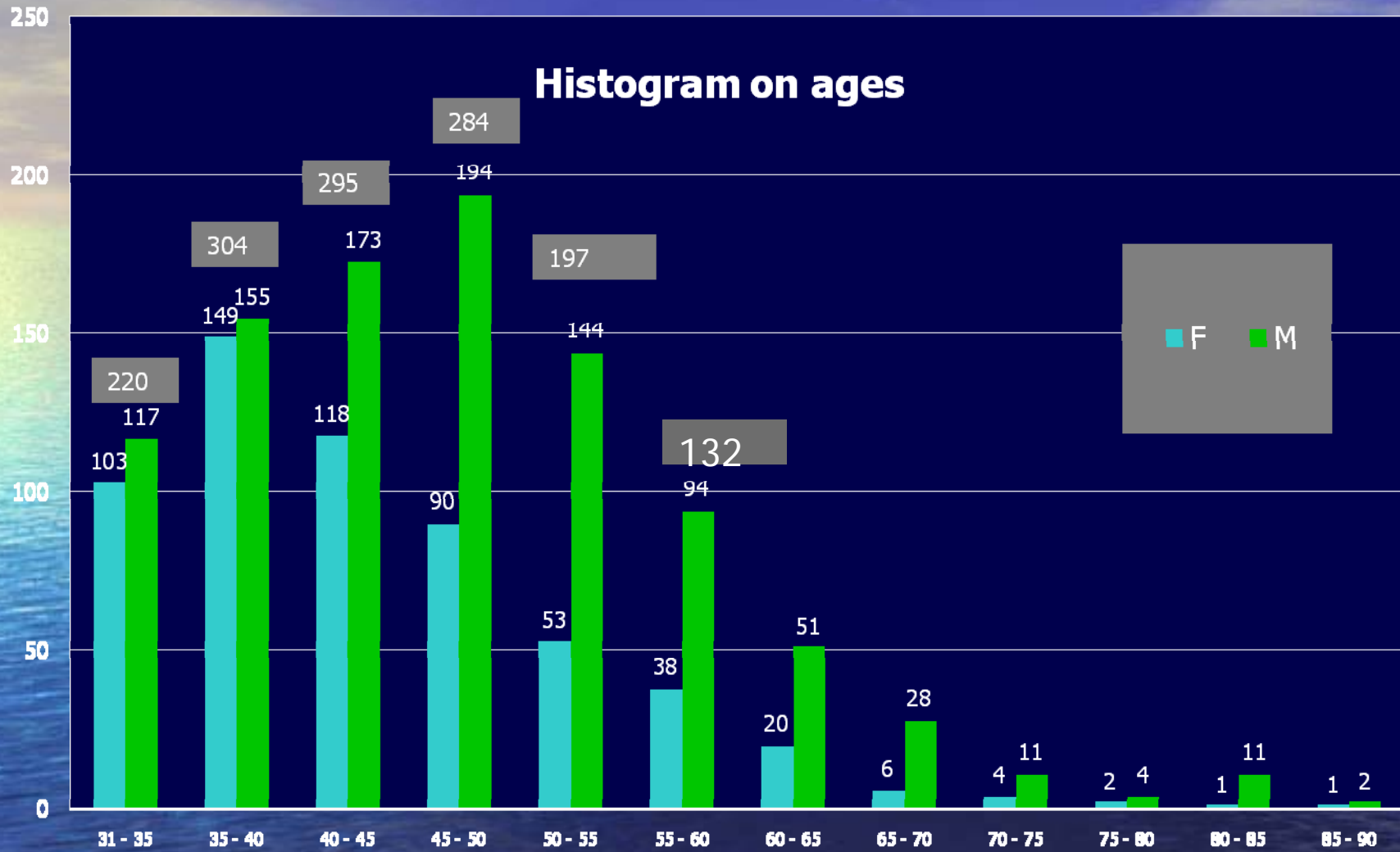
			Accreditation	
Neerlandophones	1102		807	
Francophones	987		514	
<b>Total</b>	<b>2089</b>		<b>1321</b>	



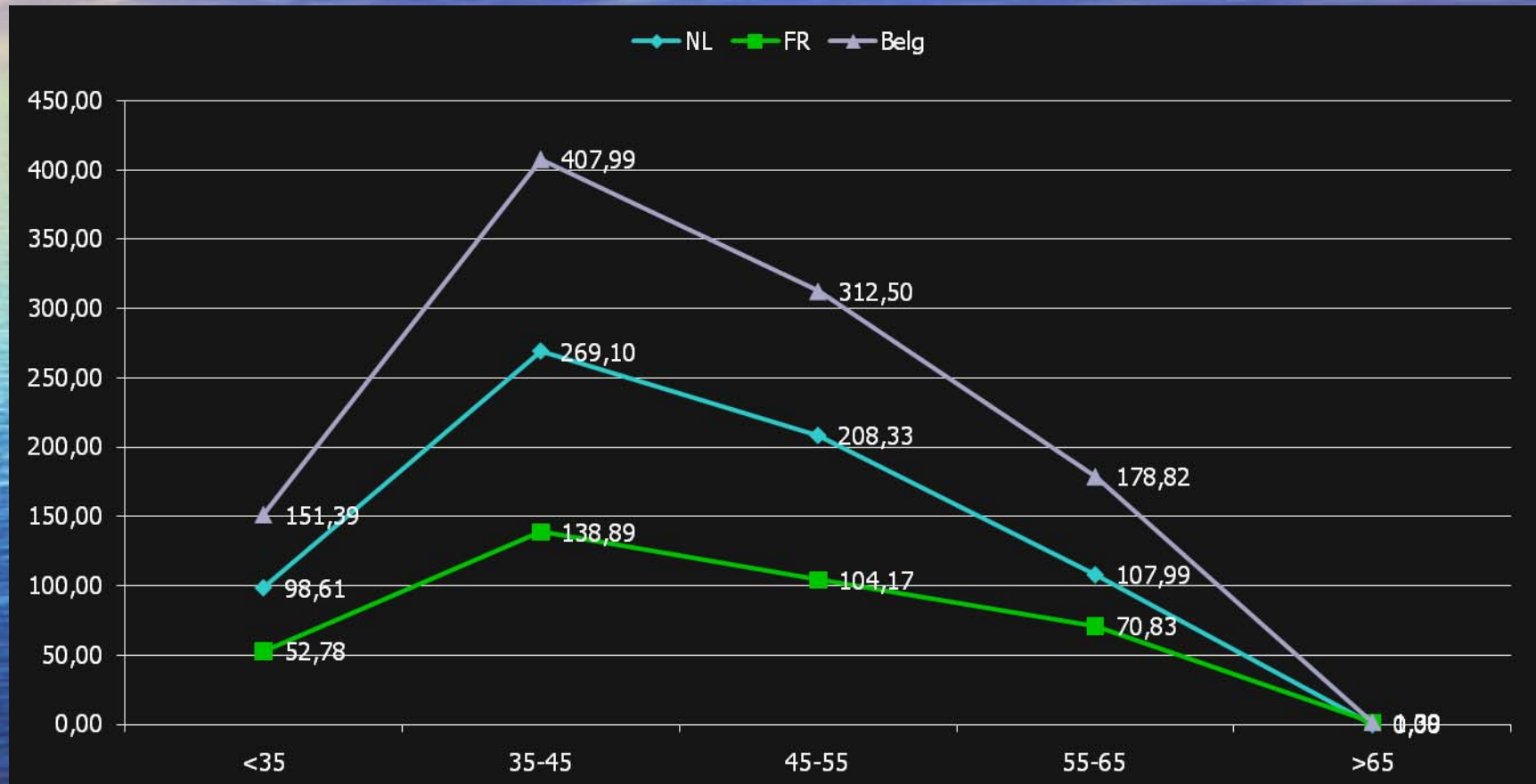
Enquête APSAR 2010 : 1562

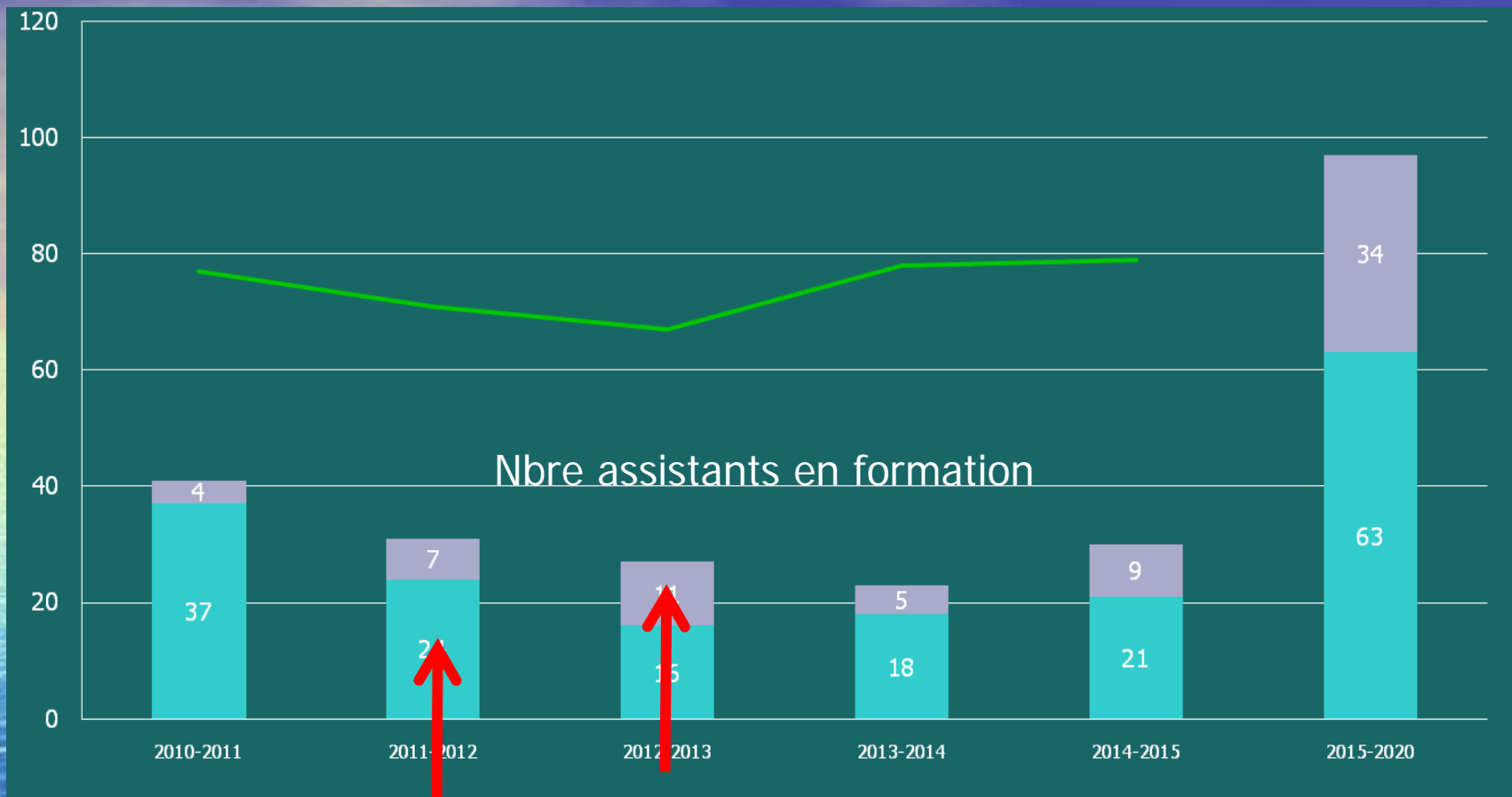


# Histogram on ages



# Evolution des ETP situation 2010





Prévision ouverture

Départ

The recent data of Egger Halbeis and Schubert<sup>9</sup> and Pontone *et al.*<sup>14</sup> on the demography of anaesthesiologists in Europe are alarming in that they predict a shortage of anaesthesiologists that may reach 30–35% by 2020 in eight out of 14 European countries.



# Pourquoi une réflexion sur l'aide à l'anesthésie au QO en 2011 ???



APSAR  
-BSAR

# Composition of the anaesthesia team: a European survey

Meeusen, Vera; van Zundert, André; Hoekman, Jaap; Kumar, Chandra; Rawal, Narinder; Knape, Hans  
European Journal of Anaesthesiology

- Aide à l'anesthésie en Europe.
  - Grande disparité, mais 3 tendances:
    - Infirmière circulante: GB, B, Irl, Esp, Port,
    - Infirmière anesthésiste: Fr, Suisse, NI, (Ger), Sw, Iceland, ...
    - Technicien d'anesthésie: GB
  - Nécessité d'une harmonisation
- Demande confirmée par l'UEMS



**European Society of Gastrointestinal Endoscopy, European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates, and the European Society of Anaesthesiology  
Guideline: Non-anaesthesiologist administration of propofol for GI endoscopy**

*Eur J Anaesthesiol* 2010;27:1016–1030

Administration of propofol by nurses or endoscopists is commonly referred to as non-anaesthesiologist-administered propofol (NAAP).

Propofol sedation by non-anaesthesiologists is an upcoming sedation regimen in several countries throughout Europe. Numerous studies have shown the efficacy and safety of this sedation regimen in gastrointestinal endoscopy.



**Journée d'étude de l'APSAR  
SURVIVAL of ANAESTHESIA or THE ANAESTHESIOLOGIST ?  
19.02.2011**

**Programme**

*Chairman : Dr. J. Mulier - Dr E. Deflandre*

NL	9h00-9h30 :	R.I.Z.I.V. : Aspiraties voor morgen ?	Dr. D. Himpe
Fr	9h30-10h00 :	K120 et ses pièges	Dr J. Jaucot
Fr	10h00-10h30 :	La médecine par les non-médecins	Pr. L. Van Obbergh
10h30-11h00 :		Pause	
NL	11h00-11h30 :	Manpower in Anesthesie	Dr J.L. Demeere
NL	11h30-12h00 :	Anesthesiemedewerkers binnen Europa	Dr. A. van Zundert
Fr	12h30-13h00 :	IADES et la limite des compétences	Dr A. Dumeix
13h00-14h00 :		Lunch (A.G.)	
<i>Chairman : Dr. D. Himpe - Dr J.L. Demeere</i>			
Fr	14h00-14h30 :	Vision et missions de l'anesthésiste en 2020	Pr. M. De Kock
Fr	14h30-14h45 :	Historique de la formation d'infirmière aide à l'anesthésie en Belgique	Mme C. Delannoy
Fr	14h45-15h00 :	La formation en 2011 de l'infirmière aide à l'anesthésie	Mme A. Gartner
NL	15h00-15h30 :	De wettelijke verankering van de anesthesie	Dr. R. Heylen
15h30-16h00 :		Pause	
<i>Chairman : Pr L. Van Obbergh – Dr. R. Heylen</i>			
Fr-NL	16h00-16h50 :	Anesthésie 2020 ? Infirmières, medewerkers???	
		Pro-Con	
		Débat avec tous les orateurs	
	16h50-17h00 :	Résolution de l'union professionnelle	



# Quid des formations en SO et Anesthésie dans les cursus infirmiers de base ...

Infirmier breveté ou BSI



Aucune obligation légale...!!!

- Aucun cours et stage obligatoires
- Liberté pédagogique de l'institut de formation





# Cursus de base

## Infirmier Breveté

- Théorie
    - Soins infirmiers au BO
      - 0 h à 20 h / an
    - Anesthésiologie
      - 0 h à 7 h / an
  - Pratique
    - Soit
      - Pas de stage
      - Stage au choix de l'étudiant
      - Max de 2 semaines /an
- = **Stage observation/participation**

## Bachelier en soins infirmiers

- Théorie:
    - Soins infirmiers au BO
      - 0 h à 22 h / an
    - Anesthésiologie
      - 0 h à 12h / an
  - Pratique
    - Soit
      - Pas de stage
      - Stage au choix de l'étudiant
      - Max de 2 semaines /an
- = **Stage observation/participation**



# Bloc Opérateur

## 5 « formations » pour les infirmiers

1. Infirmier breveté
2. Bachelier en soins infirmiers
3. **Spécialisation en salle d'opération**
4. **Spécialisation en anesthésie**
5. **Infirmier perfusionniste**

10% des infirmiers de « QO » en Belgique ont ces formations.  
(Communication orale de C Delannoy)



# RESOLUTIONS du SYMPOSIUM 19-02-2011

- Aide à l'anesthésiste : une aide dédiée spécifiquement à l'anesthésiste est souhaitable pour toute anesthésie. Cette aide sera donnée soit par l'infirmière de salle d'opération ayant eu une formation dans le domaine de l'anesthésie ou une infirmière spécialisée dans l'aide à l'anesthésiste.
- Les dispositions de Safety First sont maintenues. L'anesthésiste peut quitter sa salle à condition de confier la surveillance de l'anesthésie à une infirmière compétente tout en gardant la pleine responsabilité de l'anesthésie. La surveillance n'est pas une assistance à l'acte ou aux actes d'anesthésie. Les anesthésies simultanées, conformément aux directives de l'Ordre des Médecins sont interdites.
- Le profil d'activités de l'infirmière en anesthésie s'inscrit dans les dispositions légales actuelles en la matière: les actes infirmiers (B2).

- Safety First : Acta Anaesthesiologica Belgica 2002,53, 1-9
- A.R. é juillet 1999
- Art 51 du code de déontologie médicale. Directives de l'Ordre de 1982 et 1999
- A.R. 18 juin 1990 et A.R. 2 juillet 1999
- CTAI 27-09-2007
- A.R. 78
- Loi du 22 août 2002



APSAR  
-BSAR

Réflexion conduite  
paritairement par  
représentants APSAR et SBAR



# Pourquoi avons-nous besoin d'aide ???

- Techniques **chirurgicales** et anesthésiques plus sophistiquées:
  - AG+ bloc nerveux
  - Patients plus compliqués
    - Induction
    - Peropératoire
  - Infirmière « tournante » moins libre
- Postes hors QO en augmentation
- Consultations préopératoires:
  - Pression durée séjour et ambulatoire
  - Consentement éclairé du malade



# Quelle aide en salle d'op ?

- Classique
  - Préparation AG , induction, ...
- Spécifique
  - Préparation des ALR
  - Surveillance des malades en salle
    - Réalisation des ALR
    - Monitorings spécifiques
    - Appels en salle de réveil



# Aide hors QO....

- Organisation de l'activité faisant appel aux anesthésistes
- Préparation matériel
- Aide aux phases critiques
  - Induction réveil
  - Incidents
  - Transfert vers USPA
  - Surveillance USPA



# Aide hors QO...

- Consultations
  - Examen clinique de base
  - Anamnèse
- Douleur post op
  - Surveillance PCA et PCEA
  - Modification traitement





# Les évolutions possibles

- **Modèle UK:**

In the UK anaesthetic nurses are the 'assistant' to the anaesthetist, which we view as a collaborative and supportive role with the emphasis on multi disciplinary teamwork.

We are responsible for ensuring the environment is safe and all equipment and machinery is working and clean.

We care for the patient in all aspects of nursing care and needs, from the check into theatre until the recovery room.

We also work in the recovery room.



# Le décret de compétence infirmier: IADE « France »

- L'infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE) est seul habilité, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes:
  - Anesthésie générale
  - Anesthésie loco-régionale et réinjection dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur
  - Réanimation per opératoire
- Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du MAR, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.



# Que peut-on déléguer ?

- La délégation doit se faire dans le respect des règles de bonne pratique définie par les sociétés savantes et l'ordre des médecins
- Le conseil de l'ordre des médecins a défini, dans une recommandation les gestes qui sont du ressort exclusif du **médecin anesthésiste-réanimateur** (Recommandations sur les relations entre anesthésistes, chirurgiens et autres professionnels)



# Que ne peut-on pas déléguer ?

- *la consultation pré-anesthésique, qui est de la compétence de l'anesthésiste-réanimateur même si celui-ci peut s'entourer d'autres avis spécialisés (cardiologue, pneumologue...)*
- *la prescription de l'anesthésie incluant le choix du type d'anesthésie (générale, loco-régionale), des agents anesthésiques et des modalités de surveillance*
- *le geste technique permettant la réalisation d'une anesthésie loco-régionale (bloc tronculaire, bloc plexique, rachianesthésie, anesthésie péridurale ou caudale, anesthésie locale intraveineuse)*
- *la prescription de médicaments ou de transfusions rendus nécessaires par l'état du patient en cours d'anesthésie*
- *la mise en œuvre de techniques invasives (pose de voies veineuses profondes, sondes de Swan-Ganz)*
- *la prescription de soins et des examens post-opératoires*
- *la décision de sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle.*



# Suisse....

La formation a pour but de former des infirmiers (res) diplômés(es) dans le domaine de l'anesthésie, de l'antalgie et de réanimation.

Ses compétences acquises en cours de formation, lui permettent de prendre en charge des patients de tout âge, quelque soit leur état de santé, dans le cadre du bloc opératoire, ou des services externes (radiologie, urgences,...) et quelle que soit la technique anesthésique utilisée.

Il/Elle travaille **sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste** en collaborant très étroitement avec lui et fournit des prestations infirmières sous sa propre responsabilité (rôle autonome).



# Conclusions

- Augmenter le nombre d'infirmières spécialisées QO
- Nécessité de trouver des modalités pour:
  - Définir un ratio infirmière « tournante » vs « spécialisée »
  - Définir leur collaboration
- Collaboration AFISO – SBAR- APSAR

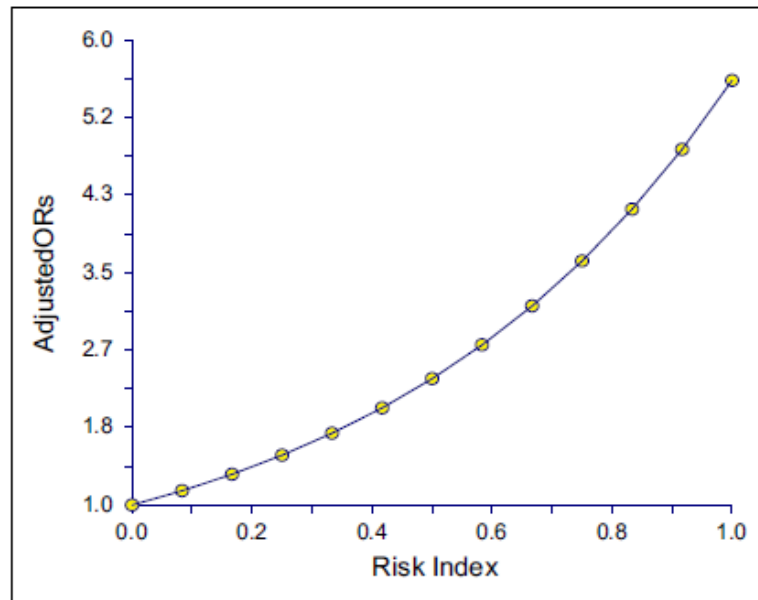


APSAR  
-BSAR

# Surgical team behaviors and patient outcomes

The American Journal of Surgery (2009) 197, 678–685

Karen Mazzocco, R.N., J.D.<sup>a,\*</sup>, Diana B. Petitti, M.D., M.P.H.<sup>b</sup>,  
 Kenneth T. Fong, M.S.<sup>c</sup>, Doug Bonacum, M.B.A.<sup>c</sup>, John Brookey, M.D.<sup>d</sup>,  
 Suzanne Graham, R.N., Ph.D.<sup>e</sup>, Robert E. Lasky, Ph.D.<sup>f</sup>, J. Bryan Sexton, Ph.D.<sup>g</sup>,  
 Eric J. Thomas, M.D., M.P.H.<sup>f</sup>



**Figure 1** The predicted relationship between Behavioral Marker Risk Index and postoperative complications and death.

**Table 1** Description of domains behavioral markers of team behavior assessed by the observers

Behavioral marker domain	Description
Used in univariate analysis and calculation of BMRI	
Briefing	Situation/relevant background shared; patient, procedure, site/site identified; plans are stated; questions asked; ongoing monitoring and communication encouraged
Information sharing	Information is shared; intentions are stated; mutual respect is evident; social conversations are appropriate
Inquiry	Asks for input and other relevant information
Vigilance and awareness	Tasks are prioritized; attention is focused; patient/equipment monitoring is maintained; tunnel vision is avoided; red flags are identified
Not used in univariate analysis calculation of BMRI	
Assertion	The members of the team are speaking up with their observations and recommendations during critical times
Contingency management	Relevant risks are identified; backup plans are made and executed

