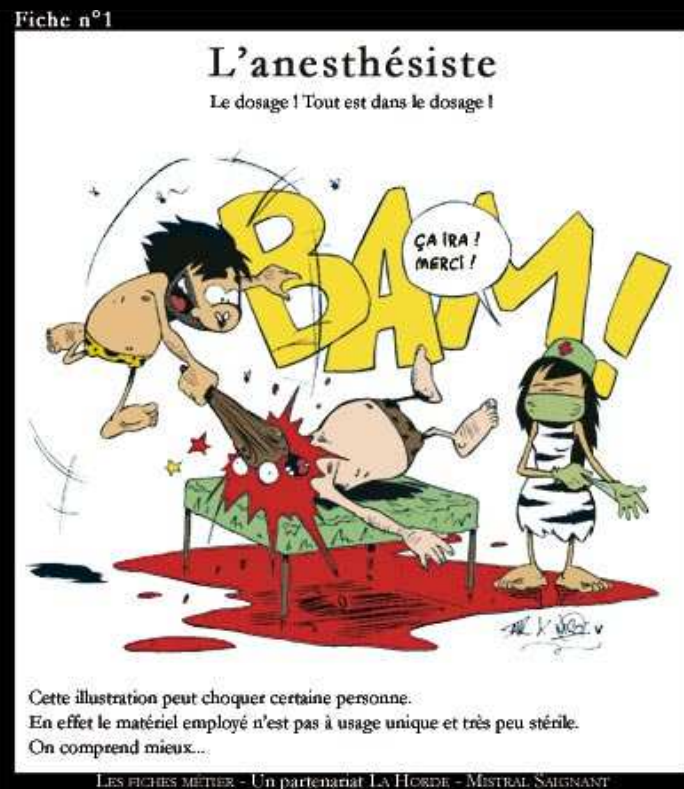


Délégation de tâche en anesthésie ...



Dr L. Delaunay
Clinique Générale, Annecy
Groupe Vivalto Santé

Définitions (HAS)

- **Délégation de tâches:**
désigne l' action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d' un acte de soin ou d' une tâche.
- **Dans un même acte de soins, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents (induction/surveillance de l' anesthésie)**
- **Compétences et qualifications**

Définitions

- La délégation comprend l'idée de supervision
- La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médecin) est engagée dans la réalisation de l'acte.
- Cette délégation doit se faire dans le respect des bonnes pratiques définies par les sociétés savantes et les collèges professionnels.

Définitions

- **Transfert de tâches:**

Action de déplacer l'acte de soin d'un corps professionnel à un autre. Les activités sont confiées dans leur totalité y compris en terme de responsabilité à un autre professionnel. Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation (ophtalmo/opticien)

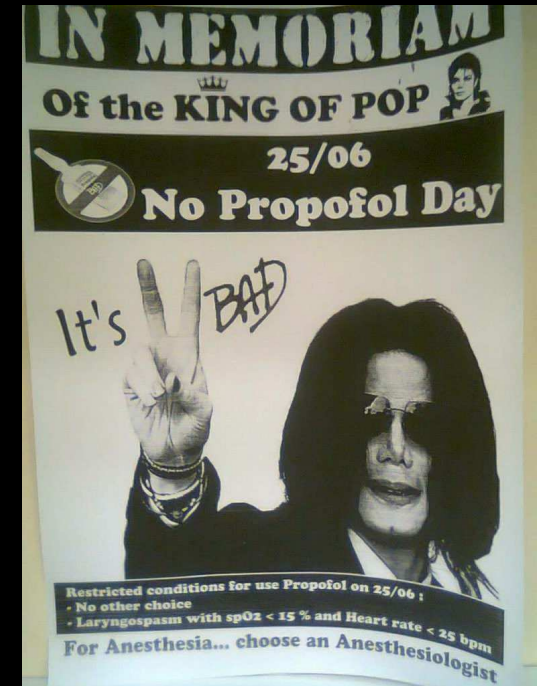


Table 9. The Marginal and Partial Influence of Hospital Characteristics and of Direction of Anesthesia Care on Outcome, Adjusting for Patient Covariates

Variable	Outcome Measure	Adjusted Odds Ratios (95% Confidence Interval)	
		Marginal	Partial
Hospital beds (≥ 200 beds vs. < 200 beds)	Death	0.90 (0.86, 0.95) ^a	0.90 (0.84, 0.97) ^d
	Failure-to-rescue	0.83 (0.80, 0.88) ^a	0.87 (0.81, 0.94) ^f
	Complication	1.22 (1.20, 1.25) ^a	1.11 (1.08, 1.14) ^a
Registered nurse-to-bed ratio (in units of 25% of the mean)	Death	0.95 (0.93, 0.96) ^a	0.95 (0.92, 0.97) ^a
	Failure-to-rescue	0.94 (0.92, 0.96) ^a	0.95 (0.93, 0.98) ^a
	Complication	1.04 (1.03, 1.04) ^a	0.98 (0.98, 0.99) ^f
Magnetic resonance imaging facility	Death	0.96 (0.92, 1.01)	1.04 (0.98, 1.10)
	Failure-to-rescue	0.93 (0.89, 0.98) ^c	1.05 (0.99, 1.11)
	Complication	1.06 (1.04, 1.00) ^a	0.95 (0.93, 0.98) ^a
Bone marrow transplantation unit	Death	0.89 (0.80, 0.98) ^b	0.99 (0.88, 1.11)
	Failure-to-rescue	0.79 (0.72, 0.88) ^a	0.93 (0.82, 1.04)
	Complication	1.34 (1.29, 1.39) ^a	1.17 (1.12, 1.22) ^a
Organ transplantation unit	Death	0.91 (0.84, 0.98) ^c	1.03 (0.94, 1.12)
	Failure-to-rescue	0.83 (0.77, 0.89) ^a	0.97 (0.89, 1.07)
	Complication	1.26 (1.22, 1.29) ^a	1.12 (1.08, 1.16) ^a
Lithotripsy facility	Death	0.92 (0.86, 0.99) ^b	0.97 (0.90, 1.05)
	Failure-to-rescue	0.88 (0.82, 0.94) ^f	0.97 (0.89, 1.05)
	Complication	1.10 (1.07, 1.13) ^a	1.01 (0.98, 1.05)
Trauma center	Death	0.93 (0.88, 0.99) ^b	1.03 (0.96, 1.11)
	Failure-to-rescue	0.89 (0.84, 0.95) ^a	1.05 (0.98, 1.34)
	Complication	1.10 (1.08, 1.13) ^a	0.94 (0.91, 0.97) ^a
Surgical board certification, % (in units of 25% of the mean)	Death	0.97 (0.94, 1.00) ^f	0.99 (0.96, 1.03)
	Failure-to-rescue	0.94 (0.91, 0.98) ^a	0.98 (0.95, 1.02)
	Complication	1.07 (1.05, 1.08) ^a	1.03 (1.01, 1.04) ^f
Anesthesia board certification, % (in units of 25% of the mean)	Death	0.99 (0.97, 1.01)	1.01 (0.99, 1.03)
	Failure-to-rescue	0.97 (0.95, 0.99) ^d	1.00 (0.98, 1.02)
	Complication	1.05 (1.04, 1.05) ^a	1.01 (1.00, 1.02) ^d
Member, Council of Teaching Hospitals	Death	0.91 (0.85, 0.96) ^d	1.03 (0.94, 1.12)
	Failure-to-rescue	0.84 (0.79, 0.89) ^a	1.02 (0.93, 1.11)
	Complication	1.26 (1.23, 1.29) ^a	1.10 (1.06, 1.14) ^a
Approved residency training program	Death	0.94 (0.89, 0.98) ^c	1.03 (0.97, 1.11)
	Failure-to-rescue	0.87 (0.83, 0.91) ^a	0.99 (0.93, 1.06)
	Complication	1.21 (1.18, 1.23) ^a	1.07 (1.04, 1.10) ^a
Anesthesiologist-directed care ^a	Death	0.92 (0.85, 0.99) ^c	0.93 (0.87, 1.00) ^b
	Failure-to-rescue	0.89 (0.83, 0.96) ^d	0.91 (0.85, 0.99) ^b
	Complication	1.04 (0.87, 1.07)	1.00 (0.97, 1.04)

An

Jeffre
Laurie

Table 7.1

Outcc

Death

Complica

Failure to

due

101

101

101

Docteurs et/ou Infirmières ?



AANA Journal / April 2003 , Vol 71:2

SURGICAL MORTALITY AND TYPE OF ANESTHESIA PROVIDER

Michael Pine, MD, MBA
Kathleen D. Holt, PhD
You-Bei Lou, PhD
Chicago, Illinois

Although estimates of anesthesia-related deaths today are as low as 1 in 200,000 to 300,000 cases, questions remain about surgical patients' safety related to types of anesthesia providers. We studied the effect of type of anesthesia provider on mortality rates of Medicare patients undergoing 8 different surgical procedures.

Risk-adjusted mortality rates were analyzed for 404,194 inpatients undergoing surgery and having complete, unambiguous Medicare bills for anesthesia. Mortality was compared for anesthesiologists working alone, Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNAs) working alone, and anesthesia care teams. Procedure-specific risk-

adjustment models were derived using stepwise logistic regression. Predictions were adjusted for institutional and geographic factors.

Mortality rates for conditions studied ranged from 0.11% to 1.20%. Observed and predicted values by type of provider were not statistically significantly different. Hospitals without anesthesiologists had results similar to hospitals where anesthesiologists provided or directed anesthesia care.

Key words: Anesthesia mortality, anesthesia providers, nurse anesthetist, quality of care, surgical mortality.

Anesthesiologist Board Certification and Patient Outcomes

Jeffrey H. Silber, M.D., Ph.D.,* Sean K. Kennedy, M.D.,† Orit Even-Shoshan, M.S.,‡ Wei Chen, M.S.,§ Rachel E. Mosher, B.A.,|| Ann M. Showan, M.D.,# David E. Longnecker, M.D.**

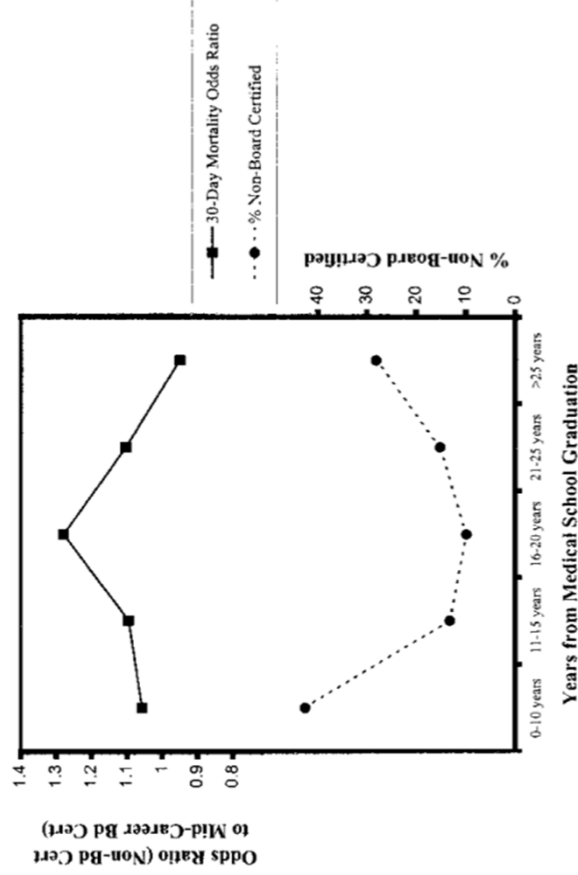
Background: Board certification is often used as a surrogate indicator of provider competence, although few outcome studies have demonstrated its validity. The aim of this study was to compare the outcomes of patients who underwent surgical procedures under the care of an anesthesiologist with or without board certification.

Methods: Medicare claims records for 144,883 patients in Pennsylvania who underwent general surgical or orthopedic procedures between 1991 and 1994 were used to determine provider-specific outcome rates adjusted to account for patient severity and case mix, and hospital characteristics. Outcomes of 8,894 cases involving midcareer anesthesiologists, 11-25 yr from medical school graduation, who lacked board certification were compared with all other cases. Midcareer anesthesiologist cases were studied because this group had sufficient time to become certified during an era when obtaining certification was already considered important, and consequently had the highest rate of board certification. Mortality within 30 days of admission and the failure-to-rescue rate (defined as the rate of death after an in-hospital complication) were the two primary outcome measures.

Results: Adjusted odds ratios for death and failure to rescue were greater when care was delivered by noncertified midcareer anesthesiologists (death = 1.13 [95% confidence interval, 1.00, 1.26], $P < 0.04$; failure to rescue = 1.13 [95% confidence interval, 1.01, 1.27], $P < 0.04$). Adjusting for international medical school graduates did not change these results.

Conclusions: When anesthesiology board certification is very common, as in midcareer practitioners, the lack of board certification is associated with worse outcomes. However, the poor

outcomes associated with noncertified providers may be a result of the hospitals at which they practice and not necessarily their manner of practice.



Impact of Anesthesia Management Characteristics on Severe Morbidity and Mortality

M. Sesmu Arbous, M.D., Ph.D.,* Anneke E. E. Meursing, M.D.,† Jack W. van Kleef, M.D., Ph.D.,‡
Jaap J. de Lange, M.D., Ph.D.,§ Huub H. A. J. M. Spoormans, M.D.,|| Paul Touw, M.D., Ph.D.,#
Frans M. Werner, M.D., Ph.D.,** Diederick E. Grobbee, M.D., Ph.D.††

Table 4. Adjusted Odds Ratios for Anesthesia Management Risk Factors for 24-h Postoperative Mortality and Coma

Risk Factor	Category	Odds Ratio (Multivariate)	95% CI	Two-sided P Value
Preoperative Equipment check*	With protocol and checklist No check/check without protocol/with protocol Yes No	0.640 Reference 0.607 Reference	0.432–0.948 0.399–0.923	0.03 0.02
Documentation of equipment check				
Intraoperative Availability and reachability of anesthesiologist	Direct Indirect (reference)	0.455 Reference	0.313–0.662	<0.01
Intraoperative change of an anesthesiologist by another†	No Yes (reference)	0.444 Reference	0.199–0.990	0.05
Presence anesthetic nurse	Full-time working Part-time working (reference)	0.408 Reference	0.236–0.704	<0.01
Presence at emergence and termination of anesthesia	Two persons One person (reference)	0.687 Reference	0.474–0.996	0.05
Reversal of anesthesia	Opiates Muscle relaxants Opiates and muscle relaxants No (reference)	0.636 0.101 0.290 Reference	0.100–4.027 0.032–0.314 0.175–0.482	0.63 <0.01 <0.01
Postoperative Type of postoperative pain medication administered	Opiates Local anesthetics Combination No (reference)	0.165 0.061 0.324 Reference	0.108–0.254 0.009–0.400 0.140–0.752	<0.01 <0.01 0.01
Route of administration of postoperative opiates‡	No (reference) Epidural Intramuscular Intravenous (reference)	0.226 0.130 Reference	0.057–0.887 0.074–0.335	0.03 <0.01

Docteurs et/ou Infirmières ?

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

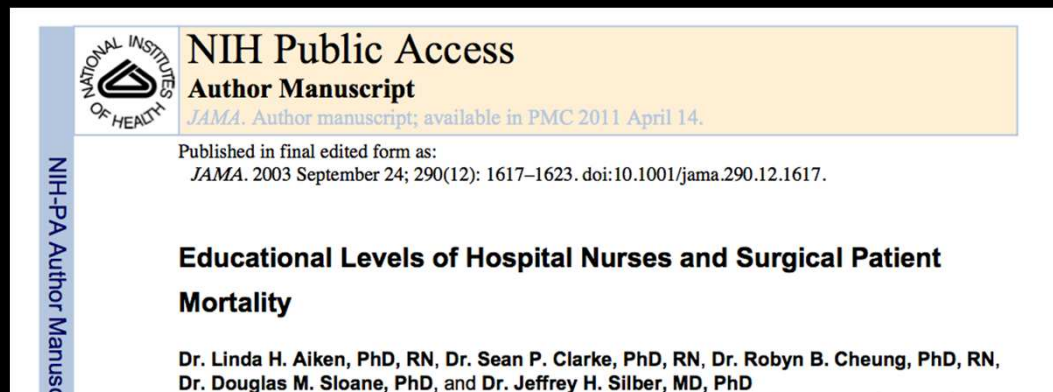
Variation in Hospital Mortality Associated with Inpatient Surgery

Amir A. Ghaferi, M.D., John D. Birkmeyer, M.D.,
and Justin B. Dimick, M.D., M.P.H.

CONCLUSIONS

In addition to efforts aimed at avoiding complications in the first place, reducing mortality associated with inpatient surgery will require greater attention to the timely recognition and management of complications once they occur.

Docteurs et/ou Infirmières ?



Aiken et al.

Page 2

Conclusion—In hospitals with higher proportions of nurses educated at the baccalaureate level or higher, surgical patients experienced lower mortality and failure-to-rescue rates.

- Bien au delà de savoir si les IADE peuvent travailler seules ou, si les médecins anesthésistes ont besoin d'elles, c'est surtout le travail en équipe, la qualité du monitoring et le niveau de formation qui restent les éléments déterminants !

Place des IADE

Europe

Statut opérationnel des IADE en Europe

	Durée études IADE	Existe un niveau supérieur après IADE (optionnel)	Faire anesthésie solo (ASA I-II) (coloscopies, bronchoscopies)	IADE seule en salle (surveillance) si docteur immédiatement accessible	IADE seule en salle (surveillance) si docteur en dehors du bloc	Rachi	KT central (même si docteur à côté)	Consultation préop	Recertification en cours de carrière
France	2	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Suisse	2	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Pays Bas	3 (+2,5 ans)	Oui (+2,5 ans)	Oui (+2,5 ans)	Oui	Non	Non	Non	Oui (+2,5 ans)	Non
Espagne	Pas d'IADE								
Suède	1	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
Allemagne	2	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Belgique	1	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Royaume Uni	2	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui

Place des IADE

Etats Unis

- Historique important
- Formation très complète:
 - Diplôme d'infirmière niveau licence
 - Expérience professionnelle d'1 an
 - Formation d'anesthésie niveau Master
 - Maintien des certifications (tous les 2 ans)
- Peut pratiquer tout les actes d'anesthésie générale et ALR et pose de VVC
- Programme de pratique avancée => droit de prescription



Place des IADE

Etats Unis

- Activité plus importante en zone rurale où elles exercent seules
- Activités sous la supervision d'un ARE en zone urbaine
- Haut niveau de formation assurée par l'AANA
- 2025 il faudra être Nurse PhD => CRNA



Place des IADE

Etats Unis

Filed 3/15/12

CERTIFIED FOR PUBLICATION

IN THE COURT OF APPEAL OF THE STATE OF CALIFORNIA

FIRST APPELLATE DISTRICT

DIVISION FOUR

E. Conclusion

In the final analysis, in order for this court to find that the Governor abused his discretion in attesting that opting out of the federal Medicare physician supervision requirement was consistent with state law, we would have to ignore not just one, but *multiple* authoritative sources ~~hi f~~ or mly concluding that CRNA's are allowed to administer anesthesia in California without physician supervision. Specifically, the

Juin 2009

Place des IADE en Europe

Belgique

- La spécialité a été créée récemment
- Compétences très limitées et encadrées
- Difficultés pour trouver leur place
- Discussion au sein de la SBAR pour élargir leurs compétences
 - Craintes du modèle américain
 - Craintes d'une décote des actes
 - ARE font surtout du bloc
 - Mais ... quand même ce serait pas mal !

Place des IADE

France

Référentiel métier

- S'inscrit dans la réglementation du code de la santé publique
- Chapeau introductif: IADE travaille en collaboration avec le MAR
- Décret de compétence 2002/2004 toujours en vigueur mais avec évolution régulière dans une volonté de substituer une notion de mission à celle d'une liste d'actes
- Loi HPST définition des pratiques avancées avec introduction du principes de coopération => transfert de compétences élargies à certains IADE qui sortiraient de l'article 10 sur la base d'accords locaux validés par tutelles

Ex: accompagnement patient (chemin clinique), implication dans gestion des risques (RMM,EPP), rôle dans gestion douleur postopératoire (évaluation, prescriptions sur base de protocole), évaluation de nouveaux matériels...

Référentiel compétences

Compétence 3

Mettre en œuvre et adapter la procédure d'anesthésie en fonction du patient et du déroulement de l'intervention

1. Mettre en œuvre les dispositifs de surveillance spécifiques à l'anesthésie-réanimation
2. Mettre en place les abords veineux et artériels périphériques adaptés à l'état physiologique et pathologique du patient, aux impératifs chirurgicaux et anesthésiques
3. Réaliser l'induction anesthésique et les gestes techniques concourant au type d'anesthésie déterminée
4. Assurer la ventilation et mettre en place un dispositif de ventilation sus ou sous glottique et ajuster les paramètres ventilatoires du respirateur
5. Maintenir l'équilibre physiologique en fonction de l'évaluation en continu de l'état clinique et para clinique du patient au cours de la procédure d'anesthésie
6. Anticiper les temps opératoires, les risques encourus (liés aux caractéristiques du patient, aux temps opératoires et au positionnement) et les complications éventuelles et adapter la prise en charge anesthésique
7. Assurer la sécurité et toutes suppléances aux fonctions vitales du patient lors des changements de position per-opératoire et en cas de complications
8. Adapter le choix et la posologie des médicaments d'anesthésie en fonction de leur pharmacologie, des temps et techniques anesthésiques, opératoires ou obstétricaux et de l'évaluation des données cliniques et para cliniques
9. Identifier toute rupture de l'équilibre physiologique et le passage dans un état pathologique motivant l'appel du MAR et mettre en œuvre les mesures correctives et conservatoires dans l'attente de son arrivée
10. Anticiper la phase de réveil et l'analgésie post-opératoire
11. Evaluer les critères d'élimination des agents anesthésiques utilisés et autres critères en vue du réveil et de l'extubation
12. Evaluer les critères de réveil, mettre en œuvre les procédures de réversion et de sevrage ventilatoire et d'extubation
13. Mettre en œuvre les techniques d'économies de sang, gérer et contrôler la restitution du sang, en assurer la traçabilité
14. Entretenir et adapter l'analgésie obstétricale
15. Sélectionner et notifier sur la feuille d'anesthésie les informations pertinentes sur le déroulement de la procédure d'anesthésie et des événements péri-interventionnels

Place des IADE

France

Recommandations de bonnes pratiques de la SFAR

- Définit cadre de l'exercice, opposable aux personnes et aux institutions
- L'IADE travaille en équipe avec le MAR mais sous sa responsabilité
- Elle peut en présence du MAR procéder à l'induction d'une AG suivant la prescription du médecin ou le protocole établi.
- Le MAR peut lui confier la surveillance du patient en cours d'anesthésie à la condition de rester à proximité immédiate et de pouvoir intervenir sans délai

Place des IADE

France

Cour d'appel de Chambéry 27/11/12

- Coma anoxique suite à intubation oesophagienne lors d'une induction par IADE seule, salariée du médecin occupé sur une autre intervention. Réanimation effectuée par MAR responsable =>IPP 30%
- La cour a estimé que l'on ne pouvait pas se réfugier derrière le décret de compétence de 2002/2004

Maitre Contis