

Les soins infirmiers périopératoires

Lignes directrices pour les activités des infirmières en salle d'opération

Mise à jour octobre 2014



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

RÉDACTION, CONCEPTION ET RÉALISATION

COORDINATION

Suzanne Durand, inf., M. Sc. inf., D.E.S.S. en bioéthique
Directrice, Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

RECHERCHE ET RÉDACTION

Louiselle Bouffard, inf., M. Sc., M. A. (Sc. Éd.)
Infirmière-conseil, Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

COLLABORATION

Jérôme Ouellet, inf., B. Sc., M. A. (c.)
Infirmier-conseil, Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

Caroline Roy, inf., B. Sc.
Directrice-conseil, Direction des affaires externes, OIIQ

VALIDATION EXTERNE

Geneviève Aubry, inf., B. Sc. inf., infirmière clinicienne
Soins périopératoires
Institut de Cardiologie de Montréal et secrétaire
Corporation des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Québec

Mireille Bélanger, inf., infirmière, soins périopératoires
Centre hospitalier de l'Université de Montréal et présidente
Corporation des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Québec

Isabelle Deschênes, inf., infirmière première assistante en chirurgie
Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière
Hôpital Pierre-Legardeur et présidente adjointe au développement
Regroupement des infirmières premières assistantes en chirurgie

Aline Gagnon, inf., B. Sc., infirmière première assistante en chirurgie
Hôpital de Verdun et présidente du Regroupement des infirmières premières assistantes en chirurgie
Présidente sortante de la Corporation des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Québec

Thao Le, inf. B. Sc. inf., infirmière clinicienne
Centre de chirurgie de jour – Clinique d'évaluation préopératoire
Centre universitaire de santé McGill – Hôpital de Montréal pour enfants
Présidente de l'Association des infirmières et infirmiers en soins péri-anesthésiques du Québec

Hélène Tétreault, inf., B. Sc., infirmière première assistante en chirurgie
Centre hospitalier de l'Université de Montréal et présidente adjointe aux ressources
Regroupement des infirmières premières assistantes en chirurgie

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Paule Bernier, inf., B. Sc.
Coordonnatrice du bloc opératoire, Hôpital Charles-Lemoyne

Johanne Carrier, inf., B. Sc., infirmière clinicienne
Centre hospitalier universitaire de Québec

Céline Corbeil, inf., M. Sc. inf., LL.M.
Directrice adjointe à la directrice des soins infirmiers
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Guylaine Marquis, inf., M. Sc. (gestion et administration)
Chef clinico-administratif du programme chirurgie
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Yvan Poudrier, inf., D.E.S.S. (gestion et administration)
Chef de soins, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

CONSULTATION EXTERNE

Carole Lemire, inf. Ph. D (c.)
Directrice du Département des sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

PRODUCTION

Service des publications
Sylvie Couture
Chef de service

Claire Demers
Adjointe à l'édition

Direction des services aux clientèles
et des communications, OIIQ

CONCEPTION ET RÉALISATION GRAPHIQUE **inoxidée**

RÉVISION LINGUISTIQUE ET CORRECTION D'ÉPREUVES

Odette Lord

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, boulevard Dorchester Ouest
Westmount (Québec) H3Z 1V4
Téléphone: 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télécopieur: 514 935-3770
ventepublications@oiiq.org
www.oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2012
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
ISBN 978-2-89229-583-2 (PDF)
© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012
Tous droits réservés

Note – Conformément à la politique rédactionnelle
de l'OIIQ, le féminin est utilisé uniquement
pour alléger la présentation.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	4
1. LES ACTIVITÉS INFIRMIÈRES EN SALLE D'OPÉRATION.....	5
2. LA COORDINATION CLINIQUE.....	6
Cadre de référence décisionnel pour les infirmières en salle d'opération.....	6
Les actes de coordination clinique.....	10
3. LE SERVICE EXTERNE.....	12
Les actes de suivi clinique du client.....	12
Les actes de soutien à l'équipe chirurgicale.....	14
4. LA SURVEILLANCE DU CLIENT SOUS SÉDATION-ANALGÉSIE.....	19
La préparation requise pour assurer la surveillance clinique.....	20
L'administration de médicaments pour la sédation-analgésie modérée.....	20
Conditions d'exécution des actes liés à la surveillance clinique du client sous sédation-analgésie ...	22
5. LE SERVICE INTERNE.....	24
Les actes de support instrumental.....	24
Les actes d'aide technique au chirurgien.....	25
Les actes d'assistance opératoire.....	26
6. LA PREMIÈRE ASSISTANCE EN CHIRURGIE.....	29
7. LE SERVICE À L'UNITÉ DE SOINS POSTANESTHÉSIIQUES (USPA).....	32
Les soins postopératoires immédiats.....	32
Description des principaux actes liés aux soins postopératoires immédiats.....	34
Interventions postanesthésiques en milieu hors hospitalier.....	37
8. ENCADREMENT PROFESSIONNEL APPLICABLE AUX ACTIVITÉS DES INFIRMIÈRES EN SALLE D'OPÉRATION... 38	
Les règles de soins infirmiers.....	38
La formation.....	39
Le développement et le maintien des compétences.....	39
Le respect des normes de pratique.....	40
ANNEXE 1	
Description sommaire du continuum de formation offert aux infirmières en soins périopératoires.....	41
ANNEXE 2	
Description de certains actes effectués par l'infirmière en salle d'opération.....	44
ANNEXE 3	
Description de certains actes effectués par l'infirmière à l'USPA.....	45
RÉFÉRENCES.....	46

PRÉAMBULE

Depuis plusieurs années, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) se préoccupe de la pénurie d'infirmières en salle d'opération, de ses effets sur l'accès aux chirurgies et des répercussions sur la clientèle du réseau de la santé. À cet effet, un *Plan de relève et de rétention des infirmières de salle d'opération* a été adopté en 2007. Ce plan comprend un ensemble de mesures concrètes, dont certaines visent particulièrement à confirmer le rôle essentiel joué par les infirmières, et à assurer un enrichissement de leurs fonctions, à l'intérieur du continuum de soins périopératoires.

Le document *Lignes directrices pour les activités des infirmières en salle d'opération* fait suite à ces engagements. Le rôle de l'infirmière, qui y est présenté, couvre l'ensemble du continuum de soins périopératoires. Il comprend la fonction de coordination clinique qui vise à assurer le bon déroulement des interventions chirurgicales à l'intérieur de la salle d'opération et tient compte de la complexité des diverses chirurgies ainsi que de la disponibilité des ressources. Le service externe et le service à l'unité de soins postanesthésiques (USPA) sont aussi décrits, afin de faire ressortir les dimensions essentielles des fonctions de l'infirmière et des actes rattachés à ces services.

En 2011, l'OIIQ et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont conclu une entente relative aux actes posés par les infirmières durant une intervention chirurgicale. Cette entente offre, entre autres aux infirmières en service interne, de nouvelles possibilités de collaboration avec les chirurgiens durant la période périopératoire. Les divers éléments de cette entente sont donc repris dans les présentes lignes directrices.

Une partie est aussi consacrée aux activités de l'infirmière première assistante en chirurgie (IPAC). Elle intègre les récentes modifications apportées au règlement du CMQ qui sont entrées en vigueur en mai 2012.

Les activités de l'infirmière décrites dans ces lignes directrices doivent être considérées en relation avec celles des autres membres de l'équipe chirurgicale : chirurgien, première assistante en chirurgie, anesthésiologiste, inhalothérapeute, etc. Il va sans dire que l'infirmière en soins périopératoires travaille en étroite collaboration, en synergie et en complémentarité avec eux. Lorsque des infirmières auxiliaires font partie de l'équipe de soins infirmiers, les présentes lignes directrices devraient s'appliquer en interaction avec les lignes directrices concernant leurs activités en salle d'opération¹.

Les *Lignes directrices pour les activités des infirmières en salle d'opération* s'appliquent autant dans le secteur public que dans le secteur privé². Elles constituent la pierre angulaire du développement de la pratique infirmière en salle d'opération et confirment la contribution importante des infirmières au sein de l'équipe chirurgicale. Nous croyons qu'elles contribueront à promouvoir l'utilisation des ressources infirmières en salle d'opération et, de ce fait, favoriseront une exploitation optimale des salles d'opération dans tout le Québec, afin d'assurer à la clientèle un meilleur accès aux services de chirurgie.

1. Les lignes directrices pour les activités des infirmières auxiliaires en salle d'opération seront élaborées par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ). Auparavant, une entente relative au service externe effectué par les infirmières auxiliaires en salle d'opération devra être adoptée conjointement par l'OIIQ et l'OIIAQ.

2. Dans le présent texte, l'expression « établissement de santé » désigne à la fois les établissements de santé du réseau public et tous les types de centres privés où sont pratiquées des interventions chirurgicales.

LES ACTIVITÉS INFIRMIÈRES EN SALLE D'OPÉRATION



Les activités infirmières en salle d'opération s'inscrivent dans le contexte global du bloc opératoire. En effet, certaines décisions de l'infirmière, concernant par exemple l'organisation du travail ou encore l'utilisation des ressources humaines et matérielles, impliquent l'intervention de l'infirmière-chef, de l'assistante infirmière-chef ou de l'infirmière-chef d'équipe.

De plus, l'infirmière agit en collaboration étroite avec les chirurgiens et les anesthésiologistes. Lors de chacune des chirurgies, elle se doit, au besoin, de discuter avec eux des particularités cliniques du client et de l'approche thérapeutique retenue afin d'en tenir compte pour adapter ses actions pré, per et postopératoires.

Le rôle de l'infirmière est considéré dans une approche globale et fait ressortir ses responsabilités tout au long du continuum de soins périopératoires. Ainsi, la coordination clinique occupe une place importante, notamment lorsque l'infirmière est responsable d'une salle d'opération durant un quart de travail.

Lors des diverses chirurgies, l'infirmière peut effectuer le service externe, la surveillance clinique du client sous sédation-analgésie, le service interne, y compris l'assistance opératoire et, selon l'organisation locale, les soins postanesthésiques. Chacune de ces fonctions est détaillée dans les sections suivantes. La fonction de l'infirmière première assistante en chirurgie (IPAC), qui est rattachée à des activités médicales et réservée à certaines infirmières, fait aussi l'objet d'une attention particulière.

LA COORDINATION CLINIQUE

L'infirmière responsable d'une salle d'opération organise les soins infirmiers en tenant compte des actions des divers intervenants de l'équipe médicale, particulièrement du chirurgien et de l'anesthésiologiste, et agit de concert avec eux. Elle anticipe le déroulement des diverses interventions chirurgicales, prévoit les adaptations nécessaires et procède aux ajustements requis.

Lors de chacune des chirurgies, l'infirmière évalue la situation de soins et fait en sorte d'utiliser le plus judicieusement possible les ressources infirmières dans la salle d'opération. Elle prend alors les décisions concernant le partage des activités de soins infirmiers.

Afin de soutenir les infirmières et de faciliter leur pratique, ce document propose un cadre de référence décisionnel, élaboré autour de divers facteurs à prendre en considération, pour évaluer la complexité et les exigences inhérentes à chacune des chirurgies, déterminer la portée des actes qui devront être posés, et prendre les décisions relatives à l'affectation des ressources dans la salle d'opération, pour chacune des chirurgies inscrites à la liste opératoire.

CADRE DE RÉFÉRENCE DÉCISIONNEL POUR LES INFIRMIÈRES EN SALLE D'OPÉRATION

Ce cadre de référence décisionnel comprend trois facteurs essentiels : la condition clinique du client, les caractéristiques de la chirurgie ainsi que les activités cliniques et techniques à effectuer. Ces facteurs peuvent être évalués individuellement, mais aussi considérés en relation avec les autres. Chacun de ces trois facteurs est développé dans les pages suivantes.

LA CONDITION CLINIQUE DU CLIENT

L'évaluation de la condition clinique du client qui doit subir une intervention chirurgicale repose sur quatre paramètres principaux à prendre en considération et qui peuvent influencer sur le temps opératoire (Planells Roig *et al.*, 2008).

L'âge du client et les risques sous-jacents de morbidité. Si l'on tient compte des risques cumulatifs de la chirurgie et de l'anesthésie, l'âge (par exemple, un très jeune enfant ou une personne âgée) est susceptible d'entraîner des complications sérieuses peropératoires ou postopératoires.

L'état de développement de la pathologie médicale justifiant la chirurgie. Dans certains cas, la phase de développement de cette pathologie peut influencer sur le déroulement de la chirurgie (p. ex., en présence d'un cancer de l'utérus localisé en phase 1, la chirurgie consiste en une résection de l'utérus, alors qu'en présence d'un cancer de l'utérus en phase 3, elle visera, en plus, l'ablation ganglionnaire et l'exérèse des tissus environnants atteints).

Le degré d'obésité du client. La préparation du client obèse nécessite des attentions particulières et la chirurgie peut exiger l'utilisation de matériel adapté ou en plus grande quantité. Le temps opératoire risque d'être plus long, en raison des difficultés d'accès aux organes profonds.

Certaines maladies chroniques (p. ex., le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies cardiaques) ou autres pathologies multiples diagnostiquées chez le client. Elles imposent une vigilance clinique particulière aux diverses étapes du déroulement de la chirurgie. Il faut alors prendre en considération la situation clinique globale du client, y compris sa condition de santé et son traitement médicamenteux, qui interagissent avec la chirurgie et l'anesthésie.

Ces quelques paramètres cliniques ont des effets cumulatifs, qui peuvent entraîner des risques importants de détérioration de la condition du client durant toute la période peropératoire, ainsi qu'en période postopératoire.

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA CHIRURGIE

La chirurgie est analysée ici sous les angles suivants : sa nature, son niveau d'urgence, son degré de complexité, ainsi que le degré de prévisibilité du déroulement de la chirurgie.

LA NATURE DE LA CHIRURGIE

Les chirurgies peuvent être de deux types : mineures ou majeures.

Les chirurgies mineures s'appuient sur un ensemble de connaissances et d'habiletés standardisées et communes à toutes les interventions chirurgicales. Elles requièrent l'utilisation d'instruments semblables d'une situation à l'autre (p. ex., l'amygdalectomie, l'appendicectomie, l'extraction d'une cataracte et l'herniorraphie). Les chirurgies mineures peuvent avoir un but diagnostique (chirurgie exploratoire, biopsie, etc.).

Les chirurgies majeures requièrent des connaissances poussées et la maîtrise d'habiletés, et leur réalisation présente un haut niveau de difficulté. Les chirurgies majeures sont souvent pratiquées sur des clients présentant une condition de santé critique. Le déroulement de la chirurgie est complexe, et il présente souvent des risques potentiels ou imminents élevés pour le client, par exemple, le commando, la duodéno pancréatectomie et la greffe pulmonaire.

LE NIVEAU D'URGENCE DE LA CHIRURGIE

Les chirurgies sont considérées soit comme électives ou urgentes, selon le diagnostic posé par le chirurgien. Les chirurgies électives sont planifiées et inscrites sur la liste opératoire. Les chirurgies urgentes doivent être pratiquées le plus rapidement possible, habituellement dans les 24 heures. Au besoin, elles peuvent être pratiquées le soir, la nuit ou la fin de semaine. Selon la gravité de la situation clinique du client et la complexité de la procédure, la chirurgie peut nécessiter l'intervention d'une équipe spécialisée.

LE DEGRÉ DE COMPLEXITÉ DE LA CHIRURGIE

Les chirurgies peuvent aussi être classées selon le degré de complexité de la procédure et d'extension du site opératoire (American Board of Surgery, 2012a, 2012b; Dexter, Macario, Penning et Chung, 2002; Doyle, Webber et Sidhu, 2007; Jones et Collins, 1990; Mitchell et Flin, 2008).

Les chirurgies mineures et simples sont localisées; elles présentent peu d'extension vers d'autres tissus ou organes et la procédure varie rarement.

Les chirurgies majeures et simples sont exécutées sur un organe ou un système sans extension supplémentaire vers d'autres tissus ou organes.

Les chirurgies majeures et complexes visent un organe ou un système et peuvent dépasser le site ordinaire de la chirurgie ou nécessiter plus de temps, si des problèmes chirurgicaux se posent en cours d'intervention, par exemple, certaines chirurgies extensives s'étendant à d'autres organes ou systèmes, ou encore provoquant un saignement important prévisible.

Les chirurgies spécialisées, majeures, multiples et complexes sont extensives et leur déploiement sur plusieurs systèmes ou organes est prévu. Elles peuvent nécessiter l'intervention coordonnée de plus d'une équipe chirurgicale spécialisée et présentent des risques importants de saignement et de complications per et postopératoires. Ce type de chirurgies se caractérise habituellement par un temps opératoire prolongé.

LE DEGRÉ DE PRÉVISIBILITÉ DU DÉROULEMENT DE LA CHIRURGIE

Le déroulement de la plupart des chirurgies est standardisé et il suit les séquences prévues dans la procédure opératoire³. Pour certains types de chirurgies, la séquence de la procédure opératoire varie peu d'un cas à l'autre, les activités sont semblables et les instruments utilisés sont sensiblement les mêmes. Le déroulement de la chirurgie est alors connu de l'ensemble des membres de l'équipe chirurgicale et les actions de chacun sont coordonnées et habituellement prévisibles.

Toutefois, dans d'autres types de chirurgies spécialisées ou complexes, même si une partie du déroulement de la chirurgie est déterminée dans la procédure opératoire standardisée, diverses séquences sont variables et doivent être gérées au fur et à mesure de l'évolution de l'intervention chirurgicale. Tous les membres de l'équipe doivent avoir une compréhension poussée de la relation entre les multiples conditions pathologiques et les diverses procédures chirurgicales. La collaboration à l'intérieur de l'équipe chirurgicale nécessite une très grande expertise clinique et technique, et implique des habiletés d'écoute et de communication pour agir en interaction constante, afin de faire face à des situations qui peuvent présenter un risque élevé.

3. La procédure opératoire, dont il est question ici, fait référence à un outil de planification systématique élaboré avec la collaboration des chirurgiens pour chaque type de chirurgie. Elle décrit, par exemple, la préparation du client, son positionnement, les plateaux de matériel requis, les solutions ou certains produits à prévoir, etc. Dans certains milieux, on la désigne sous le nom de « Kardex ».

LES ACTIVITÉS CLINIQUES ET TECHNIQUES À EFFECTUER

Chacune des fonctions du continuum de soins périopératoires comprend un ensemble d'activités cliniques et techniques devant être effectuées par l'infirmière de salle d'opération. Toutes ces activités sont différentes par leur nature et présentent un degré de difficulté et de complexité variable. Voici quelques facteurs susceptibles d'être pris en compte au moment de l'évaluation des activités cliniques et techniques.

LE TYPE ET LE NIVEAU DE CONNAISSANCES REQUIS

Les connaissances concernent les domaines de l'anatomie, de la physiopathologie de la chirurgie et de l'anesthésie, de la surveillance et du monitoring cliniques, des interventions chirurgicales et de leur déroulement, etc. Le niveau de connaissances peut aller du simple au complexe, et l'éventail de ces connaissances peut s'appliquer à quelques systèmes ciblés ou encore, à de multiples systèmes interreliés.

LE JUGEMENT REQUIS

Le jugement à porter est directement lié aux décisions à prendre, en ce qui concerne les activités cliniques et techniques et leurs conséquences pour le client et l'équipe chirurgicale. Le degré de complexité est moindre, lorsque les décisions sont prises dans le cadre de procédures opératoires standardisées, laissant peu de place à l'interprétation (p. ex., prévoir les instruments et le matériel requis pour la chirurgie). Le jugement s'exerce alors dans une situation simple, encadrée et définie.

Le degré de complexité est plus grand lorsque la situation nécessite des évaluations cliniques particulières et une analyse permettant de choisir une action parmi diverses options (p. ex., assurer l'installation d'un client avec limitation fonctionnelle en service externe, anticiper le déroulement d'une chirurgie majeure multiple et complexe en service interne, choisir et appliquer un écarteur, lorsque l'infirmière fait de l'assistance opératoire, ou encore décider de clamper ou de ligaturer dans le cas de l'IPAC).

Le degré de complexité augmente aussi, lorsque le jugement porte sur des situations compliquées, présentant un niveau de difficulté supérieur, nécessitant la prise en compte de l'interaction de plusieurs facteurs, ou une suite de prises de décisions multiples (p. ex., procéder au prélèvement de la saphène en première assistance chirurgicale).

LA MAÎTRISE D'HABILITÉS TECHNIQUES

L'habileté technique fait référence à la dextérité et aux habiletés motrices requises pour l'exécution d'une activité technique à réaliser en cours de chirurgie. Les habiletés techniques simples impliquent une dextérité de base et la manipulation fréquente des instruments couramment utilisés en salle d'opération au cours des interventions chirurgicales courantes.

Les habiletés techniques sont plus complexes, lorsqu'elles nécessitent une expertise spéciale, l'acquisition d'une dextérité et d'une précision déterminées pour la manipulation, voire l'utilisation d'instruments particuliers, au cours d'interventions chirurgicales spécifiques ou dans certaines spécialités chirurgicales.

Les habiletés techniques sont de haut niveau de complexité, lorsqu'elles exigent une dextérité et une coordination motrice exceptionnelles. Elles touchent aussi la manipulation fine et précise d'instruments hautement spécialisés, durant l'application de techniques chirurgicales compliquées et à haut risque. Elles peuvent s'appliquer à l'utilisation efficace et juste d'instruments ultraspécialisés et à la manipulation de tissus en complémentarité et en collaboration avec le chirurgien.

LA NATURE DES ACTES EFFECTUÉS

Les actes effectués, notamment en service interne, peuvent être considérés comme des actes d'aide technique au chirurgien ou encore comme des actes d'assistance opératoire. Chaque type d'actes possède ses propres caractéristiques et se rattache à certaines dispositions législatives qui doivent être respectées par l'infirmière, particulièrement lorsqu'elle partage certaines responsabilités avec l'infirmière auxiliaire.

LES ACTES DE COORDINATION CLINIQUE

La coordination clinique est effectuée par l'infirmière responsable de la salle d'opération. Elle vise à assurer la sécurité des clients, la qualité des soins et l'utilisation efficace des ressources (American Nurses Association, 2012). Elle implique la prise de décisions relatives à l'organisation des soins infirmiers pour favoriser le déroulement efficace des diverses activités de la salle d'opération⁴. Elle s'applique tout autant à l'ensemble des chirurgies prévues au programme opératoire qu'au déroulement de chacune d'entre elles.

CRITÈRES DE DÉTERMINATION DES ACTES DE COORDINATION CLINIQUE

- Impliquent des décisions ayant un impact sur la planification et l'organisation des soins infirmiers dans la salle d'opération.
- Visent la détermination du degré de complexité des activités infirmières devant être effectuées pendant les différentes chirurgies et la prise de décisions concernant l'utilisation appropriée des ressources dans la salle d'opération.

DESCRIPTION DES PRINCIPAUX ACTES DE COORDINATION CLINIQUE

Les principaux actes de coordination cliniques sont décrits brièvement ci-après.

LES DÉCISIONS DE PLANIFICATION ET D'ORGANISATION DES SOINS INFIRMIERS DANS LA SALLE D'OPÉRATION

L'évaluation proactive des besoins et l'anticipation du déroulement de chacune des chirurgies sont des éléments cruciaux de la coordination clinique (Association of periOperative Registered Nurses [AORN], s.d.). L'infirmière prend les décisions de soins infirmiers et planifie les mesures appropriées. Elle effectue tout ajustement susceptible de favoriser le bon roulement des activités de la salle et de contribuer au respect des horaires prévus, dans la mesure du possible. Elle évalue aussi les diverses possibilités lui permettant d'utiliser le plus judicieusement possible les ressources disponibles.

4. Certaines décisions de l'infirmière concernant, par exemple, l'organisation du travail, impliquent l'intervention de l'infirmière-chef, de l'assistante infirmière-chef ou de l'infirmière-chef d'équipe.

L'infirmière agit alors en partenariat et en collaboration avec les membres de l'équipe chirurgicale et communique efficacement avec eux. En raison de ses fonctions, elle est en mesure de discerner les situations complexes, d'en discuter avec le chirurgien ou l'anesthésiologiste, et de planifier les soins infirmiers en conséquence.

LES DÉCISIONS RELATIVES AU PARTAGE DES ACTIVITÉS DE SOINS INFIRMIERS DANS LA SALLE D'OPÉRATION

L'infirmière évalue le degré de complexité des activités infirmières et anticipe les besoins avant chaque chirurgie prévue dans la salle d'opération. À cet effet, elle utilise le cadre de référence décisionnel intégré dans les présentes lignes directrices et se réfère aussi aux règles de soins infirmiers en vigueur dans l'établissement. Elle tient compte également de la composition de l'équipe de soins infirmiers, du partage possible des activités professionnelles, ainsi que des habiletés et de l'expérience de chaque personne. À la lumière de cette analyse, l'infirmière prend les décisions quant au partage des activités durant l'intervention chirurgicale et, notamment, détermine quelles ressources affecter au service interne et au service externe.

En tenant compte du degré de complexité des activités infirmières et des résultats de l'évaluation préopératoire immédiate du client, l'infirmière formule aussi les directives visant à organiser les activités de la salle d'opération et à adapter les actions en fonction de la situation clinique particulière du client.

CONDITIONS D'EXÉCUTION DES ACTES DE COORDINATION CLINIQUE

- Les actes de coordination clinique sont toujours effectués par une infirmière affectée à la salle d'opération. Une infirmière doit être affectée à chaque salle d'opération.
- Les décisions de coordination clinique doivent viser la sécurité du client, la qualité des soins infirmiers et l'utilisation efficace et appropriée des ressources dans la salle d'opération.
- Lorsqu'elle prend des décisions relatives à la coordination clinique, l'infirmière doit tenir compte des lignes directrices en vigueur au Québec, des règles de soins infirmiers adoptées dans l'établissement, ainsi que de la contribution des autres membres de l'équipe chirurgicale compte tenu des lois professionnelles.

LE SERVICE EXTERNE

Le service externe comprend l'ensemble des actes accomplis à l'extérieur de la zone stérile, depuis l'arrivée du client au bloc opératoire jusqu'à son départ pour l'USPA. Il vise à assurer la sécurité et le confort du client et à lui offrir les soins requis par sa condition de santé. Il est axé sur le déroulement de la chirurgie qui, au moyen d'une observation continue, permet d'avoir une vision globale de l'ensemble des activités de la salle d'opération et d'apporter le soutien approprié à l'équipe chirurgicale (AORN, s.d., 2007a).

Le service externe comprend tout d'abord les actes de suivi clinique du client qui sont réservés à l'infirmière (Leadership and Economic Development Institute, 2002 ; Matson, 2001 ; Phillips, 2013). Ainsi, lorsque le service externe est assuré par une infirmière auxiliaire⁵, il incombe à l'infirmière d'assurer le suivi clinique du client, et notamment de déterminer l'encadrement clinique et les directives de soins infirmiers requis, lors de chacune des chirurgies. De plus, le service externe englobe les actes de soutien à l'équipe chirurgicale que l'infirmière partage avec l'infirmière auxiliaire.

LES ACTES DE SUIVI CLINIQUE DU CLIENT

Le suivi clinique s'appuie sur les résultats de l'évaluation clinique de la condition du client dans le contexte particulier de l'intervention chirurgicale qu'il doit subir. Il s'applique aux divers moments de la chirurgie pré, per et postopératoire. Il permet aussi d'assurer la continuité des soins à la fin de la chirurgie jusqu'au moment du transfert vers l'USPA.

Les actes de suivi clinique se rattachent aux activités réservées aux infirmières, en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (L.I.I.) :

- 1 Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- 2 Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.

CRITÈRES DE DÉTERMINATION DES ACTES DE SUIVI CLINIQUE

- Impliquent une évaluation de la condition clinique du client, l'anticipation des situations à risque et la décision quant aux actions de soins à poser ;
- Peuvent comprendre la détermination ou la formulation de directives de soins infirmiers à suivre, le cas échéant ;
- Visent à adapter les diverses procédures opératoires aux particularités physiques, physiologiques et psychologiques du client ;
- Comprennent la communication des informations cliniques pertinentes à l'infirmière de l'USPA, afin d'assurer la continuité des soins infirmiers.

5. Lors de la détermination des directives de soins infirmiers, l'infirmière tient compte du champ d'exercice de l'infirmière auxiliaire et aussi des règles de soins infirmiers en vigueur dans l'établissement.

DESCRIPTION DES PRINCIPAUX ACTES LIÉS AU SUIVI CLINIQUE

Les principaux actes liés au suivi clinique du client sont décrits brièvement ci-après.

L'ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE IMMÉDIATE DE LA CONDITION CLINIQUE DU CLIENT

L'infirmière procède à l'évaluation préopératoire immédiate à partir des données de santé actuelles et antérieures du client et des médicaments qu'il reçoit, des examens médicaux et des résultats de laboratoire. Lorsqu'elle évalue la situation de santé du client et ses besoins particuliers, l'infirmière analyse et interprète les données cliniques disponibles, afin de prendre les décisions de soins infirmiers appropriées.

L'infirmière détermine les priorités de soins infirmiers et, de concert avec le chirurgien, adapte la procédure opératoire aux particularités du client. Elle formule des directives de soins infirmiers précises permettant d'encadrer le suivi clinique du client durant l'intervention chirurgicale. Toutefois, certaines décisions de soins sont prises après discussion et en interaction avec les autres membres de l'équipe chirurgicale.

Ainsi, l'infirmière doit se préoccuper d'assurer une exposition optimale du site opératoire et un accès aux divers dispositifs de soins, tels que les cathéters, les lignes veineuses et artérielles, le garrot pneumatique et la plaque dispersive pour l'électrocautère. Elle doit minimiser les risques et prévenir les complications susceptibles de porter atteinte à l'intégrité du client.

Par exemple, lors du positionnement du client, l'infirmière prend les décisions conjointement avec l'équipe médicale et formule des directives qui devraient tenir compte de facteurs (Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada [AIISOC], 2011, p. 178-184; AORN, 2007b; Gonzales et Pickett, 2011) tels que :

- l'âge du client, son poids, sa condition de santé générale et, selon le cas, ses limitations fonctionnelles;
- l'évaluation de l'intégrité de la peau du client et son état nutritionnel;
- la présence de problèmes médicaux susceptibles d'influer sur la perfusion périphérique (diabète, problèmes respiratoires ou cardiaques, etc.);
- l'effet vasoactif de certains médicaments;
- le type d'anesthésie et l'équipement de monitoring requis;
- le type de chirurgie, la procédure opératoire, ainsi que les préférences du chirurgien, le site chirurgical et les pertes sanguines prévues.

L'évaluation préopératoire immédiate est particulièrement essentielle pour assurer la sécurité du client et prévenir les blessures, ainsi que les erreurs de site opératoire ou d'intervention chirurgicale. Elle permet de déterminer les mesures de soins à appliquer durant l'intervention chirurgicale et de formuler les directives de soins infirmiers appropriées, le cas échéant. Les informations relatives à l'évaluation clinique servent aussi de point de référence pour les réévaluations subséquentes durant toute la période périopératoire.

LA SURVEILLANCE CLINIQUE PEROPÉRATOIRE

Durant tout le déroulement peropératoire, la surveillance clinique est une activité partagée par les divers intervenants de l'équipe chirurgicale (anesthésiologiste, chirurgien, infirmière). Elle permet d'avoir une action concertée, afin de suivre l'évolution de la condition de santé du client durant toute la durée de la chirurgie, et d'intervenir rapidement et en toute sécurité. Elle implique la prise de décision et la détermination d'un encadrement propre aux observations à effectuer auprès du client (positionnement, pertes sanguines, débit urinaire, etc.), notamment lorsque l'infirmière auxiliaire assure le service externe.

LE TRANSFERT DU CLIENT À L'UNITÉ DE SOINS POSTANESTHÉSIIQUES (USPA)

Dès que l'intervention chirurgicale est terminée, l'infirmière organise le transfert du client à l'USPA ou, le cas échéant, vers l'unité de soins critiques. Elle procède à une évaluation de départ avant que le client quitte la salle d'opération. Elle évalue les résultats de soins, tout particulièrement l'intégrité de la peau liée soit à la pression, soit à l'utilisation de la plaque dispersive. Elle ajuste le plan thérapeutique infirmier, le cas échéant, et prépare le sommaire des informations cliniques à communiquer à l'infirmière de l'USPA.

Au cours du transfert, l'infirmière agit de concert avec l'anesthésiologiste et assure la continuité des soins auprès de l'infirmière de l'USPA, en lui communiquant les informations pertinentes (Association nationale des infirmières et infirmiers en soins pérïanesthésiques du Canada [ANIPAC], 2011; Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland [AAGBI], 2002).

CONDITION D'EXÉCUTION DES ACTES LIÉS AU SUIVI CLINIQUE

- Les actes de suivi clinique doivent être effectués par une infirmière dans chaque salle d'opération, et pour chacune des chirurgies prévues dans le programme opératoire.

LES ACTES DE SOUTIEN À L'ÉQUIPE CHIRURGICALE

Les actes de soutien à l'équipe chirurgicale favorisent le bon déroulement de l'intervention chirurgicale. Ils concernent l'admission du client, sa préparation et l'observation de sa condition peropératoire. Ils comprennent l'administration des soins et l'exécution de diverses techniques prévues dans la procédure opératoire. Ces actes de soutien à l'équipe chirurgicale sont rattachés à des activités professionnelles ou encore devraient être encadrés par des règles de soins infirmiers particulières, car ils présentent des risques à la sécurité et à l'intégrité du client.

Les actes de soutien à l'équipe chirurgicale couvrent aussi la préparation, l'organisation et le contrôle de la stérilité de la salle d'opération, y compris la planification du matériel et de l'équipement requis, en fonction du type de chirurgie prévue.

CRITÈRES DE DÉTERMINATION DES ACTES DE SOUTIEN À L'ÉQUIPE CHIRURGICALE

- Sont effectués systématiquement auprès de tous les clients qui doivent subir une intervention chirurgicale, adaptés aux caractéristiques propres au client et encadrés par des directives de soins infirmiers, le cas échéant.
- Impliquent des actions prédéterminées et courantes prévues dans la procédure opératoire pour les chirurgies de même type.
- S'appliquent à l'organisation physique et à la gestion matérielle de la salle d'opération, selon les procédures en vigueur dans l'établissement et au bloc opératoire.
- Consistent à répondre en temps opportun aux besoins de l'équipe chirurgicale.
- Peuvent s'appliquer à des mesures définies pour intervenir rapidement et soutenir efficacement l'équipe chirurgicale, lorsque la situation l'exige.
- Peuvent être effectués selon une ordonnance médicale ou exécutés selon une méthode de soin en vigueur dans l'établissement.

DESCRIPTION DES PRINCIPAUX ACTES DE SOUTIEN À L'ÉQUIPE CHIRURGICALE⁶

Les principaux actes de soutien à l'équipe chirurgicale en service externe sont décrits brièvement ci-après.

L'ADMISSION DU CLIENT ET LA VÉRIFICATION DE SON DOSSIER

La procédure d'admission du client au bloc opératoire peut varier d'un établissement à l'autre. Elle consiste essentiellement à procéder systématiquement à la collecte d'informations et à compléter la liste de vérification portant, entre autres, sur des points (AIISOC, 2011, p. 163-164; AORN, 2011a), tels que :

- l'identification du client;
- la notification des allergies;
- la vérification du dossier pour s'assurer qu'il est complet (consentement opératoire, liste de vérification préopératoire, anamnèse et examen physique, etc.);
- la confirmation du type d'intervention chirurgicale;
- la vérification du site opératoire et, le cas échéant, de son marquage.

La liste de vérification peut être complétée, par exemple, par l'anesthésiologiste, l'inhalothérapeute ou l'infirmière. Les données résultant de l'admission du client au bloc opératoire devraient être disponibles dans le dossier du client.

6. Les actes prévus dans cette section doivent être considérés en relation avec les lignes directrices des activités des infirmières auxiliaires en salle d'opération qui seront élaborées par l'OIIAQ, après une entente conjointe avec l'OIIQ.

LA PRÉPARATION ET LE POSITIONNEMENT DU CLIENT

À son arrivée dans la salle d'opération, le client est installé (AIISOC, 2011, p. 178-184 ; AORN, 2007b). Les soins préopératoires requis sont ensuite effectués conformément à la procédure opératoire, et selon les directives de soins infirmiers, le cas échéant. Durant cette période préopératoire immédiate, l'infirmière en service externe voit au positionnement approprié du client. Elle installe les appareils de monitoring ou tout autre appareil requis pour le bon déroulement de la chirurgie (plaque dispersive pour l'électrocautère, garrot pneumatique, etc.) et s'assure de leur fonctionnement approprié.

L'APPLICATION DE LA LISTE DE VÉRIFICATION CHIRURGICALE

Afin de promouvoir la sécurité du client, de s'assurer du bon déroulement de la chirurgie et de mieux contrôler les erreurs et les complications évitables, les établissements de santé doivent instaurer, dans chaque salle d'opération, une procédure interdisciplinaire de contrôle systématique avant l'induction de l'anesthésie, avant l'incision de la plaie et avant le transfert à l'USPA (Organisation mondiale de la Santé, s.d.).

Le résultat de la vérification chirurgicale devrait être documenté par un membre de l'équipe chirurgicale. Selon la procédure en vigueur dans le bloc opératoire de l'établissement, l'infirmière en service externe pourrait être désignée pour coordonner la vérification chirurgicale.

LES COMPTES CHIRURGICAUX

Les comptes chirurgicaux⁷ sont effectués en collaboration (service interne et service externe) avant, pendant et à la fin de l'intervention chirurgicale (AIISOC, 2011, p. 167-178). Une infirmière doit toujours participer à chacun des comptes chirurgicaux. Ceux-ci sont effectués selon la procédure en vigueur dans le centre. Cette procédure doit garantir la chaîne de contrôle et limiter les risques d'erreurs liés à la multiplicité des intervenants. Le résultat du compte chirurgical final doit être confirmé au chirurgien avant la fermeture de la plaie et documenté au dossier du client.

LE TRAITEMENT DES SPÉCIMENS

Le traitement des divers spécimens⁸ (p. ex., sang, liquide biologique, tissus ou autres) est pris en charge par l'infirmière en service externe, selon la procédure adoptée dans le centre. Les actions appropriées sont accomplies pour manipuler et acheminer adéquatement, et en toute sécurité, les spécimens prélevés durant l'intervention chirurgicale (AIISOC, 2011, p. 190-193 ; AORN, 2005).

LA PRÉPARATION ET LE TRANSFERT DES MÉDICAMENTS

En salle d'opération, les médicaments sont administrés dans des situations cliniques complexes. Des mesures strictes de sécurité doivent être appliquées par l'infirmière en service externe, pour éviter les erreurs de médication (AIISOC, 2011, p. 193-196 ; AORN, 2011b ; Beyea, Hicks et Becker, 2003). Ainsi, tout médicament conservé dans la salle d'opération doit être étiqueté (nom, concentration et dose).

7. Le compte chirurgical est défini comme suit : action par laquelle on compte avant (compte initial), pendant et à la fin de l'intervention chirurgicale (compte final) les compresses, les instruments, le matériel pointu, tranchant ou coupant (PIC) et tout autre article. Cette vérification permet d'établir, au début de l'intervention chirurgicale, une base de référence pour les comptes subséquents, afin de s'assurer qu'aucun article n'est resté dans la plaie chirurgicale à la fin de l'intervention.

8. Le traitement des spécimens prélevés durant une chirurgie comprend les activités telles que l'identification, l'étiquetage, la préservation, la préparation pour le transport, la documentation et la communication.

Les médicaments, qui figurent à la procédure opératoire ou qui sont demandés par le chirurgien, sont préparés et transférés dans la zone stérile, après confirmation avec ce dernier. Une vérification verbale et visuelle simultanée (service interne et service externe) des médicaments transférés est faite pour chaque médicament.

L'OBSERVATION DU DÉROULEMENT PEROPÉRATOIRE

L'infirmière en service externe observe continuellement les diverses étapes de l'intervention chirurgicale, afin de répondre adéquatement et en temps opportun aux besoins et aux demandes de l'équipe chirurgicale. Elle prévoit le matériel et les instruments nécessaires. Elle vérifie le fonctionnement des divers appareils, tels que les bas de pression séquentielle ou le garrot pneumatique.

L'infirmière en service externe collabore étroitement avec le chirurgien et l'anesthésiologiste, pour estimer les pertes sanguines. Elle suit l'évolution de la condition du client et, au besoin, réagit rapidement en interaction avec les membres de l'équipe chirurgicale. En présence de complications ou de situations inattendues, l'infirmière en service externe doit reconnaître l'urgence de la situation, en prévoir l'évolution possible, adapter rapidement ses actions et répondre efficacement aux diverses demandes de l'équipe chirurgicale.

À la fin de l'intervention chirurgicale, elle procède aux vérifications cliniques appropriées, selon le type de chirurgie, et consigne au dossier les informations requises pertinentes.

LA COLLABORATION TECHNIQUE ET LE CONTRÔLE DE LA STÉRILITÉ

L'infirmière en service externe prépare la salle d'opération en fonction du type de chirurgie, des besoins particuliers du client et adapte, s'il y a lieu, la procédure opératoire après discussion avec le chirurgien. Le matériel, l'équipement, ainsi que les instruments appropriés sont prévus pour soutenir adéquatement le travail de l'équipe chirurgicale, et assurer le déroulement rapide et efficace de l'intervention chirurgicale.

L'équipement usuel et spécialisé doit être disponible et en bon état de fonctionnement (électrocautères, garrot pneumatique, laser, microscope, défibrillateur, etc.). Le service externe participe à la préparation de la zone stérile avec le service interne, en fournissant le matériel requis, tout en respectant les règles d'asepsie.

L'infirmière en service externe surveille l'environnement physique et matériel, contrôle la stérilité du matériel et de la zone opératoire, tout en limitant la circulation dans la salle d'opération.

LA DOCUMENTATION DES SOINS

L'infirmière en service externe documente au dossier du client les soins peropératoires qu'elle effectue. Certaines données spécifiques doivent être consignées (AIISOC, 2011, p. 196-201), par exemple :

- la vérification préopératoire du client ;
- les informations relatives au déroulement de la chirurgie, par exemple, heure d'arrivée en salle d'opération, début de l'intervention (incision), fin de l'intervention (application du pansement), départ de la salle d'opération ;
- les données relatives à l'évaluation de santé du client, y compris les allergies et tout changement de sa condition de santé durant l'intervention chirurgicale ;

- le positionnement du client, ainsi que les dispositifs de positionnement appliqués (coussinets ou appuis);
- la condition de la peau avant et après l'intervention chirurgicale;
- l'installation de cathéter, de drain ou autres dispositifs de soin ou de monitoring et, le cas échéant, leur localisation, ainsi que leurs paramètres de fonctionnement;
- la préparation chirurgicale, sa localisation et la solution antiseptique utilisée;
- les divers spécimens prélevés et les tests demandés durant l'intervention chirurgicale, ainsi que les résultats de laboratoire, de radiologie ou autres;
- l'utilisation d'appareils spéciaux durant l'intervention chirurgicale, ainsi que les informations relatives à leur application et la surveillance qui y est rattachée (garrot pneumatique, laser, appareil à électrochirurgie, etc.) ;
- l'installation d'implants, de prothèses ou de tout autre matériel synthétique ou biologique, leur localisation, leur taille et leur modèle, le nom du fabricant, le numéro de lot et de série, et toute autre donnée pertinente;
- l'administration de médicaments, les agents hémostatiques, teintures, solutions pour irrigation et tout autre produit administré ou utilisé durant l'intervention chirurgicale;
- le résultat des divers comptes chirurgicaux;
- les pertes sanguines, les perfusions intraveineuses et le débit urinaire;
- tout événement inhabituel survenu durant l'intervention chirurgicale;
- l'heure du transfert, l'état du client et les ajustements au plan thérapeutique infirmier, le cas échéant.

CONDITIONS D'EXÉCUTION DES ACTES DE SOUTIEN À L'ÉQUIPE CHIRURGICALE

- Le soutien à l'équipe chirurgicale est effectué par l'infirmière en service externe présente dans la salle d'opération ou effectué selon ses directives, le cas échéant.
- Les actes de soutien sont en relation directe avec le déroulement de la chirurgie et doivent être effectués en étroite collaboration avec les membres de l'équipe chirurgicale.
- Comme certains actes liés au service externe présentent des risques à la sécurité et à l'intégrité du client, ils devraient être encadrés par des règles de soins infirmiers ou, selon leur nature, par des méthodes de soins infirmiers, par exemple :
 - la vérification du site chirurgical;
 - le positionnement du client;
 - les comptes chirurgicaux;
 - le traitement des spécimens;
 - la préparation et le transfert des médicaments;
 - l'utilisation de la liste de vérification sécuritaire.

Les actes liés à la coordination clinique et au service externe en salle d'opération sont présentés succinctement à l'annexe 2, dans le tableau « Description de certains actes effectués par l'infirmière en salle d'opération ».

LA SURVEILLANCE DU CLIENT SOUS SÉDATION-ANALGÉSIE

L'exercice infirmier peut comprendre l'administration d'une médication à un client à des fins de sédation-analgésie minimale ou modérée⁹ lors de diverses procédures. Dans ce cas, considérant la nature de la médication, des effets recherchés par son administration et des exigences d'évaluation et de surveillance clinique requises, la sédation-analgésie minimale ou modérée fait partie des activités réservées à l'infirmière. Elle comprend l'évaluation de la condition de santé du client en pré-sédation, ainsi que la surveillance clinique requise durant les périodes per et postsédation.

En salle d'opération, lors d'une chirurgie sous sédation-analgésie modérée, en l'absence d'un anesthésiologiste, cette responsabilité peut être assurée par une infirmière¹⁰ durant toute la durée de l'intervention chirurgicale (AIIISOC, 2011, p. 294-296 ; AORN, 2007a ; UK Academy of Medical Royal Colleges and their Faculties, 2001).

La sédation-analgésie, dont il est question dans cette section, consiste en une sédation minimale ou modérée. Dans ce cas, l'infirmière intervient auprès d'un client dont l'état est modifié par la médication dans le but d'atteindre et de maintenir un niveau de sédation souhaité. Cette situation clinique présente toutefois des risques, car une sédation modérée peut évoluer de façon imprévisible, à tout moment et en peu de temps, vers une sédation profonde.

Le degré de surveillance clinique devrait être adapté selon le type de produit utilisé et la condition clinique du client pendant la sédation. Ainsi, une surveillance étroite est requise durant toute la période de sédation-analgésie. Cette surveillance doit être continue lors de l'administration de médicaments appartenant à la classe des anesthésiques généraux, tels que le Propofol. La surveillance clinique amène à reconnaître les complications, ainsi que les signes qui différencient la sédation-analgésie modérée de la sédation-anesthésie profonde¹¹.

L'infirmière doit être présente auprès du client afin de pouvoir appliquer rapidement les mesures thérapeutiques appropriées, y compris l'ajustement de la médication pour contrecarrer les effets secondaires des médicaments qui entraînent une dépression importante et non désirée du système nerveux central (SNC). Un encadrement clinique devrait être prévu dans l'établissement pour soutenir et orienter les activités cliniques de l'infirmière qui intervient auprès de cette clientèle (Arizona State Board of Nursing, 2012 ; Arkansas State Board of Nursing, 2009 ; CMQ, 2009 ; Kentucky Board of Nursing, 2012 ; Louisiana State Board of Nursing, 2005 ; Massachusetts Nurses Association, 2010 ; Mississippi Board of Nursing, 2009 ; Nebraska Board of Nursing, 2010 ; Ohio Board of Nursing, 2012 ; Oklahoma Board of Nursing, 2011 ; Oregon State Board of Nursing, 2006 ; Royal College of Nursing, 2004 ; Texas Board of Nursing, 2012 ; Vermont Board of Nursing, 2011).

9. La sédation-analgésie modérée est aussi appelée sédation consciente.

10. La surveillance du client peut aussi être confiée à un inhalothérapeute. Compte tenu des exigences d'évaluation et de surveillance clinique, cet acte ne devrait en aucun temps être confié à une infirmière auxiliaire.

11. Lors de la sédation modérée, le client conserve en tout temps sa capacité à maintenir de façon indépendante et continue ses fonctions respiratoires et cardiovasculaires, et il demeure apte à répondre aux commandes verbales et aux stimuli tactiles légers. Lors de la sédation profonde, le niveau de conscience est diminué, le client peut nécessiter de l'aide pour maintenir ses voies aériennes perméables, la ventilation spontanée peut être inadéquate et il répond seulement à des stimuli répétés ou douloureux.

LA PRÉPARATION REQUISE POUR ASSURER LA SURVEILLANCE CLINIQUE

L'infirmière qui assure la surveillance du client sous sédation-analgésie doit posséder des connaissances particulières et les habiletés cliniques pour intervenir adéquatement aux divers moments de la sédation-analgésie. Elle doit aussi maintenir ses connaissances à jour dans les domaines suivants :

La sédation-analgésie : connaître les divers niveaux de sédation du continuum sédation-analgésie/anesthésie générale, les principes de la sédation-analgésie modérée, ses indications, ses contre-indications et ses complications potentielles.

L'évaluation et la surveillance clinique : connaître la classification de l'état physique des clients, selon l'American Society of Anesthesiologists (ASA), et les facteurs de risque qui, chez le client, augmentent les risques de complication (âge, histoire d'apnée du sommeil, obésité morbide, etc.), agir en conformité avec les standards généralement reconnus pour l'évaluation du client et la surveillance clinique à assurer, lors des diverses phases de la sédation-analgésie, en tenant compte de l'âge du client, des facteurs de risque liés à sa condition de santé, de la classe de médicament administré et du type d'intervention chirurgicale.

L'intervention en présence d'effets indésirables : être apte à reconnaître les complications de la sédation-analgésie modérée et à appliquer les ordonnances collectives, les protocoles et les règles de soins en vigueur dans l'établissement; être prête à effectuer la réanimation cardiorespiratoire (RCR), selon le type de médicaments permis dans l'établissement, il serait souhaitable que l'infirmière détienne une certification en réanimation cardiovasculaire avancée (ACLS); avoir les habiletés pour maintenir les voies aériennes ouvertes, notamment au moyen d'un ballon ventilatoire.

La pharmacologie : connaître les médicaments utilisés pour la sédation-analgésie légère et modérée, par exemple, les benzodiazépines (Midazolam), les opiacées (Morphine, Fentanyl, Hydromorphone, Mépéridone), leur action, les dosages utilisés (selon le poids et l'âge) et les médicaments antagonistes disponibles; connaître l'action des anesthésiques utilisés à des fins de sédation modérée (Propofol), les exigences particulières de surveillance clinique à respecter, ainsi que les mesures thérapeutiques à appliquer en présence de situation d'urgence per ou postsédation.

L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS POUR LA SÉDATION-ANALGÉSIE MODÉRÉE

En 2011, l'OIIQ a adopté les *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte*. Certains aspects de ce document s'appliquent aussi au contexte de la salle d'opération, puisqu'ils visent l'administration de médicaments pour la sédation-analgésie par l'infirmière, lors de procédures diagnostiques ou thérapeutiques susceptibles de causer douleur ou inconfort chez le client.

Les présentes lignes directrices ne visent pas à reprendre la description détaillée des responsabilités de l'infirmière, mais à faire ressortir les actes essentiels que l'infirmière en salle d'opération doit effectuer lorsqu'elle est assignée auprès d'un client sous sédation-analgésie modérée (ASA, 2002b). Ces actes s'inscrivent dans le continuum de soins infirmiers lié à l'administration du médicament, à savoir l'évaluation présédation, la surveillance clinique en période persédation et la surveillance clinique en période postsédation.

ÉVALUATION PRÉSÉDATION

L'infirmière assignée à la surveillance clinique du client sous sédation-analgésie modérée procède à une évaluation du client lors de son arrivée en salle d'opération. L'évaluation présédation peut alors être associée à l'évaluation préopératoire et elle devrait permettre de recueillir toutes les informations nécessaires pour planifier une surveillance clinique appropriée et sécuritaire.

Lors de son évaluation, l'infirmière tient compte de données, telles que :

- les résultats de l'évaluation médicale, résultats de laboratoire ou toute autre donnée liée à la condition de santé du client ;
- la classification de l'état physique déterminée par le médecin (chirurgien ou anesthésiologiste) et du niveau de risque anesthésique selon la classification de l'ASA ;
- le type d'intervention chirurgicale ;
- le jeûne, selon les règles adoptées dans l'établissement et adaptées à l'âge du client et à sa condition de santé ;
- les buts recherchés par la sédation-analgésie.

L'évaluation de présédation effectuée par l'infirmière permet de recueillir des informations portant sur les problèmes de santé, les réactions antérieures à la suite d'une anesthésie générale ou d'une sédation-analgésie, les allergies, la médication actuelle et les interactions potentielles avec la sédation-analgésie, le tabagisme ou la consommation de drogues ou d'alcool.

L'infirmière devrait aussi identifier les divers facteurs de risque susceptibles d'influer sur la surveillance clinique du client (p. ex., l'âge, la présence de maladie pulmonaire chronique ou d'apnée du sommeil, l'obésité déterminée à partir de l'indice de masse corporelle ou la mesure du tour de taille, etc.). L'évaluation de santé devrait être complétée par la prise des divers paramètres qui serviront de référence, lors de la surveillance persédation.

SURVEILLANCE PERSÉDATION

L'infirmière qui assure la surveillance clinique devrait utiliser l'équipement de monitoring disponible et avoir un contact visuel avec le client, ce qui lui permet d'évaluer directement la condition de ce dernier. Les paramètres de surveillance clinique devraient minimalement comprendre :

- pouls et pression artérielle aux cinq minutes ;
- respiration (fréquence, amplitude et rythme respiratoire) par observation ou par auscultation ;
- saturation en oxygène à l'aide d'un appareil muni d'une alarme ;
- évaluation du degré de sédation à l'aide d'une échelle reconnue ;
- évaluation de la perception de la douleur.

Un accès veineux doit être maintenu en place durant l'intervention chirurgicale et l'infirmière doit en assurer la surveillance.

La fréquence d'enregistrement des paramètres de surveillance clinique en persédation peut varier selon la quantité de médicament administrée, la durée de l'intervention chirurgicale et la condition de santé du client. Dans tous les cas, les paramètres devraient minimalement être documentés avant le début de l'intervention chirurgicale, après l'administration du médicament, particulièrement au pic d'action, et à intervalles réguliers durant l'intervention chirurgicale.

Selon les résultats de la surveillance clinique, lorsque l'infirmière détecte une anomalie ou une complication, elle doit en aviser le chirurgien et, selon le cas, appliquer les mesures prescrites. Si la situation l'exige, elle avise l'anesthésiologiste et amorce toute action afin de maintenir les voies aériennes libres et d'assurer la ventilation du client.

SURVEILLANCE POSTSÉDATION

La période postsédation débute à la fin de l'intervention chirurgicale. Durant cette période, le client demeure à risque de développer des complications. La surveillance clinique devrait porter sur les mêmes paramètres qu'en période persédation et devrait faire l'objet d'une surveillance clinique régulière, jusqu'à ce que le client soit prêt pour son congé. Ces paramètres sont minimalement enregistrés à l'arrivée du client à l'unité de soins postanesthésiques et avant son congé.

Des critères de congé devraient être adoptés dans l'établissement. Ces critères pourraient porter sur les aspects suivants :

- l'état de conscience : alerte et orienté, peut s'asseoir seul ;
- les signes vitaux : stables à l'intérieur de limites acceptables ;
- l'absence de nausées ou de vomissements ;
- la durée minimale de la période de surveillance postsédation : au moins deux heures, si un médicament antagoniste a été administré, afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de sédation rebond.

Le client devrait toujours être accompagné d'un proche qui peut comprendre les instructions et rapporter toute complication, lors du retour à domicile. De plus, un feuillet d'information devrait être remis au client ou à la personne qui l'accompagne, en s'assurant qu'ils ont bien compris les instructions.

CONDITIONS D'EXÉCUTION DES ACTES LIÉS À LA SURVEILLANCE CLINIQUE DU CLIENT SOUS SÉDATION-ANALGÉSIE

- Une règle de soins devrait être adoptée par la direction des soins infirmiers, pour déterminer les conditions particulières liées à certains aspects de cette activité clinique de l'infirmière, par exemple :
 - les critères de sélection des clients sous sédation-analgésie modérée, pouvant faire l'objet d'une surveillance clinique par l'infirmière, ainsi que la nature des chirurgies ou des procédures visées en salle d'opération¹² ;
 - les médicaments pour la sédation-analgésie que l'infirmière peut administrer en salle d'opération ;

12. Il est généralement admis que l'infirmière ne devrait pas surveiller un client adulte qui est dans une classe supérieure à la classe III et un client pédiatrique qui est dans une classe supérieure à la classe II.

- les exigences et les conditions liées à l'évaluation présédation (contenu de l'évaluation, exigences liées au jeûne) et le type de surveillance clinique (étroite ou continue) per et postsédation, selon la classe de médicament administré, y compris la documentation des soins infirmiers.
- Des ordonnances collectives et des protocoles d'intervention devraient être adoptés dans l'établissement. Ces documents déterminent les mesures thérapeutiques que l'infirmière peut appliquer, en cas de complications ou lors de situations d'urgence, notamment les mesures à prendre lorsque le niveau de sédation est plus profond que ce qui avait été planifié.
- Durant une intervention chirurgicale, l'infirmière qui assure la surveillance clinique étroite d'un client, sous sédation-analgésie modérée, ne devrait pas être engagée dans des activités soutenues qui compromettent la surveillance clinique du client.
- Un anesthésiologiste devrait être présent au bloc opératoire pour intervenir rapidement, afin de maîtriser la situation et de procéder à l'intubation d'urgence, le cas échéant.
- L'équipement requis devrait être disponible dans la salle d'opération (p. ex., médicaments antagonistes et d'urgence, matériel nécessaire à la ventilation manuelle et à l'intubation, défibrillateur cardiaque, appareil à aspiration, etc.).
- Les médicaments anesthésiques prescrits à des fins de sédation-analgésie modérée devraient faire l'objet d'un encadrement professionnel particulier, puisqu'ils sont susceptibles de mener à une sédation profonde. Une règle de soins infirmiers devrait minimalement prévoir des conditions touchant, entre autres :
 - l'exigence de détenir une attestation officielle pour effectuer la réanimation cardiorespiratoire (RCR) et, de préférence, la réanimation cardiovasculaire avancée (ACLS) ;
 - l'obligation d'assurer une surveillance clinique continue durant la période per et postsédation ;
 - les paramètres complémentaires aux paramètres minimaux à surveiller durant la sédation-analgésie modérée, tels que la capnographie et le monitoring cardiaque ;
 - la disponibilité d'un anesthésiologiste pour intervenir rapidement durant les périodes per et post-sédation.

LE SERVICE INTERNE

Le service interne est exercé à l'intérieur de la zone stérile par une infirmière en tenue chirurgicale stérile¹³. Il contribue au bon déroulement de l'intervention chirurgicale. Il comprend un ensemble d'actes de support instrumental, ainsi que des actes régis par les lois professionnelles, soit les actes d'aide technique au chirurgien et les actes d'assistance opératoire¹⁴.

LES ACTES DE SUPPORT INSTRUMENTAL

Les actes de support instrumental s'appliquent à la prise en charge du champ et du matériel stérile. Ils visent principalement à préparer, disposer et fournir les instruments, le matériel et les produits requis durant l'intervention chirurgicale à l'intérieur de la zone stérile, mais hors du site opératoire. Ils consistent à suivre le déroulement opératoire, à anticiper les besoins du chirurgien selon la routine opératoire, à répondre aux demandes en passant les instruments et le matériel en temps opportun, et à effectuer les comptes chirurgicaux. Ils peuvent aussi comprendre les gestes nécessaires pour fournir les médicaments, solutions et produits dont le chirurgien a besoin et ceux qui sont en relation avec la manipulation de divers spécimens.

CRITÈRES DE DÉTERMINATION DES ACTES DE SUPPORT INSTRUMENTAL

- Sont appliqués, selon la procédure opératoire prévue pour chacune des chirurgies en vigueur dans le bloc opératoire, et adaptés aux demandes du chirurgien, le cas échéant.
- Sont habituellement prévisibles pendant le déroulement de la chirurgie et ajustés lors de complications ou de situations inattendues.
- Nécessitent l'utilisation et la manipulation de matériel et d'équipement fréquemment utilisés ou encore du matériel spécialisé.

EXEMPLES D'ACTES DE SUPPORT INSTRUMENTAL ACCOMPLIS PAR L'INFIRMIÈRE EN SERVICE INTERNE :

- monter les tables stériles, préparer les instruments, le matériel de suture et tout autre article selon la procédure opératoire et les disposer pour être en mesure d'agir efficacement auprès du chirurgien ;
- compléter et réorganiser le matériel en fonction des demandes particulières du chirurgien ou d'imprévus, lors du déroulement de la chirurgie ;
- passer les instruments, le matériel de suture et tout autre article en temps opportun ; maintenir les instruments propres et les agencer, pour un usage efficace et rapide ;
- prévoir et maintenir une quantité suffisante de matériel (compresses, sutures ou autres), pour répondre rapidement aux demandes du chirurgien ;
- préparer et fournir les solutions, médicaments et produits à la demande du chirurgien ; confirmer le nom des solutions, des médicaments ou des produits utilisés, ainsi que la quantité et le dosage, le cas échéant ;

13. L'infirmière en tenue chirurgicale stérile a procédé à un brossage chirurgical des mains et elle porte une blouse et des gants stériles.

14. Les actes de support instrumental et les actes d'aide technique au chirurgien doivent être considérés en relation avec les lignes directrices concernant les activités des infirmières auxiliaires qui seront élaborées par l'OIIAQ.

- procéder à tous les comptes chirurgicaux avec l’infirmière en service externe ;
- recevoir du chirurgien les spécimens de tissus ou d’organes aux fins d’analyse ou autres, les manipuler adéquatement et les transférer à l’infirmière en service externe.

CONDITIONS D’EXÉCUTION DES ACTES DE SUPPORT INSTRUMENTAL

- L’infirmière doit connaître les instruments et l’équipement spécialisés susceptibles d’être utilisés en salle d’opération, ainsi que leur usage, et savoir les manipuler pour pouvoir répondre promptement à la demande du chirurgien durant les interventions chirurgicales.
- Lors de certaines chirurgies complexes comportant plus d’un site opératoire, si les besoins des chirurgiens sont trop grands pour une seule personne en service interne, une seconde personne devrait être désignée pour maintenir le rythme opératoire et répondre aux demandes nombreuses, simultanées et diverses de l’équipe de chirurgiens.

LES ACTES D’AIDE TECHNIQUE AU CHIRURGIEN

Durant l’intervention chirurgicale, le chirurgien peut avoir besoin d’une aide ponctuelle pour accomplir un geste dont il garde le contrôle. L’aide technique comprend des actes accomplis à la demande explicite du chirurgien et selon ses indications. Ces actes visent à soutenir un geste déjà amorcé par le chirurgien ou à assurer la visibilité du site opératoire.

CRITÈRES DE DÉTERMINATION DES ACTES D’AIDE TECHNIQUE AU CHIRURGIEN

- Consistent en des gestes courants, usuels et prévisibles à l’intérieur de la routine opératoire.
- Impliquent un geste ponctuel, de courte durée et n’exigent pas une attention ou une action soutenue au site opératoire.
- Visent le maintien d’instruments déjà mis en place par le chirurgien, la mise en place ou le déplacement de ceux-ci à l’intérieur du site opératoire.

EXEMPLES D’ACTES D’AIDE TECHNIQUE EFFECTUÉS À LA DEMANDE EXPLICITE DU CHIRURGIEN ET SELON SES INDICATIONS :

- rétracter la peau durant l’incision ;
- placer, déplacer un écarteur et le tenir en place ;
- tenir une pince ;
- enlever une pince, sauf les pinces utérines et vasculaires ;
- aspirer ou éponger ;
- irriguer le site opératoire ;
- appliquer l’électrocautère indirectement sur une pince déjà en place ;

- appliquer un agent hémostatique topique ;
- couper un fil ;
- pousser sur le fond utérin ;
- frapper sur un ostéotome ;
- appliquer une traction additionnelle sur le membre inférieur pour aider l'orthopédiste dans sa manœuvre de luxation d'une hanche ;
- glisser un guide de coupe et le fixer au mandrin déjà mis en place par l'orthopédiste ;
- utiliser l'agrafeuse mécanique (fusil à peau ou clip à peau).

Lors d'une chirurgie endoscopique :

- tenir et déplacer la caméra ;
- introduire un instrument dans un trocart sans le positionner dans la cavité ;
- retirer une pince libre de tissu.

CONDITIONS D'EXÉCUTION DES ACTES D'AIDE TECHNIQUE AU CHIRURGIEN

- En tout temps, ils doivent être effectués à la demande explicite du chirurgien et selon ses indications.
- Lors de leur exécution, ils ne doivent, à aucun moment, risquer de nuire au déroulement sécuritaire du service interne, notamment au compte chirurgical ou à l'approvisionnement du matériel requis pour la chirurgie.
- Le développement et la maîtrise d'habiletés techniques devront être acquis¹⁵.

LES ACTES D'ASSISTANCE OPÉRATOIRE

Durant l'intervention chirurgicale, l'infirmière peut effectuer des actes d'assistance opératoire à l'intérieur du site opératoire. Ces actes s'inscrivent dans le traitement médical qu'est la chirurgie et demeurent sous le contrôle direct du chirurgien. Les divers actes d'assistance opératoire font partie intégrante du déroulement de la chirurgie. Ils se rattachent aux activités réservées aux infirmières en vertu de l'article 36 de la L.I.I. :

- 1 Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance.
- 2 Appliquer des techniques invasives.

Dans ce contexte particulier, l'application de techniques invasives s'intègre au traitement médical selon une ordonnance et en est indissociable.

En raison de ce qui précède, et compte tenu des risques de préjudice qu'ils comportent, les actes d'assistance opératoire sont réservés aux infirmières.

15. Notons qu'actuellement, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est à élaborer un programme de formation et d'intégration au bloc opératoire.

Les actes d'assistance opératoire peuvent être regroupés en quatre catégories :

- 1 L'exécution de techniques de suture et de ligature sur les plans superficiels ;
- 2 La manipulation d'instruments et d'appareils chirurgicaux usuels à l'intérieur du site opératoire ;
- 3 L'application de techniques d'hémostase directe à l'intérieur du site opératoire ;
- 4 L'exécution de manœuvres courantes, précises et directes sur des tissus identifiés en cours de chirurgie.

L'assistance opératoire n'est pas considérée comme de la première assistance en chirurgie, même si l'infirmière est brossée seule avec le chirurgien. En effet, l'infirmière, qui exécute les actes d'assistance opératoire à divers moments de l'application de la procédure chirurgicale, agit à la demande du chirurgien et selon ses indications. Tous ces actes demeurent sous le contrôle direct du chirurgien.

CRITÈRES DE DÉTERMINATION DES ACTES D'ASSISTANCE OPÉRATOIRE

- Sont des actes à caractère invasif et à risque de préjudice.
- Font habituellement partie de la procédure chirurgicale.
- Consistent en l'application d'actes courants, précis et impliquent la manipulation d'instruments chirurgicaux usuels.
- Sont exécutés à l'intérieur du site opératoire.
- Peuvent être exécutés isolément durant une période de temps déterminée ou à un moment précis du déroulement de la chirurgie.
- Contribuent à la réalisation de diverses étapes de la séquence chirurgicale.

EXEMPLES D'ACTES D'ASSISTANCE OPÉRATOIRE :

- fixer un drain à la peau à l'aide d'une suture ;
- couper des tissus avec des ciseaux ou le bistouri ;
- choisir et appliquer les divers types d'écarteurs, selon la nature de l'intervention chirurgicale ;
- appliquer une pince à l'intérieur du site opératoire ;
- clamer des vaisseaux au niveau sous-cutané pour contrôler l'hémostase ;
- appliquer l'électrocautère directement sur des vaisseaux et des tissus ;
- procéder à la ligature de vaisseaux superficiels ;
- appliquer des hémoclips ;
- effectuer la fermeture des plans superficiels de la plaie chirurgicale et de la peau avec des sutures ou des agrafes ;
- utiliser un instrument mécanique pour perforer un os ;
- utiliser un ostéotome pour effectuer l'exérèse de tissus osseux ou le décollement de tissus ;
- préparer un greffon, à l'exception des greffons vasculaires.

Durant les chirurgies endoscopiques :

- enlever un instrument sous vision directe ;
- déplacer la pince à préhension déjà clampée par le chirurgien sous vision directe (antérieure, postérieure, latérale) ;
- retirer un trocart sous vision directe.

CONDITIONS D'EXÉCUTION DES ACTES D'ASSISTANCE OPÉRATOIRE

- L'exécution des actes d'assistance opératoire nécessite l'acquisition de connaissances et de compétences particulières dans le cadre de cours théoriques et d'applications pratiques en laboratoire et en stage¹⁶.
- L'assistance opératoire nécessite la maîtrise d'habiletés de techniques chirurgicales spécifiques qui doivent être tenues à jour et développées par une pratique régulière.
- Durant le déroulement chirurgical, les actes d'assistance opératoire doivent être effectués à la demande du chirurgien et selon ses indications.
- L'infirmière peut appliquer les actes d'assistance opératoire en même temps qu'elle assure le service interne :
 - si le type de chirurgie et la procédure chirurgicale le permettent ;
 - si les demandes du chirurgien sont compatibles avec les exigences du service interne.
- Si le déroulement de la chirurgie le nécessite, la présence d'une seconde personne brossée (infirmière ou infirmière auxiliaire) pourrait être nécessaire.

Les actes liés au service interne sont décrits brièvement à l'annexe 2 dans le tableau « Description de certains actes effectués par l'infirmière en salle d'opération ».

16. Les exigences de formation pour effectuer les actes d'assistance opératoire sont précisées à l'annexe 1.

LA PREMIÈRE ASSISTANCE EN CHIRURGIE

La première assistance en chirurgie consiste en un ensemble d'actes médicaux invasifs ou à risque de préjudice réservés aux médecins. Ils sont autorisés par règlement du CMQ et sont réservés aux infirmières qui répondent aux exigences et aux conditions énoncées dans le *Règlement sur certaines activités de première assistance chirurgicale pouvant être exercées par une infirmière*. L'infirmière, qui effectue les actes de première assistance en chirurgie, participe activement à la chirurgie, prend l'initiative des actions, de concert avec le chirurgien à l'intérieur du site opératoire, et contribue de façon continue à la réalisation des diverses étapes de l'intervention chirurgicale.

Les actes de première assistance en chirurgie appartiennent à l'une ou l'autre des cinq catégories suivantes :

- 1 L'utilisation et l'installation de divers instruments et appareils chirurgicaux complexes et spécialisés à l'intérieur du site opératoire ;
- 2 L'incision, la manipulation, la dissection et le prélèvement de tissus ;
- 3 L'exécution de certaines étapes de la procédure chirurgicale à l'intérieur du site opératoire ;
- 4 Le choix et l'utilisation des diverses méthodes d'hémostase en profondeur ;
- 5 La suture des plans profonds de la plaie chirurgicale et les ligatures en profondeur.

CRITÈRES DE DÉTERMINATION DES ACTES DE PREMIÈRE ASSISTANCE EN CHIRURGIE

- Sont des actes médicaux impliquant des techniques invasives ou à risque de préjudice appliqués au niveau du site opératoire.
- Consistent en l'exécution d'actes cliniques et techniques complémentaires, selon une ordonnance médicale.
- Comportent un ensemble d'actes chirurgicaux exécutés en collaboration avec le chirurgien durant tout le déroulement opératoire.
- Nécessitent l'application d'une évaluation clinique inhérente à la réalisation de certaines techniques chirurgicales.
- Peuvent être amorcés par l'infirmière à divers moments de la chirurgie en application de la procédure chirurgicale.
- Peuvent impliquer l'utilisation d'instruments ou d'appareils chirurgicaux complexes ou spécialisés, leur application et leur manipulation en profondeur au niveau du site opératoire.
- Leur réalisation influe directement sur la procédure chirurgicale.

EXEMPLES D'ACTIVITÉS DE PREMIÈRE ASSISTANCE EN CHIRURGIE :

- procéder à l'incision de la peau ;
- effectuer la dissection de tissus ;
- appliquer des pinces en profondeur ;
- procéder à l'hémostase en profondeur ;
- effectuer les divers types de ligature en profondeur ;

- effectuer la cautérisation des tissus ;
- appliquer les diverses sutures (mécaniques ou autres) ;
- installer et stabiliser un drain ;
- procéder à la fermeture des plans profonds et superficiels.

Lors de chirurgies spécialisées :

- procéder à l'évaluation, au prélèvement et à l'inspection d'un vaisseau (saphène, artère radiale ou autres) ;
- procéder au prélèvement de greffon (tissu osseux, fascia, etc.) ;
- préparer un greffon vasculaire ;
- effectuer l'anastomose de tissus, de vaisseaux ou de nerfs par suture manuelle ou mécanique, incluant l'insertion de l'instrument à anastomose termino-terminale par voie rectale, et son activation lors d'une résection ou d'une réanastomose intestinale ;
- participer à la canulation ;
- participer à l'installation du cathéter dérivateur (*shunt*) ;
- scier un os ;
- mettre en place et fixer un guide de coupe pour les prothèses de remplacement ;
- luxer une hanche ;
- effectuer l'alésage d'une cavité articulaire ;
- installer des dispositifs d'ancrage.

Durant une chirurgie endoscopique :

- introduire un trocart sous vision directe ;
- retirer un trocart ;
- introduire et positionner un instrument sous vision directe ;
- procéder à l'exposition des tissus ;
- irriguer, aspirer par voie endoscopique ;
- couper des tissus sous vision directe ;
- procéder à la dissection des tissus par voie endoscopique ;
- procéder à l'hémostase, aux endoligatures et aux sutures endoscopiques ;
- assister à une anastomose sous vision directe lors de chirurgies spécialisées.

CONDITIONS D'APPLICATION DES ACTES DE PREMIÈRE ASSISTANCE EN CHIRURGIE PRÉVUES AU RÈGLEMENT DU CMQ

- Les actes de première assistance en chirurgie sont autorisés aux infirmières qui respectent les exigences de formation et les autres conditions énoncées au règlement du CMQ¹⁷.
- La première assistance en chirurgie nécessite la maîtrise d'habiletés cliniques et techniques chirurgicales qui doivent être maintenues à jour et développées par une pratique régulière.
- Les actes de première assistance en chirurgie doivent être accomplis par l'infirmière première assistante en présence du chirurgien responsable de l'intervention chirurgicale, sauf pour l'ouverture ou la fermeture de la plaie chirurgicale. Dans ce cas, le chirurgien doit être présent dans l'établissement et disponible pour une intervention rapide.
- L'infirmière, qui agit comme première assistante en chirurgie, ne doit en aucun temps exercer simultanément comme infirmière en service interne.

Le tableau « Description de certains actes effectués par l'infirmière en salle d'opération », exposé à l'annexe 2, présente sommairement les actes de première assistance en chirurgie.

17. Ces conditions sont précisées dans le *Règlement sur certaines activités de première assistance chirurgicale pouvant être exercées par une infirmière*.

LE SERVICE À L'UNITÉ DE SOINS POSTANESTHÉSIIQUES (USPA)

Le service à l'USPA s'applique à l'ensemble des actes effectués par l'infirmière, pour assurer l'évaluation, la surveillance et la prise en charge de la condition du client durant la période postopératoire immédiate¹⁸. La composition de l'équipe de soins et les fonctions que l'infirmière assume peuvent varier d'un milieu à l'autre, selon le type d'établissement, l'organisation du bloc opératoire et les ressources professionnelles disponibles.

En effet, certains milieux disposent d'une équipe d'infirmières dédiée uniquement à l'USPA. Ces infirmières doivent posséder les connaissances et les habiletés requises, avoir développé une expertise particulière en soins postanesthésiques et assurer le maintien de leurs compétences (ANIPAC, 2011, p. 26-27, 53-84). Dans le cadre de leurs fonctions, elles n'exercent aucune activité liée à la salle d'opération. Bien que leurs activités chevauchent une partie du continuum de soins périopératoires, dans l'esprit des présentes lignes directrices, ces infirmières ne sont pas tenues d'avoir une formation en soins périopératoires, puisqu'elles interviennent uniquement à l'USPA.

Dans d'autres milieux, les soins postopératoires immédiats sont accomplis à tour de rôle par les infirmières du bloc opératoire qui font du service externe, du service interne en salle d'opération et de l'assistance opératoire. Ces infirmières sont aussi appelées à assurer des périodes de garde, ce qui les amène à intervenir à l'USPA, en cas d'interventions chirurgicales d'urgence. Elles sont donc visées par l'ensemble des lignes directrices énoncées dans ce document. De ce fait, elles doivent posséder les connaissances et les habiletés essentielles pour intervenir en soins postanesthésiques.

LES SOINS POSTOPÉRATOIRES IMMÉDIATS

L'USPA est un milieu de soins critiques, puisque la condition clinique des clients qui y sont admis comporte des risques liés aux effets cumulatifs de l'intervention chirurgicale, de l'anesthésie¹⁹ et de certaines pathologies préexistantes (AAGBI, 2002, 2005 ; ANIPAC, 2011 ; ASA, 2009b ; Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation, 2002).

Les soins postopératoires débutent dès que le transfert de la salle d'opération est complété, et sont assurés jusqu'au moment du congé de l'USPA. Ils sont réalisés en collaboration avec l'anesthésiologiste responsable de la surveillance médicale du client. Cet anesthésiologiste devrait être disponible pour intervenir à tout moment auprès du client lorsque sa condition l'exige ou en toute situation d'urgence.

Habituellement, un client ayant eu une intervention chirurgicale sous anesthésie générale, régionale ou encore sous sédation, est admis à l'USPA. Cette unité doit disposer du matériel approprié pour dispenser les soins infirmiers adéquatement et de façon sécuritaire. Durant toute la période de recouvrement, le client doit faire l'objet d'une surveillance clinique par une infirmière.

La condition clinique du client demeure le facteur primordial qui doit être pris en compte pour déterminer l'intensité des soins postopératoires immédiats et le degré de surveillance à assurer au client. En effet, durant l'épisode de soins postopératoires immédiats, la condition du client évolue vers une récupération

18. Dans certaines USPA, divers traitements sont appliqués, tels que la cardioversion, les traitements pour la douleur, entre autres avec épidurale, etc. Étant donné la grande variété de ces situations cliniques et comme elles ne sont pas directement liées aux soins périopératoires, leur encadrement clinique n'a pas été retenu dans le cadre de ce document.

19. Les effets de l'anesthésie peuvent être liés à l'administration de sédatifs, d'analgésiques et de substances anesthésiques.

graduée des diverses fonctions vitales. Durant la période de récupération du client, le degré de surveillance requis est appelé à se modifier, jusqu'au moment du congé de l'USPA. Toutefois, une attention particulière doit être accordée aux clients pédiatriques et gériatriques qui ont subi une anesthésie, afin de prévenir les complications et de diminuer les risques spécifiques liés à l'anesthésie dans ces deux groupes d'âge (American Society of PeriAnesthesia Nurses [ASPAN], 2009a, 2009b).

Lors de la détermination de l'intensité de soins et de la prise de décisions relatives à l'allocation des infirmières à l'intérieur de l'USPA, certains critères pourraient être pris en compte, tels que (ANIPAC, 2011, p. 114-120; ASPAN, 2010b):

- le niveau de conscience du client – conscient, inconscient, agité, confus;
- la condition générale du client – stable, instable, critique;
- l'état hémodynamique du client – stable, changement modéré ou instable;
- la condition respiratoire du client – stable ou instable, avec ou sans assistance ventilatoire;
- les complications – la présence ou non de complication.

La détermination de l'intensité de soins est aussi en relation avec la complexité de l'intervention chirurgicale et le type d'anesthésie administrée (générale, épidurale, rachidienne, narcose, locale, bloc nerveux périphérique). Doivent aussi être pris en compte le type de surveillance clinique à assurer, les appareils de monitoring utilisés et la fréquence des mesures à appliquer auprès du client.

L'infirmière doit être apte à intervenir auprès des clients en situation critique durant la période post-opératoire et postanesthésique (ANIPAC, 2011, p. 70-81; ASA, 2002a; ASPAN, AACN et ASA, 2009), respecter les règles de soins en vigueur dans l'établissement, appliquer les ordonnances collectives et les protocoles cliniques à l'USPA et, le cas échéant, se référer à l'anesthésiologiste. Par exemple, elle doit maîtriser les habiletés suivantes:

- évaluer et surveiller les fonctions respiratoire, neurologique et cardiaque;
- évaluer et surveiller les signes vitaux et la condition du client et initier les mesures requises pour leur récupération et leur maintien;
- assurer la surveillance clinique particulière d'un client sous assistance ventilatoire ou nécessitant un monitoring hémodynamique;
- évaluer l'équilibre liquidien et électrolytique, surveiller et contrôler les solutés intraveineux;
- évaluer la douleur et appliquer les mesures adéquates pour la soulager;
- identifier les effets indésirables de l'anesthésie (p. ex., l'hyperthermie maligne), de l'analgésie (p. ex., l'apnée) et de la sédation;
- administrer les médicaments intraveineux et assurer l'administration appropriée des médicaments analgésiques, antinauséux, antiémétiques ou autres à partir d'ordonnances collectives ou de protocoles;
- procéder à la réanimation cardiorespiratoire et intervenir lors de toute situation d'urgence;
- initier toute autre mesure thérapeutique appropriée, selon les protocoles adoptés dans l'établissement, liée, par exemple, au contrôle de la température, à la conduite à tenir face à un client agité ou faisant l'objet de précautions additionnelles en présence de SARM, ERV ou TB.

DESCRIPTION DES PRINCIPAUX ACTES LIÉS AUX SOINS POSTOPÉRATOIRES IMMÉDIATS

Les actes liés aux soins postopératoires immédiats s'inscrivent à trois moments précis de la phase postopératoire immédiate : l'admission à l'USPA, la période de recouvrement et le congé de l'USPA vers une autre unité de soins ou vers le domicile. Les particularités des actes accomplis à chacun de ces moments sont précisées ci-dessous, ainsi que certaines conditions d'encadrement.

L'ADMISSION À L'UNITÉ DE SOINS POSTANESTHÉSIIQUES

Lorsque le client est admis à l'USPA, il est assigné à une infirmière (ANIPAC, 2011, p. 114-116). À ce moment, l'anesthésiologiste, l'inhalothérapeute et l'infirmière qui effectuent le transfert lui communiquent les renseignements nécessaires à la surveillance clinique de la condition du client, entre autres les renseignements relatifs à sa condition de santé peropératoire, à la nature de la chirurgie et au type d'anesthésie, ainsi qu'à leur déroulement respectif et, le cas échéant, aux soins particuliers à effectuer.

Afin de favoriser la continuité des soins et pour permettre un transfert sécuritaire du client vers l'USPA, une procédure standardisée de rapport écrit ou verbal devrait être adoptée par l'établissement. Cette procédure devrait aussi viser le rapport à effectuer au moment du remplacement de l'infirmière responsable du client à l'USPA (fin du quart de travail, repas ou pause) et lors du transfert vers une autre unité de soins (ANIPAC, 2011, p. 161-162).

L'infirmière dresse le profil clinique de la condition du client, dès son arrivée à l'USPA, et le documente au dossier de celui-ci.

LA PÉRIODE DE RECOUVREMENT

Durant la période de recouvrement, la surveillance clinique devrait être continue et adaptée à la condition du client. Les critères de surveillance devraient être définis localement. Les informations cliniques évolutives sont recueillies de façon systématique et notées au dossier.

L'infirmière doit surveiller le client étroitement jusqu'à ce que l'évaluation initiale soit complétée, qu'il ait recouvré ses fonctions respiratoires, que son état hémodynamique soit stable et qu'il soit capable de communiquer (AAGBI, 2002 ; ANIPAC, 2011, p. 114-118 ; Royal College of Anaesthetists, 2009). Lorsque la condition du client est stable, l'infirmière pourrait être assignée à plus d'un client.

Si la condition de santé ou la condition respiratoire du client est jugée instable, si sa condition de santé est critique ou s'il présente des complications, une infirmière et, selon le cas, deux infirmières devraient demeurer continuellement auprès de lui pour assurer les soins postopératoires immédiats requis (ANIPAC, 2011, p. 114-116 ; ASPAN, 2010b).

Chez tous les clients à l'USPA, l'infirmière doit évaluer périodiquement l'état respiratoire²⁰, la pression sanguine, le rythme cardiaque, la température, les accès vasculaires, la zone opératoire, ainsi que les pertes sanguines, le niveau de conscience et l'intensité de la douleur. D'autres paramètres peuvent faire l'objet

20. L'évaluation de l'état respiratoire comprend la fréquence, le rythme et l'amplitude respiratoire, les ronflements, ainsi que la saturation pulsatile en oxygène.

d'une évaluation particulière, tels que la pression veineuse centrale, les divers drainages chirurgicaux, la capnographie, etc. Les résultats des paramètres évalués, ainsi que les observations cliniques, sont notés au dossier du client.

L'infirmière assure la surveillance de la thérapie intraveineuse et administre les divers médicaments prescrits et requis par la condition du client. Elle connaît leur action, assure la surveillance du client, détecte les effets secondaires et les réactions indésirables et elle intervient rapidement en appliquant les ordonnances collectives appropriées ou en se référant rapidement à l'anesthésiologiste.

L'infirmière détecte, évalue et applique les mesures thérapeutiques appropriées, en présence des problèmes cliniques susceptibles de se présenter en période postopératoire immédiate. Les établissements de santé devraient adopter des protocoles cliniques pour soutenir la prise en charge des principaux problèmes cliniques susceptibles de se présenter à l'USPA. Ces protocoles cliniques soutiendraient l'action des infirmières concernant les problèmes tels que la douleur, les nausées et les vomissements, ainsi que l'hypothermie et l'hyperthermie maligne.

Le contrôle de la douleur est un aspect important des soins postopératoires immédiats (ASPAN, 2003). Le protocole précise les paramètres d'évaluation de la douleur, par exemple, échelle d'évaluation de la douleur, apparence physique, signes vitaux, y compris la saturation en oxygène. Il détermine les médicaments à administrer selon les ordonnances médicales individuelles ou collectives pour contrôler la douleur. Enfin, il spécifie les mesures non pharmacologiques à appliquer pour assurer le confort du client.

Les nausées et les vomissements postopératoires constituent une des complications postopératoires les plus fréquentes (ASPAN, 2006). Le protocole aide l'infirmière à reconnaître les clients à risque de présenter une telle complication. En présence de nausées ou de vomissements, il facilite l'évaluation de la sévérité de cette complication et oriente l'application des mesures thérapeutiques appropriées, tout en accordant une attention particulière à l'hydratation et à la pression sanguine.

Tout client qui subit une intervention chirurgicale est à risque de présenter une hypothermie postopératoire (ASPAN, 2010a). Un protocole aide à connaître les facteurs de risque associés à ce problème, ainsi que les conséquences négatives qu'elle entraîne chez le client durant la période postopératoire. Ce protocole permet d'initier les mesures préventives appropriées et, au besoin, d'appliquer les mesures de réchauffement requises afin que la température revienne à la normale et que les signes et les symptômes (frissons, grelottements, dressement des poils, froideur des extrémités) soient résolus avant le congé de l'USPA.

Habituellement, le retrait du tube endotrachéal ou du masque laryngé à l'USPA est effectué par l'anesthésiologiste. Toutefois, l'infirmière peut les retirer lorsque des critères d'évaluation et de décision ont été élaborés conjointement avec les anesthésiologistes et adoptés dans le centre, et que les interventions d'urgence ont été déterminées. Les critères d'évaluation devraient préciser les paramètres relatifs aux aspects suivants (Khalil, Chatterjee, Macbryde, Sarkar et Marks, 2006) : la condition cardiovasculaire, la température, le recouvrement de l'anesthésie et la ventilation. Lorsque l'infirmière procède au retrait du tube endotrachéal ou du masque laryngé, un anesthésiologiste devrait être disponible pour intervenir en situation d'urgence respiratoire.

LE CONGÉ DE L'UNITÉ DE SOINS POSTANESTHÉSQUES (USPA)

Le client demeure à l'USPA jusqu'à ce que sa condition lui permette de la quitter en toute sécurité. Habituellement, le congé est donné par l'anesthésiologiste. L'établissement peut confier aux infirmières la responsabilité d'évaluer la condition du client et de décider s'il peut quitter l'USPA en toute sécurité. Un instrument basé sur des critères reconnus devrait alors être adopté conjointement par les anesthésiologistes et la direction des soins infirmiers.

Un tel instrument devrait établir les paramètres à évaluer chez le client et fournir les balises décisionnelles liées au congé. Il devrait comprendre, entre autres, les aspects suivants : le niveau de conscience, l'activité sensitive et motrice, la respiration, la circulation, la coloration, la température, le contrôle de la douleur et des nausées, la perméabilité des accès veineux, des tubulures et des drains, ainsi que la condition du pansement et du site opératoire.

Si le client quitte directement l'établissement à partir de l'USPA, sans être transféré vers une autre unité de soins, les critères de congé devraient être adaptés à la situation ambulatoire du client et tenir compte, notamment, de la nature de la chirurgie et du type d'agent anesthésique utilisé.

Un document écrit contenant des recommandations particulières devrait lui être remis avant son départ (Société canadienne des anesthésiologistes [SCA], 2012). Ce document devrait comprendre les informations nécessaires pour assurer la sécurité du client lors de son congé, telles que l'accompagnement requis pour le retour à domicile, la surveillance à assurer, les directives à appliquer durant les heures qui suivent son retour à domicile, le soulagement de la douleur, la reprise des activités, ainsi que les restrictions à respecter (ANIPAC, 2011, p. 139-140, p. 150; ASA, 2009a; OIIQ, 2009; SCA, 2012). Les coordonnées du service à joindre en cas de besoin ou d'urgence devraient aussi être données au client. Selon l'organisation du milieu, l'infirmière de l'USPA peut être aussi appelée à assurer un suivi téléphonique postopératoire auprès des clients ambulatoires durant la journée suivant leur congé.

LA DOCUMENTATION DES SOINS À L'UNITÉ DE SOINS POSTANESTHÉSQUES

Un instrument standardisé devrait être adopté dans l'établissement, afin de faciliter l'évaluation et l'enregistrement des divers paramètres du recouvrement d'un client à l'USPA (ANIPAC, 2011, p. 148-158). Cet instrument permettrait aussi de suivre objectivement l'évolution de la condition du client depuis son arrivée jusqu'à son congé de l'USPA (p. ex., le score d'Aldret).

L'infirmière doit documenter ses observations et toutes les données cliniques pertinentes relatives à la période de recouvrement. Les informations cliniques liées aux aspects suivants devraient être notées au dossier du client (ANIPAC, 2011, p. 136-137; ASPAN, 2003) :

- la fonction neurologique, y compris le niveau de conscience, mesurée à l'aide d'échelles, telles que l'échelle de Glasgow, l'échelle de Hunt et Hess et l'échelle de Fisher²¹ ;
- l'état respiratoire, si présence de respirateur, et le mode de ventilation (p. ex., CRAP, CMV, PSV ou autre) ;
- la pression sanguine et l'application du test d'hypotension pour les rachis ;

21. Les échelles de Glasgow ou de Hunt et Hess sont utilisées pour la surveillance des signes d'hémorragie ou d'œdème postopératoire après une chirurgie crânienne.

- la fréquence et le rythme cardiaque ;
- la température et celle de la couverture chauffante, le cas échéant ;
- le niveau de douleur (p. ex., l'utilisation de l'échelle de Kadian ou de CHEOPS) et de confort, ou tout problème clinique particulier et les mesures appliquées ;
- le saignement postopératoire ;
- les solutés intraveineux ;
- les médicaments administrés et leur compatibilité ;
- la fonction neurovasculaire : les pouls périphériques et la sensation aux extrémités, selon le type d'anesthésie ;
- l'état et la coloration de la peau ;
- l'état du pansement et des incisions observables ;
- les lectures de pression hémodynamique, de pression intracrânienne ou autres, le cas échéant ;
- l'évaluation du fonctionnement des divers types de drains (thoracique, ventriculaire, lombaire, épidural) et les soins qui y sont rattachés ;
- tout autre paramètre pertinent – diurèse, drainage chirurgical ;
- les données relatives au congé de l'USPA et, au besoin, l'ajustement du plan thérapeutique infirmier avant le départ du client, afin d'assurer le suivi clinique.

À l'annexe 3, un tableau présente la « Description de certains actes effectués par l'infirmière à l'USPA ».

INTERVENTIONS POSTANESTHÉSQUES EN MILIEU HORS HOSPITALIER

Les critères liés aux soins, à la surveillance clinique et au congé à l'USPA doivent être les mêmes, quel que soit l'endroit où sont effectués les soins postopératoires immédiats. Tout milieu hors hospitalier devrait disposer de la médication et de l'équipement nécessaires pour prodiguer les soins infirmiers postopératoires immédiats et intervenir en situation d'urgence.

Les ordonnances collectives, les protocoles, les règles de soins et les programmes de suivis systématiques requis pour soutenir l'intervention des infirmières devraient être adoptés et disponibles à l'USPA. Les infirmières devraient les connaître, y avoir accès et être en mesure de les appliquer adéquatement. Des politiques et des procédures d'urgence devraient être adoptées pour faciliter le transfert d'urgence des clients vers un établissement de santé, le cas échéant.

8 ENCADREMENT PROFESSIONNEL APPLICABLE AUX ACTIVITÉS DES INFIRMIÈRES EN SALLE D'OPÉRATION

L'encadrement professionnel des infirmières qui exercent en salle d'opération se fonde sur quatre composantes essentielles : 1. règles de soins infirmiers, 2. formation des infirmières, 3. maintien et développement de leurs compétences, et 4. respect des normes de pratique.

LES RÈGLES DE SOINS INFIRMIERS²²

La règle de soins infirmiers est un outil d'encadrement clinico-administratif qui s'applique spécifiquement à l'accomplissement d'activités professionnelles (OIIQ et OIIAQ, 2005). C'est la directrice des soins infirmiers qui adopte les règles de soins infirmiers dans le cadre de son mandat, notamment en ce qui concerne le contrôle de la qualité des soins infirmiers. Les directives qui y sont énoncées ont un caractère obligatoire et doivent être respectées par les personnes visées.

Dans le contexte de ce document, les règles de soins infirmiers déterminent les conditions d'encadrement des actes posés par les infirmières en salle d'opération et à l'unité de soins postanesthésiques, pour en assurer la qualité et la sécurité. Elles précisent les conditions et les limites à respecter, lorsque les activités professionnelles sont effectuées, les mesures de contrôle mises en place par le milieu, ainsi que les exigences auxquelles sont soumises les infirmières visées.

Les règles de soins infirmiers pourraient encadrer certaines activités professionnelles, par exemple :

- les activités à risque liées au service externe, la vérification du site chirurgical, les comptes chirurgicaux, la préparation et le transfert des médicaments du service externe vers le service interne, le traitement des spécimens ;
- la surveillance du client sous sédation-analgésie en salle d'opération ;
- les actes d'assistance opératoire, les conditions et les exigences qui y sont associées et le contrôle de la formation requise prévus dans l'établissement ;
- les situations où une seconde personne en service interne devrait être prévue ;
- les actes à risque liés aux soins postanesthésiques, tels que les décisions quant au retrait du tube endotrachéal et au congé de l'USPA.

Les règles de soins infirmiers devraient tenir compte des présentes lignes directrices, ainsi que des normes et standards de pratique, généralement reconnus, dans le domaine des soins périopératoires et des soins postanesthésiques. Elles sont complémentaires aux procédures, politiques et protocoles en vigueur au bloc opératoire. La description des fonctions de l'infirmière devrait confirmer la portée de ses responsabilités et de ses activités.

Il faut préciser que des règles de soins infirmiers sont aussi adoptées pour encadrer les activités des infirmières auxiliaires en salle d'opération. Selon le cas, ces règles doivent être considérées en relation avec les règles de soins infirmiers applicables aux infirmières.

22. Les milieux privés ne sont pas tenus d'élaborer des règles de soins infirmiers comme dans les établissements du réseau de la santé. Toutefois, il est recommandé que des mesures soient prises par les infirmières pour que de telles règles soient adoptées en vue d'assurer la qualité et la sécurité des services.

LA FORMATION

L'infirmière qui exerce en salle d'opération doit posséder les connaissances et maîtriser les habiletés requises pour intervenir rapidement et efficacement au sein de l'équipe chirurgicale. Pour ce faire, elle doit être apte à accomplir l'ensemble des activités professionnelles en salle d'opération, à savoir les activités liées à la coordination clinique, au service externe, à la surveillance du client sous sédation-analgésie, au service interne, y compris les actes d'assistance opératoire et aux soins postopératoires immédiats.

Ainsi, les infirmières en soins périopératoires devraient avoir réussi leur formation de base en soins périopératoires²³, ainsi que la formation particulière pour accomplir les actes d'assistance opératoire²⁴. Ces formations comprennent des périodes d'apprentissage théorique et en laboratoire, ainsi que des stages en milieu clinique.

Il revient à la direction des soins infirmiers de mettre en place un mécanisme d'encadrement de la formation des infirmières en soins périopératoires dans l'établissement de santé. Ce mécanisme peut impliquer la collaboration des chirurgiens et, le cas échéant, des infirmières premières assistantes en chirurgie (IPAC) qui exercent dans l'établissement, notamment en ce qui concerne la supervision des actes d'assistance opératoire. Un processus de reconnaissance des acquis pourrait aussi être prévu, notamment pour les infirmières qui exercent déjà en salle d'opération et qui accomplissent certains actes d'assistance opératoire.

L'IPAC doit respecter les exigences de formation énoncées au règlement du CMQ. En effet, elle doit avoir obtenu un certificat de première assistance en chirurgie de l'UQTR et être détentrice d'un baccalauréat.

L'annexe 1 décrit sommairement les trois types de formation offerts aux infirmières en soins périopératoires.

LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES

L'infirmière en soins périopératoires, comme toute autre infirmière, est responsable de maintenir ses connaissances à jour et d'agir avec compétence. Pour ce faire, elle doit respecter la norme de formation continue adoptée par l'OIIQ (2011a). Ainsi, elle est tenue de participer annuellement à un nombre minimal d'heures de formation continue, de les déclarer lors de son inscription au Tableau de l'OIIQ, et de tenir un registre à cette fin. Elle doit s'engager dans un processus de formation continue en participant aux diverses activités de formation.

Le développement technologique et l'évolution dans le domaine chirurgical imposent que les activités professionnelles accomplies par les infirmières en salle d'opération soient constamment adaptées. L'infirmière en soins périopératoires doit être à l'affût des nouvelles connaissances et habiletés dans son domaine d'activité, et faire en sorte de les intégrer rapidement, pour faire évoluer sa pratique clinique en conséquence.

Le développement des compétences s'applique aussi aux actes de première assistance en chirurgie. En effet, toute IPAC devrait maîtriser les compétences nécessaires pour être en mesure d'effectuer les actes faisant généralement partie du déroulement des diverses chirurgies pratiquées en salle d'opération.

23. Les infirmières qui sont assignées uniquement à l'unité de soins postanesthésiques (USPA) ne sont pas tenues de posséder la formation en soins périopératoires, puisqu'elles n'interviennent pas en salle d'opération.

24. Les exigences de formation pour les infirmières en soins périopératoires et les infirmières premières assistantes en chirurgie sont détaillées à l'annexe 1.

Toutefois, certaines chirurgies spécialisées exigent l'accomplissement d'actes spécifiques, présentant un haut degré de complexité, qui peuvent nécessiter une préparation particulière. Cette préparation devrait alors faire l'objet d'une entente entre la direction des soins infirmiers et les chirurgiens du milieu et être offerte aux IPAC visées.

Dans le contexte du bloc opératoire, la formation continue doit être assortie de mesures visant à assurer le maintien des compétences. En effet, il est essentiel que les infirmières conservent et améliorent leurs habiletés pour intervenir adéquatement et efficacement au sein de l'équipe chirurgicale.

Les mesures élaborées par l'établissement et appliquées de concert avec les infirmières devraient tenir compte de la fréquence et du temps nécessaires pour maintenir les habiletés cliniques et techniques. Ainsi, toutes les infirmières en soins périopératoires devraient effectuer périodiquement, en alternance, le service interne, y compris les actes d'assistance opératoire, le service externe et, selon l'organisation du milieu, intervenir à l'USPA. Les IPAC sont incitées à tenir un registre de leurs activités de première assistance en chirurgie, afin d'être en mesure de produire, à la direction des soins infirmiers, le profil de leurs interventions dans le domaine.

LE RESPECT DES NORMES DE PRATIQUE

Les infirmières qui exercent en soins périopératoires et les IPAC doivent connaître et respecter les normes et standards de pratique, ainsi que les lignes directrices qui régissent leur pratique. Ces documents visent à assurer la qualité et la sécurité des soins infirmiers offerts au bloc opératoire et aussi à orienter la pratique infirmière.

Les infirmières en soins périopératoires et les IPAC peuvent se référer aux présentes lignes directrices, aux normes adoptées par l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC), l'Association of periOperative Registered Nurses (AORN) et l'Association nationale des infirmières et infirmiers en soins périanesthésiques du Canada (ANIPAC) pour guider leurs décisions et leurs actions. Ces documents constituent une source de référence importante pour appuyer l'élaboration des règles de soins infirmiers ou de toute autre politique ou procédure applicable en salle d'opération et à l'USPA.

DESCRIPTION SOMMAIRE DU CONTINUUM DE FORMATION OFFERT AUX INFIRMIÈRES EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES

Le continuum de formation en soins périopératoires comprend trois programmes distincts. Chacun d'eux fait l'objet d'une description succincte.

PROGRAMME DE FORMATION DE BASE EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES

Le programme de formation de base en soins périopératoires est un programme d'apprentissage offert aux nouvelles infirmières, lors de leur arrivée au bloc opératoire²⁵. Il devrait viser le développement des compétences essentielles suivantes pour exercer en salle d'opération (AIISOC, 2011, p. 54-59) :

- 1 Pratiquer en se conformant aux lois et aux normes professionnelles.
- 2 Prodiquer les soins en service externe et en service interne, ainsi que les soins postanesthésiques immédiats, y compris la surveillance du client sous sédation-analgésie.
- 3 Apporter le soutien au client et à sa famille, ainsi qu'aux autres membres de l'équipe chirurgicale.
- 4 Contribuer à maintenir un milieu sécuritaire.
- 5 Réagir de façon appropriée aux situations d'urgence.
- 6 Gérer efficacement les ressources humaines et matérielles à l'intérieur de la salle d'opération.

La formation de base en soins périopératoires devrait comprendre un volet théorique, ainsi que des périodes de laboratoire et de stage pratique.

Volet théorique : Axé sur les connaissances théoriques, il permet de connaître les exigences liées à la coordination clinique, au service externe, au service interne, à la surveillance du client sous sédation-analgésie, ainsi que les exigences minimales pour effectuer les soins postanesthésiques immédiats. Durant la formation théorique, l'infirmière acquiert les connaissances essentielles à la pratique en salle d'opération (p. ex., l'évaluation clinique adaptée à la situation chirurgicale, les principes d'asepsie, les instruments, le matériel et l'équipement utilisés, les différentes procédures opératoires et leur déroulement, les diverses techniques à appliquer durant la chirurgie, etc.).

Laboratoire et stage pratique : Périodes de laboratoire et de stage permettant à l'infirmière d'appliquer les connaissances et habiletés acquises lors de diverses situations cliniques chirurgicales. Ces périodes sont supervisées par des monitrices qui encadrent les apprentissages et procèdent à l'évaluation des applications pratiques en salle d'opération.

FORMATION D'ASSISTANCE OPÉRATOIRE

La formation d'assistance opératoire comprend un volet théorique offert par l'UQTR²⁶ et un volet pratique élaboré et encadré par l'établissement de santé.

25. Le programme de formation de base en soins périopératoires peut être élaboré localement par l'établissement. Éventuellement, le volet théorique d'un programme de formation uniformisé devrait être offert en ligne par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) aux infirmières du réseau de la santé.

26. Le programme de formation d'assistance opératoire conçu par l'UQTR est le seul au Québec. Les informations relatives à cette formation sont accessibles sur le site Web suivant : www.uqtr.ca/fc.assop.

Volet théorique: Toutes les infirmières doivent réussir au moins un cours d'anatomie (15 heures) et deux cours de physiopathologie chirurgicale (30 heures). Si l'infirmière possède déjà une telle formation, elle doit le démontrer à la directrice des soins infirmiers ou, en milieu privé, au directeur médical.

L'infirmière peut choisir, parmi les cours offerts en ligne par l'UQTR dans le cadre de la *Formation d'assistance opératoire*, ceux qui sont les mieux adaptés à sa pratique en chirurgie.

Les cours suivants donnent accès à l'assistance opératoire pour les infirmières :

Un cours d'anatomie, au choix :

- Anatomie chirurgicale I – Anatomie des appareils cardiovasculaire, respiratoire et tégumentaire
- Anatomie chirurgicale II – Anatomie de l'appareil digestif et urogénital
- Anatomie chirurgicale III – Anatomie de l'appareil locomoteur, membres supérieurs, inférieurs et parois du tronc
- Anatomie chirurgicale IV – Anatomie crânio-cervico-faciale, appareil visuel, appareil auditif, système nerveux central

Deux cours de physiopathologie chirurgicale, au choix :

- Physiopathologie chirurgicale I – Pathologies chirurgicales gastro-entérologiques
- Physiopathologie chirurgicale II – Pathologies chirurgicales hépato-biliaires et pancréatiques
- Physiopathologie chirurgicale III – Pathologies chirurgicales orthopédiques des membres supérieurs
- Physiopathologie chirurgicale IV – Pathologies chirurgicales orthopédiques des membres inférieurs
- Physiopathologie chirurgicale V – Pathologies chirurgicales urologiques et gynécologiques
- Physiopathologie chirurgicale VI – Pathologies chirurgicales ophtalmiques, otorhinolaryngologiques, thyroïdiennes, chirurgies plastiques et esthétiques

Ces cours permettent à l'infirmière d'acquérir les bases théoriques requises pour effectuer les actes d'assistance opératoire en période peropératoire. Ils sont crédités et peuvent être transférés au programme de certificat IPAC ou au baccalauréat de perfectionnement en sciences infirmières de l'UQTR, favorisant ainsi un parcours professionnel au bloc opératoire. Ils sont aussi accrédités et répondent aux exigences de la norme de formation continue adoptée par l'OIIQ.

Laboratoire et stage pratique: Les modalités de déploiement du programme de formation lié à l'assistance opératoire, ainsi que les mécanismes de supervision et de contrôle des laboratoires et des stages, sont déterminés et appliqués localement par la direction des soins infirmiers.

Les périodes de laboratoire (30 heures) et de stage (90 heures) permettent de maîtriser les techniques essentielles liées à l'assistance opératoire (suture et ligature sur les plans superficiels, manipulation d'instruments et d'appareils à l'intérieur du site opératoire, application de techniques d'hémostase directe, exécution de manœuvres courantes sur des tissus).

Les laboratoires et les stages sont réalisés avec la collaboration des chirurgiens ou des IPAC. Ils devraient être supervisés par des monitrices. Durant ses périodes de laboratoire et de stage dans le milieu, l’infirmière doit consigner les informations essentielles lui permettant de suivre l’évolution des apprentissages requis pour qu’elle soit en mesure de poser les actes d’assistance opératoire.

Un carnet de formation a été conçu par l’OIIQ afin de soutenir l’infirmière dans sa démarche de formation et lui permettre d’en rendre compte auprès de la direction des soins infirmiers. Le *Carnet de formation de l’infirmière – Assistance opératoire* est disponible sur le site de l’OIIQ.

Une modalité de reconnaissance des acquis pour les infirmières qui effectuent certains actes d’assistance opératoire peut être adoptée dans chaque établissement. Dans ce cas, le nombre d’heures de laboratoire et de stage peut être adapté afin de tenir compte de l’expérience de chaque infirmière, le cas échéant. Toutefois, la directrice des soins infirmiers doit s’assurer que ces activités sont exécutées en toute sécurité.

PROGRAMME DE FORMATION DE PREMIÈRE ASSISTANCE CHIRURGICALE

Ce programme mène à l’obtention du certificat de pratique infirmière en première assistance chirurgicale (30 crédits) exigé par le règlement du Collège des médecins du Québec. Le certificat est décerné par l’UQTR. Durant ses stages dans le milieu, l’infirmière doit être supervisée par un chirurgien ou par une IPAC.

La formation se déroule autour de trois axes :

- 1 Connaissances théoriques liées à l’assistance chirurgicale – anatomie chirurgicale, physiopathologie chirurgicale, évaluation clinique en périopératoire, soins des plaies, pharmacologie.
- 2 Techniques chirurgicales et actes cliniques : utilisation et installation d’appareils et instruments chirurgicaux complexes ; incision, manipulation, dissection et prélèvement de tissus ; exécution de certaines étapes de la procédure chirurgicale ; choix et utilisation des méthodes d’hémostase en profondeur ; suture des plans profonds, ligatures en profondeur.
- 3 Stage – expérience clinique et travail dirigé.

Durant ses stages dans le milieu, l’infirmière doit tenir un registre des chirurgies pour lesquelles elle effectue la première assistance chirurgicale. Elle doit aussi tenir un cahier de stage qui permet de rendre compte de ses expériences cliniques.

La formation de première assistance chirurgicale est offerte en réponse aux besoins des milieux.

Volet théorique : la formation théorique est dispensée principalement en ligne et répartie dans divers modules. Elle couvre les fondements, ainsi que la physiopathologie chirurgicale. Les heures de formation accréditées suivies par une infirmière pour effectuer les actes d’assistance opératoire sont reconnues dans ce programme.

Laboratoire : les périodes de laboratoire doivent être effectuées en présentiel et comprennent diverses modalités d’application pratique, dont certaines à partir d’exercices virtuels.

Stage pratique : les heures de stage sont réalisées dans le milieu de travail avec la collaboration des chirurgiens et sous leur supervision. Une évaluation des expériences cliniques et un rapport de stage doivent être remis à l’UQTR à la fin de chacune des périodes de stage, puisqu’ils doivent être comptabilisés pour l’obtention du certificat.

ANNEXE 2

DESCRIPTION DE CERTAINS ACTES EFFECTUÉS PAR L'INFIRMIÈRE EN SALLE D'OPÉRATION²⁷

ACTES LIÉS À LA COORDINATION CLINIQUE	ACTES LIÉS AU SERVICE EXTERNE	ACTES LIÉS AU SERVICE INTERNE SELON L'ENTENTE AVEC LE CMQ	ACTES DE PREMIÈRE ASSISTANCE EN CHIRURGIE AUTORISÉS PAR RÈGLEMENT DU CMQ
Actes réservés aux infirmières	Actes liés au suivi clinique réservés aux infirmières	Actes de support instrumental²⁸	Actes réservés aux IPAC
Décisions liées à la planification et à l'organisation des soins infirmiers	Évaluation préopératoire immédiate de la condition clinique du client	Gestion des tables et du matériel stérile	Actes médicaux invasifs ou à risque de préjudice
Décisions liées au partage des activités de soins infirmiers	Surveillance clinique peropératoire	Anticipation des besoins du chirurgien, réponse à ses demandes	Effectués de concert avec le chirurgien et sous sa supervision
	Transfert à l'USPA	Préparation et fourniture des solutions, médicaments et produits à la demande du chirurgien	Utilisation et installation de divers instruments et appareils chirurgicaux complexes et spécialisés à l'intérieur du site opératoire
	Actes de soutien à l'équipe chirurgicale²⁸	Comptes chirurgicaux avec l'infirmière en service externe	Incision, manipulation, dissection et prélèvement de tissus
	Admission du client et vérification du dossier	Manipulation des spécimens et transfert à l'infirmière en service externe	Exécution de certaines étapes de la procédure chirurgicale à l'intérieur du site opératoire
	Préparation et positionnement du client	Actes d'aide technique au chirurgien effectués à la demande explicite du chirurgien et selon ses indications²⁸	Choix et utilisation des diverses méthodes d'hémostase en profondeur
	Application de la liste de vérification chirurgicale	Gestes courants, usuels, prévisibles au niveau de la plaie	Suture des plans profonds de la plaie chirurgicale et ligature en profondeur
	Comptes chirurgicaux	Gestes ponctuels et de courte durée au niveau de la plaie	
	Traitement des spécimens	Maintien d'instruments mis en place par le chirurgien ou déplacement de ces instruments	
	Préparation et transfert des médicaments	Actes d'assistance opératoire effectués sous le contrôle du chirurgien et selon ses indications, réservés à l'infirmière	
	Observation du déroulement peropératoire	Exécution de techniques de suture et de ligature sur les plans superficiels	
	Collaboration technique et contrôle de la stérilité	Manipulation d'instruments et d'appareils chirurgicaux usuels à l'intérieur du site opératoire	
	Documentation des soins	Application de techniques d'hémostase directe à l'intérieur du site opératoire	
		Exécution de manœuvres courantes, précises et directes sur des tissus identifiés en cours de chirurgie	

27. Les activités des infirmières décrites dans ce tableau sont présentées à titre indicatif. Les listes ne sont aucunement limitatives et demeurent ouvertes à l'évolution de la pratique infirmière en salle d'opération.

28. Les actes de soutien à l'équipe chirurgicale, les actes de support instrumental et les actes d'aide technique au chirurgien doivent être considérés en relation avec les lignes directrices pour les activités des infirmières auxiliaires en salle d'opération.

DESCRIPTION DE CERTAINS ACTES EFFECTUÉS PAR L'INFIRMIÈRE À L'USPA

ADMISSION À L'USPA	PÉRIODE DE RECOUVREMENT	CONGÉ DE L'USPA
Réception du client et clarification des renseignements nécessaires à la surveillance clinique de la condition du client	Surveillance clinique continue adaptée à la condition du client et réévaluation périodique des divers paramètres cliniques	Habituellement donné par l'anesthésiologiste
Évaluation de la condition du client et des divers paramètres servant de base à la surveillance clinique du client	Surveillance de la thérapie intraveineuse et administration des médicaments prescrits et requis par la condition du client	Si le congé est donné par l'infirmière : <ul style="list-style-type: none"> évaluation de la condition du client décision du congé de l'USPA selon les critères et les balises décisionnelles adoptés par l'établissement
	Détection précoce des problèmes cliniques postopératoires (douleur, nausées, vomissements, hypothermie, etc.), suivi clinique et application des mesures thérapeutiques appropriées	Si le client quitte directement l'établissement à partir de l'USPA : <ul style="list-style-type: none"> communication de consignes spécifiques, qui doivent être remises au client pour assurer sa sécurité et la continuité des soins
	Retrait du tube endotrachéal ou du masque laryngé selon les règles de soins en vigueur dans l'établissement	Documentation des données relatives au suivi clinique et au congé de l'USPA et ajustement du plan thérapeutique infirmier, le cas échéant

RÉFÉRENCES

- American Board of Surgery (2012a). *Booklet of Information: Surgery*, Philadelphie, ABS.
- American Board of Surgery (2012b). *Booklet on Certification in Surgical Specialties*, Philadelphie, ABS.
- American Nurses Association (2012). *Care Coordination and Registered Nurses' Essential Role: Position Statement*, Silver Spring (MD), ANA.
- American Society of Anesthesiologists (2002a). « Practice guidelines for postanesthetic care », *Anesthesiology*, vol. 96, n° 3, p. 742-752.
- American Society of Anesthesiologists (2002b). « Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists », *Anesthesiology*, vol. 96, n° 4, p. 1004-1017.
- American Society of Anesthesiologists (2009a). *Guidelines for Office-Based Anesthesia*, éd. rev., Park Ridge (IL), ASA.
- American Society of Anesthesiologists (2009b). *Standards for Postanesthesia Care*, éd. rev., Park Ridge (IL), ASA.
- American Society of PeriAnesthesia Nurses (2003). « ASPAN pain and comfort clinical guideline », *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, vol. 18, n° 4, p. 232-236.
- American Society of PeriAnesthesia Nurses (2006). « ASPAN's evidence-based clinical practice guideline for the prevention and/or management of PONV/PDNU », *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, vol. 21, n° 4, p. 230-250.
- American Society of PeriAnesthesia Nurses (2009a). « A position statement on the geriatric patient », éd. rev., dans *Perianesthesia Nursing Standards and Practice Recommendations 2010-2012*, Cherry Hill (NJ), ASPAN, 2010, p. 126-127.
- American Society of PeriAnesthesia Nurses (2009b). « A position statement on the pediatric patient », éd. rev., dans *Perianesthesia Nursing Standards and Practice Recommendations 2010-2012*, Cherry Hill (NJ), ASPAN, 2010, p. 128-129.
- American Society of PeriAnesthesia Nurses (2010a). « ASPAN's evidence-based clinical practice guideline for the promotion of perioperative normothermia: Second edition », *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, vol. 25, n° 6, p. 346-365.
- American Society of PeriAnesthesia Nurses (2010b). « Patient classification/recommended staffing guidelines », dans *Perianesthesia Nursing Standards and Practice Recommendations 2010-2012*, Cherry Hill (NJ), ASPAN, p. 68-70.
- American Society of PeriAnesthesia Nurses, American Association of Critical-Care Nurses, et American Society of Anesthesiologists (2009). « A joint position statement on ICU overflow patients developed by ASPAN, AACN, and ASA's Anesthesia Care Team Committee and Committee on Critical Care Medicine and Trauma Medicine », éd. rev., dans *American Society of PeriAnesthesia Nurses, Perianesthesia Nursing Standards and Practice Recommendations 2010-2012*, Cherry Hill (NJ), ASPAN, 2010, p. 113-115.
- Arizona State Board of Nursing (2012). *Moderate Sedation/Analgesia for Diagnostic and Therapeutic Procedures: Advisory Opinion*, éd. rev., Phoenix (AZ), Arizona State Board of Nursing.
- Arkansas State Board of Nursing (2009). *Position Statement on the Role of the Registered Nurse (RN) in the Management of Patients Receiving IV Conscious Sedation for Short Term Therapeutic, Diagnostic, or Surgical Procedures*, éd. rev., Little Rock (AR), Arkansas State Board of Nursing.
- Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (2011). *Standards, Guidelines and Position Statements for Perioperative Registered Nursing Practice*, 10^e éd. révision 1, Red Deer (AB), AIISOC.
- Association nationale des infirmières et infirmiers en soins péri-anesthésiques du Canada (2011). *Standards for Practice*, 2^e éd., Oakville (ON), ANIPAC.
- Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (2002). *Immediate Postanaesthetic Recovery*, Londres, AAGBI.
- Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (2005). *The Anaesthesia Team*, éd. rev., Londres, AAGBI.
- Association of periOperative Registered Nurses (s.d.). *Policy Profile: The Perioperative Registered Nurse Circulator*, Denver (CO), AORN.
- Association of periOperative Registered Nurses (2005). « Recommended practices for the care and handling of specimens in the perioperative environment », dans *Perioperative Standards and Recommended Practices* [en ligne], Denver (CO), AORN, 2012, p. 333-340, [<http://aornstandards.org>].

- Association of periOperative Registered Nurses (2007a). *One Perioperative Registered Nurse Circulator Dedicated to Every Patient Undergoing a Surgical or Other Invasive Procedure: Position Statement*, éd. rev., Denver (CO), AORN.
- Association of periOperative Registered Nurses (2007b). « Recommended practices for positioning the patient in the perioperative practice setting », dans *Perioperative Standards and Recommended Practices* [en ligne], Denver (CO), AORN, 2012, p. 421-444, [<http://aornstandards.org>].
- Association of periOperative Registered Nurses (2011a). *Preventing Wrong-Patient, Wrong-Site, Wrong-Procedure Events: Position Statement*, éd. rev., Denver (CO), AORN.
- Association of periOperative Registered Nurses (2011b). « Recommended practices for medication safety », dans *Perioperative Standards and Recommended Practices* [en ligne], Denver (CO), AORN, 2012, p. 251-300, [<http://aornstandards.org>].
- Association of periOperative Registered Nurses (2012). *Perioperative Standards and Recommended Practices* [en ligne], Denver (CO), AORN, [<http://aornstandards.org>].
- Beyea, S.C., Hicks, R.W., et Becker, S.C. (2003). « Medication errors in the OR – A secondary analysis of Medmarx », *AORN Journal*, vol. 77, n° 1, p. 122, 125-129, 132-134.
- Collège des médecins du Québec (2009). *Utilisation de la sédation-analgésie : Lignes directrices*, Montréal, CMQ.
- Dexter, F., Macario, A., Penning, D.H., et Chung, P. (2002). « Development of an appropriate list of surgical procedures of a specified maximum anaesthetic complexity to be performed at a new ambulatory surgery facility », *Anesthesia and Analgesia*, vol. 95, n° 1, p. 78-82.
- Doyle, J.D., Webber, E.M., et Sidhu, R.S. (2007). « A universal global rating scale for the evaluation of technical skills in the operating room », *American Journal of Surgery*, vol. 193, n° 5, p. 551-555.
- Gonzales, D., et Pickett, R. (2011). « Too much pressure: Reducing intra-operative pressure ulcers », *Stanford Nurse*, vol. 31, n° 1, p. 12-13.
- Jones, S.M., et Collins, C.D. (1990). « Caseload or workload? Scoring complexity of operative procedures as a means of analysing workload », *BMJ*, vol. 301, n° 6747, p. 324-325.
- Kentucky Board of Nursing (2012). *Administration of Medications for Sedation by Nurses: Advisory Opinion Statement*, éd. rev., Louisville (KY), Kentucky Board of Nursing.
- Khalil, M.W., Chatterjee, A., Macbryde, G., Sarkar, P.K., et Marks, R.R. (2006). « Single dose parecoxib significantly improves ventilatory function in early extubation coronary artery bypass surgery: A prospective randomized double blind placebo controlled trial », *British Journal of Anaesthesia*, vol. 96, n° 2, p. 171-178.
- Leadership and Economic Development Institute (2002). *DACUM Research Chart for Operating Room Circulating Nurse*, El Cajon (CA), Grossmont College.
- Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., c. I-8.
- Louisiana State Board of Nursing (2005). *Declaratory Statement on the Role and Scope of Practice of the Registered Nurse in the Administration of Medication and Monitoring of Patients During the Levels of Procedural Sedation (Minimal, Moderate, Deep, and Anesthesia) as Defined Herein*, éd. rev., Metairie (LA), Louisiana State Board of Nursing.
- Massachusetts Nurses Association (2010). « MNA position statement on conscious sedation », *Massachusetts Nurse*, vol. 81, n° 8, p. 6-7.
- Matson, K. (2001). « The critical nurse in the circulating nurse role », *AORN Journal*, vol. 73, n° 5, p. 971-975.
- Mississippi Board of Nursing (2009). *Administration and Management of Intravenous (IV) Moderate Sedation: Position Statement*, éd. rev., Jackson (MS), Mississippi Board of Nursing.
- Mitchell, L., et Flin, R. (2008). « Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: Literature review », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 63, n° 1, p. 15-24.
- Nebraska Board of Nursing (2010). « Analgesia/Moderate Sedation », dans *Advisory Opinions: Nebraska Board of Nursing*, éd. rev., [http://dhhs.ne.gov/publichealth/Pages/crl_nursing_rn-lpn_advisory.aspx].

- Ohio Board of Nursing (2012). *The Registered Nurse's Role in the Care of Patients Receiving Intravenous Moderate Sedation for Medical and/or Surgical Procedures: Interpretive Guideline*, éd. réappr., Columbus (OH), Ohio Board of Nursing.
- Oklahoma Board of Nursing (2011). *Moderate (Conscious) Sedation Guidelines for Registered Nurse Managing and Monitoring Patients*, éd. rev., Oklahoma City (OK), Oklahoma Board of Nursing.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009). *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central: Avis*, 2^e éd., Westmount, OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2011a). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec: Norme professionnelle*, Westmount, OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2011b). *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte*, Westmount, OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, et Collège des médecins du Québec (2011). *Entente sur la nature des actes posés par les infirmières durant une intervention chirurgicale*, Westmount, OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, et Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (2005). *Orientations pour une utilisation judicieuse de la Règle de soins infirmiers*, Westmount, OIIQ.
- Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (2009). *La sédation-analgésie: Guide de pratique clinique à l'intention des inhalothérapeutes*, Montréal, OPIQ.
- Oregon State Board of Nursing (2006). *Policy Guideline: Nursing Scope of Practice for the Use of Sedating and Anesthetic Agents*, Portland (OR), Oregon State Board of Nursing.
- Organisation mondiale de la Santé (s.d.). *World Health Organization Safe Surgery Saves Lives: Starter Kit for Surgical Checklist Implementation*, version 1.0, Genève, OMS.
- Phillips, N.F. (2013). *Berry & Kohn's Operating Room Technique*, 12^e éd., St. Louis, Mosby Elsevier.
- Planells Roig, M., Cervera Delgado, M., Bueno Lledó, J., Sanahuja Santaf, A., Garcia Espinosa, R., et Carbó Lopez, J. (2008). « Surgical Complexity Classification Index (SCCI): A new patient classification system for clinical management of laparoscopic cholecystectomy », *Cirurgia Espanola*, vol. 84, n° 1, p. 37-43.
- Règlement sur certaines activités de première assistance chirurgicale pouvant être exercées par une infirmière*, R.Q., c. M-9, r. 1.1.
- Royal College of Anaesthetists (2009). « Guidance on the provision of anaesthesia services for Post-operative Care », dans *Guidelines for the Provision of Anaesthetics Services*, éd. rev., Londres, RCoA.
- Royal College of Nursing (2004). *Managing Patients Undergoing Sedation*, Londres, RCN, coll. « Day Surgery Information », sheet 5.
- Société canadienne des anesthésiologistes (2012). « Guidelines to the practice of anesthesia = Guide d'exercice de l'anesthésie », *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, vol. 59, n° 1, p. 63-102.
- Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation (2002). *Surveillance et soins post-anesthésiques: recommandations de la SSAR*, [www.sgar-ssar.ch/Normes-et-recommandations.90.0.html?&L=1].
- Texas Board of Nursing (2012). « Role of the nurse in moderate sedation: Position statement », dans *Board Position Statements*, Austin (TX), Texas Board of Nursing, p. 17-20.
- UK Academy of Medical Royal Colleges and their Faculties (2001). *Implementing and Ensuring Safe Sedation Practice for Healthcare Procedures in Adults*, Londres, Royal College of Anaesthetists.
- Vermont Board of Nursing (2011). *The Scope of Practice for the Registered Nurse (Non-Certified Registered Nurse Anesthetist) in the Administration and Monitoring of Moderate Sedation for Procedures: Position Statement*, éd. rev., Montpelier (VT), Vermont Board of Nursing.

