



***Évaluation de la situation de la
fonction d'infirmière première
assistante en chirurgie***

Document de référence

Mars 2007



**Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec**



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

*Évaluation de la situation
de la fonction d'infirmière
première assistante en chirurgie*

Document de référence

Mars 2007

Coordination

Suzanne Durand, inf., M.Sc.inf.

Directrice

Direction du développement et du soutien professionnel

Recherche et rédaction

Louiselle Bouffard, inf., M.Sc.inf.

Infirmière-conseil

Direction du développement et du soutien professionnel

Révision linguistique

Françoise Turcotte

Distribution

Centre de documentation

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) 935-5273

cdoc@oiiq.org

www.oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

ISBN 978-2-89229-411-8 (version imprimée)

ISBN 978-2-89229-436-3 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007

Tous droits réservés

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

Table des matières

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE	3
ÉVALUATION DE L'APPLICATION DU RÈGLEMENT D'AUTORISATION DES ACTES MÉDICAUX AUX INFIRMIÈRES PREMIÈRES ASSISTANTES EN CHIRURGIE.....	3
Les résultats de l'enquête	3
Description des répondants.....	3
Première assistance en chirurgie	4
Infirmières premières assistantes en chirurgie.....	5
Difficultés d'application du règlement d'autorisation des actes médicaux	8
Description des difficultés d'ordre réglementaire	9
Solutions proposées.....	14
Commentaires généraux	15
Reconnaissance de l'expérience.....	15
Formation	15
Reconnaissance de l'infirmière première assistante en chirurgie	16
Attestation biennale de formation en réanimation cardiorespiratoire	16
Ressources humaines et budgétaires	16
Gestes cliniques et techniques chirurgicaux	17
Règlement d'autorisation des actes médicaux.....	17
Autres suggestions	17
Les résultats de la consultation de la CIISOQ et du RIPAC.....	18
Portrait statistique des infirmières premières assistantes en chirurgie au Québec.....	18
Application du règlement d'autorisation des actes médicaux.....	19
Exigence en matière d'expérience	19
Exigence en matière de formation.....	20
Attestation biennale de formation en réanimation cardiorespiratoire	20
Fonction d'infirmière première assistante en chirurgie	20
Besoin en infirmières premières assistantes en chirurgie	21
Infirmière première assistante en chirurgie en milieu privé	22

DEUXIÈME PARTIE	31
TENDANCES AMÉRICAINES ET CANADIENNES RELATIVES À LA FONCTION D'INFIRMIÈRE	
PREMIÈRE ASSISTANTE EN CHIRURGIE COMPARÉES AUX EXIGENCES EN VIGUEUR AU	
QUÉBEC	31
LES TENDANCES AMÉRICAINES	31
Exigences en matière d'expérience	31
Exigences en matière de formation.....	32
Nécessité d'une attestation de formation en réanimation cardiorespiratoire.....	50
Exécution des gestes cliniques et techniques chirurgicaux complémentaires.....	50
Conditions d'exécution des activités de première assistance en chirurgie	51
Autres conditions.....	52
LES TENDANCES CANADIENNES	53
Portrait de la situation de l'infirmière première assistante en chirurgie dans les autres provinces canadiennes	53
Exigences en matière d'expérience	58
Exigences en matière de formation.....	59
Nécessité d'une attestation de formation en réanimation cardiorespiratoire.....	65
Exécution des gestes cliniques et techniques chirurgicaux complémentaires.....	65
Conditions d'exécution des activités de première assistance en chirurgie	67
Autres conditions.....	67
TROISIÈME PARTIE	79
AUTRES CONSIDÉRATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA FONCTION D'INFIRMIÈRE	
PREMIÈRE ASSISTANTE EN CHIRURGIE	
La distinction entre les activités liées au service interne et les activités de première assistance en chirurgie	79
Activités d'instrumentiste liées au service interne	79
Activités d'aide au chirurgien liées au service interne.....	80
Activités de première assistance en chirurgie	82
Infirmière auxiliaire et service interne.....	87
Infirmière et soins postopératoires immédiats en salle de réveil	90
La nécessité d'assigner une infirmière première assistante en chirurgie	92

L'infirmière première assisante en chirurgie en milieu privé	97
Le financement de la première assistance en chirurgie	99
CONCLUSION	103
RÉFÉRENCES	104

Liste des tableaux

Tableau 1 -	Types de chirurgies effectuées dans les établissements ayant un bloc opératoire.....	4
Tableau 2 -	Catégories de professionnels assumant les fonctions de premier assistant en chirurgie	5
Tableau 3 -	Répartition des infirmières possédant une formation en soins infirmiers périopératoires de l'UQTR	6
Tableau 4 -	Répartition du nombre d'infirmières détenant un poste d'infirmière première assistante en chirurgie	6
Tableau 5 -	Types de spécialités chirurgicales dans lesquelles les infirmières font de l'assistance chirurgicale.....	7
Tableau 6 -	Répartition des infirmières formées comme premières assistantes en chirurgie qui ne travaillent pas à titre d'infirmière première assistante en chirurgie	7
Tableau 7 -	Répartition des infirmières possédant une formation en soins infirmiers périopératoires de l'UQTR, selon les données du RIPAC	18
Tableau 8 -	Répartition des infirmières formées détenant un poste d'infirmière première assistante en chirurgie, selon les données du RIPAC	19
Tableau 9 -	Synthèse des propositions de modification du règlement d'autorisation des actes médicaux aux infirmières premières assistantes en chirurgie.....	23
Tableau 10 -	Synthèse des propositions pour combler les besoins en infirmières premières assistantes en chirurgie.....	29
Tableau 11 -	Comparaison des conditions requises pour devenir premier assistant en chirurgie	36
Tableau 12 -	Portrait de la situation des infirmières premières assistantes en chirurgie dans les autres provinces canadiennes, selon les données du Registered Nurse First Assistant Network of Canada (2005-2006).....	54
Tableau 13 -	Comparaison entre le certificat en soins infirmiers périopératoires et le certificat en inhalothérapie : anesthésie et soins critiques.....	62
Tableau 14 -	Synthèse des tendances américaines et canadiennes relatives à la fonction d'infirmière première assistante en chirurgie comparées aux exigences québécoises.....	70
Tableau 15 -	Synthèse des activités de service interne comparées aux activités de première assistance en chirurgie.....	86

Tableau 16 - Synthèse des principales conditions prévues pour le service interne effectué par une infirmière auxiliaire.....	89
Tableau 17 - Synthèse des facteurs à considérer dans la décision d'assigner une infirmière première assistante en chirurgie.....	96
Tableau 18 - Profil des spécialités chirurgicales susceptibles d'être pratiquées en milieu privé	97
Tableau 19 - Répartition des actes d'assistance chirurgicale par spécialité chirurgicale et coût moyen du service en 2005	100

INTRODUCTION

À l'automne 2005, le Regroupement des infirmières premières assistantes en chirurgie (RIPAC) signalait à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) des problèmes d'application du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*¹. Après analyse de la situation, l'OIIQ a décidé de préconiser une stratégie globale de développement de la fonction d'infirmière première assistante en chirurgie (IPAC).

Dans le cadre de cette stratégie, un questionnaire d'enquête a été envoyé aux établissements de santé, en mars 2006, afin de dresser un portrait de l'application du règlement touchant les activités accomplies par l'IPAC. Ce questionnaire devait permettre de déterminer si les milieux de soins ont un besoin réel d'IPAC. De plus, il visait à connaître les difficultés que pose l'application du règlement d'autorisation des actes médicaux touchant les IPAC. Enfin, dans l'éventualité que des modifications soient apportées à ce règlement, le questionnaire permettait aux milieux de formuler des propositions pour favoriser l'intégration des IPAC.

À la suite de cette enquête, l'OIIQ a rencontré des représentantes de la Corporation des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Québec (CIISOQ) et du RIPAC, afin de leur communiquer les résultats sommaires de la compilation du questionnaire et de compléter le portrait de la situation vécue par les IPAC.

Ce document présente :

- dans la première partie, les résultats du questionnaire ainsi que les constats découlant de la consultation effectuée auprès de la CIISOQ et du RIPAC;
- dans la deuxième partie, l'analyse effectuée afin de dégager les tendances américaines et canadiennes relatives à la fonction d'IPAC et de les comparer aux exigences en vigueur au Québec;
- dans la troisième partie, d'autres facteurs à considérer en vue de soutenir le développement de la fonction d'IPAC dans le contexte québécois.

1. Dans le présent document, le *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* est désigné ci-après le règlement d'autorisation des actes médicaux.

PREMIÈRE PARTIE

ÉVALUATION DE L'APPLICATION DU RÈGLEMENT D'AUTORISATION DES ACTES MÉDICAUX AUX INFIRMIÈRES PREMIÈRES ASSISTANTES EN CHIRURGIE

Cette section explique, en premier lieu, les résultats obtenus du questionnaire envoyé aux établissements de santé du Québec afin de dresser un tableau de l'application du règlement d'autorisation des actes médicaux touchant les activités accomplies par les IPAC. En second lieu, il présente les constats découlant de la rencontre conjointe avec les représentantes de la CIISOQ et du RIPAC pour compléter le portrait de la situation.

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Le *Questionnaire sur l'application du règlement d'autorisation des actes médicaux aux infirmières premières assistantes en chirurgie* a été acheminé par la poste, en mars 2006. Au total, 224 questionnaires ont été envoyés, soit 96 à des directrices et directeurs des soins infirmiers, et 128 à des infirmières responsables de salles d'opération. Une analyse de la liste d'envoi a révélé que 52 établissements avaient reçu le questionnaire en double. Ainsi, après correction du double envoi, le nombre total d'établissements visés par cette enquête s'élève à 172. Ils avaient un mois pour renvoyer le questionnaire dûment rempli.

Description des répondants

Des 60 centres qui ont répondu au questionnaire, 52 possèdent au moins un bloc opératoire et ont précisé les types de chirurgies qui y sont effectuées (voir le tableau 1).

Tableau 1 - Types de chirurgies effectuées dans les établissements ayant un bloc opératoire

Chirurgie	Nombre de centres
Générale	49
Orthopédique	44
ORL	44
Gynécologique	41
Urologique	40
Plastique	30
Vasculaire	21
Thoracique	21
Ophtalmologique	19
Cardiaque	10
Neurochirurgie	9
Maxillo-faciale	9
Dentaire	5
Dérivation bilio-pancréatique	1
Gynéco-oncologique	1
Gastro-entérologique	1

Première assistance en chirurgie

Dans les 52 centres ayant un bloc opératoire, 48 (92 %) ont déclaré que certaines chirurgies nécessitent la présence d'un premier assistant. Le tableau 2 présente les catégories de professionnels qui assument les fonctions de premier assistant en chirurgie. Ces données montrent qu'un plus grand nombre de centres déclarent utiliser les infirmières en service interne (25) pour assumer ces fonctions par rapport aux IPAC (21).

Tableau 2 - Catégories de professionnels assumant les fonctions de premier assistant en chirurgie

Professionnels	Nombre de centres
Médecins - chirurgiens	45 (87 %)
Résidents	22 (42 %)
Infirmières premières assistantes en chirurgie	21 (40 %)
Infirmières en service interne	25 (48 %)
Externes	2 (4 %)
Infirmières bachelières	1 (2 %)
Aide technique	1 (2 %)
Troisième infirmière	1 (2 %)

Dans les 52 centres qui ont déclaré avoir un bloc opératoire, 34 (65 %) précisent que les chirurgiens ont exprimé le désir d'avoir des IPAC. Quelques centres ont mentionné que les chirurgiens spécialisés ont dit souhaiter avoir des IPAC, notamment en orthopédie, en neurochirurgie et en plastie. Trois centres indiquent que la demande d'IPAC est liée à la présence ou non de résidents ou de médecins pour effectuer l'assistance chirurgicale.

Deux centres dans lesquels les chirurgiens n'ont pas exprimé le désir d'avoir des IPAC ont fait les commentaires suivants : les chirurgiens souhaitent que les infirmières en service interne fassent plus d'assistance chirurgicale ; les chirurgiens sont satisfaits de l'aide technique apportée par les infirmières en service interne.

Infirmières premières assistantes en chirurgie

Au total, 62 infirmières exerçant dans 29 centres (56 %) sont titulaires du certificat en soins infirmiers périopératoires délivré par l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ces centres comptent entre une et cinq IPAC formées (voir le tableau 3).

Tableau 3 - Répartition des infirmières possédant une formation en soins infirmiers périopératoires de l'UQTR

Nombre d'infirmières formées par centre	Nombre de centres
1	12
2	6
3	7
4	3
5	1

Toutefois, seulement 13 des 29 centres embauchent 25 infirmières à titre d'IPAC. Le tableau 4 présente la répartition du nombre d'infirmières formées qui occupent un poste d'IPAC.

Tableau 4 - Répartition du nombre d'infirmières détenant un poste d'infirmière première assistante en chirurgie

Nombre d'infirmières par centre	Nombre de centres
1	7
2	2
3	2
4	2

Dans 10 des 13 centres qui embauchent des IPAC, ces infirmières font plus de 20 heures d'assistance chirurgicale par semaine, et dans la plupart (8), elles font 36,5 heures d'assistance chirurgicale par semaine. Dans les centres où des infirmières font de l'assistance en chirurgie sans pour autant occuper un tel poste, le temps d'assistance varie de quelques heures par année à une dizaine d'heures par semaine. Les infirmières font de l'assistance chirurgicale dans diverses spécialités (voir le tableau 5).

Tableau 5 - Types de spécialités chirurgicales dans lesquelles les infirmières font de l'assistance chirurgicale

Spécialités chirurgicales	Nombre de centres
Toutes les spécialités	2
Orthopédique	6
Gynécologique	6
Cardiaque	4
Vasculaire	2
Thoracique	2
Plastique	1
Urologique	1

Seize centres (31 %) ont déclaré avoir à leur emploi des infirmières qui ont reçu la formation de première assistante en chirurgie mais qui ne travaillent pas à titre d'IPAC. Le tableau 6 présente la répartition de ces infirmières (27) dans les centres.

Tableau 6 - Répartition des infirmières formées comme premières assistantes en chirurgie qui ne travaillent pas à titre d'infirmière première assistante en chirurgie

Nombre d'infirmières par centre	Nombre de centres
3	4
2	5
1	5

Deux centres déclarent avoir à leur emploi des infirmières formées comme premières assistantes en chirurgie sans pour autant attribuer un poste d'IPAC à chacune. Dans l'un de ces centres, trois des cinq infirmières formées ont un poste d'IPAC, alors que dans l'autre, deux des quatre infirmières formées ont un poste attribué.

Difficultés d'application du règlement d'autorisation des actes médicaux

Le questionnaire d'enquête visait à déterminer si les milieux de soins ont ou non des difficultés à appliquer le règlement d'autorisation des actes médicaux. Dix-neuf centres (37 %) ont déclaré rencontrer des difficultés, qui sont d'ordre administratif pour huit centres (15 %), et d'ordre budgétaire et réglementaire pour dix centres (19 %).

Difficultés d'ordre administratif :

- la pénurie de personnel et d'infirmières au bloc opératoire, le manque de disponibilité des ressources et les difficultés de recrutement dans les régions;
- le manque d'intérêt des infirmières à suivre la formation, puisque l'âge moyen des infirmières en salle d'opération est de 50 ans et plus;
- le titre d'emploi, qui empêche l'infirmière de travailler en service interne ou en service externe, au besoin;
- l'absence de périodes de garde en assistance chirurgicale;
- la diminution du nombre de résidents dans un proche avenir.

Difficultés d'ordre budgétaire :

- les difficultés financières des centres empêchent le développement de la fonction de d'IPAC;
- l'absence de financement des centres pour ce type de ressource et le fait qu'elle ne soit pas prévue au plan de développement;
- la rémunération des médecins qui font de l'assistance chirurgicale est payée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);
- l'incertitude des fonds de formation dans l'avenir, la difficulté à obtenir une libération pour la formation et les coûts importants pour l'infirmière, particulièrement si elle exerce en région éloignée.

Difficultés d'ordre réglementaire :

- les centres assignent des infirmières sans formation spécialisée pour faire de l'assistance en chirurgie ;
- l'exigence de formation est difficile à respecter à cause de la distance à parcourir pour se rendre à Trois-Rivières, particulièrement pour les infirmières en région éloignée ;

- la notion de gestes cliniques et techniques chirurgicaux n'est pas assez précise, et la liste actuelle n'est pas respectée.

Description des difficultés d'ordre réglementaire

Les centres ont été appelés à décrire de façon détaillée les difficultés d'ordre réglementaire liées aux diverses exigences prévues au règlement d'autorisation des actes médicaux. Cette section présente chacune des exigences réglementaires dans un encadré suivi d'un résumé des commentaires formulés par les centres.

Exigences en matière d'expérience

Article 2.

Pour être autorisée à exercer l'activité professionnelle décrite à l'article 3, l'infirmière première assistante en chirurgie doit avoir un minimum de trois ans d'expérience dans un bloc opératoire, dont au moins un an dans la discipline chirurgicale concernée.

Six centres (12 %) ont fait des commentaires sur les exigences d'expérience qui, pour certains, sont impossibles à satisfaire. Les autres commentaires portent sur les trois ans d'expérience requis et sur l'obligation d'avoir un an d'expérience dans la discipline chirurgicale.

- Trois ans d'expérience : Plusieurs centres mentionnent que la condition de trois ans est respectée. Certains médecins demandent même que l'IPAC possède jusqu'à cinq ans d'expérience au bloc opératoire. D'autres centres soulignent la difficulté de respecter cette condition, notamment avec l'arrivée de jeunes infirmières au bloc opératoire ou en raison du manque d'expérience de la relève.
- Expérience d'un an dans la discipline chirurgicale : Dans certains petits centres, il y a peu d'infirmières et elles doivent varier leurs expériences pour maintenir leurs compétences. Un centre s'interroge sur la façon de gérer les nouvelles expériences pour l'IPAC dans une spécialité et demande si l'IPAC peut pratiquer de façon sécuritaire dans plusieurs spécialités. Un autre centre précise que le règlement devrait exiger seulement de l'expérience au bloc opératoire sans faire référence à une discipline chirurgicale.

Exigences en matière de formation

Article 2.

Elle doit aussi être titulaire :

- 1° d'un baccalauréat en sciences infirmières délivré par une université du Québec ou elle a complété au moins 60 crédits en sciences infirmières dans le cadre d'un programme d'études universitaires autres que le programme conduisant au certificat mentionné au paragraphe 2;*
- 2° d'un certificat en soins infirmiers périopératoires délivré par l'Université du Québec à Trois-Rivières.*

Quinze centres (29 %) ont fait des commentaires sur la formation requise, notamment sur l'obligation de détenir un baccalauréat en sciences infirmières et d'être titulaire d'un certificat en soins infirmiers périopératoires, l'accessibilité de la formation et la pertinence de la formation continue dans ce domaine. Quelques centres ont aussi ajouté des commentaires formulés par des chirurgiens.

- L'obligation de détenir un baccalauréat en sciences infirmières ou 60 crédits en sciences infirmières : Cette exigence pose des problèmes dans les milieux qui sont touchés actuellement – et le seront encore dans les prochaines années – par la pénurie d'infirmières bachelières. Un établissement mentionne que l'exigence du baccalauréat devient une mesure restrictive et difficilement accessible pour les infirmières qui exercent en région, où la formation est peu disponible. Un autre établissement a expliqué que les infirmières premières assistantes n'avaient pas de baccalauréat mais étaient titulaires du certificat en soins périopératoires, et que cette situation avait été autorisée par le conseil d'administration de ce centre.

La situation des infirmières qui ont obtenu leur baccalauréat en cumulant des certificats a aussi été relevée. Ces infirmières sont souvent tributaires des cours donnés dans leur région. Un milieu s'interroge sur l'exigence de 60 crédits en sciences infirmières, qui risque d'éliminer de nombreuses excellentes candidates. Cependant, un autre centre considère que cette exigence est un minimum et il s'oppose à la reconnaissance d'un baccalauréat par cumul de trois certificats.

- Le certificat en soins infirmiers périopératoires : Un milieu suggère que ce certificat fasse partie d'un baccalauréat par cumul de certificats et non qu'il s'ajoute au baccalauréat.
- L'accessibilité de la formation : La distance constitue une contrainte majeure, notamment pour les infirmières en région. Un centre suggère de revoir les modalités de la formation, afin de la délocaliser et de la rendre disponible dans les régions, par exemple par la téléuniversité ou la formation à distance.
- La formation continue : Un centre suggère de donner de la formation continue conçue pour les IPAC.
- Commentaires de chirurgiens : Un centre mentionne que, selon les chirurgiens en place, les infirmières n'ont pas besoin de formation supplémentaire pour accomplir des actes au site opératoire, entre autres pour tenir les écarteurs et, à l'occasion, pour faire l'hémostase à l'aide d'un cautère. Un autre centre souligne que les chirurgiens souhaitent travailler avec du personnel qu'ils connaissent et qui est expérimenté, donc pas nécessairement formé au sens de la loi.

Attestation biennale de formation en réanimation cardiorespiratoire

Article 2

Elle doit aussi être titulaire :

3° depuis moins de deux ans d'une attestation de formation réussie en réanimation cardiorespiratoire délivrée par un maître instructeur reconnu par la Fondation des maladies du cœur du Québec, selon les normes du Guide des soins d'urgence cardiovasculaire à l'intention des dispensateurs de soins, de la Fondation des maladies du cœur du Canada.

Article 3

Pour l'exercice de cette activité, elle doit maintenir à jour ses connaissances en réanimation cardiorespiratoire par l'obtention d'une attestation biennale délivrée conformément au paragraphe 3 du deuxième alinéa de l'article 2.

Quatorze centres (27 %) ont fait des commentaires soit sur l'exigence de l'obtention de cette attestation ou de son renouvellement, soit sur les modalités de cette attestation.

- L'obligation d'obtenir et de renouveler l'attestation : Dans l'ensemble, les centres ne remettent pas en cause cette exigence, sauf un centre qui la considère comme non nécessaire.
- Les modalités de l'attestation biennale : Certains milieux mentionnent que l'attestation est obtenue à l'hôpital ou encore par l'intermédiaire du RIPAC. Toutefois, les infirmières n'ont pas accès à la formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR) dans tous les milieux. Un centre précise que cette exigence dépend aussi en partie de l'intérêt que l'infirmière y accorde, et d'autres soulignent que les infirmières ne sont pas intéressées à renouveler leur attestation. Toutefois, un autre centre précise que chaque infirmière en poste est responsable du maintien de son attestation et doit en fournir la preuve tous les deux ans.

Exécution des gestes cliniques et techniques chirurgicaux complémentaires

Article 3

L'infirmière première assistante en chirurgie peut, dans le cadre d'une assistance clinique et technique au chirurgien et selon une ordonnance médicale, exécuter les gestes cliniques et techniques chirurgicaux complémentaires lors d'une intervention chirurgicale aux conditions suivantes :

- 1° elle exerce cette activité en présence du chirurgien responsable de l'intervention chirurgicale ;*
- 2° elle exerce dans un centre hospitalier visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) ou la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5).*

Dix centres (19 %) ont fait des commentaires sur la nécessité de définir les gestes cliniques et techniques chirurgicaux et sur la distinction à faire avec le service interne en salle d'opération. Des centres sont préoccupés par le volume des activités ou l'adoption de la description des gestes par l'établissement.

- La nécessité de définir les gestes cliniques et techniques : Le commentaire le plus fréquent a trait à la définition des gestes accomplis par l'IPAC. Il faudrait préciser ces gestes et déterminer ceux qui sont réservés à l'IPAC, afin d'éviter les conflits et les malentendus avec les autres infirmières. Un centre signale

qu'aucun geste chirurgical n'est habituellement délégué à l'assistante, tels suturer, sectionner, clamber et fermer, selon les chirurgiens. Un autre centre déclare qu'il a passé outre l'exigence de formation en soins périopératoires pour l'assistance en orthopédie, parce qu'il considérait que ces personnes ne faisaient pas d'actes de première assistance. Un centre mentionne aussi que, puisqu'il n'existe pas d'inspection de l'acte professionnel en assistance opératoire, il est facile pour les milieux d'accorder des privilèges à des personnes qui ne répondent pas aux exigences du règlement.

- La distinction entre les activités de l'instrumentiste et celles de l'infirmière en service interne : Des centres précisent que certains gestes sont posés soit par l'instrumentiste soit par l'infirmière en service interne. Par exemple, lors d'une appendicectomie, l'infirmière en service interne peut tenir les écarteurs, couper les fils et éponger, à la demande du chirurgien. Des centres croient qu'il est nécessaire de distinguer les activités en service interne du rôle plus autonome de l'IPAC afin d'éviter toute ambiguïté. Un centre mentionne que, lorsque seulement une infirmière fait des gestes complémentaires, les autres infirmières pensent pouvoir aussi les faire, ce qui peut causer des conflits entre elles.
- Le volume des activités : Le volume des activités dans certaines spécialités est faible, ce qui rend difficile le maintien de l'expertise des IPAC.
- L'adoption de la description des gestes par l'établissement : Des centres suggèrent que la liste des gestes cliniques et techniques soit établie conjointement par les chirurgiens et la direction des soins infirmiers.

Interdiction du cumul de fonctions

Article 3

Elle ne peut exercer en aucun temps simultanément comme infirmière en service interne.

Vingt centres (39 %) ont ajouté des commentaires sur l'importance d'interdire le cumul des fonctions d'IPAC et d'infirmière en service interne et sur le respect de cette condition. Un centre a formulé une suggestion pour l'utilisation de l'IPAC.

- L'importance de ne pas cumuler les fonctions d'IPAC et d'infirmière en service interne : La plupart des milieux reconnaissent l'importance que ces deux fonctions soient distinctes et qu'elles ne soient pas accomplies simultanément. Il

est aussi précisé qu'il est très difficile d'effectuer de l'assistance en chirurgie tout en faisant du service interne. En effet, lorsque l'infirmière agit comme première assistante en chirurgie, elle doit suivre de très près les gestes du chirurgien, d'où l'impossibilité d'accomplir en même temps les activités d'infirmière en service interne.

- Les difficultés liées à la rareté des ressources infirmières : Des centres mentionnent que les ressources infirmières en soins périopératoires sont rares. Par exemple, ils soulignent le manque d'infirmières en service interne, le fonctionnement avec des équipes minimales ou avec du personnel réduit lors de la moindre absence, ainsi que la disponibilité et l'expertise limitées des ressources dans les régions. Un centre dit qu'il est d'accord avec cette exigence, mais qu'il faut être vigilant pour éviter un glissement possible lorsqu'il y a pénurie de personnel. Des centres précisent aussi que l'assistance en chirurgie nécessite des ressources supplémentaires.

Un centre estime qu'il serait souhaitable de combiner les deux fonctions lorsqu'il devient difficile d'ajouter des ressources. Il est mentionné que, dans certains cas mineurs, les deux rôles pourraient être confiés à l'infirmière en service interne, surtout lorsque les effectifs sont réduits. Dans des centres, des chirurgiens sont intéressés à avoir une IPAC et dans d'autres, pas, ce qui peut devenir conflictuel en situation de pénurie de personnel.

- Les difficultés budgétaires : Cette exigence est très limitative, selon un centre, et oblige à prévoir du financement supplémentaire.
- Une suggestion pour l'utilisation de l'IPAC : À l'occasion, on demande aux IPAC de faire du service externe. Un centre suggère de créer des postes combinés (50 % infirmière et 50 % première assistante en chirurgie) pour aider à la gestion quotidienne des horaires.

Solutions proposées

À la fin du questionnaire, les centres pouvaient proposer des solutions pour faciliter l'application du règlement d'autorisation des actes médicaux, dans l'éventualité où des modifications y seraient apportées. Vingt-quatre centres ont fait des commentaires ou proposé des modifications au règlement.

Commentaires généraux

- Des centres, en particulier les petits, ne prévoient pas créer un poste d'IPAC à court ou à moyen terme. L'un d'eux mentionne que ce poste serait trop coûteux, car tout le personnel devrait être formé pour assurer le service de garde. De plus, le volume d'interventions chirurgicales n'étant pas élevé, il serait difficile pour ces infirmières de maintenir leur compétence.
- Un petit centre en région dit qu'il ne s'y pratique que des chirurgies d'un jour. Lorsque le chirurgien qui vient au centre a besoin d'aide, il amène avec lui son infirmière de salle d'opération. Dans un proche avenir, ce centre ne prévoit pas augmenter le volume de chirurgies. Les clients seront alors dirigés vers une autre région.

Reconnaissance de l'expérience

- Un centre propose que l'expérience de l'infirmière soit reconnue, qu'elle possède ou non un baccalauréat.

Formation

Baccalauréat en sciences infirmières

- Puisque le baccalauréat en sciences infirmières est essentiel à l'acquisition des connaissances scientifiques et anatomiques de base, il est recommandé que 30 crédits universitaires soient offerts en soins périopératoires dans le cadre du DEC-bac. Ainsi, pendant son cours, l'infirmière pourrait acquérir deux ans d'expérience en soins périopératoires et, à sa sortie de l'université, travailler comme première assistante en chirurgie.
- Il est recommandé de réduire les 60 crédits en sciences infirmières à 30 crédits.

Certificat en soins périopératoires

- Lorsqu'une infirmière détient un certificat de première assistante en chirurgie, le milieu devrait pouvoir bénéficier de ses connaissances, même si elle n'a pas terminé le programme de baccalauréat. Cette infirmière devrait toutefois s'engager à obtenir son diplôme de baccalauréat.
- Toutes les infirmières possédant le certificat en soins périopératoires devraient être reconnues comme IPAC.

Accessibilité de la formation

- Plusieurs centres considèrent que la distance est un problème majeur et recommandent de mettre sur pied des programmes de formation dans diverses régions ou encore de délocaliser la formation actuelle pour en favoriser l'accès en région. Par exemple, des centres suggèrent que des cours par correspondance ou en session intensive soient offerts dans diverses villes ou encore que l'UQTR accepte de fournir les notes de cours ou les volumes requis pour la mise à jour des connaissances et des compétences.
- Un centre se préoccupe du départ à la retraite des infirmières plus âgées et de la perte d'une partie de leurs connaissances. Or, peu de documents sont disponibles pour aider la relève.
- Il est recommandé de donner une formation, sous la supervision d'experts, comprenant des cours selon les spécialités et les besoins des chirurgiens.

Reconnaissance de l'infirmière première assistante en chirurgie

- Il est suggéré que, pour être reconnue, l'IPAC accomplisse un nombre d'heures de pratique en assistance et fasse preuve de régularité dans ses activités.

Attestation biennale de formation en réanimation cardiorespiratoire

- Un centre demande de lever l'obligation de l'attestation biennale en réanimation cardiorespiratoire (RCR).
- Un centre suggère que le cours de RCR puisse être donné par des instructeurs reconnus par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et non seulement par un maître-instructeur de la Fondation des maladies du cœur.

Ressources humaines et budgétaires

- Un centre réclame les ressources infirmières nécessaires ainsi que les postes officiels d'IPAC pour répondre aux besoins.
- Il est recommandé de demander à la RAMQ de prévoir des sommes pour cette fonction spécialisée des infirmières, au lieu que le centre hospitalier inclue ces montants dans son budget, ou encore de facturer la RAMQ puisque, tant que les médecins seront rémunérés pour faire de l'assistance, le rôle d'IPAC ne se développera pas.
- Il est recommandé de dégager un budget pour soutenir la formation des infirmières intéressées.

Gestes cliniques et techniques chirurgicaux

- Il est recommandé d'établir une liste spécifique des gestes cliniques et techniques chirurgicaux autorisés ou de définir plus précisément l'assistance en chirurgie et de spécifier les gestes réservés à l'IPAC. De plus, il faudrait préciser les gestes que l'infirmière en service interne peut faire à la demande du chirurgien, si elle en a l'habileté et si ces gestes ne nécessitent pas les compétences d'une IPAC, par exemple couper un fil et tenir un écarteur.
- Si certains actes peuvent être délégués à des infirmières autres que des IPAC, une attestation de compétence individuelle pourrait être délivrée par l'établissement.
- Dans les milieux qui n'accueillent pas de résidents en chirurgie, il faudrait prévoir la présence d'une infirmière expérimentée au bloc opératoire et capable d'assister le chirurgien, par exemple pour finir d'exposer le site opératoire ou pour accomplir les gestes ne nécessitant pas de suture, de fermeture ou d'incision.
- Il est suggéré de permettre l'exécution de certains actes médicaux dans le cadre de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*.
- Un centre demande de laisser aux établissements la gestion du service interne versus l'assistance chirurgicale, alors qu'un autre centre suggère de faire en sorte que tous les établissements aient la même ligne de conduite.

Règlement d'autorisation des actes médicaux

- Il est demandé que le règlement d'autorisation des actes médicaux soit clair et ne comporte pas de zones grises, afin d'en faciliter l'application, particulièrement par les chirurgiens délinquants.
- Pour que le règlement d'autorisation des actes médicaux soit plus réaliste et facilement applicable, les modifications devraient être souples et faciles à adapter.

Autres suggestions

- Il est recommandé de mettre en place un système d'inspection des actes posés par les IPAC.
- Un centre suggère que l'OIIQ fasse de la publicité sur la fonction d'IPAC. Un autre centre trouve que l'OIIQ devrait être mieux informé des problèmes vécus en région.

- Un centre propose de lancer un projet pilote afin de démontrer le besoin d'IPAC au bloc opératoire, compte tenu de l'augmentation du volume de chirurgies complexes qui nécessitent de l'assistance chirurgicale. Un tel projet permettrait de rencontrer les chirurgiens intéressés et de revoir le budget.

LES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION DE LA CIISOQ ET DU RIPAC

Une rencontre de consultation s'est déroulée le 29 mai 2006 avec des représentantes de la CIISOQ et du RIPAC, afin de valider les résultats de l'enquête et de recueillir leurs commentaires et leurs suggestions sur divers aspects du dossier de l'IPAC.

Portrait statistique des infirmières premières assistantes en chirurgie au Québec

Les données du RIPAC mises à jour en juin 2006 montrent que 80 infirmières détiennent un certificat en soins infirmiers périopératoires de l'UQTR. Elles sont réparties dans 35 centres (voir le tableau 7).

Tableau 7 - Répartition des infirmières possédant une formation en soins infirmiers périopératoires de l'UQTR, selon les données du RIPAC

Nombre d'infirmières formées par centre	Nombre de centres
1	11
2	11
3	7
4	4
5	2

Dans 18 de ces centres (51 %), 28 infirmières occupent un poste d'IPAC à temps plein (35 %) et une autre occupe un poste à temps partiel. De plus, cinq centres ont un poste d'IPAC à combler. Le tableau 8 présente la répartition des infirmières formées qui occupent un poste d'IPAC.

Tableau 8 - Répartition des infirmières formées détenant un poste d'infirmière première assistante en chirurgie, selon les données du RIPAC

Nombre d'IPAC occupant un poste attitré	Nombre d'établissements
1	12
2	2
3	3
4	1

Dans sept centres qui embauchent des IPAC, neuf infirmières formées répondent aux besoins ponctuels. Parmi les autres infirmières formées qui ne pratiquent pas à titre d'IPAC, 37 exercent dans d'autres domaines et cinq sont retraitées.

Les IPAC interviennent en chirurgie générale et dans les spécialités chirurgicales suivantes : vasculaire, thoracique, cardiaque, gynécologique, orthopédique, ORL, urologique et plastique, ainsi que pour l'implantation d'un stimulateur cardiaque.

Application du règlement d'autorisation des actes médicaux

Les représentantes des deux groupes consultés se sont prononcées sur divers points abordés dans le questionnaire d'enquête. Cette section présente les orientations qu'elles privilégient sur chacun des points suivants.

Exigence en matière d'expérience

Les représentantes considèrent qu'il est essentiel que l'infirmière possède au moins deux ans d'expérience en salle d'opération avant de suivre la formation de première assistante en chirurgie. L'infirmière peut ainsi se familiariser avec les diverses chirurgies et leur déroulement. Or, le règlement d'autorisation des actes médicaux exige trois ans d'expérience dans un bloc opératoire, alors que l'infirmière doit avoir seulement deux ans d'expérience en salle d'opération pour s'inscrire au certificat en soins infirmiers périopératoires de l'UQTR. Il est recommandé d'uniformiser cette exigence à deux ans d'expérience.

De plus, les représentantes recommandent d'abolir l'exigence d'un an dans la spécialité.

Exigence en matière de formation

Le règlement d'autorisation des actes médicaux exige que l'infirmière qui remplit les fonctions de première assistante en chirurgie dans le domaine des soins préopératoires, peropératoires et postopératoires soit titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières et d'un certificat en soins infirmiers périopératoires. Dans le cadre de ce certificat, l'infirmière doit avoir « complété au moins 60 crédits en sciences infirmières ».

Les représentantes considèrent qu'exiger un baccalauréat en sciences pourrait être acceptable. Actuellement, la convention collective comprend une liste des certificats qui sont reconnus en soins infirmiers. Cette liste pourrait servir à la reconnaissance des 60 crédits cumulés dans un programme d'études universitaires.

Le problème de l'accessibilité de la formation est réel. Le RIPAC évalue d'autres modalités d'apprentissage, par exemple la téléuniversité. La problématique de la formation a aussi une dimension budgétaire. Les représentantes suggèrent la création d'un programme de bourses et l'adoption de budgets spéciaux pour favoriser la formation des IPAC.

Actuellement, il n'y a pas de programmes de formation continue à l'intention des IPAC. Les infirmières peuvent s'inscrire à des congrès en soins infirmiers périopératoires (tels que ceux organisés par la CIISOQ, l'Operating Room Nurses Association of Canada, l'Association of periOperative Registered Nurses) ou dans diverses spécialités chirurgicales.

Attestation biennale de formation en réanimation cardiorespiratoire

Cette exigence doit être maintenue. Le RIPAC offre un cours de RCR dans le cadre de son assemblée générale annuelle. Toutes les IPAC peuvent ainsi profiter de cette occasion pour renouveler leur attestation.

Fonction d'infirmière première assistante en chirurgie

La fonction n'est pas identique dans tous les milieux. Dans certains établissements, les IPAC exercent uniquement en salle d'opération durant la période peropératoire. Dans d'autres, milieux elles assument leur rôle pour les soins préopératoires et postopératoires. L'IPAC peut alors évaluer les clients au stade préopératoire, assurer leur suivi à l'étage et amorcer des mesures thérapeutiques selon des ordonnances collectives.

Par ailleurs, les représentantes de la CIISOQ et du RIPAC émettent des réserves sur l'élaboration de listes d'activités de l'IPAC. Elles considèrent que les gestes cliniques et techniques chirurgicaux peuvent varier en fonction de divers facteurs, telles l'expertise et les connaissances de l'infirmière, les modalités de fonctionnement du centre ou encore les exigences des chirurgiens. Toutefois, elles sont prêtes à collaborer à toute action qui permettrait d'apporter des précisions sur ce qui devrait être réservé à l'IPAC.

Besoin en infirmières premières assistantes en chirurgie

Le besoin en IPAC est réel et urgent. Il se fait sentir particulièrement en chirurgie cardiaque et en chirurgie orthopédique. Actuellement, en orthopédie, l'assistance chirurgicale est assurée par des médecins, des résidents, des IPAC et des techniciens en orthopédie – qui exécutaient les gestes au moment de l'adoption du règlement d'autorisation des actes médicaux. De plus, dans certains milieux qui accueillent des résidents, ceux-ci ne suffisent pas à combler les demandes.

À court terme, les représentantes recommandent d'évaluer la possibilité de créer des postes d'IPAC à l'intérieur des budgets prévus pour les arthroplasties. Ces budgets pourraient aussi favoriser la formation d'un certain nombre d'IPAC.

Il serait aussi important de broser un portrait des techniciens en orthopédie et des autres personnes qui font de l'assistance sans posséder la formation requise. Il serait pertinent de déterminer les privilèges qui leur sont accordés ainsi que les besoins en IPAC, afin de remplacer les techniciens à leur départ pour la retraite.

Les représentantes formulent aussi des recommandations sur l'utilisation des IPAC dans les milieux. Elles reconnaissent l'importance d'utiliser cette ressource adéquatement et de façon optimale. À cette fin, elles recommandent de développer une approche de prêt de services, afin que les infirmières puissent faire de l'assistance en chirurgie dans plusieurs centres. Ainsi, les centres qui ne peuvent pas avoir d'IPAC à plein temps pourraient bénéficier de ce service, et les infirmières ne perdraient pas leurs avantages. Elles recommandent que l'OIIQ fasse des démarches dans ce sens auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

De plus, il est proposé d'évaluer la possibilité d'accorder des privilèges d'assistance chirurgicale aux candidates IPAC durant leurs stages de formation, qui s'appliqueraient seulement à la phase peropératoire.

Infirmière première assistante en chirurgie en milieu privé

L'alinéa 2° de l'article 3 du règlement d'autorisation des actes médicaux prévoit que l'infirmière peut exécuter les gestes cliniques et techniques chirurgicaux complémentaires à condition qu'elle exerce dans un centre hospitalier visé à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) ou à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (L.R.Q., c. S-5). Ainsi, selon cette disposition réglementaire, les IPAC ne pourraient pas exercer dans des milieux autres que des centres hospitaliers.

Avec l'accroissement des cliniques privées, la privatisation de certains types de chirurgies et la demande d'IPAC dans ces milieux, cette disposition devra être modifiée pour tenir compte de la réalité. Or, les représentantes ne disposent pas actuellement de données qui permettraient d'avoir une vue d'ensemble de la situation : combien d'IPAC exercent dans le secteur privé ? Quel est leur profil d'expérience et de formation ? Dans quelles conditions exercent-elles ? Quelle est la nature des gestes cliniques et techniques qu'elles accomplissent ?

Les tableaux 9 et 10 ci-après présentent respectivement une synthèse des modifications proposées au règlement d'autorisation des actes médicaux et une synthèse des propositions pour combler les besoins en IPAC.

Tableau 9 - Synthèse des propositions de modification du règlement d'autorisation des actes médicaux aux infirmières premières assistantes en chirurgie

Exigences réglementaires	Propositions des centres	Propositions de la CIISOQ et du RIPAC
Expérience requise Trois ans d'expérience dans un bloc opératoire, dont un an dans la discipline chirurgicale concernée	<u>Difficultés</u> • le départ à la retraite des infirmières expérimentées; • l'arrivée de jeunes infirmières qui manquent d'expérience; • dans les petits centres, il y a peu d'infirmières et elles doivent varier leurs expériences; • la gestion des nouvelles expériences dans une spécialité; • le maintien d'une pratique sécuritaire dans plusieurs spécialités. <u>Proposition</u> • exiger seulement l'expérience au bloc opératoire, sans mentionner une discipline chirurgicale.	<u>Difficulté</u> • le règlement exige trois ans d'expérience au bloc opératoire, alors que deux années d'expérience sont requises pour l'inscription au certificat en soins périopératoires. <u>Propositions</u> • uniformiser cette exigence à deux ans; • abolir l'exigence d'un an dans la spécialité.

Exigences réglementaires	Propositions des centres	Propositions de la CIISOQ et du RIPAC
Formation Être titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières	<u>Difficultés</u> • la pénurie d'infirmières bachelières; • l'exigence est restrictive dans les régions où la formation est peu disponible; • un conseil d'administration autorise les infirmières titulaires d'un certificat en soins périopératoires à agir comme premières assistantes sans détenir un bac; • l'exigence de 60 crédits en sciences infirmières risque d'éliminer de bonnes candidates qui ont obtenu un bac par cumul de certificats; • les infirmières sont tributaires des cours donnés dans leur région. <u>Propositions</u> • offrir 30 crédits universitaires en soins périopératoires, dans le cadre du DEC-bac, afin que l'infirmière puisse acquérir ses deux ans d'expérience en soins périopératoires durant son cours et travailler comme première assistante à sa sortie de l'université; • réduire les 60 crédits en sciences infirmières à 30 crédits.	<u>Commentaire</u> • l'infirmière qui remplit les fonctions en soins préopératoires, peropératoires et postopératoires doit détenir un baccalauréat en sciences infirmières et un certificat en soins périopératoires. <u>Propositions</u> • exiger un baccalauréat en sciences pourrait être acceptable; • appliquer la liste des certificats reconnus en soins infirmiers qui est incluse dans la convention collective.

Exigences réglementaires	Propositions des centres	Propositions de la CIISOQ et du RIPAC
Formation (suite) Être titulaire d'un certificat en soins périopératoires	<u>Propositions</u> • permettre au milieu de bénéficier des connaissances de l'infirmière titulaire du certificat en soins infirmiers périopératoires qui n'a pas terminé le programme de baccalauréat, à condition qu'elle s'engage à obtenir son baccalauréat; • reconnaître comme IPAC toutes les infirmières titulaires du certificat en soins infirmiers périopératoires; • intégrer le certificat en soins infirmiers périopératoires dans un baccalauréat par cumul de certificats et non l'exiger en sus du baccalauréat.	
Accessibilité de la formation	<u>Difficulté</u> • la distance est une contrainte majeure. <u>Proposition</u> • revoir les modalités de formation, la délocaliser et la rendre disponible dans les régions.	<u>Difficultés</u> • le problème d'accessibilité de la formation est réel; • l'aspect budgétaire. <u>Propositions</u> • évaluer d'autres possibilités pour offrir la formation, telle la téléuniversité; • mettre sur pied un système de bourses; • prévoir des budgets spéciaux pour favoriser la formation des IPAC.

Exigences réglementaires	Propositions des centres	Propositions de la CIISOQ et du RIPAC
Formation continue	<u>Proposition</u> • donner de la formation continue.	<u>Commentaires</u> • le RIPAC organise un congrès annuel qui peut être considéré comme une activité de formation continue; • les infirmières peuvent aussi s'inscrire à des congrès offerts dans diverses spécialités chirurgicales.
Réanimation cardiorespiratoire Attestation biennale délivrée par un maître-instructeur reconnu par la Fondation des maladies du cœur du Québec	<u>Difficultés</u> • les infirmières n'ont pas accès à cette attestation dans tous les milieux; • l'exigence est tributaire en partie de l'intérêt que l'infirmière y accorde. <u>Proposition</u> • faire en sorte que le cours de RCR puisse être donné par des instructeurs reconnus par la FMOQ et non seulement par un maître-instructeur.	<u>Commentaires</u> • cette exigence doit être maintenue; • le RIPAC offre des sessions de mise à jour de la formation en RCR durant son congrès annuel.

Exigences réglementaires	Propositions des centres	Propositions de la CIISOQ et du RIPAC
Gestes cliniques et techniques chirurgicaux complémentaires Exécuter les gestes cliniques et techniques chirurgicaux complémentaires selon une ordonnance médicale, en présence du chirurgien responsable de l'intervention chirurgicale et dans un centre hospitalier visé par la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i> ou la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris</i>.	<u>Difficultés</u> • les conflits et malentendus entre les infirmières en service interne et les IPAC; • des centres considèrent que les infirmières en service interne ne font pas de la première assistance; • les privilèges accordés à des personnes qui ne répondent pas aux exigences. <u>Propositions</u> • établir une liste spécifique des gestes cliniques et techniques autorisés; • définir plus précisément l'assistance en chirurgie et préciser les gestes réservés à l'IPAC; • clarifier les gestes qui ne nécessitent pas les compétences d'une IPAC et que toute infirmière en service interne peut faire à la demande du chirurgien, si elle en a l'habileté.	<u>Commentaires</u> • la fonction d'IPAC n'est pas identique dans tous les milieux; • les gestes cliniques et techniques peuvent varier en fonction de divers facteurs : expertise et connaissances de l'infirmière, particularités du centre ou exigences du chirurgien; • l'élaboration de listes d'activités n'est pas recommandée. <u>Commentaire</u> • cette disposition devrait être modifiée pour tenir compte de l'accroissement des cliniques privées et de la privatisation de certains types de chirurgies.

Exigences réglementaires	Propositions des centres	Propositions de la CIISOQ et du RIPAC
Clause de droits acquis Une infirmière peut exercer les activités si au 28 décembre 2000 elle était titulaire d'un certificat en soins infirmiers périopératoires ou inscrite dans un programme d'études conduisant à la délivrance de ce certificat et qu'elle en est devenue titulaire		<u>Difficulté</u> - des techniciens en orthopédie ou d'autres personnes font de l'assistance sans être infirmières et sans posséder la formation requise. <u>Propositions</u> - déterminer les privilèges à accorder à ces personnes; - brosser un portrait de leur situation au Québec; - déterminer les besoins en IPAC pour remplacer éventuellement ces techniciens et autres intervenants.

Tableau 10 – Synthèse des propositions pour combler les besoins en infirmières premières assistantes en chirurgie

Objet	Propositions des centres	Propositions de la CIISOQ et du RIPAC
Besoin en IPAC	<u>Commentaires</u> • dans 34 centres sur 52 (65 %), les chirurgiens expriment le désir d'avoir des IPAC; • les chirurgiens spécialisés (orthopédie, neurochirurgie, plastie) en ont exprimé le besoin.	<u>Commentaires</u> • besoin dans le domaine de la chirurgie cardiaque et en orthopédie; • le besoin est réel et urgent.
Ressources humaines et budgétaires	<u>Propositions :</u> • avoir les ressources infirmières nécessaires et les postes officiels d'IPAC pour répondre aux besoins; • prévoir des montants d'argent à la RAMQ pour cette fonction spécialisée, au lieu de payer à même le budget du centre; • dégager un budget pour soutenir la formation des infirmières intéressées.	<u>Proposition :</u> • évaluer la possibilité de créer des postes d'IPAC à l'intérieur du budget alloué pour les arthroplasties ; ces budgets pourraient permettre de former un certain nombre d'IPAC.
Utilisation de l'IPAC	<u>Proposition</u> • exiger que l'infirmière première assistante en chirurgie accomplisse un nombre d'heures de pratique en assistance et démontre de la régularité dans ses activités pour être reconnue dans son milieu.	<u>Propositions</u> • développer une approche de prêt de services qui permettrait aux IPAC de faire de l'assistance en chirurgie dans plusieurs centres sans perdre leurs avantages; • que l'OIIQ fasse des démarches dans ce sens auprès du MSSS.

Objet	Propositions des centres	Propositions de la CIISOQ et du RIPAC
Application du règlement	<u>Propositions</u> • clarifier le règlement et en éliminer les zones grises, afin qu'il soit plus facile à respecter particulièrement par les chirurgiens délinquants; • s'assurer que les modifications apportées soient souples et faciles à adapter, afin que le règlement soit réaliste et facilement applicable; • créer un système d'inspection des actes posés par les IPAC.	
Fonction d'IPAC	<u>Propositions</u> • que l'OIIQ fasse de la publicité sur la fonction d'IPAC; • réaliser un projet pilote afin de démontrer le besoin en IPAC.	

DEUXIÈME PARTIE

TENDANCES AMÉRICAINES ET CANADIENNES RELATIVES À LA FONCTION D'INFIRMIÈRE PREMIÈRE ASSISTANTE EN CHIRURGIE COMPARÉES AUX EXIGENCES EN VIGUEUR AU QUÉBEC

Cette partie du document présente des tendances qui se manifestent aux États-Unis et au Canada relativement à la fonction d'IPAC.

LES TENDANCES AMÉRICAINES

Les données présentées dans cette section sont fondées sur les positions prises par l'Association of periOperative Registered Nurses (AORN, 2005b, 2005c, 2005d, 2006) ainsi que sur l'information recueillie par cette association relativement aux orientations adoptées par divers États américains. Le contenu de certains programmes de formation américains offerts aux infirmières qui désirent devenir premières assistantes en chirurgie a été examiné². Les principaux éléments de la réglementation québécoise ont servi de cadre de référence pour la description des tendances américaines.

EXIGENCES EN MATIÈRE D'EXPÉRIENCE

L'AORN a énoncé sa position relativement aux conditions requises pour exercer comme IPAC. Elle y précise que les exigences générales d'admission au programme de formation d'IPAC sont déterminées par chaque établissement d'enseignement. Toutefois, les candidates devraient détenir un certificat de compétence délivré par le Competency & Credentialing Institute (CCI). Ce certificat est accessible à toutes les infirmières qui ont l'équivalent de deux ans ou de 2 400 heures d'expérience en salle d'opération et leur confère le titre de *certified nurse operating room* (CNOR).

Dans sa prise de position, l'AORN mentionne qu'une infirmière praticienne agréée pourrait avoir accès à la formation d'IPAC. Lorsque cette infirmière n'a pas de compétence en soins peropératoires, ses habiletés cliniques et ses connaissances doivent être évaluées. Si cette évaluation démontre qu'elle n'a pas les habiletés et les

² National Institute of First Assisting (Colorado), Northeastern University (Massachusetts), Southwest Florida College (Floride), University at Buffalo (New York).

connaissances requises, l'établissement d'enseignement doit lui offrir la formation nécessaire pour combler ses lacunes.

À la lumière des données recueillies par l'AORN auprès de chaque État, seule la Californie précise dans ses exigences que l'infirmière doit posséder un minimum de trois ans d'expérience en salle d'opération à titre d'infirmière en service interne et en service externe. La plupart des États exigent que l'infirmière détienne un certificat de compétence en soins périopératoires.

Selon les renseignements trouvés sur le site Web des établissements d'enseignement, trois d'entre deux, en plus d'exiger le certificat de CNOR, formulent les exigences suivantes :

- deux ans d'expérience en service externe et en service interne (Southwest Florida College);
- deux ans d'expérience récente en soins périopératoires (Northeastern University, University at Buffalo).

EXIGENCES EN MATIÈRE DE FORMATION

L'AORN reconnaît que la complexité des connaissances et des habiletés requises pour prendre soin efficacement des clients en soins infirmiers périopératoires oblige les infirmières à poursuivre leur formation dans des programmes structurés en soins infirmiers. Elle souligne que toutes les infirmières doivent acquérir les compétences essentielles aux soins périopératoires durant leur formation de base.

Pour devenir première assistante en chirurgie, l'infirmière doit, après sa formation de base, suivre une formation complémentaire dans le cadre d'un programme qui satisfait aux normes établies par l'AORN (2005b) dans le document *Standards for RN First Assistant Education Programs*. Ce programme doit être équivalent à une année d'études universitaires.

La partie théorique devrait durer l'équivalent d'un semestre d'études, inclure des cours en classe ou en laboratoire et couvrir, entre autres :

- l'évaluation préopératoire;
- le rôle de première assistante en chirurgie au stade peropératoire, qui comprend les activités consistant à utiliser des instruments et des appareils médicaux, à exposer les organes et les tissus, à manipuler et à couper des tissus, à faire l'hémostase et à suturer;

- le suivi des clients en phase postopératoire en collaboration avec les autres professionnels de la santé.

Le volet clinique devrait permettre à l'infirmière d'appliquer les fonctions de première assistance durant la phase peropératoire et pour d'autres procédures effractives. Ce volet devrait durer au minimum un semestre d'études et inclure des assignations comme assistante en chirurgie et la prise en charge de soins des clients. Le médecin moniteur assure l'évaluation de la compétence et fournit une lettre de recommandation qui tient compte des activités d'apprentissage accomplies.

L'analyse des exigences formulées par divers États américains permet de faire ressortir certaines caractéristiques. Il faut noter que plusieurs États se réfèrent aux exigences énoncées par l'AORN sans toutefois y apporter de précision. Cinq États ont établi des conditions particulières, qui peuvent être résumées comme suit (2005d) :

- l'exigence d'enseignement théorique peut varier de 45 heures (Floride, Kentucky, Virginie-Occidentale) à 50 heures (Maryland). En Californie, on exige seulement que l'infirmière ait complété avec succès un cours structuré de première assistante;
- l'exigence de stage la plus courante est de 120 heures d'internat clinique ou l'équivalent de deux semestres (Floride, Kentucky, Virginie-Occidentale). Au Maryland, cette exigence est de 200 heures au minimum d'assistance chirurgicale pour des chirurgies majeures. En Californie, on exige que l'infirmière ait cumulé 20 heures ou 10 cas supervisés par un chirurgien moniteur.

Dans quatre États (Californie, Maryland, Massachusetts, New Hampshire) les éléments de contenu de la formation d'IPAC sont énoncés de façon précise. Seuls les éléments relatifs à l'accomplissement des activités accomplies au stade peropératoire sont présentés ci-dessous :

- anatomie, physiologie et pathophysiologie chirurgicales ainsi que les interventions chirurgicales liées à chaque système;
- techniques chirurgicales appropriées à la fonction de première assistante;
- exécution des activités durant la période peropératoire;
- application des principes d'asepsie et de contrôle des infections;
- appréciation des risques opératoires et application des mesures correctives et préventives;
- intervention en situation d'urgence.

Aux États-Unis, les établissements d'enseignement décrivent les modalités de leur programme en distinguant le volet théorique du volet clinique. Les programmes passés en revue présentent le profil suivant :

Volet théorique

- semaine intensive de formation comprenant des cours en classe, des activités d'apprentissage indépendantes, la tenue d'un journal et un examen écrit (trois crédits, University at Buffalo);
- formation à distance comprenant 12 volumes d'étude à domicile et 54 heures de formation pratique (laboratoire, pratique de suture, techniques de fermeture de plaies montrées sur DVD (National Institute of First Assisting);
- une semaine intensive de formation théorique et de pratique en laboratoire, sous la supervision d'IPAC ou de chirurgiens, pour permettre d'appliquer les techniques d'assistance chirurgicale (Northeastern University);
- six jours (samedi et dimanche) d'enseignement théorique (Southwest Florida College).

Volet clinique

- 250 heures de formation sous la direction d'un chirurgien moniteur (trois crédits, University at Buffalo);
- stage d'internat supervisé de 135 heures effectuées à l'hôpital où exerce l'infirmière (National Institute of First Assisting);
- internat d'expérience clinique supervisé par un chirurgien qui se déroule dans l'établissement de santé où exerce l'infirmière. Celle-ci tient un journal des interventions chirurgicales. L'évolution de l'internat est contrôlée par l'établissement d'enseignement (Northeastern University);
- retour de l'infirmière dans son milieu pour faire son internat. Elle documente ses performances, accomplit des activités d'apprentissage pour assimiler les connaissances acquises durant le premier semestre. L'infirmière doit satisfaire aux exigences dans un délai de 12 mois (Southwest Florida College).

Aux États-Unis, il faut aussi souligner que la fonction de première assistance en chirurgie peut aussi être remplie par d'autres personnes que des infirmières. L'Association of Surgical Technologists a produit divers documents permettant de préciser les qualifications et les exigences requises pour agir dans les rôles de technologiste chirurgical et de premier assistant chirurgical (AST, s.d., 2000, 2001). Les exigences de formation ainsi que le processus de certification développé par cette association ont été comparés à ceux de l'AORN (s.d.a, 2005b) et du CCI (2004, 2006). Les différences entre le cheminement des infirmières et des technologistes chirurgicaux pour devenir premier assistant en chirurgie, ont donc été regroupés dans à l'intérieur du tableau 11. Aux fins de comparaison, les programmes de formation en soins infirmiers périopératoires offerts au Québec ainsi que les exigences relatives à la fonction d'IPAC ont été inclus dans ce tableau. Pour information complémentaire, les exigences pour la certification en soins infirmiers périopératoires offerte par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC, 2005, 2006) ont été intégrées au tableau.

Tableau 11 - Comparaison des conditions requises pour devenir premier assistant en chirurgie

Infirmières Province de Québec	Infirmières Position de l'AORN	Technologistes chirurgicaux Position de l'AST
Infirmière en soins périopératoires • L'infirmière peut exercer en salle d'opération et agir en service interne et en service externe.	Infirmière en soins périopératoires • L'infirmière peut exercer en salle d'opération et agir en service interne et en service externe. • Selon l'AORN, l'infirmière en service interne travaille directement avec le chirurgien à l'intérieur du champ stérile en passant les instruments, les compresses et les autres articles requis durant l'intervention chirurgicale.	Technologiste chirurgical • Le technologiste chirurgical travaille sous la supervision du chirurgien pour s'assurer que l'environnement est sécuritaire, que l'équipement fonctionne adéquatement et que la procédure chirurgicale se déroule de façon à assurer la sécurité optimale du client. • Il connaît les techniques aseptiques et les applique, allie les connaissances de l'anatomie humaine, et des procédures chirurgicales à l'utilisation des instruments et des technologies pour faciliter la réalisation par le médecin des procédures thérapeutiques et diagnostiques effractives.

Infirmières Province de Québec	Infirmières Position de l'AORN	Technologistes chirurgicaux Position de l'AST
Aide technique et manuelle • L'infirmière en service interne peut apporter une aide technique et manuelle au chirurgien durant l'intervention chirurgicale. Elle peut, entre autres, tenir des écarteurs, des pinces ou d'autres instruments, couper des fils, éponger et aspirer à l'intérieur de la plaie chirurgicale.		Fonction de second assistant Le second assistant technologiste chirurgical assiste le chirurgien et/ou le premier assistant durant l'intervention chirurgicale en accomplissant des tâches techniques telles que : • tenir des écarteurs ou des instruments; • éponger ou succionner; • appliquer l'électrocautère, clamber; • couper des fils; • connecter des drains à des appareils à succion; • appliquer des pansements sur une plaie fermée. Le rôle de second assistant est distinct du rôle de premier assistant et peut être accompli en même temps que le service interne.

Infirmières Province de Québec	Infirmières Position de l'AORN	Technologistes chirurgicaux Position de l'AST
Programme court en pratique infirmière en salle d'opération - Le programme permet aux infirmières ayant peu ou pas d'expérience d'acquérir et de consolider leurs connaissances ainsi que de parfaire leurs habiletés pour être en mesure d'assumer les fonctions de l'infirmière en service interne, en service externe et à la salle de réveil. - L'admission se fait à temps partiel seulement. - Quatre ou cinq cours pourront être reconnus à l'intérieur du certificat en soins infirmiers périopératoires et cinq à l'intérieur du baccalauréat en sciences infirmières (cheminement de perfectionnement). - Le programme comprend cinq cours obligatoires (15 crédits) : 1. Pathologie et soins infirmiers chirurgicaux; 2. L'infirmière et l'évaluation clinique; 3. Soins infirmiers et surveillance clinique périopératoire; 4. Introduction à la pratique infirmière en salle d'opération; 5. Stage d'intervention infirmière en salle d'opération.	Programme d'orientation – Soins périopératoires 101 - Le programme d'éducation continue pour les nouvelles infirmières en soins périopératoires a été élaboré par des experts à partir des <i>Standards, Recommended Practices and Guidelines</i> de l'AORN. - La durée du programme est de 83 heures. - Le programme comprend des textes et des vidéos. Il peut être donné dans les établissements de santé ayant reçu l'agrément de l'AORN. - Le contenu du programme comprend des sujets tels que : 1. Les soins périopératoires et l'environnement chirurgical; 2. L'allergie au latex, les techniques aseptiques, la stérilisation et la désinfection, la sécurité en salle d'opération, technique de brossage et pour revêtir la blouse et les gants; 3. L'évaluation périopératoire, le service interne et le service externe, l'éducation au client et à sa famille;	Programmes de formation - Les programmes sont accrédités par la Commission on Accreditation of Allied Health Education Programs. - La durée des programmes peut être de neuf mois (donnant accès à un diplôme ou une attestation de formation) à deux ans avec délivrance d'un diplôme du niveau « <i>associate degree</i> ». - Le programme de formation inclut de la formation en classe, des expériences simulées en laboratoire et du travail en salle d'opération sous la supervision d'un chirurgien. - Le contenu du programme comprend entre autres : 1. Les notions d'anatomie, de microbiologie, de pharmacologie, d'instrumentation, de sécurité physique; 2. Les soins généraux au patient; 3. Les principes d'asepsie et l'application des techniques stériles; 4. Les procédures chirurgicales;

Infirmières Province de Québec	Infirmières Position de l'AORN	Technologistes chirurgicaux Position de l'AST
	4. L'anesthésie, les médications et les solutions; 5. Les plaies et l'hémostase, le positionnement du patient, les aiguilles et les sutures, les éponges, les instruments chirurgicaux, les spécimens, la préparation de la peau, le drapage, l'électrochirurgie, les garrots et les implants, la chirurgie endoscopique, le laser.	5. La classification des plaies et leur guérison; 6. Les considérations postopératoires. • La formation est offerte sur place ou à distance par des établissements d'enseignement dans le cadre d'un programme structuré.
Exigences d'admission • Être titulaire d'un diplôme d'études collégiales (DEC en soins infirmiers ou d'un diplôme d'infirmière d'une école ou l'équivalent; • être autorisée à exercer la profession et en fournir la preuve; • fournir une lettre de la direction des soins infirmiers précisant que le centre acceptera de la recevoir en stage. La plupart des établissements de santé offrent une orientation aux nouvelles infirmières qui débutent en salle d'opération. La période d'orientation varie d'un milieu à l'autre.	Exigence d'admission Infirmières qui débutent en salle d'opération.	Exigence d'admission Tout programme peut donner accès à cette formation principalement le programme d'« Associate Degree ».

Infirmières Province de Québec	Infirmières Position de l'AORN	Technologistes chirurgicaux Position de l'AST
Certification en soins périopératoires (AIIC) Processus volontaire par lequel l'infirmière se soumet à un examen pour démontrer son engagement à l'excellence dans les soins infirmiers. La certification fait partie du programme de certification nationale de l'AIIC.	Certification en soins périopératoires Processus qui reconnaît que l'infirmière a développé ses compétences dans le domaine des soins périopératoires. • Les infirmières sont certifiées par le Competency & Credentialing Institute.	Certification du technologiste chirurgical Processus volontaire qui aide à déterminer, par un examen, qu'une personne satisfait les normes nationales aux plans théorique et pratique dans un domaine particulier. • Les technologistes chirurgicaux sont certifiés par le National Board of Surgical Technology and Surgical Assisting, membre du National Organization for Competency Assurance et les examens sont agréés par le National Commission for Certifying Agencies.

Infirmières Province de Québec	Infirmières Position de l'AORN	Technologistes chirurgicaux Position de l'AST
Conditions d'admission à l'examen de certification Option A • Être infirmière; • avoir cumulé au moins 3 900 heures comme infirmière en soins infirmiers périopératoires (une année à plein temps équivaut à 1 950 heures). Option B • Être infirmière; • avoir suivi avec succès un programme/cours de perfectionnement en soins infirmiers périopératoires d'au moins 300 heures; • avoir cumulé au moins 1 950 heures comme infirmière en soins infirmiers périopératoires au cours des trois dernières années. L'examen porte sur les aspects suivants : • questions éthiques et professionnelles (10 %); • phase préopératoire immédiate (32 %); • phase peropératoire (64 %); • phase postopératoire immédiate (12 %).	Conditions d'admission à l'examen de certification • Toutes les infirmières qui ont l'équivalent de deux ans et 2 400 heures d'expérience en salle d'opération. • La certification permet de devenir Certified Nurse Operating Room (CNOR).	Conditions d'admission à l'examen de certification • Être diplômé d'un programme de technologie chirurgicale agréé par la Commission on Accreditation of Allied Health Education Programs. Types de certificat de compétence • La certification reconnaît trois niveaux de technologistes chirurgicaux : 1. Niveau I : agit en service interne dans toutes les chirurgies générales (<i>first scrub</i>) 2. Niveau II : agit en service interne avancé dans un ou plusieurs domaines spécialisés, agit en service externe, intervient en situation d'urgence, démontre des habiletés d'organisation (<i>advanced first scrub</i>); 3. Niveau III : agit dans un ou deux domaines spécialisés de l'administration du service chirurgical, démontre des connaissances supérieures en service externe et en situations d'urgence.

Infirmières Province de Québec	Infirmières Position de l'AORN	Technologistes chirurgicaux Position de l'AST
Infirmière première assistante en chirurgie Selon le <i>Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins</i>, l'infirmière première assistante en chirurgie est une infirmière qui a un minimum de trois ans d'expérience dans un bloc opératoire, dont au moins un an dans la discipline chirurgicale concernée. De plus : a. elle est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières délivré par une université du Québec où elle a complété au moins 60 crédits en sciences infirmières dans le cadre d'un programme d'études universitaires autres que le programme conduisant au certificat mentionné au sous-paragraphe b; b. elle est titulaire d'un certificat en soins infirmiers périopératoires délivré par l'Université du Québec à Trois-Rivières; c. elle est titulaire depuis moins d'un an d'une attestation réussie de formation en réanimation cardiorespiratoire délivrée, soit par un établissement ou un instructeur reconnu par la Fondation des maladies du cœur du	Infirmière première assistante en chirurgie Selon l'AORN, l'IPAC est une infirmière en soins périopératoires qui travaille en collaboration avec le chirurgien et l'équipe de santé pour atteindre des résultats optimaux pour le client. Elle doit avoir acquis les connaissances, le jugement et les habiletés spécifiques nécessaires pour remplir son rôle. Durant la phase peropératoire, l'IPAC pratique sous la direction du chirurgien et ne doit pas agir simultanément comme infirmière en service interne. Les activités de l'IPAC peuvent varier selon les clientèles, les environnements de pratique, les services prodigués, l'accessibilité des ressources humaines et financières, la politique de l'établissement et la définition de l'exercice infirmier.	Premier assistant chirurgical Le premier assistant chirurgical, selon l'American College of Surgeons (2004), apporte une aide lors de l'exposition des tissus, l'hémostase et d'autres fonctions techniques qui aident le chirurgien à réaliser une intervention chirurgicale sécuritaire avec des résultats optimaux pour le patient. Le premier assistant travaille sous la supervision du chirurgien et en conformité avec la politique de l'hôpital ainsi que les lois et les règlements en vigueur. L'AST définit trois niveaux de pratique de premier assistant chirurgical : 1. Premier assistant débutant : exerce dans une variété de spécialités. Il possède un certificat de compétence de technologiste chirurgical, il a complété une formation de premier assistant chirurgical dans un programme approuvé et il peut documenter 350 cas d'assistance chirurgicale 2. Premier assistant généraliste : dirige les technologistes chirurgicaux et agit comme premier assistant dans une variété de spécialités. Il possède un certificat de compétence de premier assistant chirurgical, il peut démontrer qu'il possède 100 crédits de formation

Infirmières Province de Québec	Infirmières Position de l'AORN	Technologistes chirurgicaux Position de l'AST
Québec, soit par un établissement affilié à une faculté de médecine.		continue dont 30 cumulés dans une catégorie avancée au cours d'une période de six ans. Il possède aussi une attestation de formation avancée en RCR. 3. Premier assistant spécialiste : dirige les technologistes chirurgicaux et agit comme premier assistant dans une spécialité. Il possède un certificat de compétence de premier assistant chirurgical, huit ans d'expérience dans le rôle de premier assistant; il peut documenter un minimum de 150 cas de chirurgie dans la spécialité spécifique et documenter ou démontrer une expertise avancée dans la spécialité visée; il possède une attestation de formation avancée en RCR et de l'expérience comme formateur de technologistes chirurgicaux, de premiers assistants ou d'autres prestataires de services de santé.

Infirmières Province de Québec	Infirmières Position de l'AORN	Technologistes chirurgicaux Position de l'AST
Programme de formation	Programmes de formation - Le programme devrait respecter les normes de formation recommandées par l'AORN et être accepté par le Competency & Credentialing Institute. Le programme est développé selon le <i>Core Curriculum for the RN First Assistant</i> adopté par l'AORN. - Les exigences générales d'admission sont déterminées par chaque établissement d'enseignement. - Toute candidate doit détenir son certificat de compétence en soins périopératoires (CNOR). - Les programmes devraient être associés avec des écoles de soins infirmiers, que ce soit dans des universités ou des collèges agréés pour l'éducation supérieure par une agence qui est reconnue par le Secretary of the US Department of Education.	Programmes de formation - Selon l'AST, tous les programmes devraient répondre aux exigences minimales définies dans le <i>Core Curriculum for Surgical First Assisting</i>. Seuls les programmes agréés par la Commission on Accreditation of Allied Health Education Programs sont reconnus respecter ce critère. - Il existe dix programmes de formation de premier assistant en chirurgie. Certains sont offerts dans les collèges publics et d'autres par des établissements d'enseignement privés. - Le programme de formation de premier assistant en chirurgie est un programme d'études supérieures offert au personnel possédant une expérience en salle d'opération. - Puisque les étudiants doivent travailler en salle d'opération ou dans un environnement chirurgical, l'AST recommande fortement aux établissements d'offrir les cours les soirs ou les fins de semaine.
Le certificat en soins infirmiers périopératoires permet aux infirmières d'acquérir et de consolider leurs	Le programme doit être l'équivalent d'une année de formation formelle. Le volet théorique est d'au moins un	Le programme devrait offrir environ 265 à 280 heures de formation théorique et de laboratoire. Le contenu comprend,

Infirmières Province de Québec	Infirmières Position de l'AORN	Technologistes chirurgicaux Position de l'AST
connaissances ainsi que de parfaire leurs habiletés pour être en mesure d'apporter l'aide clinique et technique dont le chirurgien a besoin dans la conduite sécuritaire des interventions chirurgicales. Les infirmières de salles d'opération auront ainsi toutes les habiletés nécessaires pour effectuer le suivi des patients en périodes préopératoire, peropératoire et postopératoire immédiate. Le programme comprend neuf cours obligatoires (27 crédits) et un cours optionnel (3 crédits). Les cours obligatoires sont : 1. Anatomie humaine fondamentale; 2. Physiopathologie humaine I; 3. Physiopathologie humaine II; 4. Pathologie et soins infirmiers chirurgicaux; 5. L'infirmière et l'évaluation clinique I; 6. Habiletés cliniques en soins infirmiers périopératoires; 7. Soins infirmiers et surveillance clinique périopératoire;	semestre d'études incluant des apprentissages en classe ou en laboratoire. Il couvre les aspects suivants : 1. l'évaluation préopératoire; 2. le rôle de première assistante en chirurgie en période peropératoire qui comprend les activités consistant à utiliser des instruments et des appareils médicaux, à exposer les organes et les tissus, à manipuler et couper des tissus, à faire l'hémostase et à suturer; 3. le suivi des clients en phase postopératoire en collaboration avec les autres professionnels de la santé.	entre autres, les éléments suivants : 1. anatomie chirurgicale; 2. microbiologie; 3. pharmacologie chirurgicale; 4. méthodes et agents anesthésiques; 5. bioscience (plaies, tests diagnostiques, manipulation des spécimens chirurgicaux, soin des clients en situation critique, équipements de thermorégulation, équilibre hydrique, acide-base et nutritionnel, évaluation de la peau; 6. fondements : équipement de monitoring, cathétérisation vésicale, positionnement, application du garrot pneumatique, préparation de la peau, drapage, instrumentation chirurgicale, techniques de d'exposition des tissus, hémostase, techniques de suture, pansements de plaie chirurgicale, systèmes de drainage, méthodes de contrôle de la douleur postopératoire, équipements spéciaux, chirurgie endoscopique, transport du client en situation critique;

Infirmières Province de Québec	Infirmières Position de l'AORN	Technologistes chirurgicaux Position de l'AST
8. Stage d'intervention en soins infirmiers périopératoires I; 9. Stage d'intervention en soins infirmiers périopératoires.	Le volet clinique devrait être au minimum d'un semestre d'études et inclure des assignations comme assistante en chirurgie et la prise en charge de soins des clients. Le médecin moniteur assure l'évaluation de la compétence et fournit une lettre de recommandation à partir des activités d'apprentissage accomplies.	7. complications chirurgicales Le stage clinique supervisé (environ 100 à 125 cas) couvrant la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique, la chirurgie vasculaire périphérique, les procédures endoscopiques, les chirurgies électives

Infirmières Province de Québec	Infirmières Position de l'AORN	Technologistes chirurgicaux Position de l'AST
Exigences d'admission • Être titulaire d'un diplôme d'études collégiales (DEC en techniques infirmières) ou d'un diplôme d'infirmière d'une école d'hôpital ou l'équivalent; • Fournir la preuve qu'elle est autorisée à exercer la profession infirmière; • S'assurer qu'un milieu hospitalier accepte de la recevoir en stage; • La candidate collégienne doit faire la preuve qu'elle possède un minimum de trois ans d'expérience en salle d'opération; • La candidate universitaire doit démontrer qu'elle possède un minimum de deux ans d'expérience en salle d'opération; • Être membre en règle de la Corporation des infirmières et infirmiers en salle d'opération du Québec; • Toute candidate peut être appelée à se soumettre à une entrevue de sélection.	Exigences d'admission • Être infirmière; • Avoir un minimum de deux ans d'expérience récente en soins périopératoires. L'expérience doit inclure des activités de service interne, de service externe ou de première assistance durant la phase peropératoire; • Détenir un certificat de compétence en soins périopératoires ou admissible à la certification et avoir obtenu son certificat avant d'avoir complété sa formation d'IPAC; • Détenir une attestation de formation en RCR, la formation avancée est préférable; • Présenter deux lettres de recommandation qui confirment l'expérience dans les rôles de service interne, de service externe et de première assistante.	Exigences d'admission • Le baccalauréat est préférable pour l'admission à la formation de premier assistant. Toutefois il n'est pas un préalable à l'admission à l'examen de certification; • Sont admissibles les technologistes chirurgicaux, les infirmières de salle d'opération ou les assistants médicaux qui détiennent un certificat de compétence et dont le certificat est en vigueur; • Posséder trois années d'expérience en service interne acquises durant les cinq dernières années; • Avoir cumulé des crédits en anatomie et physiologie durant les 5 dernières années; • Posséder une attestation de formation en RCR.

Infirmières Province de Québec	Infirmières Position de l'AORN	Technologistes chirurgicaux Position de l'AST
	Certification d'infirmière première assistante en chirurgie Après avoir terminé sa formation théorique et son stage supervisé, l'infirmière obtient son diplôme. L'infirmière est admissible à la certification. Le certificat de compétence démontre l'excellence de sa pratique professionnelle et confirme son développement professionnel.	Certification de premier assistant en chirurgie Depuis le 1 janvier 2007, pour être admis à l'examen de certification, la personne doit être diplômée d'un programme agréé par la Commission on Accreditation of Allied Health Education Programs. La certification vise à tester les premiers assistants au moyen d'un examen qui porte principalement sur les activités liées à la période peropératoire, tout en incluant des questions couvrant les activités préopératoires et postopératoires du premier assistant.

Infirmières Province de Québec	Infirmières Position de l'AORN	Technologistes chirurgicaux Position de l'AST
	Exigences d'admission • Être infirmière. • Détenir un certificat de compétence d'infirmière en soins périopératoires (CNOR); • Être titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières ou d'une maîtrise en sciences infirmières; • Avoir cumulé 2 000 heures de pratique comme IPAC. Cette pratique inclut les soins préopératoires, peropératoires et postopératoires. De ces 2 000 heures, 500 doivent être accomplies durant les deux années qui précèdent immédiatement la demande d'admission; • Des 2 000 heures requises pour l'admission, 600 peuvent être cumulées en soins préopératoires et postopératoires. Toutefois, au moins 1 400 heures doivent être accomplies en soins peropératoires. Le contenu de l'examen couvre les soins peropératoires (70 %) et les soins préopératoires et postopératoires (30 %).	Exigences d'admission • Être titulaire d'un certificat de compétence de technologiste chirurgical et avoir cumulé deux années d'expérience comme premier assistant durant les quatre dernières années et un minimum de 350 cas documentés.

NÉCESSITÉ D'UNE ATTESTATION DE FORMATION EN RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

L'AORN (2005b) précise que l'attestation de formation de base en RCR est un des préalables du programme de formation d'IPAC. Toutefois, une attestation de formation avancée en RCR est préférable.

Trois États ont énoncé des exigences à ce sujet :

- formation de base en RCR (Californie);
- obligation pour l'infirmière de posséder les habiletés nécessaires pour effectuer la RCR (Massachusetts, New Hampshire).

Trois établissements d'enseignement ont inclus l'obtention d'une attestation de formation en RCR dans les préalables du programme de formation d'IPAC (Northeastern University, Southwest Florida College, University at Buffalo). Il faut souligner que l'exigence de l'attestation biennale n'est précisée dans aucun document.

EXÉCUTION DES GESTES CLINIQUES ET TECHNIQUES CHIRURGICAUX COMPLÉMENTAIRES

Dans sa prise de position, l'AORN (2006) reconnaît que les activités de première assistante en chirurgie font partie des soins infirmiers périopératoires. Toutefois, certaines activités sont considérées comme des fonctions déléguées réservées aux IPAC. L'association précise le champ de pratique de l'IPAC durant les phases préopératoire, peropératoire et postopératoire. Au cours de la phase peropératoire, les activités reconnues en assistance chirurgicale sont les suivantes :

- utiliser les instruments et appareils médicaux;
- assurer l'exposition du site opératoire;
- manipuler et/ou couper des tissus;
- faire l'hémostase;
- suturer.

Dans l'énoncé de leurs positions, 16 États considèrent les activités de première assistante en chirurgie comme faisant partie du champ d'activité de l'infirmière en soins périopératoires (AORN, 2005c). Pour certains d'entre eux, ces activités relèvent d'une pratique élargie ou spécialisée (Maryland, Mississippi, Washington). Toutefois, trois États reconnaissent ces activités comme des fonctions médicales déléguées (Montana, Tennessee, Vermont).

La plupart des États américains reprennent les activités reconnues par l'AORN. Toutefois, trois États ont apporté des précisions dans l'énoncé des activités accomplies par l'IPAC :

- faire l'entaille ou l'ouverture de la plaie au cours des chirurgies par laparoscopie ou l'installation de drains ; fixer un drain (Alabama, Maryland);
- manipuler et/ou couper les tissus, y compris exciser une lésion cutanée et faire une biopsie (Kentucky).

L'État du Mississippi a déterminé que deux activités – prélever la saphène et suturer - peuvent être accomplies seulement par une IPAC. L'Idaho réserve le prélèvement de la saphène à l'infirmière première assistante en chirurgie cardiovasculaire qui a complété avec succès la formation appropriée. L'Arizona a limité les activités de l'IPAC, en précisant qu'elle n'est pas autorisée à faire une intervention chirurgicale, qui est la fonction première du chirurgien, ni des transplantations d'organes.

L'État du Maine précise que l'IPAC peut assister le chirurgien sauf lors d'une gastrostomie percutanée. Le Kentucky exige qu'en aucun cas l'IPAC ne remplace le chirurgien responsable de l'intervention chirurgicale ou n'assume ses responsabilités. Toutefois, si le chirurgien devient incapable de poursuivre l'intervention, elle pourrait accepter d'assumer certaines responsabilités, entre autres protéger la plaie chirurgicale, maintenir l'hémostase et assurer la stérilité du champ opératoire jusqu'à ce que le chirurgien remplaçant accepte la responsabilité de terminer l'intervention.

CONDITIONS D'EXÉCUTION DES ACTIVITÉS DE PREMIÈRE ASSISTANCE EN CHIRURGIE

L'AORN confirme dans sa position que l'IPAC ne doit pas agir simultanément comme infirmière en service interne. Cinq États (Alabama, Idaho, New Hampshire, Orégon, Washington) ont inscrit dans leur position que l'IPAC ne doit pas agir simultanément en service interne ou en service externe.

L'AORN précise que l'IPAC travaille en collaboration avec le chirurgien et l'équipe de santé et qu'elle agit sous la direction du chirurgien. Cinq États obligent l'infirmière à agir soit sous la direction du chirurgien soit sous sa supervision (Alabama, Connecticut, Idaho, Kentucky, Washington). Toutefois, certaines précisions sont apportées quant à la nature de cette supervision :

- supervision appropriée selon la complexité de la chirurgie, le niveau de formation théorique et pratique de l'infirmière ainsi que son expérience ; la supervision doit être directe et constante (Connecticut);

- disponibilité immédiate et présence sur place du chirurgien durant l'intervention chirurgicale (Kentucky);
- supervision sur place du chirurgien et exécution des activités de l'infirmière sous sa direction (Washington).

AUTRES CONDITIONS

L'AORN reconnaît que les activités de l'IPAC peuvent varier en fonction de la clientèle, de l'environnement de pratique, des services offerts, de l'accessibilité des ressources humaines et financières, des politiques de l'établissement et de la définition de l'exercice infirmier reconnu dans chaque État. Elle recommande qu'un processus de reconnaissance des privilèges de l'IPAC soit instauré dans chaque établissement où l'infirmière exerce comme première assistante en chirurgie. Ce processus devrait inclure les mécanismes suivants :

- évaluation des qualifications de l'infirmière pour exercer comme première assistante;
- évaluation continue des compétences;
- évaluation du respect des politiques de l'établissement et du service;
- définition du champ d'activité de l'IPAC;
- compilation de l'information relative aux activités de l'IPAC;
- mise en place d'un processus d'évaluation par les pairs, y compris des mécanismes de formation continue.

D'autres conditions ont été imposées par certains États afin d'encadrer les activités de l'IPAC, notamment :

- *Les procédures standardisées adoptées par l'ordre professionnel des infirmières* — Les fonctions qui ne sont pas prévues par le règlement peuvent être définies dans des procédures standardisées approuvées par l'ordre professionnel avant leur application à tous les milieux de pratique (Alabama).
- *Les politiques et procédures adoptées par l'établissement ou l'employeur* — L'IPAC doit respecter les politiques déterminées par l'employeur ou l'établissement (Arizona, Kentucky). Le Vermont précise que ces politiques et procédures portent sur le rôle de la première assistante et que l'établissement devrait adopter des lignes directrices pour les situations d'urgence. Le Montana précise que l'établissement qui embauche l'IPAC devrait avoir une politique

écrite qui détermine les circonstances dans lesquelles une infirmière peut agir comme première assistante en chirurgie ainsi que les qualifications et la formation nécessaires.

En Virginie, l'infirmière peut agir comme première assistante en chirurgie dans les cas qui sont compatibles avec sa formation et son expérience. Il ajoute que le personnel médical, l'administration et la direction des soins infirmiers de tout hôpital qui autorise les infirmières à agir comme première assistante en chirurgie devraient déterminer ensemble des politiques leur permettant d'agir en toute sécurité comme IPAC. Ces politiques devraient inclure les qualifications qu'elles doivent posséder, les types d'interventions chirurgicales où elles peuvent agir à ce titre et les activités prohibées.

- *La reconnaissance de privilèges* — La Floride spécifie que chaque établissement doit établir des procédures spécifiques pour officialiser la nomination des infirmières premières assistantes et pour accorder, renouveler et réviser les privilèges cliniques.

LES TENDANCES CANADIENNES

Cette section décrit la situation de l'IPAC dans les provinces canadiennes, à l'exception du Québec. Elle présente aussi les tendances canadiennes relatives à la fonction d'IPAC, en prenant comme cadre de référence les principaux éléments de la réglementation québécoise.

PORTRAIT DE LA SITUATION DE L'INFIRMIÈRE PREMIÈRE ASSISTANTE EN CHIRURGIE DANS LES AUTRES PROVINCES CANADIENNES

Dans son bulletin de l'hiver 2005-2006, le Registered Nurse First Assistant Network of Canada publiait l'état de la situation de l'IPAC dans sept provinces, dont le Québec. La pratique de l'IPAC varie d'une province à l'autre en ce qui a trait au nombre d'infirmières, à leur profil de formation et à leurs conditions d'exercice (voir le tableau 12). Les données relatives à la situation au Québec n'ont pas été incluses dans ce tableau parce que des données plus récentes et plus complètes ont été recueillies en mai 2006 par l'OIIQ.

Tableau 12 - Portrait de la situation des infirmières premières assistantes en chirurgie dans les autres provinces canadiennes, selon les données du Registered Nurse First Assistant Network of Canada (2005-2006)

Province	Nombre d'IPAC	Formation formelle	Conditions de pratique	Formation informelle
Terre-Neuve	6	Formation formelle Centre for Nursing Studies (St. John's)	Quatre infirmières en chirurgie cardiaque (temps partiel). Deux infirmières en chirurgie générale (au besoin). Toutes travaillent en milieu hospitalier et sont embauchées et rémunérées comme infirmière en soins périopératoires.	Dans un hôpital de Gander, des infirmières ont été formées en cours d'emploi, il y plusieurs années.
Ontario ORNAO RNFA Interest Group	62	Formées comme IPAC Lieux de formation : • British Columbia Institute of Technology • Delaware County Community College (Pennsylvanie) • Professional Nursing Seminars RN First Assistant Program (Nouveau-Mexique) • Perioperative Plus (Arizona) • BCA&T State University	14 infirmières ont un poste à plein temps. Sept infirmières ont un poste à temps partiel. 12 hôpitaux embauchent des IPAC. Toutes travaillent dans des hôpitaux. Toutes sauf une sont payées par l'hôpital. Une infirmière est payée par le chirurgien et en partie par un fonds de recherche.	Deux infirmières qui pratiquent comme IPAC ne font pas partie du groupe d'intérêt ; elles ont été formées par l'hôpital et le chirurgien.

Province	Nombre d'IPAC	Formation formelle	Conditions de pratique	Formation informelle
Manitoba	8	Formées comme IPAC Lieux de formation : • British Columbia Institute of Technology; • Nouveau-Mexique.	Aucune infirmière ne travaille dans un milieu hospitalier, même si quelques chirurgiens le souhaitent. Une infirmière travaille comme assistante clinique (fonctions non définies).	
Saskatchewan	3 Le Saskatchewan Health Department encourage les médecins de famille à faire de l'assistance chirurgicale en augmentant leurs honoraires et en leur versant une prime supplémentaire		Une infirmière travaille en chirurgie cardiaque (Royal University Hospital, Saskatoon) deux demi-journées comme première assistante et remplace des assistants médicaux absents pour 8 à 20 cas par mois au total. Elle travaille durant les heures régulières et est aussi de garde pour les urgences la semaine et la fin de semaine.	Projet pilote du Royal University Hospital avec deux IPAC. Le chirurgien a été moniteur pour deux IPAC.
Alberta	10		Projet pilote au Foothills Medical Centre (Calgary) réalisé par l'établissement, après avoir franchi les étapes suivantes : • reconnaissance de l'IPAC dans la région; • approbation par le comité d'éthique;	Quatre infirmières au University of Alberta Hospital (Edmonton) ont été formées à assister le chirurgien : • deux en chirurgie cardiaque; • une en chirurgie plastique; • une en neurochirurgie. Aucune ne travaille comme IPAC.

Province	Nombre d'IPAC	Formation formelle	Conditions de pratique	Formation informelle
Alberta (suite)			• approbation par le comité du bloc opératoire; • approbation par le comité consultatif des médecins; • élaboration d'un énoncé de fonction régional; • élaboration de politiques; • discussion avec l'United Nurses of Alberta; • négociation pour la classification du salaire. Une infirmière a participé au projet pilote. Par la suite, six autres postes d'IPAC (quatre temps plein et deux temps partiel) ont été ajoutés au <i>Calgary Health Region's nursing budget</i>. Une IPAC pratique au Alberta Children's Hospital au sein de l'équipe de neurochirurgie pédiatrique. Chaque IPAC est rattachée à un hôpital et a la possibilité de travailler dans tous les sites de la région. Une IPAC a commencé à travailler dans un centre privé de Calgary (Health Resource Center) qui fait à contrat les chirurgies orthopédiques de la région. L'infirmière est rattachée au	

Province	Nombre d'IPAC	Formation formelle	Conditions de pratique	Formation informelle
			bureau du Directeur des services médicaux. Les services de l'infirmière sont requis principalement en orthopédie et en plastie.	
Colombie-Britannique Reconnaissance des activités de première assistance dans le <i>Health Professions Act</i>				

Le contenu de la section suivante est fondé sur l'information fournie par le Registered Nurse First Assistant Network of Canada (2005-2006) et les associations professionnelles canadiennes qui ont reconnu la fonction d'IPAC³. La description du programme de formation offerts aux IPAC par le British Columbia Institute of Technology et le Centre for Nursing Studies (Terre-Neuve-et-Labrador) complète cette partie.

EXIGENCES EN MATIÈRE D'EXPÉRIENCE

Cinq provinces, autres que le Québec, reconnaissent que l'infirmière doit pouvoir s'appuyer sur son expérience acquise en salle d'opération. Trois provinces exigent que l'infirmière possède l'attestation de compétence en soins périopératoires de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). Elles déterminent le nombre d'années d'expérience de la façon suivante :

- deux ans d'expérience en soins périopératoires (Nouvelle-Écosse);
- cinq ans d'expérience en soins infirmiers périopératoires (à plein temps ou l'équivalent) (Nouveau-Brunswick, Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador).

Les deux programmes de formation consultés exigent un minimum de cinq ans d'expérience en soins périopératoires (service interne et service externe) (Terre-Neuve-et-Labrador), à plein temps ou l'équivalent (Colombie-Britannique).

Au Québec, l'OIIQ (1994) a pris position sur la fonction d'IPAC et énoncé les exigences relatives à l'expérience en service interne et en service externe dans la salle d'opération. Cette expérience devrait être d'un certain nombre d'années, habituellement cinq ans.

Conformément au règlement d'autorisation des actes médicaux, l'IPAC doit avoir un minimum de trois ans d'expérience au bloc opératoire, dont au moins un an dans la discipline chirurgicale concernée. Toutefois, pour être admise au certificat en soins infirmiers périopératoires de l'UQTR, l'infirmière doit fournir la preuve qu'elle possède un minimum de trois ans d'expérience en salle d'opération (candidate collégienne) ou deux ans d'expérience en salle d'opération (candidate universitaire).

³ Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (2000, 2003), Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador (1999), College of Registered Nurses of British Columbia (2006), College of Registered Nurses of Nova Scotia (2005), Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Rodgers, 2000), periOperative Registered Nurses Association of Ontario / Registered Nurse First Assistant Interest Group (ORNAO RNFA Interest Group, 2005).

EXIGENCES EN MATIÈRE DE FORMATION

Les cinq provinces reconnaissent que l'infirmière doit compléter un programme de formation formelle pour accomplir les activités de première assistante en chirurgie. Deux associations mentionnent que cette formation doit inclure un volet clinique supervisé par un chirurgien (Nouvelle-Écosse, Ontario). La province de Terre-Neuve-et-Labrador précise que le programme de formation doit respecter les normes établies par l'Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC, 1996), *Blueprint for Curricula Development for the Role of Perioperative Nurse-Anesthesia (PNA) and Perioperative Nurse-Surgery (PNS)*. De plus, le programme doit être approuvé par l'Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador (ARNNL).

Le periOperative Registered Nurses Association of Ontario / Registered Nurse First Assistant Interest Group (ORNAO RNFA Interest Group, 2005) a précisé les exigences tant au niveau théorique qu'au niveau clinique.

Volet théorique

Modules ou autoapprentissage par correspondance ou en ligne et session théorique en classe ou en laboratoire, généralement de cinq à sept jours.

Volet clinique

Internat structuré avec un chirurgien moniteur et une infirmière première assistante (si disponible). L'internat peut être fait dans tout hôpital avec lequel l'infirmière est arrivée à une entente et à la condition qu'un accord a été conclu entre l'établissement d'enseignement et l'hôpital.

Le programme des deux établissements d'enseignement consultés décrit sommairement les modalités des volets théorique et clinique offerts.

Volet théorique

- Enseignement en ligne avec modules imprimés à compléter (trois crédits) et laboratoire à plein temps, de quatre à cinq jours, comprenant des activités d'apprentissage interactives et des laboratoires (deux crédits) (Colombie-Britannique);
- Cinq modules théoriques autogérés et un atelier de suture et de nœuds (Terre-Neuve-et-Labrador).

Volet clinique

- Deux cents heures de pratique clinique en chirurgie générale dans la salle d'opération. L'infirmière doit assister le chirurgien en chirurgie générale et faire de l'assistance durant quelques chirurgies en gynécologie, en urologie, en chirurgie vasculaire périphérique et en orthopédie. Elle peut suivre le programme à son propre rythme mais doit le terminer dans un délai d'un an (Terre-Neuve-et-Labrador).
- Le stage clinique comprend 175 heures de pratique (sept crédits) avec le chirurgien moniteur ou dans le cadre d'affectations complémentaires dans divers milieux de pratique (Colombie-Britannique).

Au Québec, l'OIIQ (1994) reconnaît l'importance de suivre une formation particulière dans le cadre d'un programme structuré qui comprend une partie théorique et des stages pratiques. Cette formation devrait permettre à l'IPAC de connaître les normes professionnelles, les lois et les procédures pouvant influencer sur la fonction d'IPAC, ainsi que les responsabilités inhérentes à sa fonction, et d'acquérir les habiletés nécessaires pour poser tous les gestes techniques et chirurgicaux requis de façon appropriée et efficace.

Selon le règlement d'autorisation des actes médicaux, l'infirmière doit être titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières et obtenir le certificat de premier cycle en soins périopératoires délivré par l'UQTR. Ce certificat comprend 30 crédits, dont 27 sont obligatoires. Le volet théorique (21 crédits) est offert à l'université. Les sept cours théoriques obligatoires portent sur les thèmes suivants:

- Anatomie humaine fondamentale;
- Physiopathologie humaine I;
- Physiopathologie humaine II;
- Pathologie et soins infirmiers chirurgicaux;
- L'infirmière et l'évaluation physique;
- Habiletés cliniques en soins infirmiers périopératoires;
- Soins infirmiers et surveillance clinique périopératoires.

Le volet clinique comporte des stages d'intervention en soins infirmiers (six crédits). Chacune des habiletés à acquérir est inscrite dans un journal qui s'applique aux deux périodes de stage.

Afin de compléter la description des exigences relatives à la formation des IPAC, divers éléments du programme de certificat en soins infirmiers périopératoires pour les infirmières qui désirent faire de l'assistance chirurgicale ont été comparés au contenu du programme de certificat en inhalothérapie : anesthésie et soins critiques destiné aux inhalothérapeutes qui veulent assister l'anesthésiste. Cette analyse fait ressortir des différences notables en ce qui a trait aux conditions d'admission et à la démarche d'études (voir le tableau 13).

Tableau 13 - Comparaison entre le certificat en soins infirmiers périopératoires et le certificat en inhalothérapie : anesthésie et soins critiques

Éléments du programme	Certificat en soins infirmiers périopératoires	Certificat en inhalothérapie : anesthésie et soins critiques
Établissement d'enseignement	Université du Québec à Trois-Rivières	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Objectif	• Acquérir et consolider les connaissances et parfaire les habiletés pour être en mesure d'apporter l'aide clinique et technique dont le chirurgien a besoin dans la conduite sécuritaire des interventions chirurgicales. • Développer les habiletés des infirmières pour effectuer le suivi des patients en périodes préopératoire, peropératoire et postopératoire immédiates.	• Acquérir et approfondir des connaissances avancées dans l'exercice clinique de l'inhalothérapie.
Conditions d'admission	• Être titulaire d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en techniques infirmières ou d'un diplôme d'infirmière d'une école d'hôpital ou l'équivalent; Toute candidate • Fournir la preuve qu'elle est autorisée à exercer la profession d'infirmière. • S'assurer qu'un milieu hospitalier accepte de la recevoir en stage. • Peut être appelée à se soumettre à une entrevue de sélection. Candidate collégienne • Faire la preuve qu'elle possède un minimum de trois ans d'expérience en salle d'opération et qu'elle est membre en règle de la Corporation des infirmières et infirmiers en salle d'opération du Québec.	• Être titulaire d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en inhalothérapie. • Être autorisé à exercer la profession d'inhalothérapie et en fournir la preuve.

Éléments du programme	Certificat en soins infirmiers périopératoires	Certificat en inhalothérapie : anesthésie et soins critiques
Établissement d'enseignement	Université du Québec à Trois-Rivières	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
	Candidate universitaire Démontrer qu'elle possède un minimum de deux ans d'expérience en salle d'opération. Chaque cohorte du programme est contingentée à 36 étudiantes. La priorité est accordée aux candidates universitaires qui ont obtenu un baccalauréat en sciences infirmières ou qui sont en voie de l'obtenir ainsi qu'aux candidates qui ont obtenu un certificat dans le domaine des soins infirmiers.	
Démarche d'études	Le certificat comprend neuf cours obligatoires (27 crédits) et un cours optionnel (trois crédits).	Le certificat comprend huit cours obligatoires (24 crédits) et deux cours optionnels (six crédits). Ces deux cours peuvent faire l'objet d'une reconnaissance des acquis à partir des cours du DEC. Tous les cours obligatoires sont offerts sur vidéocassettes (environ 25 heures d'exposés par cours). L'étudiant peut communiquer avec le Module, par téléphone ou courriel, qui reçoit ses questions et établit les contacts auprès des services de l'université ou auprès du professeur. L'étudiant peut joindre directement le professeur par courriel. La charge de travail de l'étudiant représente environ neuf heures par semaine pour chaque cours. Le visionnement des exposés est essentiel à la réussite du cours.

Éléments du programme	Certificat en soins infirmiers périopératoires	Certificat en inhalothérapie : anesthésie et soins critiques
Établissement d'enseignement	Université du Québec à Trois-Rivières	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
		L'évaluation porte sur un ou des travaux écrits (étude de cas, expérience pratique, entrevues ou autres) à remettre selon l'échéancier établi au syllabus de chaque cours, un examen de mi-session et un examen à la fin de la session.
Liste des cours obligatoires	- Anatomie humaine fondamentale; - Physiopathologie humaine I; - Physiopathologie humaine II; - Pathologie et soins infirmiers chirurgicaux; - L'infirmière et l'évaluation clinique I; - Habiletés cliniques en soins infirmiers périopératoires; - Soins infirmiers et surveillance clinique périopératoire; - Stage d'intervention en soins infirmiers périopératoires I; - Stage d'intervention en soins infirmiers périopératoires II. Un cahier de stage indique chacune des habiletés à acquérir en stage.	- Urgence anesthésique; - Management des complications anesthésiques; - Anesthésie et types de chirurgie - Pharmacologie; - Phénomène de la douleur; - Inhalothérapie dans des contextes d'urgence - Le patient en soins intensifs; - Communication, intervention et éthique.

NÉCESSITÉ D'UNE ATTESTATION DE FORMATION EN RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

Seul le College of Registered Nurses of Nova Scotia (CRNNS) exige formellement l'attestation de formation de base et avancée en RCR. Les autres provinces n'ont émis aucune directive formelle sur ce sujet. Toutefois, le ORNAO RNFA Interest Group de l'Ontario exige au moins la formation de base et précise que l'attestation en RCR avancée est préférable.

Le programme du Centre for Nursing Studies de Terre-Neuve-et-Labrador exige que l'infirmière détienne une attestation en RCR avancée, alors que le British Columbia Institute of Technology demande que l'infirmière détienne une attestation de formation en RCR de base ou, de préférence, en RCR avancée au moment d'entreprendre son stage clinique.

Au Québec, le règlement d'autorisation des actes médicaux oblige l'infirmière à obtenir une attestation biennale de formation réussie en RCR.

EXÉCUTION DES GESTES CLINIQUES ET TECHNIQUES CHIRURGICAUX COMPLÉMENTAIRES

Les activités de première assistance en chirurgie sont considérées comme faisant partie de l'exercice infirmier en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse et en Ontario. Aussi, il n'existe aucune réglementation particulière concernant les activités de l'IPAC dans ces trois provinces. Au Nouveau-Brunswick, l'IPAC travaille selon le modèle des fonctions médicales déléguées.

Toutefois, des associations professionnelles ont spécifié les activités accomplies par l'infirmière. En Colombie-Britannique, par exemple, les activités de première assistance sont intégrées aux deux actes suivants :

- accomplir une activité sur les tissus sous le derme, sous la surface d'une muqueuse ou sous la surface de la cornée ; suturer et prélever la saphène. Cependant, faire une intervention chirurgicale qui comporte l'incision et le drainage ne relève pas du champ d'exercice de l'infirmière;
- appliquer l'électricité pour les fins de l'électrocoagulation.

En Nouvelle-Écosse, les activités faisant partie du champ de pratique de l'IPAC comprennent :

- utiliser les instruments chirurgicaux;
- appliquer les principes de manipulation sécuritaire des tissus;

- assurer l'exposition du site opératoire;
- assurer et maintenir l'hémostase;
- procéder à la fermeture de la plaie.

À Terre-Neuve-et-Labrador, l'ARNNL, le Newfoundland Medical Board et la Newfoundland and Labrador Medical Association ont reconnu les activités partagées suivantes : la manipulation des tissus, l'utilisation des instruments et l'hémostase.

Toutefois, une autorisation d'actes médicaux doit être obtenue si les activités ne sont pas conformes aux activités reconnues, sont de nature médicale et ne sont pas exécutées couramment par les IPAC. Par exemple, le prélèvement de la saphène est autorisé aux infirmières qui exercent en chirurgie cardiaque.

Au Québec, l'OIIQ (1994) reconnaît que l'infirmière qui assume la fonction de première assistante au cours d'une chirurgie exerce dans le domaine des soins périopératoires et agit dans le cadre de l'exercice de sa profession. Des activités de l'IPAC sont décrites à titre indicatif :

- positionner l'usager;
- badigeonner et préparer la peau;
- draper;
- faire l'hémostase à l'aide de moyens mécaniques et thermiques ; clamber les vaisseaux, cautériser, ligaturer les vaisseaux, etc.;
- assurer l'exposition des organes et des tissus : succionner, éponger, placer et tenir les écarteurs, irriguer le site opératoire, couper les tissus déterminés par le chirurgien, placer des compresses autour des sites opératoires;
- suturer les fascias, les tissus sous-cutanés et la peau;
- choisir les sutures et les aiguilles, suturer, couper les fils, faire des nœuds;
- utiliser tout instrument à la demande du chirurgien : manipuler le laparoscope, frapper sur l'ostéotome, etc.;
- appliquer le pansement postopératoire.

L'OIIQ considère que l'IPAC est toujours en mesure d'évaluer, de déceler et de prévenir les problèmes liés au déroulement de l'opération. Elle doit agir efficacement et, au besoin, appliquer des mesures correctives ou d'urgence.

Le règlement d'autorisation des actes médicaux prévoit que l'IPAC peut, dans le cadre de l'assistance au chirurgien et selon une ordonnance médicale, exécuter les gestes cliniques et techniques chirurgicaux complémentaires au cours d'une intervention chirurgicale. Cependant, il ne donne aucune autre précision sur la nature des gestes cliniques et techniques.

CONDITIONS D'EXÉCUTION DES ACTIVITÉS DE PREMIÈRE ASSISTANCE EN CHIRURGIE

Aucune association provinciale n'impose de limites à l'IPAC quant à l'exercice simultané en service interne. Seul le Nouveau-Brunswick établit que l'IPAC travaille en collaboration avec le chirurgien et agit sous sa direction.

Au Québec, l'IPAC doit intervenir en interrelation avec le chirurgien et sous sa supervision directe (OIIQ, 1994). L'IPAC apporte alors l'aide clinique et technique dont le chirurgien a besoin pour procéder de façon sécuritaire à l'intervention chirurgicale, dans le meilleur intérêt du client.

Le règlement d'autorisation des actes médicaux prévoit les conditions selon lesquelles l'infirmière exécute les gestes cliniques et techniques chirurgicaux complémentaires au cours d'une intervention chirurgicale : elle doit exercer en présence du chirurgien responsable de l'intervention chirurgicale et accomplir ses activités de première assistante en chirurgie dans un centre hospitalier seulement. De plus, le règlement établit que l'infirmière ne peut exercer en aucun temps simultanément comme infirmière en service interne.

AUTRES CONDITIONS

Dans quatre provinces, des associations professionnelles ont apporté des précisions quant à certaines conditions touchant les IPAC. En Ontario, la décision d'approuver le rôle de l'IPAC est laissée aux différents milieux.

Le College of Registered Nurses of Nova Scotia considère qu'il revient aux employeurs de s'assurer que les infirmières qui sont embauchées comme premières assistantes en chirurgie satisfont les critères énoncés par l'association. De plus, les employeurs doivent définir clairement les limites du rôle de l'IPAC dans leurs politiques et descriptions de fonctions. À cette fin, l'association a diffusé sa prise de position afin de fournir aux établissements et aux infirmières des orientations pour soutenir les fonctions actuelles d'IPAC ou leur développement ultérieur

Au Nouveau-Brunswick, l'AIINB a travaillé avec des instances gouvernementales pour éliminer les barrières qui empêchent des infirmières d'exécuter des activités de première

assistance en chirurgie. La fonction d'IPAC a été confirmée le 15 juillet 2002 dans l'article 42 du règlement établi en vertu de la *Loi hospitalière* (AIINB, 2003) :

Sauf en cas d'urgence, aucune intervention chirurgicale majeure ne peut être pratiquée sous anesthésie générale ou rachianesthésie à moins que le chirurgien ou le dentiste ne soit assisté lors de l'opération par un médecin, une infirmière qui a reçu la formation nécessaire ou un interne de la régie régionale de la santé qui n'est pas l'anesthésiste.

Pour l'application des fonctions médicales déléguées, l'association renvoie au document *Processus décisionnel dans l'exercice clinique de la profession infirmière* qui décrit les étapes à suivre pour les administrations intéressées (AIINB, 2000). Ce document présente aussi des conditions inhérentes à l'implantation de ces fonctions, telles que la rédaction d'une politique concernant les exigences ou les limites relatives à l'implantation des fonctions, le programme de formation théorique et clinique et l'évaluation continue de la compétence.

La province de Terre-Neuve-et-Labrador reconnaît que, même si le champ de pratique de l'IPAC inclut des fonctions aux stades préopératoire, peropératoire et postopératoire, l'employeur peut décider qu'elle n'intervienne qu'au stade peropératoire. De plus, l'ARNNL précise dans sa position que l'établissement doit implanter un programme de gestion de la qualité pour assurer le contrôle de la qualité de la formation et de la pratique des IPAC.

Au Québec, l'OIIQ (1994) reconnaît que les activités d'assistance doivent être déterminées par chaque établissement et encadrées par des règles administratives entérinées par les diverses instances concernées, tels la direction des soins infirmiers, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le conseil des infirmières et infirmiers et le conseil d'administration. La nature des activités comprises dans la fonction d'assistance opératoire varie selon les milieux, les types de chirurgie, les ressources accessibles et les services offerts.

Divers mécanismes visant à favoriser le développement et la mise en place de la fonction d'IPAC sont recommandés, entre autres :

- des modalités de sélection, de formation et de reconnaissance des IPAC (qualités requises, expérience exigée);
- des mécanismes d'évaluation et de contrôle de la qualité (évaluation continue, appréciation annuelle du rendement);
- des règles de soins infirmiers;

- des règles de soins médicaux, auxquelles sont soumis les chirurgiens lorsqu'ils ont recours à une IPAC;
- des politiques administratives.

Le tableau 14 présente une synthèse des tendances américaines et canadiennes relatives à la fonction d'IPAC comparées aux exigences québécoises.

Tableau 14 - Synthèse des tendances américaines et canadiennes relatives à la fonction d'infirmière première assistante en chirurgie comparées aux exigences québécoises

Exigences québécoises	Tendances américaines	Tendances canadiennes
Expérience requise <u>OIIQ</u> Un certain nombre d'années en service interne et en service externe, habituellement cinq ans. <u>Règlement</u> Trois ans d'expérience au bloc opératoire, dont un an dans la discipline chirurgicale concernée. <u>Établissement d'enseignement</u> Pour être admise au certificat en soins infirmiers périopératoires, l'infirmière doit posséder un minimum de trois ans d'expérience en salle d'opération (candidate collégienne) ou deux ans d'expérience en salle d'opération (candidate universitaire).	<u>AORN</u> • Les exigences générales d'admission sont déterminées par chaque établissement d'enseignement. • L'infirmière devrait détenir un certificat de compétence en soins périopératoires et avoir deux ans ou 2 400 heures d'expérience en salle d'opération. • Dans le cas d'une infirmière praticienne agréée qui n'a pas de compétence en soins peropératoires, ses habiletés cliniques et ses connaissances doivent être évaluées, et l'établissement d'enseignement doit développer un plan pour combler ses lacunes. <u>États américains</u> • Trois ans en salle d'opération en service interne et en service externe (un État). <u>Établissements d'enseignement</u> • Deux ans d'expérience en service interne et en service externe ou expérience récente en soins périopératoires.	<u>Associations provinciales</u> L'infirmière doit posséder un certificat de compétence en soins périopératoires de l'AIIIC (trois provinces) : • deux ans en soins périopératoires (une province) • cinq ans en soins périopératoires (trois provinces). <u>Établissements d'enseignement</u> • Minimum de cinq ans d'expérience en soins périopératoires en service interne et service externe, à temps plein ou l'équivalent.

Exigences québécoises	Tendances américaines	Tendances canadiennes
Formation exigée <u>OIIQ</u> Formation particulière dans le cadre d'un programme structuré qui comprend des cours théoriques et des stages pratiques. La formation devrait permettre d'acquérir : <u>des connaissances</u> : - normes professionnelles, lois et procédures pouvant influencer sur la fonction; - responsabilités inhérentes à la fonction d'IPAC; <u>des habiletés</u> : - gestes requis lors des interventions chirurgicales. <u>Règlement</u> Être titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières; Être titulaire d'un certificat en soins infirmiers périopératoires.	<u>AORN</u> <u>Volet théorique</u> : au minimum, un semestre d'études incluant enseignement en classe ou en laboratoire. <u>Volet clinique</u> : au minimum, un semestre d'études incluant des affectations comme assistante en chirurgie. Le médecin moniteur doit assurer l'évaluation et fournir une lettre de recommandation. <u>États américains</u> Plusieurs États appliquent les exigences de l'AORN. <u>Volet théorique</u> : - de 45 à 50 heures. <u>Volet clinique</u> : 20 heures ou 10 cas supervisés par un chirurgien moniteur; ou 120 heures d'internat clinique ou deux semestres; ou 200 heures d'assistance chirurgicale durant des chirurgies majeures.	<u>Associations professionnelles</u> La nécessité de suivre une formation formelle est reconnue par cinq provinces, dont deux mentionnent qu'elle doit inclure une composante clinique supervisée. <u>Volet théorique</u> : modules ou autoapprentissage par correspondance ou en ligne et session théorique en classe ou en laboratoire (cinq à sept jours). <u>Volet clinique</u> : - internat structuré avec un chirurgien moniteur; - stage dans tout hôpital avec lequel une entente a été prise et un accord avec l'établissement d'enseignement a été conclu.

Exigences québécoises	Tendances américaines	Tendances canadiennes
Formation exigée (suite) <u>Établissements d'enseignement</u> Le certificat de premier cycle en soins infirmiers périopératoires comprend 30 crédits, dont 27 sont obligatoires. <u>Volet théorique</u> : • Comprend sept cours théoriques (21 crédits). <u>Volet clinique</u> : • stages d'intervention (six crédits), avec un journal de stage qui indique chacune des habiletés à acquérir; • l'infirmière doit s'assurer qu'un milieu hospitalier accepte de la recevoir en stage.	<u>Établissements d'enseignement</u> <u>Volet théorique</u> : • des activités d'autoapprentissage durant une semaine intensive, incluant un journal et un examen écrit; ou • formation à distance (volumes à étudier à la maison) et 54 heures de formation pratique en laboratoire ou à l'aide d'un DVD; ou • une semaine intensive de formation théorique et de pratique en laboratoire; ou • enseignement théorique durant six jours (samedi et dimanche). <u>Volet clinique</u> : de 135 à 250 heures • le stage d'internat est supervisé par un chirurgien moniteur et peut être contrôlé par l'établissement d'enseignement; • l'infirmière tient un journal des interventions chirurgicales; • l'infirmière peut faire son stage clinique à l'hôpital où elle travaille; • le stage clinique doit être complété dans un délai de 12 mois.	<u>Établissements d'enseignement</u> <u>Volet théorique</u> : • enseignement en ligne comprenant modules à compléter et laboratoire, de quatre à cinq jours; ou • cinq modules théoriques autogérés et un atelier de sutures et de nœuds. <u>Volet clinique</u> : • de 175 heures à 200 heures de pratique clinique en chirurgie générale et dans diverses spécialités, sous supervision du chirurgien moniteur ou dans le cadre d'affectations individuelles; • le stage clinique doit être complété dans un délai d'un an.

Exigences québécoises	Tendances américaines	Tendances canadiennes
Réanimation cardiorespiratoire (RCR) <u>Règlement</u> Article 2 L'infirmière doit être titulaire : 3° depuis moins de deux ans d'une attestation de formation réussie en réanimation cardiorespiratoire délivrée par un maître instructeur reconnu par la Fondation des maladies du cœur du Québec, selon les normes du Guide des soins d'urgences cardiovasculaires à l'intention des formateurs de soins, de la Fondation des maladies du cœur du Canada. Article 3 Pour l'exercice de cette activité, elle doit maintenir à jour ses connaissances en réanimation cardiorespiratoire par l'obtention d'une attestation biennale délivrée conformément au paragraphe 3° du deuxième alinéa de l'article 2.	<u>AORN</u> • L'attestation de formation de base en RCR est requise. Toutefois, la formation avancée est préférable. <u>États américains</u> • Attestation de formation en RCR de base (un État). • Habiletés pour effectuer la RCR (deux États).	<u>Provinces</u> • Une province exige formellement l'attestation de formation de base et avancée en RCR; • L'ORNAO RNFA Interest Group de l'Ontario exige au moins l'attestation de formation de base en RCR, mais le niveau avancé est préférable.
	<u>Établissements d'enseignement</u> • Détenir une attestation de formation en RCR (trois établissements). L'exigence d'attestation biennale n'est mentionnée dans aucun document.	<u>Établissements d'enseignement</u> • Détenir une attestation de formation en RCR avancée (un établissement); • détenir une attestation en RCR de base ou, de préférence, en réanimation avancée (un établissement). L'exigence d'attestation biennale n'est mentionnée dans aucun document.

Exigences québécoises	Tendances américaines	Tendances canadiennes
Exécution des gestes cliniques et techniques chirurgicaux complémentaires OIIQ La fonction d'infirmière première assistante en chirurgie s'inscrit dans le domaine des soins périopératoires, et l'IPAC agit dans le cadre de l'exercice de la profession. Des activités sont présentées à titre indicatif : • positionner l'usager; • badigeonner, préparer la peau; • draper; • faire l'hémostase à l'aide de moyens mécaniques et thermiques; clamber les vaisseaux, cautériser, ligaturer les vaisseaux, etc.; • suturer les fascias, les tissus sous-cutanés et la peau; • choisir les sutures et les aiguilles, suturer, couper les fils, ligaturer; • utiliser tout instrument à la demande du chirurgien : manipuler le laparoscope, frapper sur l'ostéotome, etc.; • appliquer le pansement postopératoire.	AORN Les activités de première assistance font partie des soins infirmiers. Certaines activités sont considérées comme des fonctions déléguées réservées aux IPAC. Les activités d'assistance reconnues sont : • utiliser les instruments et appareils chirurgicaux; • assurer l'exposition du site opératoire; • manipuler et/ou couper des tissus; • faire l'hémostase; • suturer. États américains 16 états considèrent les activités de l'IPAC comme faisant partie du champ de pratique de l'infirmière. Certains considèrent que ces activités : • relèvent d'une pratique spécialisée (trois États); • sont des fonctions médicales déléguées (trois États).	Provinces • Les activités de l'IPAC sont considérées comme faisant partie de l'exercice dans trois provinces; • L'infirmière travaille selon le modèle des fonctions médicales déléguées (une province). • Les activités sont partagées avec les médecins (une province). Les activités reconnues par les provinces sont les suivantes : Colombie-Britannique : • accomplir une activité sur les tissus sous le derme, sous la surface d'une muqueuse ou sous la surface de la cornée ; l'IPAC peut suturer et prélever la saphène; • appliquer l'électricité pour des fins d'électrocoagulation. Nouvelle-Écosse • utiliser les instruments chirurgicaux; • manipuler les tissus; • assurer l'exposition du site opératoire;

Exigences québécoises	Tendances américaines	Tendances canadiennes
<u>Règlement</u> L'IPAC peut, dans le cadre d'une assistance clinique et technique au chirurgien et selon une ordonnance médicale, exécuter les gestes cliniques et techniques chirurgicaux complémentaires lors d'une intervention chirurgicale. Le règlement ne précise pas la nature des gestes cliniques et techniques.	Des États ont précisé quelques activités : • faire l'incision ou l'ouverture de la plaie pour des chirurgies par laparoscopie; installer et fixer un drain; • manipuler et/ou couper les tissus, y compris exciser une lésion cutanée et faire une biopsie; • suturer et prélever la saphène (activité réservée aux infirmières en chirurgie cardiovasculaire).	• assurer l'hémostase; • procéder à la fermeture de la plaie. Terre-Neuve-et-Labrador • manipuler les tissus; • utiliser les instruments; • faire l'hémostase. D'autres activités peuvent être autorisées par les médecins, tel le prélèvement de la saphène, qui peut être réservé aux infirmières en chirurgie cardiovasculaire.

Exigences québécoises	Tendances américaines	Tendances canadiennes
Conditions d'exécution des activités de première assistance <u>OIIQ</u> L'IPAC intervient en interrelation avec le chirurgien et sous sa supervision directe. Elle apporte l'aide clinique et technique dont le chirurgien a besoin pour procéder de façon sécuritaire à l'intervention chirurgicale, dans le meilleur intérêt de l'utilisateur. <u>Règlement</u> • L'IPAC doit exercer cette activité en présence du chirurgien responsable de l'intervention chirurgicale; • l'IPAC doit agir dans un centre hospitalier seulement; • l'IPAC ne peut exercer en aucun temps simultanément comme infirmière en service interne.	<u>AORN</u> • L'IPAC ne doit pas agir simultanément comme infirmière en service interne; • l'IPAC agit sous la direction du chirurgien. <u>États américains</u> • L'IPAC ne doit pas agir simultanément en service interne ou en service externe (cinq États); • l'IPAC doit agir sous la direction ou la supervision du chirurgien (cinq États); • l'IPAC doit être supervisée adéquatement selon la complexité de la chirurgie et selon le niveau de formation théorique et pratique de l'infirmière et son expérience. La supervision doit être directe et constante (un État); • le chirurgien doit être disponible immédiatement et présent sur place durant l'intervention chirurgicale (un État); • l'IPAC est assurée de la supervision sur place du chirurgien et elle agit sous sa direction (un État).	<u>Provinces</u> Aucune province ne fixe de limites à l'IPAC quant à l'exercice simultané en service interne; • une province précise que l'IPAC travaille en collaboration avec le chirurgien et agit sous sa direction.

Exigences québécoises	Tendances américaines	Tendances canadiennes
Autres conditions <u>OIIQ</u> Les activités de l'IPAC doivent être déterminées par chaque établissement et encadrées par des règles administratives. La nature des activités varie selon les milieux, les types de chirurgie, les ressources accessibles et les services offerts. Divers mécanismes visant à favoriser le développement et la mise en place de la fonction d'IPAC sont recommandés. • des modalités de sélection, de formation et de reconnaissance des IPAC (qualités requises, expérience exigée); • des mécanismes d'évaluation et de contrôle de la qualité (évaluation continue, appréciation annuelle du rendement); • des règles de soins infirmiers; • des règles de soins médicaux auxquelles sont soumis les chirurgiens lorsqu'ils ont recours à une IPAC; • des politiques administratives.	<u>AORN</u> • Les activités de l'IPAC peuvent varier en fonction de la clientèle, de l'environnement de pratique, des services offerts, de l'accessibilité des ressources humaines et financières, des politiques de l'établissement et de la définition de l'exercice reconnu dans chaque État; • processus de reconnaissance des privilèges de l'IPAC établi dans chaque établissement. <u>États américains</u> • Des procédures standardisées adoptées par l'ordre professionnel des infirmières (un État); • des politiques et procédures adoptées par l'établissement ou l'employeur (cinq États); • la reconnaissance de privilèges (un État).	<u>Provinces</u> Quatre provinces énoncent des conditions particulières : • l'employeur approuve le rôle d'IPAC (une province); • l'employeur s'assure que les IPAC satisfont les critères énoncés par l'association professionnelle. Chaque employeur doit définir les limites du rôle dans des politiques et une description de fonctions (une province); • disposition législative qui précise qu'aucune chirurgie majeure sous anesthésie générale ou épidurale (sauf en situation d'urgence) ne peut être faite si le chirurgien n'est pas assisté, entre autres, par une IPAC (une province); • l'employeur peut décider que l'IPAC intervient seulement au stade peropératoire. L'établissement doit implanter un programme de gestion de la qualité pour assurer le contrôle de la qualité de la formation et de la pratique des IPAC (une province).

TROISIÈME PARTIE

AUTRES CONSIDÉRATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA FONCTION D'INFIRMIÈRE PREMIÈRE ASSISTANTE EN CHIRURGIE

Cette section passe en revue divers aspects complémentaires du développement de la fonction d'IPAC qui doivent être pris en considération, tels que :

- la distinction entre les activités liées au service interne des activités de première assistance en chirurgie;
- la nécessité d'assigner une IPAC;
- l'IPAC en milieu privé; et
- le financement de la première assistance en chirurgie.

LA DISTINCTION ENTRE LES ACTIVITÉS LIÉES AU SERVICE INTERNE ET LES ACTIVITÉS DE PREMIÈRE ASSISTANCE EN CHIRURGIE

Des participants à l'enquête qui a fait l'objet d'une analyse dans la première partie de ce document ont souligné la nécessité de distinguer plus clairement les activités liées au service interne en salle d'opération des activités de première assistance en chirurgie. Une revue de divers documents a permis de déterminer de façon plus précise la nature de ces activités et ainsi de différencier les activités d'instrumentiste, d'aide technique au chirurgien et de première assistance en chirurgie.

Activités d'instrumentiste liées au service interne

Selon l'AORN (s.d.b), l'infirmière en service interne travaille directement avec le chirurgien dans le champ stérile, en lui passant les instruments, les compresses et les autres articles requis durant l'intervention chirurgicale. Cette association croit que l'infirmière doit maintenir une présence active en service interne, parce que les progrès technologiques en soins chirurgicaux l'obligent à actualiser ses habiletés. L'implication de l'infirmière lui permet de préserver la relation entre les responsabilités de service interne et de service externe.

Phillips (2004) soutient quant à elle que l'infirmière en service interne est un membre de l'équipe chirurgicale en tenue stérile. Cette personne est responsable de maintenir l'intégrité du champ stérile ainsi que la sécurité et l'efficacité des gestes durant toute l'intervention chirurgicale. Grâce à ses connaissances et à son expérience de l'asepsie et des techniques stériles, elle est en mesure de préparer et de prévoir les instruments et le matériel requis pour le bon déroulement de l'intervention chirurgicale. Elle doit anticiper, planifier et satisfaire les besoins du chirurgien et des autres membres de l'équipe, en observant continuellement le champ stérile.

Selon l'United States General Accounting Office (USGAO, 2004), les activités de l'infirmière en service interne consistent à passer les instruments, les compresses et les autres articles directement au chirurgien et à l'assistant en chirurgie. Toutes ces personnes travaillent dans le champ stérile.

Activités d'aide au chirurgien liées au service interne

En 1999, des chercheurs ont réalisé une revue des activités accomplies par les infirmières en service interne dans les 19 salles d'opération du Ninewells Hospital, durant quatre semaines (Robinson et McIntosh, 2002). Ils estimaient que les infirmières en service interne posaient des gestes reconnus comme relevant de la fonction d'IPAC par la National Association of Theatre Nurses.

Leur étude a montré que les infirmières en service interne accomplissaient systématiquement des activités de première assistance en chirurgie et que leur degré d'implication en première assistance était plus grand que prévu. La raison la plus fréquemment invoquée était que les infirmières en service interne considéraient que ces activités faisaient partie intégrante du service interne. De plus, les données montrent que la disponibilité du personnel médical influe directement sur la nature de leurs activités.

Les infirmières ont tendance à accomplir plus souvent les activités qu'elles considèrent comme faisant partie de leur fonction normale, telles que préparer la peau, draper ainsi que couper les fils de sutures et de ligatures. D'autres activités sont effectuées à la demande du chirurgien, entre autres l'assister dans l'hémostase ou la fermeture de la plaie et manipuler les tissus et les organes. Les infirmières en service interne ne considèrent pas ces activités comme faisant partie de leur fonction.

Selon les infirmières consultées dans cette étude, les chirurgiens ont adapté leur pratique et sont heureux que les infirmières en service interne accomplissent des activités de première assistance. Les chercheurs affirment que la perception du rôle de

l'infirmière en service interne a évolué, que ce sont les infirmières qui assument les fonctions qui ont redéfini ce rôle et que les chirurgiens ont contribué à cette redéfinition.

L'étude amène les auteurs à entrevoir un élargissement possible du rôle d'infirmière en service interne, ce qui implique une révision de la formation théorique et pratique des infirmières. De plus, ils avancent la possibilité que le rôle de l'infirmière en service interne soit compromis à cause de la double fonction qu'elle assume, en service interne et de première assistance en chirurgie.

Le groupe britannique Perioperative Care Collaborative (PCC, 2003)⁴ a pris position relativement au rôle de la praticienne en service interne spécialisé (*advanced scrub practitioner*) qui est considérée comme une praticienne experte. Ce nouveau titre remplace celui de première assistante en chirurgie, et les activités sont accomplies durant la période peropératoire. Ce rôle est assumé par une professionnelle de la santé qui apporte une assistance compétente et expérimentée durant la phase peropératoire. Elle ne procède à aucune forme d'intervention chirurgicale mais agit sous la supervision directe du chirurgien.

Le groupe précise que la praticienne en service interne spécialisé ne peut pas accomplir certaines activités, telles appliquer directement l'électrocautère sur les tissus du corps, faire l'hémostase, ligaturer des vaisseaux, faire des plâtres, ni suturer la peau ou toute autre couche de tissus, parce que ces activités relèvent du domaine de l'assistance chirurgicale.

La praticienne en service interne spécialisé peut accomplir les activités suivantes :

- assister au positionnement, qui inclut l'évaluation de la viabilité des tissus;
- préparer la peau;
- draper;
- rétracter les tissus et la peau;
- manipuler les tissus et les organes;
- manipuler les instruments;
- couper les fils de sutures et de ligatures;
- aider à l'hémostase;

⁴ Le groupe comprend les associations suivantes : National Association of Theatre Nurses (NATN), Royal College of Nursing Perioperative Forum (RCN), National Association of Assistants in Surgical Practice (NAASP), Association of Operating Department Practitioners (AOPD), British Association of Anaesthetic and Recovery Nurses (BARNA), Independent Healthcare Association (IHA).

- utiliser la succion;
- faire l'application indirecte de l'électrocautère, sous supervision;
- tenir la caméra au cours d'interventions non effractives;
- utiliser l'équipement spécialisé;
- aider à la fermeture de la plaie;
- appliquer le pansement et procéder au transfert du client à la salle de réveil.

Le PCC recommande que la praticienne en service interne spécialisé soit un membre supplémentaire de l'équipe chirurgicale. Elle ne doit pas assumer en même temps ce rôle et celui d'intervenante en service interne (instrumentiste). L'instrumentiste, quant à elle, doit assurer les soins requis par le patient durant la phase peropératoire et ne doit pas assumer les fonctions reconnues de la praticienne en service interne spécialisé.

De plus, les établissements devraient planifier stratégiquement le développement du rôle de la praticienne en service interne spécialisé, notamment en élaborant une politique qui établit les habiletés, les connaissances et les compétences requises pour assumer cette fonction, et détermine les catégories de chirurgie et les situations pour lesquelles cette fonction est requise.

Activités de première assistance en chirurgie

L'AORN (2006) reconnaît que le champ de pratique de l'IPAC durant la phase peropératoire comprend les activités suivantes :

- utiliser les instruments et le matériel médical;
- assurer l'exposition du site opératoire;
- manipuler et/ou couper les tissus;
- assurer l'hémostase; et
- suturer.

Toutefois, les activités peuvent varier selon la clientèle, le milieu de pratique, les services rendus, l'accessibilité des ressources humaines et financières, les politiques de l'établissement et la réglementation régissant les activités professionnelles de l'infirmière.

Le groupe de travail Registered Nurse First Assistant Specialty Assembly Competency Task Force a publié un énoncé des diverses compétences de l'IPAC (AORN, 2002). Le

document a été validé par des panels d'experts et divers groupes d'IPAC dans l'ensemble des États-Unis. Les activités d'assistance chirurgicale en salle d'opération qui sont reconnues dans ce document sont les suivantes :

- utiliser les instruments chirurgicaux pour assister le chirurgien et faciliter le déroulement de l'intervention chirurgicale;
- manipuler les tissus de façon sécuritaire, ce qui inclut la sélection appropriée des instruments, selon le type de tissus (muscle, graisse, organe, peau, fascia, cartilage, ligament, os);
- exposer le site opératoire pour favoriser le déroulement sécuritaire et efficace de la procédure chirurgicale (sélectionner, placer et déplacer les écarteurs, utiliser l'appareil à succion pour maintenir la visibilité du site, tamponner la plaie);
- maintenir l'hémostase, sélectionner et utiliser correctement les moyens d'hémostase de façon autonome : mécanique (presser avec compresse, clamer, ligaturer, suturer, etc.), thermique (électrocautère), topique (thrombine, éponges de gélatine, compresse de collagène, etc.);
- disséquer des tissus (utiliser les techniques appropriées de dissection, placer un trocart, préparer une allogreffe, prélever la veine saphène, etc.);
- assister pour la fermeture de la plaie (sélectionner les sutures, utiliser les techniques de suture appropriées).

Le groupe de travail reconnaît que les infirmières peuvent accomplir ces activités à divers niveaux selon leur expérience et leur environnement de travail. Elles passent du niveau de novices à celui d'expertes et deviennent de plus en plus habiles à accomplir certaines activités. Les compétences énoncées par le groupe de travail représentent l'essence du rôle diversifié de l'IPAC.

Un mémoire sur la main-d'œuvre périopératoire rédigé pour l'Australian Health Workforce Advisory Committee décrit l'évolution du rôle de l'IPAC en Australie et dresse un portrait de la situation de ces infirmières (Brennan, 2004).

L'auteure décrit six activités spécifiques de l'IPAC durant la phase peropératoire :

- assurer une bonne visibilité de la plaie, notamment en tenant les écarteurs dans la position choisie par le chirurgien et en manipulant tous les instruments dans le site opératoire;
- assurer l'hémostase, notamment en posant l'électrocautère sur une pince appliquée sur un vaisseau, en épongeant ou en faisant une pression, en utilisant

l'appareil de succion et en plaçant des pinces sur les vaisseaux superficiels ou en ligaturant;

- faire des sutures;
- faire une dissection sous la direction du chirurgien, notamment la dissection de toutes les couches, excepté le péritoine pour les chirurgies abdominales, disséquer et prélever la saphène ou d'autres vaisseaux durant des chirurgies cardiaques ou vasculaires;
- faire la fermeture des diverses couches, sous la direction du chirurgien;
- assister le chirurgien pour terminer la chirurgie, en fixant et en stabilisant les drains, en nettoyant la plaie et en appliquant le pansement, et en appliquant des plâtres et des attelles.

Rothrock (1999) a défini les principes et les connaissances qui ont trait à l'accomplissement des principales activités de première assistance en chirurgie. Cinq activités liées à la phase peropératoire y sont décrites. Elles sont résumées ci-après :

- la manipulation des tissus (types d'incision, dissection des tissus, utilisation d'instruments tels que les écarteurs, les compressees et l'électrochirurgie) et la fermeture de la plaie (sutures, drains et pansements);
- l'exposition du site opératoire à l'aide de diverses méthodes (écarteurs, pinces, compressees, ligatures);
- les sutures (types de suture, diverses techniques, matériel utilisé);
- la manipulation des instruments pour effectuer l'hémostase et la rétraction;
- l'hémostase avec des moyens mécaniques (pinces, suture, ligatures, tourniquet), des moyens thermiques (électrocautères) et des moyens chimiques (thrombine, éponges de gélatine, microfibres de collagène).

L'étude du USGAO (2004), menée auprès de plusieurs associations professionnelles, établissements d'enseignement et hôpitaux, décrit les tâches accomplies par l'assistant en chirurgie sous la direction du chirurgien. Ces tâches sont :

- faire l'incision initiale (faire l'ouverture);
- assurer l'exposition du site chirurgical (utiliser les écarteurs);
- contrôler le flot sanguin (faire l'hémostase);
- retirer chirurgicalement des veines et des artères (faire le prélèvement);

- recoudre des tissus (suture);
- terminer l'intervention chirurgicale et recoudre les tissus externes (fermer la plaie).

Il précise que l'assistant en chirurgie peut effectuer une ou plusieurs tâches simples ou complexes durant une intervention chirurgicale.

Pour mieux saisir la différence entre les activités d'instrumentiste, d'aide technique au chirurgien et de première assistance en chirurgie, voir le tableau 15.

Tableau 15 - Synthèse des activités de service interne comparées aux activités de première assistance en chirurgie

Activités d'instrumentiste liées au service interne	Activités d'aide technique au chirurgien liées au service interne	Activités de première assistance en chirurgie
À l'intérieur du champ stérile : • maintenir l'intégrité, la sécurité et l'efficacité durant toute l'intervention chirurgicale; • passer les instruments, les compresses et les autres articles requis durant l'intervention chirurgicale.	À la demande du chirurgien : • assister au positionnement du client; • préparer la peau; • draper; • rétracter les tissus et la peau; • manipuler les instruments; • couper les fils de sutures et de ligatures; • aider à l'hémostase; • utiliser la succion; • faire l'application indirecte de l'électrocautère sous supervision; • tenir la caméra au cours de chirurgies non effractives; • aider à la fermeture de la plaie; • appliquer le pansement; • procéder au transfert du client à la salle de réveil.	Sous la direction et la supervision du chirurgien : • utiliser les instruments chirurgicaux pour assister le chirurgien et faciliter le déroulement de l'intervention chirurgicale; • exposer le site opératoire pour assurer une bonne visibilité de la plaie (sélectionner, placer et déplacer les écarteurs, utiliser la succion, tamponner la plaie); • manipuler les tissus de façon sécuritaire (sélectionner les instruments, faire une incision, suturer, ligaturer, placer, fixer et stabiliser les drains, faire les pansements, appliquer des plâtres et attelles); • procéder à l'hémostase (utiliser correctement les moyens d'hémostase de façon autonome (mécaniques, thermiques, chimiques); • disséquer les tissus, disséquer et prélever une saphène ou d'autres vaisseaux au cours de chirurgies cardiaques ou vasculaires; • assister pour la fermeture de la plaie (sélectionner les sutures, appliquer les techniques appropriées).

Infirmière auxiliaire et service interne

La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*⁵ redéfinit les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire. À la suite de l'adoption de cette loi, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (2004) formulait des orientations quant à la capacité légale de l'infirmière auxiliaire, notamment en ce qui concerne le service interne en salle d'opération. Il établissait alors que l'infirmière auxiliaire peut exercer dans le cadre du service interne toutes les activités qui lui sont autorisées par la loi.

L'ORNAC (2003) considère quant à elle qu'il faudrait qu'un minimum de deux infirmières en soins périopératoires soient assignées pour tous les cas ou toutes les interventions chirurgicales. Selon la condition du client ou la complexité de l'intervention, d'autres infirmières en soins périopératoires pourraient compléter l'équipe. Lorsqu'un intervenant d'une autre catégorie de personnel est assigné pour faire partie de l'équipe chirurgicale, cette personne doit agir en service interne ou assister l'infirmière en service externe. En aucun temps cette personne ne devrait remplacer l'infirmière.

L'AORN (2005a) reconnaît que des personnes non diplômées en soins infirmiers qui agissent en service interne font des activités techniques déléguées et qu'elles doivent agir sous la supervision directe d'une infirmière en soins périopératoires. Les activités sont assignées par l'infirmière responsable en fonction de la formation et des compétences de chaque personne. Toutefois, l'AORN croit que, pour atteindre des résultats optimaux, l'infirmière doit assurer la délégation de rôle et la supervision appropriée des activités techniques accomplies par d'autres catégories de personnel.

Par ailleurs, durant des interventions chirurgicales complexes ou risquées, deux personnes en service interne peuvent être requises (Phillips, 2004). Une personne agit comme instrumentiste et l'autre prépare le matériel. Dans des situations inhabituelles ou d'urgence, le chirurgien ou l'infirmière donne les directives ou les instructions à l'infirmière auxiliaire.

Le PCC (2004) a fait connaître sa position sur la délégation du rôle de service interne à l'infirmière auxiliaire (personnel de soutien). Dans les orientations que propose ce groupe, l'infirmière (praticienne autorisée) demeure responsable de la direction de l'ensemble des soins au client. Il souligne que l'infirmière auxiliaire devrait effectuer le service interne seulement au cours d'interventions électives.

⁵ L.Q. 2002, c. 33.

Lorsque le service interne est effectué par une infirmière auxiliaire, les milieux devraient respecter certaines conditions, entre autres :

- l'infirmière auxiliaire doit avoir suivi une formation structurée autre qu'un programme maison;
- le décompte de compresses, d'instruments et d'aiguilles doit être effectué avec une infirmière;
- une infirmière doit être présente dans l'environnement immédiat pendant toute la durée de l'intervention chirurgicale;
- l'infirmière doit remplir le dossier du client et assurer l'application des normes de tenue de dossier, notamment en ce qui a trait au décompte des compresses.

Selon le PCC, l'évolution de la condition des clients ainsi que les changements observés pendant le déroulement des interventions chirurgicales nécessitent l'application de connaissances particulières et impliquent une réponse rapide pour réduire toute atteinte du client ou détérioration de sa condition. C'est pourquoi il est recommandé que l'employeur établisse une politique concernant les types d'interventions chirurgicales auxquelles l'infirmière auxiliaire peut être assignée en service interne. De plus, la description de poste des infirmières auxiliaires devrait être modifiée en conséquence. Enfin, un contrôle régulier de leur compétence devrait être assuré et un plan de perfectionnement mis en place pour répondre à leurs besoins de formation.

Le tableau 16 fait la synthèse des principales conditions applicables lorsque le service interne est effectué par une infirmière auxiliaire.

Tableau 16 - Synthèse des principales conditions prévues pour le service interne effectué par une infirmière auxiliaire

1. Facteurs à considérer lors de l'assignation d'une infirmière auxiliaire en service interne :
 - la condition du client;
 - la complexité de l'intervention chirurgicale;
 - la formation et l'expérience de l'infirmière auxiliaire.
2. Encadrement clinique de l'activité de service interne effectuée par l'infirmière auxiliaire :
 - l'infirmière auxiliaire doit faire du service interne seulement au cours d'interventions électives;
 - pour toute intervention chirurgicale complexe ou risquée qui nécessite la présence de deux personnes en service interne, l'une d'elles doit être une infirmière;
 - l'infirmière auxiliaire doit, en tout temps, agir sous la supervision directe d'une infirmière en soins périopératoires;
 - dans des situations inhabituelles ou d'urgence durant une intervention chirurgicale, le chirurgien ou l'infirmière donne des directives ou des instructions à l'infirmière auxiliaire;
 - le décompte de compresses, d'instruments ou autres articles doit être effectué avec une infirmière.
3. Encadrement clinico-administratif de l'activité de service interne effectuée par l'infirmière auxiliaire :
 - la direction des soins infirmiers devrait adopter une règle de soins infirmiers qui détermine, entre autres :
 - les interventions chirurgicales auxquelles les infirmières auxiliaires peuvent être assignées en service interne ;
 - la description des fonctions de l'infirmière auxiliaire ;
 - le contrôle des compétences ainsi qu'un plan de perfectionnement pour répondre aux besoins de formation.

Infirmière et soins postopératoires immédiats en salle de réveil

Les soins périopératoires comprennent les soins postopératoires immédiats. Dans plusieurs milieux, les soins postopératoires immédiats sont prodigués en salle de réveil par une équipe d'infirmières spécifique ayant acquis une expertise en soins postanesthésiques. Toutefois, selon le type d'établissement, l'aménagement des lieux et la composition des équipes de soins infirmiers, il peut arriver que ces soins soient donnés par le groupe d'infirmières qui assure le service interne et le service externe en salle d'opération (Little, 1996). Par exemple, dans certains milieux privés ou pour les interventions chirurgicales effectuées durant des périodes de garde dans les petits hôpitaux, les infirmières assument à tour de rôle les fonctions d'infirmière en service interne, d'infirmière en service externe et d'infirmière en soins postopératoires immédiats.

En novembre 2006, la CIISOQ a effectué un sondage auprès des 91 centres hospitaliers ayant un bloc opératoire au Québec, afin de savoir si les infirmières du bloc opératoire interviennent aussi en salle de réveil. Des 55 centres (60 %) qui ont participé au sondage, 30 (54 %) ont répondu que les infirmières du bloc opératoire travaillent aussi en salle de réveil, et 7 centres (13 %) que les infirmières travaillent occasionnellement en salle de réveil. Dans 18 centres (33 %), les infirmières du bloc opératoire ne travaillent jamais en salle de réveil. Ces données montrent clairement qu'il est important que les infirmières en salle d'opération possèdent l'ensemble des compétences cliniques en soins périopératoires, qui incluent les soins postopératoires immédiats en salle de réveil.

Les soins postopératoires immédiats comprennent un ensemble d'activités de soins complexes accomplies dès la sortie des clients de la salle d'opération jusqu'à leur transfert vers une unité de soins ou, dans certains cas mineurs, jusqu'à leur retour au domicile. La nature de la surveillance clinique des clients en phase postopératoire immédiate peut varier selon divers facteurs (Phillips, 2004). Ils comprennent, entre autres :

- la condition physique du client;
- le besoin de soutien physiologique;
- la complexité de l'intervention chirurgicale;
- le type d'anesthésie administrée;
- la période prescrite du monitoring de divers paramètres pour évaluer la condition physiologique du client.

Les infirmières en soins postopératoires immédiats assurent la surveillance clinique nécessaire et interviennent de façon appropriée auprès des clients durant la phase postanesthésique. Elles doivent donc être en mesure de procéder à l'évaluation clinique du client, d'interpréter les données des divers appareils de monitoring, de détecter les complications physiologiques et d'intervenir dans des urgences physiologiques. Pour accomplir cette fonction, les infirmières devraient posséder une attestation de formation de base et avancée en RCR.

Dans le cadre des soins postopératoires immédiats, les infirmières procèdent à l'évaluation systématique de l'évolution du rétablissement de divers facteurs physiologiques essentiels, tels la circulation, la respiration, les fonctions neurologiques et l'état de conscience.

Pour la fonction respiratoire, par exemple, l'infirmière évalue la respiration du client toutes les 15 minutes et au besoin pour en suivre l'évolution. Elle ausculte les bruits respiratoires, surveille et interprète certaines données cliniques obtenues, notamment au moyen du saturomètre, et observe la coloration de la peau. Elle maintient les voies aériennes libres par l'aspiration des sécrétions et l'administration d'oxygène ; elle procède au contrôle de la perméabilité et du fonctionnement des équipements et appareils en place, tels le ventilateur ou le tube endotrachéal ; et elle voit au positionnement adéquat du client, en tenant compte du type d'intervention effectuée, pour faciliter sa respiration et l'élimination des sécrétions.

Les activités de l'infirmière impliquent aussi qu'elle assure la surveillance clinique, entre autres, de la circulation par le monitoring de divers paramètres vitaux, de la récupération des réflexes selon le type d'agents anesthésiants administrés, de la sécurité et du confort du client, notamment par le contrôle de la douleur, de l'équilibre électrolytique par la vérification des accès vasculaires et de leur perméabilité, ainsi que par l'administration appropriée des diverses substances et médicaments prescrits.

Dans divers milieux, bien que les infirmières auxiliaires puissent participer au service interne en salle d'opération, il est possible que la dynamique de fonctionnement de la salle d'opération leur limite l'accès à un tel poste. En effet, la nécessité de disposer de ressources professionnelles polyvalentes capables d'intervenir aux stades peropératoire et postopératoire immédiat, en vue de garantir l'efficacité optimale du service, peut amener les milieux à privilégier une équipe composée uniquement d'infirmières.

LA NÉCESSITÉ D'ASSIGNER UNE INFIRMIÈRE PREMIÈRE ASSISTANTE EN CHIRURGIE

Au Québec, la RAMQ (2006b) paie des honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie cette participation. Il est généralement reconnu que c'est le chirurgien responsable de l'intervention chirurgicale qui détermine si une première assistance en chirurgie est requise. Diverses associations américaines ont pris position sur ce sujet et énoncé des critères pour guider le chirurgien dans sa décision.

L'American College of Surgeons (ACS, 2002) a effectué une revue de toutes les interventions chirurgicales, avec la collaboration de plus d'une douzaine d'associations de chirurgiens spécialistes. Pour chaque intervention, ils devaient déterminer si un assistant en chirurgie était requis presque toujours (1), presque jamais (2) ou quelquefois (3).

Ce document peut servir d'outil de référence, puisqu'il contient la classification de près de 5 000 interventions chirurgicales. Il révèle que 1 750 d'entre elles nécessitent presque toujours un assistant en chirurgie et 1 550 en requièrent quelquefois.

Selon l'ACS, le premier assistant est une personne formée, capable de participer à l'intervention chirurgicale et de seconder activement le chirurgien en tant que membre de l'équipe chirurgicale. Le premier assistant apporte de l'aide pour l'exposition du site opératoire, l'hémostase et d'autres fonctions techniques. Ainsi, il aide le chirurgien à réaliser l'intervention chirurgicale en toute sécurité et dans le meilleur intérêt du patient. Le rôle de premier assistant peut varier selon les interventions chirurgicales, les spécialités et le type d'établissement.

Idéalement, la première assistance est assurée par un chirurgien ou un résident. Toutefois, dans certaines circonstances il peut être nécessaire d'avoir recours à d'autres catégories de personnel. Lorsqu'une infirmière est assignée comme première assistante en chirurgie, l'équipe de base ne doit pas être réduite, et cette infirmière ne doit pas agir comme infirmière en service interne ou comme instrumentiste.

L'étude menée par l'USGAO (2004) démontre que c'est principalement des professionnels de la santé ayant une formation spécifique et embauchés par l'hôpital qui agissent comme assistants en chirurgie au cours de la majorité des interventions chirurgicales pour lesquelles l'ACS a déterminé qu'un assistant est presque toujours nécessaire. Le rapport d'étude précise que la décision d'assigner un premier assistant s'appuie sur la complexité de l'intervention chirurgicale et la condition du client. Il y est

fait également mention que l'American Society of General Surgeons soutient que la responsabilité de décider si un premier assistant est nécessaire devrait revenir au chirurgien.

Toutefois, les données recueillies par l'USGAO montrent que certains hôpitaux exigent l'utilisation d'un premier assistant pour certaines interventions chirurgicales. Des hôpitaux qui embauchent des premiers assistants en chirurgie prennent la décision de les assigner sans consulter le chirurgien concerné.

L'American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS, 2006) reconnaît quant à elle que, pour certaines interventions, le chirurgien peut avoir besoin de l'assistance d'une autre personne qualifiée pour assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au client. Le rôle de cet assistant peut varier considérablement selon la complexité de l'intervention chirurgicale. De fait, cette association précise que la détermination du besoin d'un assistant doit être laissée à la discrétion du chirurgien.

Toutefois, elle donne quelques indications au chirurgien qui déciderait d'avoir recours à un assistant, notamment de tenir compte, avant toute chose, de la complexité de l'intervention et du niveau d'habileté de l'assistant. Ensuite, elle énonce des critères d'évaluation du besoin d'assistance chirurgicale :

- la nécessité de réduire la perte sanguine;
- la nécessité de réduire la durée de l'anesthésie;
- la condition du client, qui influe sur les risques liés à l'anesthésie ou à la chirurgie et sur la durée de l'opération;
- la nécessité de limiter l'incidence de complications peropératoires;
- la complexité de l'intervention chirurgicale, qui nécessite du jugement et des habiletés techniques spéciales;
- la nécessité de diminuer les facteurs de fatigue qui affectent le chirurgien et les autres membres de l'équipe;
- la nécessité d'utiliser des instruments sophistiqués et d'avoir un premier assistant qui possède les connaissances et l'expertise technique pour les utiliser.

Compte tenu que l'État et les compagnies d'assurance privées tentent de trouver des moyens de limiter l'augmentation des coûts de la santé et qu'il existe une grande variation dans l'utilisation des premiers assistants, l'American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS, 1988) a pris position sur le remboursement des coûts du premier assistant en chirurgie orthopédique. En diffusant sa position, elle veut aider les

chirurgiens à réduire les dépenses liées à la première assistance tout en protégeant la santé et la sécurité des clients.

L'AAOS précise qu'il n'existe aucune norme nationale dans ce domaine. De plus, elle croit que les listes d'interventions chirurgicales, quoique utiles, ne pourront jamais tout prévoir. Ainsi, il revient à chaque chirurgien de décider s'il a besoin d'un premier assistant. Selon l'association, la qualité d'une l'intervention chirurgicale dépend de divers facteurs que le chirurgien doit prendre en considération pour décider s'il a besoin d'un premier assistant. Ces facteurs comprennent, notamment, les caractéristiques du client, de l'intervention chirurgicale et de l'environnement.

- Les caractéristiques du client sont liées à l'urgence de sa situation, à l'âge du client et à sa condition médicale. Par exemple, il faut tenir compte des facteurs cardiaques, pulmonaires, métaboliques et hématologiques qui sont susceptibles de causer des complications et d'augmenter la durée de l'opération ou la perte sanguine.
- Les caractéristiques de l'intervention chirurgicale en déterminent la complexité : plus elle est complexe et risquée, plus le premier assistant devra être hautement qualifié. Quelques critères d'évaluation de l'intervention chirurgicale sont formulés :
 - la perte sanguine anticipée;
 - la durée prévue de l'anesthésie;
 - l'incidence de complications peropératoires anticipées;
 - les interventions chirurgicales nécessitant de grandes habiletés techniques et de jugement;
 - les facteurs de fatigue susceptibles d'affecter le chirurgien et les autres membres de l'équipe;
 - les interventions chirurgicales nécessitant le travail simultané de plus d'une équipe chirurgicale.
- Les caractéristiques de l'environnement peuvent varier d'une région à une autre dans le pays mais aussi d'un établissement à l'autre. La variabilité est aussi liée à la disponibilité des assistants tels que les résidents ou les assistants d'autres disciplines. De plus, des équipements spécialisés peuvent aussi réduire le besoin d'assistance qualifiée. Toutefois, leur utilisation nécessite souvent une assistance qualifiée.

Tel qu'il a été mentionné dans la deuxième partie de ce document, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a inclus une disposition dans le règlement établi en vertu de la *Loi hospitalière* afin de favoriser l'utilisation de l'IPAC. Cette disposition prévoit qu'aucune chirurgie majeure sous anesthésie générale ou épidurale ne devrait être effectuée sans que le chirurgien ne soit assisté par un médecin, une infirmière qui a reçu la formation nécessaire ou un interne. La loi prévoit cependant que cette exigence ne s'applique pas en cas d'urgence.

Le tableau ci-après présente une synthèse des facteurs à considérer dans la décision d'assigner une IPAC.

Tableau 17 - Synthèse des facteurs à considérer dans la décision d'assigner une infirmière première assistante en chirurgie

L'IPAC assiste activement le chirurgien comme membre de l'équipe chirurgicale. Son rôle peut varier selon les caractéristiques du client, l'intervention chirurgicale, la spécialité, le type d'établissement et l'environnement de pratique. L'équipe de base ne doit pas être réduite et l'IPAC ne doit pas agir comme infirmière en service interne.

Qui décide ?

- Généralement, c'est le chirurgien responsable de l'intervention chirurgicale qui détermine si une IPAC est requise.
- Les établissements de santé peuvent décider d'assigner une IPAC sans que le chirurgien soit consulté. La classification établie dans l'étude de l'ACS peut alors servir de document de référence. Bien qu'elle soit utile, cette classification ne peut tout prévoir.

Critères de décision

Les caractéristiques du client :

- L'urgence de sa situation, l'âge du client, sa condition médicale et les divers facteurs susceptibles de causer des complications et d'augmenter la durée de l'opération ou la perte sanguine.

Les caractéristiques de l'intervention :

- la perte sanguine anticipée;
- la durée prévue de l'anesthésie;
- l'incidence de complications opératoires;
- la complexité de l'intervention chirurgicale qui nécessite des habiletés techniques et du jugement;
- les facteurs de fatigue anticipés susceptibles d'affecter le chirurgien et les autres membres de l'équipe;
- la nécessité d'utiliser des instruments sophistiqués et d'avoir un premier assistant qui possède les connaissances et l'expertise technique pour les utiliser;
- la nécessité d'un travail simultané de plus d'une équipe chirurgicale.

Les caractéristiques de l'environnement :

- le type d'établissement et la spécialité clinique;
- la disponibilité d'assistants, de résidents ou d'IPAC et leur niveau d'habileté;
- l'équipement spécialisé disponible.

L'INFIRMIÈRE PREMIÈRE ASSISTANTE EN CHIRURGIE EN MILIEU PRIVÉ

Il existe peu de données sur la pratique de l'IPAC en milieu privé. La seule source d'information qui puisse alimenter la réflexion amorcée dans le présent document est la *Liste des professionnels de la santé non-participants ou désengagés au régime de l'assurance maladie du Québec avec adresse de pratique au Québec* produite par la RAMQ (2006a). À l'aide de cette liste, il est possible de savoir quelles spécialités chirurgicales sont susceptibles d'être pratiquées en milieu privé (voir le tableau 18).

Tableau 18 - Profil des spécialités chirurgicales susceptibles d'être pratiquées en milieu privé

Spécialités chirurgicales	Nombre de médecins
Plastie	14
Ophtalmologie	10
Chirurgie générale	4
Orthopédie	3
Urologie	1
Neurochirurgie	1
Obstétrique-gynécologie	1

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) est conscient de la progression du nombre d'interventions diagnostiques, thérapeutiques et esthétiques réalisées en milieu extrahospitalier. Ayant le souci de protéger le public, il a publié un guide d'exercice concernant l'environnement requis pour que ces interventions soient effectuées de façon sécuritaire (CMQ, 2005). Cependant, il y précise qu'au Québec il n'existe aucune statistique sur les interventions effectuées en milieu extrahospitalier parce qu'elles ne sont pas assurées par le régime public.

Dans son document, le CMQ présente, entre autres, une classification des chirurgies et certains critères de sélection des patients, et il énonce des limites à la chirurgie en milieu extrahospitalier. La classification des interventions est inspirée des grilles de classification utilisées par l'Association canadienne d'accréditation des installations de chirurgie ambulatoire et l'American College of Surgeons. En ce qui concerne les ressources humaines, le CMQ formule des recommandations appuyées sur les pratiques habituellement en vigueur dans les centres hospitaliers.

Les ressources humaines requises pour la chirurgie en milieu extrahospitalier sont décrites à la fin de l'annexe du guide. On y recommande la présence d'une autre personne qualifiée pour assister le médecin, selon la nature des interventions, au cours

des interventions de deuxième catégorie, y compris les interventions avec tumescence de la première catégorie, et pendant les interventions de troisième catégorie. De plus, il y est noté que le chirurgien doit prévoir une personne qualifiée pour assurer le service interne et le service externe (personnel non brossé), s'il y a lieu, au cours des interventions de troisième catégorie.

Selon les catégories de chirurgie déterminées dans le guide, une personne qualifiée pour assister le médecin, possiblement une IPAC, peut être appelée à intervenir dans les situations suivantes :

- Les interventions de première catégorie sont faites habituellement sous anesthésie locale ou topique et sans autre sédation qu'un sédatif anxiolytique administré par voie buccale. Le guide indique des interventions sous anesthésie locale avec tumescence pouvant requérir une IPAC :
 - la liposuccion et la lipogreffe;
 - la greffe de cheveux;
 - la chirurgie pour les varices aux membres inférieurs;
 - la chirurgie esthétique, tel le lissage facial.
- Les interventions de deuxième catégorie sont les interventions mineures ou majeures effectuées sous sédation-analgésie et nécessitant une profondeur de sédation de niveau 1 (alerte) et 2 (endormi, éveil facile), entre autres :
 - l'endoscopie digestive haute, la coloscopie longue et la bronchoscopie;
 - la chirurgie de la paroi abdominale (hernie ombilicale, hernie inguinale, etc.);
 - la chirurgie esthétique, y compris la liposuccion;
 - l'interruption volontaire de grossesse (13 semaines et plus);
 - le prélèvement d'ovules par voie vaginale.
- Les interventions de troisième catégorie sont les interventions mineures ou majeures qui sont effectuées sous anesthésie régionale ou générale et ne requièrent pas de remplacement sanguin peropératoire ni d'hébergement postopératoire. La chirurgie de la cataracte faite sous anesthésie locale ou topique est une intervention classée dans la troisième catégorie à cause des mesures d'asepsie et de l'équipement requis.

Le CMQ reconnaît qu'il est difficile de déterminer les interventions qui ne peuvent pas être effectuées en milieu extrahospitalier. Les seuls paramètres qui limitent ces

interventions sont le niveau de spécialité du plateau technique requis, la nécessité de remplacer les pertes sanguines et l'hébergement postopératoire. Le CMQ ajoute qu'un grand nombre d'interventions intra-abdominales ou intrathoraciques et d'interventions touchant de grosses articulations ne peuvent être faites en dehors du milieu hospitalier à cause de l'impossibilité d'y assurer l'hébergement postopératoire. Il conclut que la chirurgie en milieu extrahospitalier doit se limiter aux interventions qui requièrent une courte période d'observation postopératoire.

LE FINANCEMENT DE LA PREMIÈRE ASSISTANCE EN CHIRURGIE

Au Québec, la RAMQ (2006b) paie des honoraires au médecin qui assiste le chirurgien sans tenir compte du milieu où se déroule cette chirurgie. Cet assistant a droit au quart des honoraires du chirurgien pour chaque chirurgie qui a nécessité sa présence. Lorsque l'assistance chirurgicale est effectuée par des IPAC, aucune modalité n'est prévue pour allouer une compensation financière particulière à l'infirmière ou à l'établissement où est faite l'intervention chirurgicale.

En 2005, 1 798 068 actes chirurgicaux ont été accomplis par 8 230 médecins omnipraticiens et médecins spécialistes pour un coût total de 253 375 352 \$ (RAMQ, 2006c)⁶. Ce qui représente 10,7 % des coûts des services médicaux rémunérés à l'acte en médecine et chirurgie. Quant à l'assistance chirurgicale, 49 641 actes d'assistance ont été effectués par 1 559 médecins (soit, 366 omnipraticiens et 1 193 médecins spécialistes). Le coût de cette activité totalise 7 158 810 \$, soit 0,3 % des coûts des services médicaux rémunérés à l'acte en médecine et chirurgie.

Des données plus précises sont fournies par la RAMQ pour diverses spécialités chirurgicales. Le tableau ci-dessous indique le nombre d'actes d'assistance chirurgicale effectués par spécialité ainsi que le coût moyen du service (RAMQ, 2006c).

⁶ Il faut cependant noter que les actes chirurgicaux incluent les soins peropératoires ainsi que certaines visites ou certains examens.

Tableau 19 - Répartition des actes d'assistance chirurgicale par spécialité chirurgicale et coût moyen du service en 2005

Spécialités chirurgicales	Assistances chirurgicales	Coût moyen du service
Chirurgie générale	16 255	157,50 \$
Gynécologie, obstétrique	5 213	112,13 \$
Urologie	3 789	155,65 \$
Orthopédie	3 717	165,99 \$
Ophtalmologie	3 005	88,58 \$
Chirurgie cardiaque	2 541	341,41 \$
Otho-rhino-laryngologie	402	207,84 \$
Plastie	373	85,87 \$
Neurochirurgie	55	331,36 \$

Aux États-Unis, des mesures législatives ont été adoptées afin d'assurer le remboursement du service rendu par l'IPAC. Ainsi, dans treize États des dispositions législatives prévoient le remboursement des services de l'IPAC par les compagnies d'assurance privées ou par le régime public *Medicaid* (Becker, 2005). Les mesures législatives sont variées : soit qu'elles englobent toutes les catégories de personnes qui peuvent faire de l'assistance chirurgicale, soit qu'elles spécifient que l'IPAC doit être remboursée lorsqu'elle remplit les conditions énoncées dans la loi. Ces conditions peuvent inclure l'exigence d'une formation particulière, d'une reconnaissance de compétence ou d'un nombre défini d'années d'expérience.

De plus, le projet de loi *Medicare Certified Registered Nurse First Assistant Direct Reimbursement Act of 2003* présenté au Congrès américain prévoit attribuer à l'IPAC les mêmes honoraires qu'aux autres assistants chirurgicaux qui ne sont pas médecins, c'est-à-dire 13,6 % des honoraires du chirurgien. Le dossier lié à cette reconnaissance est mené par l'AORN avec l'appui de l'American Nurses Association (ANA).

L'USGAO (2004) a effectué une étude approfondie des modes de paiement des assistants en chirurgie, afin de s'assurer que le paiement des services médicalement requis est approprié et que ces services sont offerts par du personnel qualifié. Dans le cadre de cette étude, l'USGAO a analysé, entre autres, les données du Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) de 1997 à 2002.

Ces données montrent que le régime public Medicare paie pour les services médicalement nécessaires – incluant les services offerts par les assistants en chirurgie

aux personnes âgées et aux personnes handicapées admissibles – fournis par des professionnels de la santé et des établissements qui satisfont certaines conditions. Ainsi, un montant fixe est payé pour tous les services que l'hôpital offre aux clients hospitalisés pour un diagnostic donné ou un type de chirurgie particulier. Le paiement versé pour un ensemble de services est le même, qu'il y ait ou non de l'assistance chirurgicale et peu importe le professionnel qui fait l'assistance chirurgicale.

Medicare verse aussi au chirurgien un paiement global qui couvre l'intervention effectuée et quelques services préopératoires et postopératoires donnés par le chirurgien et son équipe. Les services d'assistance chirurgicale ne sont pas inclus dans cet ensemble de services. Les honoraires pour l'assistance chirurgicale sont calculés selon un pourcentage fixe des honoraires globaux du chirurgien et sont payés à la personne qui a donné le service et en réclame le paiement. Ce pourcentage varie selon la profession de la personne qui assure l'assistance chirurgicale. Ainsi, un médecin reçoit 16 % des honoraires du chirurgien et les autres professionnels, dont les IPAC, 13,6 % des honoraires du chirurgien.

Le nombre d'actes d'assistance chirurgicale effectués dans les hôpitaux par du personnel ainsi que leur coût n'ont pu être comptabilisés, car les hôpitaux ne sont pas tenus de les déclarer pour pouvoir être remboursés. Toutefois, selon les données produites par Medicare, une assistance chirurgicale a été payée pour 36 % des chirurgies nécessitant presque toujours une assistance chirurgicale. Il est donc possible de déduire que, pour les autres interventions chirurgicales (64 %), l'assistance a été assurée par du personnel employé par les hôpitaux.

Selon l'USGAO, il est important d'inciter l'hôpital ou le chirurgien à utiliser l'assistant en chirurgie le plus approprié et seulement lorsque cette assistance est nécessaire. Il considère que les hôpitaux sont responsables de la santé et de la sécurité de leurs clients ainsi que de la prestation des services requis, y compris l'assistance en chirurgie. Il recommande donc que le remboursement de tous les services d'assistance chirurgicale soit effectué dans le cadre du système prospectif de paiement pour les clients hospitalisés. Ce système permet de rembourser les hôpitaux pour des services offerts à la clientèle à partir d'une liste de prix prédéterminés en fonction des diagnostics regroupés pour la gestion *diagnosis related groups* (DRG).

Le Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC, 2004) reconnaît que les médecins préfèrent travailler avec des assistants qu'ils ont formés et avec lesquels ils sont habitués d'effectuer les interventions chirurgicales. Ce mode de fonctionnement leur permet d'agir plus efficacement et de réaliser les interventions en moins de temps. Il

en est de même pour l'hôpital qui reçoit un montant fixe pour les DRG. Si une salle d'opération est utilisée moins longtemps que prévu, c'est aussi à l'avantage de l'hôpital.

Tout en reconnaissant l'importance de ne pas briser le lien existant entre l'assistant et le chirurgien, la Commission suggère de combiner le paiement des honoraires du chirurgien et du service hospitalier et de laisser l'hôpital et le chirurgien déterminer les aspects suivants : les situations où l'assistance chirurgicale est cliniquement requise, les professionnels qui peuvent assurer cette assistance et la répartition du paiement combiné. Même si cette recommandation présente de nombreuses difficultés, la Commission croit que l'intégration des systèmes de paiement devrait être considérée comme une solution à long terme en vue de l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins.

CONCLUSION

Dans ce document, l'OIIQ a brossé un tableau de la situation de la fonction d'IPAC, avec pour toile de fond l'application du règlement d'autorisation des actes médicaux. Après avoir décrit les facteurs qui freinent le développement de cette fonction dans la réalité quotidienne des salles d'opération au Québec, il a présenté les grandes tendances américaines et canadiennes ainsi que diverses autres considérations, afin d'alimenter la réflexion et de dégager des pistes d'action.

Ce document de référence servira d'assise à la stratégie d'action que l'OIIQ entend proposer afin de favoriser le développement de la fonction d'IPAC au Québec et aussi pour promouvoir l'utilisation des IPAC au cours des interventions qui requièrent une assistance en chirurgie.

RÉFÉRENCES

- American Academy of Orthopaedic Surgeons (1988). *Reimbursement of the First Assistant at Surgery in Orthopaedics: Position Statement*, Rosemont (IL), AAOS, [www.aaos.org/about/papers/position/1120.asp].
- American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (2006). *Utilization of an Assistant Surgeon During Oral and Maxillofacial Surgery*, Rosemont (IL), AAOMS, [www.aaoms.org/docs/practice_mgmt/condition_statements/assistant_surgeon.pdf].
- American College of Surgeons (2002). *Physicians as Assistants at Surgery: 2002 Study*, Chicago, ACS, [www.facs.org/ahp/pubs/2002physasstsurg.pdf].
- American College of Surgeons (2004). *Statements on Principles*, Chicago, ACS, [www.facs.org/fellows_info/statements/stonprin.html].
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2005). *Guide général de demande de certification par examen*, [www.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/Certification_guide_2006_f.pdf]
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2006). *Certification infirmière en soins périopératoires*, [www.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/CERT_Periop_f.pdf].
- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (2000). *Processus décisionnel dans l'exercice clinique de la profession infirmière*, Fredericton, AIINB.
- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (2003). *Infirmière immatriculée première assistante : énoncé*, Fredericton, AIINB.
- Association of periOperative Registered Nurses (s.d.a). *AORN Perioperative Nursing Course 101*, [www.aorn.org/education/periop101.htm].
- Association of periOperative Registered Nurses (s.d.b). *It's Important for You to Know*, [www.aorn.org/About/important.htm].
- Association of periOperative Registered Nurses (2002). « Registered nurse first assistant competencies », *AORN Journal*, vol. 76, n° 4, p. 671-679, [www.aorn.org/practice/pdf/rnfa_compet_8-02.pdf].
- Association of periOperative Registered Nurses (2005a). *AORN Position Statement on the Role of the Scrub Person*, [www.aorn.org/about/positions/pdf/Final PS on the Role of the Scrub Person.pdf].
- Association of periOperative Registered Nurses (2005b). *AORN Standards for RN First Assistant Education Programs*, [www.aorn.org/practice/pdf/RNFAEdStand06.pdf].
- Association of periOperative Registered Nurses (2005c). *RNFA Scope of Practice by State*, [www.aorn.org/gvtaffairs/scopeofpractice.asp].

Association of periOperative Registered Nurses (2005d). *RNFAs Specific Definitions and Education Requirements by State*, [www.aorn.org/gvtaffairs/defanded.asp].

Association of periOperative Registered Nurses (2006). *AORN Official Statement on RN First Assistants*, [www.aorn.org/about/positions/pdf/POS-RNFA.pdf].

Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador (1999). *Standards Governing Perioperative Nurse Surgery Practice*, St. John's, ARNNL.

Association of Surgical Technologists (s.d.). *Surgical Technology: A Growing Career*, Littleton (CO), AST, [www.ast.org/Content/The Profession/pdf/growingcareer.pdf].

Association of Surgical Technologists (2000). *Surgical First Assistant Resource Guide*, Littleton (CO), AST, [www.ilsaa.net/cgi-bin/schlabo/dl.pl?Surgical_First_Assistant_Resources].

Association of Surgical Technologists (2001). *Association of Surgical Technologists' Recommended Standards of Practice*, Littleton (CO), AST, [www.ast.org/Content/The Profession/pdf/sop.pdf].

Becker, E.C. (2005). « State laws requiring RN first assistant reimbursement », *AORN Journal*, vol. 82, n° 5, p. 881-882, 885-887.

Brennan, B. (2004). *Australian Health Workforce Advisory Committee: The Perioperative Workforce in Australia Project: A Submission*, Burwood Heights (Victoria, Australie), Bernadette Brennan & Associates, [www.health.nsw.gov.au/amwac/ahwac/pdf/brennan.pdf].

Collège des médecins du Québec (2005). *La chirurgie en milieu extrahospitalier : guide d'exercice*, Montréal, CMQ.

College of Registered Nurses of British Columbia (2006). *Scope of Practice for Registered Nurses: Standards, Limits, Conditions*, Vancouver, CRNBC.

College of Registered Nurses of Nova Scotia (2005). *Policy Statement: Registered Nurse First Assistant Role*, Halifax, CRNNS.

Competency & Credentialing Institute (2004). *CRNFA Certification Recertification Policy Manual*, [www.cc-institute.org/docs_upload/CRNFA_Policy_Manual.pdf]

Competency & Credentialing Institute (2006). *CNOR Certification Recertification Policy Manual*, [www.cc-institute.org/docs_upload/CNOR_Policy_Manual_06.pdf].

Little, D.J. (1996). « Postoperative phase », dans S.S. Fairchild (sous la dir. de), *Perioperative Nursing: Principles and Practice*, 2^e éd., Boston, Little, Brown and Company, p. 369-377.

Medicare Certified Registered Nurse First Assistant Direct Reimbursement Act of 2003, H.R. 1388, 108th Cong., 1st Sess. (2003), [thomas.loc.gov/cgi-bin/query/z?c108:H.R.1388:].

Medicare Payment Advisory Commission (2004). *[Report to the Congress: Certified Registered Nurse First Assistants]*, Washington (DC), MedPAC, [www.medpac.gov/publications/congressional_reports/Dec04_CRNFA.pdf].

Operating Room Nurses Association of Canada (2003). *Staffing the Surgical Suite*, [www.confmanager.com/communities/c115/files/position_statements/staffing.pdf].

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (2004). *La capacité légale de l'infirmière auxiliaire : champ de pratique et activités réservées en vertu de la loi 90*, Montréal, OIIAQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1994). *Soins infirmiers périopératoires : la fonction d'infirmière première assistante : prise de position*, Montréal, OIIQ.

Perioperative Care Collaborative (2003). *Position Statement: The Provision of the Non-Medical Perioperative Practitioner Working as First Assistant to the Surgeon*, [www.aodp.org/Files/PCCFirstAssistant.pdf?submenu=200].

Perioperative Care Collaborative (2004). *Position Statement: Delegation: The Support Worker in the Scrub Role*, [www.aodp.org/Files/Scrub-Role.pdf?submenu=199].

Perioperative Registered Nurses Association of Ontario / Registered Nurse First Assistant Interest Group (ORNAO RNFA Interest Group) (2005). *Education/Certification*, [www.rnfa-ontario.ca/education.html].

Phillips, N. (2004). *Berry & Kohn's Operating Room Technique*, 10^e éd., St. Louis, Mosby.

Régie de l'assurance maladie du Québec (2006a). *Liste des professionnels de la santé non-participants ou désengagés au régime de l'assurance maladie du Québec avec adresse de pratique au Québec*, 24 mai, [www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/desengages.pdf].

Régie de l'assurance maladie du Québec (2006b). *Manuel des médecins spécialistes*, mise à jour 66, Québec, RAMQ.

Régie de l'assurance maladie du Québec (2006c). *Tableau SM.21 – Nombre de médecins, nombre de services médicaux, nombre par médecin, coût des services médicaux et coût moyen des services médicaux selon la catégorie de médecins, le groupe de spécialités, le mode de rémunération et le type de service, 2005*, [https://www.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsullInfoStatsCNC_iut/DifsnInfoStats.aspx?ETAPE_COUR=2&LANGUE=fr-CA].

Registered Nurse First Assistant Network of Canada (2005-2006). *Newsletter*, vol. 1, n° 1, [www.confmanager.com/communities/c115/files/groups/rnfa/newsletter.pdf].

Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, R.Q., c. M-9, r. 1.3.

Robinson, R., et McIntosh, S. (2002). « The scrub practitioner and the first assistant role », *British Journal of Perioperative Nursing*, vol. 12, n° 11, p. 409-413.

Rodgers, S. (2000). « Can RNs act as surgical first assistants? », *Communiqué*, vol. 25, n° 2, p. 37.

Rothrock, J.C. (sous la dir. de) (1999). *The RN First Assistant: An Expanded Perioperative Nursing Role*, 3^e éd., Philadelphie, Lippincott.

United States General Accounting Office (2004). *Medicare: Payment Changes are Needed for Assistants-at-Surgery: Report to Congressional Committees*, Washington (DC), GAO, [www.gao.gov/new.items/d0497.pdf].

Programmes de formation consultés

Québec :

Université du Québec à Trois-Rivières. *Certificat en soins infirmiers périopératoires (4110)*, [oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/pgmw001?owa_cd_pgm=4110].

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. *Certificat en inhalothérapie : anesthésie et soins critiques (4093)*, [www.uqat.ca/gestac/prg/4093.asp].

Canada :

British Columbia Institute of Technology. *Registered Nurse First Assistant Program*, [www.bcit.ca/study/programs/5960000000].

Centre for Nursing Studies. *Registered Nurse First Assistant (RNFA) Program*, [www.cns.nf.ca/programs/prog_cnt/cnt_firstassistant.htm].

États-Unis :

National Institute of First Assisting. *Distance Learning RN First Assistant Program*, [www.rnfa.org/progov.html].

Northeastern University. *Registered Nurse First Assistant Program*, [www.spcs.neu.edu/professional/rnfa2].

Southwest Florida College. *RNFA Program*, [www.swfc.edu/ah/rnfa.htm].

University at Buffalo. *Registered Nurse First Assistant (RNFA) Program*, [nursing.buffalo.edu/documents/RNFA_Brochure_2007.pdf].