



L'élaboration des recommandations infirmières au bloc opératoire au Québec.

Présenté par Philippe Willame
Bac Sc.Inf, Chef de service du bloc opératoire
Président sortant de la CIISOQ



Conflit d'intérêt:

Aucun



Remerciements

Mme Aline Gagnon,
le CA de la CIISOQ dont Sylvie Beauregard et
Hélène Tétreault,
l'AIISOC

Toutes les illustrations utilisées dans cette présentation (sauf indications
contraires) appartiennent à : Microsoft Online, 2014-2015 et certaines images,
prises sur Google



Plan de présentation

- ▶ Objectifs
- ▶ La CIISOQ
- ▶ Les ordres professionnels
- ▶ Les Normes de L'AIISOC / ORNAC
- ▶ Questions



Objectifs

- ▶ Diffuser cette approche pour une pratique infirmière rehaussée;
- ▶ Comment arrive-t-on à produire une telle «référence» pour les infirmières de salle d'opération



La CIISOQ

Corporation des

infirmières et infirmiers de salle d'opération
du Québec



2016-03-18

6



Le Québec



2016-03-18



3 grands ordres professionnels:

- ▶ L'OIIQ: l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 73 000 membres, 12 ordres régionaux
- ▶ L'OIIAQ: l'Ordre des infirmières et, infirmiers auxiliaires du Québec, 29 000 membres
- ▶ L'OPIQ: l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec, 3800 membres



Les règlements

- ▶ L'OIIQ a publié ses lignes directrices, celles pour le bloc opératoire sont: [2276-soins-perioperatoires-2015.pdf](#)
- ▶ L'OIIAQ a publié ses lignes directrices: [lignes-directrices-pour-les-activites-des-infirmieres-auxiliaires-en-salle-d-operation-juin-13.pdf](#)
- ▶ L'OPIQ a ses lignes directrices: [20150526_SedationAnalgesie_VF.pdf](#)

NORMES de l'AIISOC:

POUR LA PRATIQUE DES SOINS INFIRMIERS PÉRIOPÉRATOIRES



Board Canadian, en 2015, avant le congrès national d'Edmonton



2016-03-18

11



NORMES DE L'AIISOC POUR LA PRATIQUE DES SOINS INFIRMIERS PÉRIOPÉRATOIRES



Promouvoir l'excellence

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE
SALLES D'OPÉRATION DU CANADA
(AIISOC)

12e édition - Mai 2015



2016-03-18

12



Comité des Normes de l'AIISOC (12ème Édition)

Alberta

Lucia Pfeuti, *Conseil d'administration*

Saskatchewan

Lyanne Faucher, *Membre de l'AIISOC*

Manitoba

Dawn Affleck, *Membre de l'AIISOC*

Ontario

Debra Bastone, *Présidente, Conseil d'administration*

Québec

Philippe Willame, *Conseil d'administration*

Nouvelle-Écosse

Cathy Ferguson, *Présidente Éluë de l'AIISOC*

Terre-Neuve-et-Labrador

Debbie Keough, *Coprésidente, Membre de l'AIISOC*



Vue d'ensemble de la mission du comité

- ▶ Rencontrer les membres du comité des Normes
- ▶ Preuve à l'appui par des données probantes et des revues de littérature afin que les standards soient révisés aux deux ans
- ▶ Présenter les nouveaux changements
- ▶ Partager la vision de l'AIISOC et les futurs plans pour le développement des normes
- ▶ Rejoindre et s'engager avec tous les membres de l'AIISOC

Processus de révision des Normes de l'AIISOC

Novembre 2014 – Mars 2015

- Continuité des révisions
- Contenu révisé suite aux commentaires des critiques
- Mise en page
- Traduction française

AIISOC Comité des Normes

- Novembre 2013
- Objectifs / Buts du Comité
- Sections divisées

Objectifs/Buts

- Normes de référence
- Recherches littéraires pour la révision de documents
- Normes révisées et présentées lors de la Conférence de l'AIISOC 2015

Août 2014 – Novembre 2014

- Sections présentées au comité
- Contenu
 - Lisibilité
 - Précision
 - Pertinence

Mai 2014 Validation et Éducation

- Révision/discussion
- Présentation de L'Agree II et GRADE
 - Qualité des preuves
 - Force des recommandations

Décembre 2013 – Août 2014

- Recherche littéraire / révision
- Procédure de révision
- Référence
- Nouveau contenu ajouté



Mise à jour pour la 12^{ème} Édition (2015)

- ▶ Apparence visuelle
- ▶ Mise en page et pagination
- ▶ Divisée en 6 sections principales:
 - ▶ Section 1 – Normes de pratiques et compétences
 - Section 2 – Prévention et Contrôle des infections
 - Section 3 – Phases de soins
 - Section 4 – Gestion des risques et Sécurité au travail
 - Section 5 – Événements cliniques exceptionnels
 - Section 6 – Glossaire



Mise à jour pour la 12^{ème} Édition (suite)

► Table des matières

- Renforcée dans certaines sections, par exemple:
 - Norme 3.2 - Phase peropératoire
 - » Positions chirurgicales
 - » Compte chirurgicaux
 - » Gestion des médicaments
 - » Agents hémostatiques, scellants et colles
 - » La gestion des échantillons
- Réarrangée d'autres sections

► Références et preuves à l'appui sont rajoutées

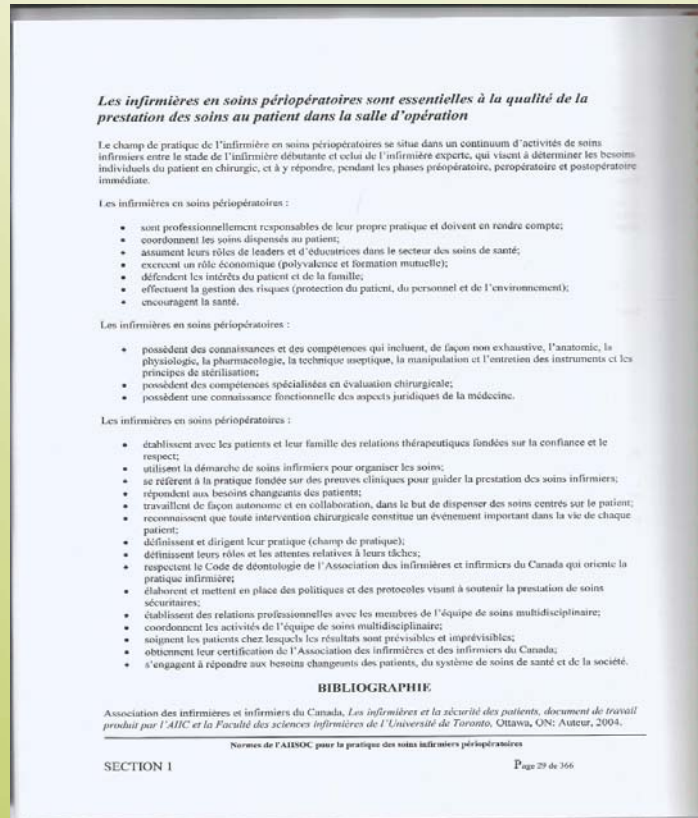
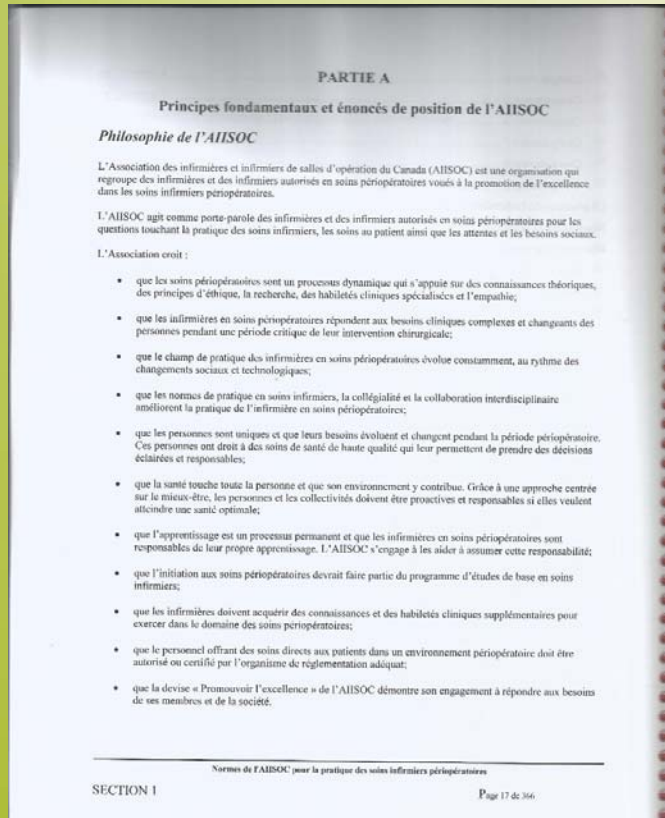


Section 1: Normes de pratiques et Compétences

- ▶ Les acronymes ont été enlevés de certaines références selon les normes de pratique ainsi que pour les compétences des divers membres du personnel périopératoires (ex: dans l'édition anglaise)
- ▶ Normes de pratique des RNFA (Infirmières premières assistantes en chirurgie) ont été mises à jour en tenant compte des mises à jour de l'AORN
- ▶ Re-imprimée avec l'autorisation de l'AORN



Section 1: Normes de pratiques et Compétences





Section 2: Prévention et contrôle des infections

- Réorganisation du contenu de cette section
 - Personnel & patients
 - Instrumentation & environnement

- Préparation de la peau
 - La littérature souligne des solutions par rapport aux méthodes d'application

Section 2: Prévention et contrôle des infections

Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections

2.1 Pratiques de base

Les pratiques de base (aussi appelées précautions standard ou précautions universelles) doivent être utilisées durant tous les soins prodigués aux patients (AORN, 2012). Des protocoles de précautions additionnelles en matière de transmission (transmission aérienne, par gouttelettes ou par contact) doivent être utilisés pour gérer la propagation des infections par ces modes de transmission précis.

PRATIQUE

2.1.1 Tous les membres de l'équipe de santé doivent respecter les règles d'application des pratiques de base, dont voici une liste non exhaustive :

- Le lavage des mains avec un désinfectant à base d'alcool à 70 % jusqu'à 90 % est à privilégier lorsque les mains ne sont pas visiblement sales, alors qu'un lavage des mains avec du savon et de l'eau courante est à privilégier lorsqu'elles sont visiblement souillées (Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), 2014).
- Un lavage des mains doit être effectué avant et immédiatement après tout contact direct avec un patient, après avoir été en contact avec des articles contaminés, immédiatement après avoir retiré les gants, ainsi qu'après chaque intervention, en portant une attention particulière à la peau entre le pouce et l'index de manière à réduire la colonisation microbienne (Goodman et Spry, 2014).
- Des gants doivent être portés lorsqu'il y a un risque de contact avec de la peau non intacte, des tumeurs, des muqueuses, du sang, des liquides biologiques ou du matériel qui est entré en contact avec ces éléments. Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour les activités courantes de soins au patient au cours desquelles le contact est limité à la peau intacte du patient (CCPMI, 2014).
- Les mains doivent être lavées avant de mettre les gants et après les avoir retirés (WHO, 2014).
- Les gants doivent être changés entre les activités de soins et les interventions pour le même patient s'il y a eu contact avec des matières contenant de grandes

EXPLICATION

Les pratiques de base sont des stratégies de contrôle des infections et des normes recommandées par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) visant à réduire le risque de transmission de pathogènes, par le sang ou par une autre voie, au sein des hôpitaux. Elles représentent les précautions de base devant être prises, au minimum, lors des soins à tous les patients afin de lutter contre les infections. Les pratiques de base considèrent que le sang et tous les autres liquides, sécrétions ou excréments organiques (sauf la sueur), qu'ils contiennent des traces de sang visibles ou non, de même que la peau non intacte et les muqueuses, constituent des sources potentielles d'infection. Les pratiques de prévention des infections comprennent l'hygiène des mains, l'usage correctif du matériel, les pratiques d'injection sécuritaires et le port d'équipement de protection individuelle comme les blouses, les gants, les masques, les lunettes de protection ou les écrans faciaux lorsqu'il y a un risque d'exposition aux liquides corporels des patients (Goodman et Spry, 2014). La nécessité d'utiliser des précautions additionnelles dépendra des pratiques de base utilisées par l'établissement de soins de santé et des microorganismes présents. L'hygiène des mains est de la responsabilité de tous les travailleurs de la santé (CCPMI, 2014). Le personnel soignant se doit de connaître les moments critiques où le risque de transmission des microorganismes est accru.

Les gants ne fournissent pas une protection complète contre la contamination par les mains. L'utilisation de gants ne remplace pas une bonne hygiène des mains (CCPMI, 2014).

Poulin, P., K. Chapman, L. McGahan, L. Austen et T. Schuler. Préoperative skin antiseptics for preventing surgical site infections: what to do? *ORAC Journal*, (2014), vol. 32, n° 3, pp. 12-29.

Rothrock, J.C. *Alexander's care of the patient in surgery*, (15^e éd.), St. Louis, MO: Elsevier Mosby, 2015.

Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! *Prévention des infections du site opératoire : Trousse de départ*.

2014. Téléchargé du site : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/foi/ressources/Documents/Intervention/Infections%20du%20site%20op%C3%A9ratoire/ISO%20Pr%C3%A9vention%20des%20infections%20avant%20l'op%C3%A9ration.pdf>

Thurston, A. J. Sources of infection in the operating theater. *The Evidence for Orthopaedic Surgery*. Shewsbury, G.-D.: TFM Publishing, 2007.

Drapage

2.20 Drapage

PRATIQUE

- 2.20.1 L'équipe entière devrait bien connaître les procédures établies pour le drapage et s'y conformer. Il faut sélectionner les champs appropriés pour chaque type de drapage (Phillips, 2013). Au moment du drapage, il faut considérer les points suivants :
- les dimensions du champ stérile;
 - l'emplacement et la taille de l'incision;
 - le nombre de personnes aseptiques dans la zone opératoire;
 - les instruments et le matériel stériles à introduire dans la zone opératoire.
- 2.20.2 Les qualités d'un champ offrant une protection efficace comprennent, de façon non exhaustive :
- être imperméable au sang et aux liquides;
 - être résistant aux déchirures et aux perforations;
 - ne pas produire de chaleur ni ne s'effiloche;
 - être antistatique;
 - être poreux;
 - être d'une couleur tenue et non éblouissante;
 - être exempt de toxines;
 - être ininflammable;
 - être flexible (Goodman et Spry, 2014; Phillips, 2013; Rothrock, 2015).

EXPLICATION

L'équipe entière devrait bien connaître les règles de base en matière d'asepsie et les suivre.

Les champs contribuent à prévenir les incendies en milieu opératoire, limitent le nombre de contaminants aériens et retiennent les contaminants. Les champs poreux empêchent l'accumulation de chaleur et diminuent la distorsion des lumières. Les draps exempts de toxines réduisent le risque de réaction pour les patients et le personnel.



Section 3: Phases de soins

▶ Comptes

- Fermeture, les séquences sont révisées
(champ sterile → table mayo → table arrière →
éléments hors du champ stérile)

▶ Documentation

- Information générale
- La documentation relative à une norme particulière est
située dans cette norme



Section 3: Phases de soins, suite

- ▶ Dossier de santé électronique
 - Probablement une section qui doit être encore améliorée

- ▶ Chirurgie minimalement invasive
 - Sécurité du patient
 - Entretien et maintenance du matériel

Section 3: Phases de soins

Phases périopératoires	
La pratique des soins périopératoires se divise en trois phases distinctes : préopératoire immédiate, peropératoire et postopératoire immédiate.	
3.1 Phase préopératoire immédiate	
PRATIQUE	EXPLICATION
<i>L'infirmière en soins périopératoires doit :</i>	
3.1.1. établir une relation professionnelle avec le patient en se présentant et en mentionnant son nom, son titre et sa fonction (p. ex. Lisa, infirmière autonome) (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIC], 2008).	La communication active permet de réduire les risques d'erreur et favorise l'établissement d'une relation thérapeutique, ce qui permet d'évaluer l'état émotif et physique du patient.
- confirmer l'identité du patient à l'aide de deux identifiants, p. ex. le nom du patient, le numéro d'identification attribué par l'établissement apparaissant sur le bracelet du patient ou sa date de naissance (Agrément Canada, 2013; AORN, vérifier le dossier clinique pour s'assurer qu'il contient les documents relatifs au consentement;	Confirmer verbalement l'identité auprès du patient ou de l'adulte responsable. Les identifiants ne peuvent pas être le numéro de la chambre ou l'endroit où se trouve le patient (OMS, 2007).
3.1.2. utiliser la communication active pour s'assurer de l'exactitude de l'intervention chirurgicale, du site et du côté de l'opération, du nom du médecin praticien qui la fera, de la compréhension du patient ou de la personne responsable en ce qui concerne l'intervention, de la date de la signature du consentement et de la signature du patient ou de la personne responsable (Association 2014; Organisation mondiale de la santé [OMS], 2007).	
<i>L'infirmière en soins périopératoires doit réviser la liste de vérification préopératoire comme suit :</i>	
3.1.3. Consentement	
- vérifier le dossier clinique pour s'assurer qu'il contient les documents relatifs au consentement;	Le patient doit être au courant des risques, des bienfaits et de solutions de rechange à la chirurgie. Le consentement doit être signé par le patient ou le mandataire temporaire légalement nommé (Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario [OMCO], 2006).
- utiliser la communication active pour s'assurer de l'exactitude de l'intervention chirurgicale, du site et du côté de l'opération, du nom du médecin praticien qui la fera, de la compréhension du patient ou de la personne responsable en ce qui concerne l'intervention, de la date de la signature du consentement et de la signature du patient ou de la personne responsable	L'infirmière en soins périopératoires doit utiliser son jugement professionnel et suivre les lignes directrices établies par son organisme de
Normes de l'AIISOQ pour la pratique des soins infirmiers périopératoires	
SECTION 3	Page 181 de 366

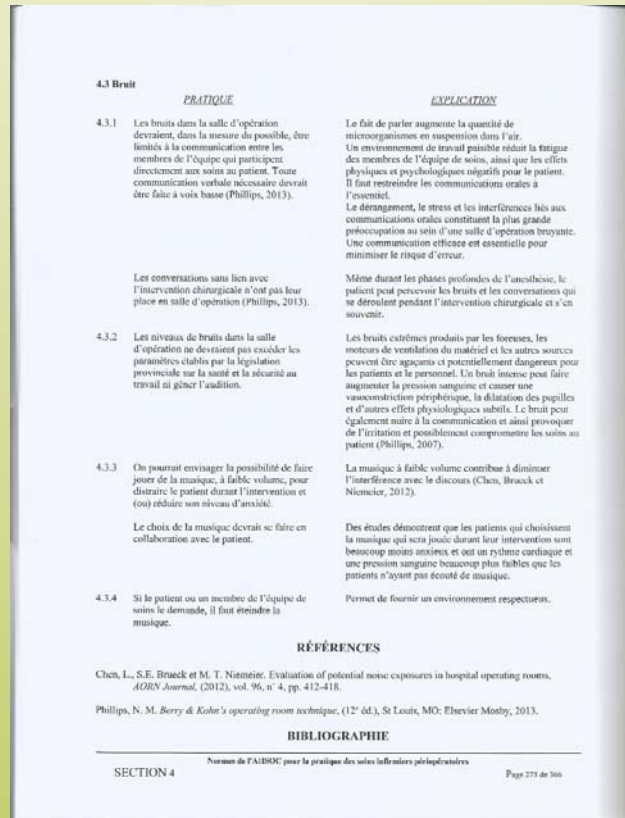
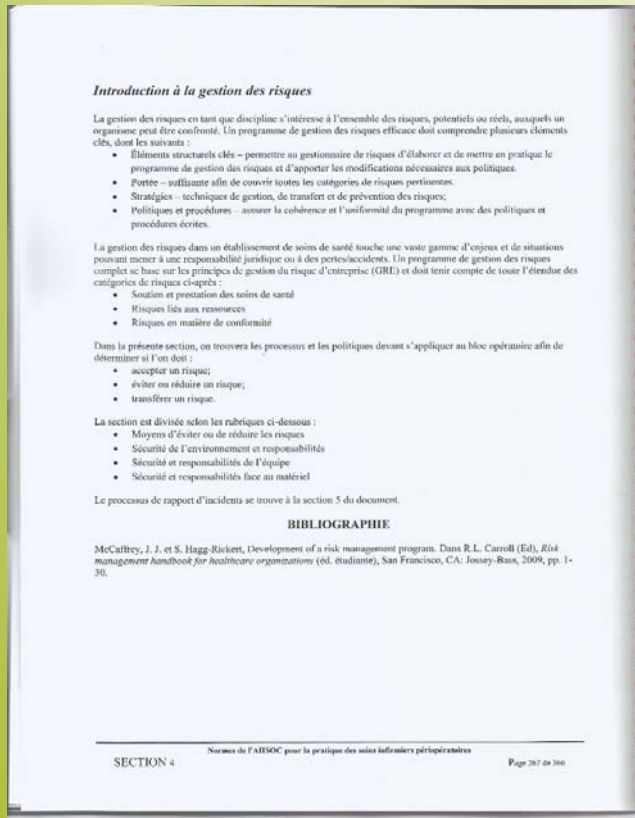
PRATIQUE	EXPLICATION
Compresses	
3.2.50. Les compresses utilisées en chirurgie doivent être radio-opaques et ne doivent pas être coupées pendant l'intervention (AORN, 2014; Gibbs, 2013; Phillips, 2013; Rothrock, 2015).	Le fait de couper les compresses change le compte et augmente les risques d'oubli.
Pendant le compte, le personnel infirmier en soins périopératoires du service interne et externe doit visualiser l'indicateur radio-opaque sur chaque compresse (AORN, 2014).	
3.2.51. Compter chaque emballage d'éponges distribué dans l'incrément fourni avant de compter l'emballage suivant (Phillips, 2013).	
Compter deux fois chaque emballage d'éponges distribué avant de compter l'emballage suivant.	Les erreurs du fabricant peuvent se produire.
3.2.52. Les compresses munies de rubans ou de languettes doivent être comptées : - en relevant la bande du paquet de compresses; - en tirant sur les rubans ou languettes afin de vérifier leur solidité (AORN, 2014; Phillips, 2013).	Il arrive qu'en cours de fabrication, le fil ou la languette radio-opaque soit oublié.
3.2.53. Les paquets contenant un nombre inexact de compresses doivent être emballés, étiquetés et mis à l'écart des autres compresses et (ou) retirés de la salle d'opération (avant que le patient soit admis dans la salle) (AORN, 2014; Phillips, 2013).	Il peut y avoir eu des erreurs au moment de l'emballage par le fabricant. En relevant tout le paquet du champ stérile et (ou) de la salle d'opération, on évite les erreurs au cours des comptes subséquents.
Ces paquets devraient être envoyés au personnel approprié, soit au responsable du matériel et de l'approvisionnement.	Pour s'assurer de respecter les processus d'assurance de la qualité.
3.2.54. Les compresses radio-opaques ne doivent pas servir pour les pansements (AORN, 2014).	
3.2.55. De plus, les pansements ne doivent pas être donnés sur le champ stérile avant que le compte final ne soit terminé (AORN, 2014; Phillips, 2013).	
3.2.56. Les compresses non radio-opaques utilisées lors de la préparation aseptique doivent être enlevées du champ stérile avant d'insérer l'incision (Phillips, 2013).	
Normes de l'AIISOQ pour la pratique des soins infirmiers périopératoires	
SECTION 3	Page 201 de 366



Section 4: Gestion des risques et sécurité au travail

- ▶ Quelques références ont été ajoutées
- ▶ Elle a besoin d'une révision pour la prochaine édition

Section 4: Gestion des risques et sécurité au travail





Section 5: Événements cliniques exceptionnels

- ▶ L'utilisation du sang et des produits sanguins
 - Transport et l'entreposage du sang et des produits sanguins
 - Protocole sur l'utilisation de la transfusion massive
- ▶ Mort en salle d'opération
 - Décès impliquant le coronère
- ▶ Collecte et conservation des preuves medico-légale
 - Informations générales fournies, il y a des écarts à travers le pays

Section 5: Événements cliniques exceptionnels

5.8 Événements indésirables, événements sentinelles, échappées belles

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2014) a signalé que la sécurité des patients est une question de santé publique d'importance mondiale. L'organisme estime que « dans les pays développés, pas moins d'un patient sur 10 est victime d'un événement indésirable lors d'une hospitalisation » (OMS, 2014). Par conséquent, la recherche examinant les événements indésirables, les événements sentinelles et les échappées belles continue de croître alors que les organismes concentrent leurs efforts pour améliorer la sécurité des patients.

L'étude canadienne sur les événements indésirables menée par Baker et coll. (2004) a été la première étude canadienne à fournir des estimations nationales relatives à la fréquence des événements indésirables. L'interprétation des résultats indique que « le taux général de fréquence des EI (événements indésirables) qui se chiffre à 7,5 % porte à croire que, sur presque deux millions et demi d'admissions annuelles à l'hôpital semblables au type étudié, environ 185 000 sont associées à un EI et que près de 70 000 auraient pu être évitées » (Baker et coll., 2004, p. 1678).

Un *événement indésirable* est « un événement inattendu causant des résultats indésirables, une blessure ou des complications au patient et qui est associé aux soins et (ou) aux services fournis au patient » (Agrément Canada, 2013). Un *événement sentinelle* est un événement indésirable qui entraîne un décès ou des pertes fonctionnelles graves et permanentes. Les pertes de fonctions peuvent être sensorielles, motrices, physiologiques ou psychologiques (Agrément Canada, 2013). Une *échappée belle* est un événement qui, si ce n'est que de la chance ou d'une intervention opportune, aurait pu causer une blessure au patient, mais cette dernière a été évitée (Agrément Canada, 2013).

PRATIQUE

5.8.1 L'infirmière en soins périopératoires devrait connaître les enjeux en matière de sécurité mettant les patients à risque d'être victime d'un événement indésirable, d'un événement sentinelle ou d'une échappée belle.

EXPLICATION

Les patients en soins périopératoires courent davantage de risques d'être victimes d'un événement indésirable en raison des complexités toujours croissantes associées aux interventions chirurgicales, à l'anesthésie, au travail d'équipe et aux technologies dans la salle d'opération (Steelman et Grafing, 2013). Les 10 enjeux en matière de sécurité pour les patients ayant été signalés par les infirmières en soins périopératoires sont :

1. Site, intervention ou patient erroné
2. Oubli d'article chirurgical
3. Erreurs de médication
4. Retraitement inadéquat des instruments
5. Plaies de pression
6. Erreurs de gestion des prélèvements
7. Incendies chirurgicaux
8. Hypothermie périopératoire
9. Brûlures causées par les électrocautères
10. Intubation difficile ou agénésie respiratoire (Steelman et Grafing, 2013, p. 681).

5.8.2 Des politiques et des procédures relatives à la réduction des risques devraient être en place dans toutes les salles d'opération et être disponibles pour tout le personnel de première ligne. Les principes suivants sont essentiels à l'établissement de stratégies efficaces de réduction des risques :

- faire la promotion d'une culture favorisant la sécurité au sein de l'organisation;

Les professionnels des soins de santé ne blessent pas les patients de façon intentionnelle et même si ce sont les patients et leur famille qui en subissent les préjudices, les professionnels et les organisations concernés par une erreur sont aussi touchés. L'analyse d'un incident peut mener à des résultats positifs résultant d'une situation négative (Partenaires collaborant à l'analyse des incidents, 2012).

Normes de l'ADISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires

SECTION 5

Page 338 de 366

Événements cliniques exceptionnels

5.1 Utilisation de sang et de produits sanguins

PRATIQUE

L'infirmière en soins périopératoires est responsable de :

5.1.1 évaluer les besoins potentiels du patient en ce qui a trait à l'administration de sang et de produits sanguins (p. ex. anémie, trouble de la coagulation et interventions à haut risque), vérifier que la détermination du groupe sanguin et l'épreuve de compatibilité croisée ont été effectuées, et confirmer que le sang/les produits sanguins demandés sont disponibles avant que le patient ne soit anesthésié.

EXPLICATION

Les transfusions sanguines peuvent être nécessaires durant différentes interventions chirurgicales (p. ex. chirurgie cardiovasculaire, transplantation d'organe, traumatisme, chirurgie orthopédique, etc.) (Phillips, 2013). L'indication pour une transfusion sanguine consiste à restaurer le volume sanguin et la capacité du sang à transporter l'oxygène (Société canadienne du sang [SCS], 2013; Grafing, Dort et Moyilhan, 2014).

La détermination du groupe sanguin et l'épreuve de compatibilité croisée sont nécessaires pour déterminer la compatibilité entre le donneur et le receveur (Phillips, 2013; Rothrock, 2015). On teste le sang du receveur pour connaître son groupe sanguin ABO et son facteur Rh ainsi que ses anticorps (Association canadienne de normalisation [CSA], 2010).

En raison de croyances religieuses et (ou) culturelles, certains patients n'acceptent que l'autotransfusion, alors que d'autres refusent toute administration de sang et de produits sanguins (SCS, 2007).

5.1.2 vérifier que le consentement éclairé ou le refus écrit relatif à l'administration de sang/de produits sanguins a été complété conformément à la politique et la procédure de l'établissement de soins de santé. Le refus de transfusion sanguine doit être documenté dans le dossier médical du patient conformément à la politique de l'établissement de soins de santé. (SCS, 2007).

Les mesures de sécurité relatives au patient (c.-à-d. vérification de l'ordonnance du médecin, du consentement, du moment choisi) doivent être strictement observées et devraient être mises en place avant le retrait de sang des services transfusionnels (SCS, 2007). La politique de l'établissement de soins de santé doit être respectée pour le transport du sang et des produits sanguins afin de veiller à ce que les conditions spécifiées soient en tout temps maintenues.

5.1.3 obtenir le sang/les produits sanguins auprès des services transfusionnels conformément à la politique de l'établissement de soins de santé.

Les réfrigérateurs à température contrôlée doivent être munis d'un système d'alarme, d'un ventilateur à circulation d'air et d'un dispositif de surveillance continue (SCS, 2013). Les contenants d'expédition de transport validés

5.1.4 s'assurer que le sang/les produits sanguins sont conservés dans un environnement à température contrôlée (p. ex. un réfrigérateur approuvé pour cette utilisation ou un contenant d'expédition de transport

Normes de l'ADISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires

SECTION 5

Page 329 de 366

Section 6: le Glossaire

Les définitions qui suivent proviennent de différentes sources et s'appliquent à la pratique en soins périopératoires et au contexte de chaque section.

A

AAAAI : American Academy of Allergy, Asthma & Immunology.

AAMI : Association for the Advancement of Medical Instrumentation.

AANA : American Association of Nurse Anesthetists.

ACAAI : American College of Allergy, Asthma and Immunology.

ACORN : Australian College of Operating Room Nurses. www.acorn.org.au

AFPP : Association For Perioperative Practice (Royaume-Uni). Anciennement connue sous le nom de National Association of Theatre Nurses (NATN). www.afpp.org.uk

AHC : Association des infirmières et infirmiers du Canada. www.cna-nurses.ca

AISOC : Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada. www.amaac.ca

AJIC : American Journal of Infection Control.

A.L.E.R.T. Inc. : Anciennement connu sous le nom d'American Latex Allergy Association. Organisme national sans but lucratif qui diffuse de l'information sur les allergies au latex et soutient les personnes allergiques au latex.

ANSI : American National Standards Institute. www.ansi.org

AORN : Association of PeriOperative Registered Nurses, Inc. Groupe professionnel d'infirmières américaines en soins périopératoires. www.aorn.org

AORN J : Association of PeriOperative Registered Nurses Journal.

APIC : Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology.

ASA : American Society of Anesthesiologists.

ASA (score) : Système de classification de l'état physique d'un patient comportant six catégories et utilisé par les anesthésiologistes pour évaluer un patient en phase préopératoire.

ASPAN : American Society of Perianesthesia Nurses.

Agrément Canada : Organisme sans but lucratif et indépendant, agréé par l'International Society for Quality in Health Care (ISQAH). Il fournit aux organismes de soins de santé nationaux et internationaux un processus d'examen externe mené par des pairs afin d'évaluer et d'améliorer les services offerts aux patients et aux clients en se fondant sur des normes d'excellence. www.iscreditation.ca

Air ambiant : Air de l'environnement.

Allergie au latex : Réaction allergique systémique ou locale à diverses protéines de latex auxquelles l'individu est sensible.

Analyse de la cause fondamentale : Démarche effectuée après qu'un événement indésirable se soit produit afin de déterminer les facteurs sous-jacents aux variations de rendement ayant mené à des échappées belles, des

Indicateur chimique externe : Outil utilisé par les établissements de soins de santé et les travailleurs de la santé pour démontrer que les paquets/contenants ont été exposés au processus de stérilisation; il peut s'agir d'un ruban ou d'une étiquette pour autoclave qui change de couleur après l'exposition.

Indicateur chimique interne : Outil placé à l'intérieur d'un paquet pour vérifier que les conditions de stérilisation ont été atteintes à l'intérieur de celui-ci, comme p. ex. les intégrateurs de classe V. Offert en diverses classes allant de 1 à 6.

Indicateur d'émulation : Dispositif d'épreuve du procédé qui est conçu pour surveiller le pré-vidé des stérilisateurs.

Infirmière clinicienne spécialisée : Infirmière qui détient une maîtrise ou un doctorat en sciences infirmières et qui possède de l'expérience dans une spécialité des soins infirmiers cliniques (AHC, 2008).

Infirmière en service externe : Infirmière qui reste en service externe et utilise la démarche de soins infirmiers pour la prestation de soins. Consulter les compétences de l'infirmière en service externe dans la Section 1. Le service est défini plus en détail sous infirmière en service externe principale et infirmière en service externe secondaire.

Infirmière en service externe principale – Infirmière en soins périopératoires qui exerce son leadership et délègue les tâches dans la salle d'opération, et qui est responsable des soins infirmiers directs au patient durant l'intervention chirurgicale.

Infirmière en service externe secondaire – Infirmière en soins périopératoires qui assiste l'infirmière en service interne et qui est disponible pour fournir du soutien et collaborer avec l'infirmière en service externe principale durant la prestation des soins au patient.

Infirmière en service interne : Terme utilisé pour décrire le professionnel de la santé qui travaille directement avec le chirurgien dans le champ stérile. Consulter la section des Compétences de la Section 1.

Infirmière en soins périopératoires : Infirmière qui a comme tâche principale la responsabilité des soins au patient durant les étapes préopératoire, périopératoire et postopératoire de l'intervention chirurgicale jusqu'à l'admission à l'unité des soins postanesthésiques.

Infirmière praticienne : Infirmière autorisée dont la formation et l'expérience sont plus approfondies, qui fait preuve des compétences nécessaires pour poser des diagnostics, prescrire et interpréter des tests diagnostiques, émettre des ordonnances de produits pharmaceutiques et accomplir certains actes médicaux précis dans son domaine de pratique, conformément à la loi, de façon autonome (Énoncé de position de l'AHC, 2006).

Insomnie familiale fatale (IFF) : Type d'EST qui continue une maladie dégénérative mortelle du cerveau.

Instrument : Outil ou dispositif chirurgical conçu pour des fonctions spécifiques telles que couper, disséquer, agripper, tenir, écarter ou faire des points de suture.

Intégrateur : Indicateur conçu pour réagir à tous les paramètres critiques durant un cycle de stérilisation donné.

Intégrateur chimique : Indicateur conçu pour surveiller l'exposition à un agent stérilisant dans un emballage ou une charge.

Item critique : Instruments et matériels qui entrent en contact avec les tissus incluant le système vasculaire. Ils présentent un haut risque d'infection si ces derniers sont contaminés par des spores. Le retraitement des items critiques implique un nettoyage moléculaire suivi d'une stérilisation.

J

Joint : Bande souple qui assure la fermeture étanche entre le couvercle et la base d'un contenant de stérilisation rigide.



Recherche et validation des Normes de l'AIISOC

Validation du processus du développement des Normes de l'AIISOC dirigée par Jessie McGowan, Ph.D., Université d'Ottawa - International Standards Expert

1. Déterminer comment optimiser la mise en œuvre des Normes de l'AIISOC - évaluation de l'état actuel de la façon dont les normes sont mises en œuvre et reçues
2. Élaborer un plan pour soutenir le processus de l'éducation au niveau des Normes



L'onglet des Normes sur le site internet de l'AIISOC

Que faire pour poser une question, expliquer une amélioration, une modification à apporter,..

- ▶ Allez sur <http://www.ornac.ca/fr/>
- ▶ Cliquez sur l'onglet des 'Normes'
- ▶ Complétez les zones requises dans la demande
- ▶ Donnez nous le plus d'informations ou de références possibles

Comment m'impliquer?

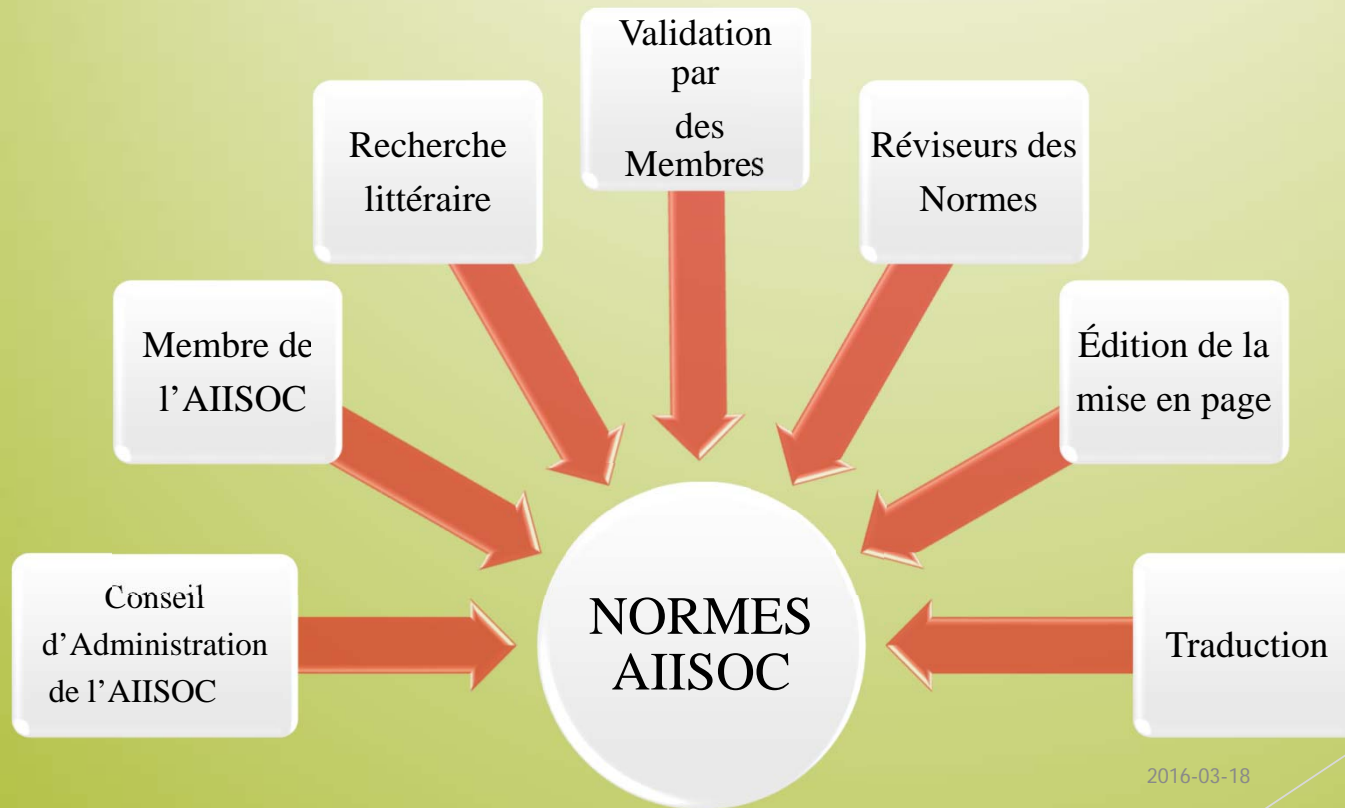


By Frits Ahlefeldt

2016-03-18

32

Rôles au sein du groupe pour le développement des Normes de l'AIISOC?





Traduction française

- ▶ Avant 2013
- ▶ 2013
 - ▶ Les deux versions Français et Anglaise sont présentées au Congrès National de l'AIISOC en 2013
- ▶ 2015
 - ▶ La parution Française est reportée à plus tard, du à des problèmes de traduction



Pour se les procurer

- ▶ Suivre le lien sur le site internet de l'AIISOC

<http://shop.csa.ca/fr/canada/operating-room-nurses-association-of-canada/ornac-2015/invit/27031122015>



2016-03-18





2016-03-18

38



Références

- ▶ Les Normes Canadiennes de salle d'opération, 2015
- ▶ Présentation faite au Congrès de l'AIISOC, Edmonton, AB, mai 2015
- ▶ Site sur les statistiques au Québec et au Canada, http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/qc_1971-20xx.htm, consulté en décembre 2015, janvier 2016
- ▶ Le site internet de l'AIISOC, <https://www.ornac.ca/fr/>, Le site internet de la CIISOQ, <https://www.ciisoq.ca/>, consulté en décembre 2015, janvier, février et mars 2016
- ▶ Le site internet de l'OIIQ, <http://www.oiiq.org/>, consulté en décembre 2015 et janvier 2016
- ▶ Le site internet de l'OIIAQ, <http://www.oiiq.org/>, consulté en décembre 2015 et janvier 2016
- ▶ Le site internet de l'OPIQ, <http://www.opiq.qc.ca/>, consulté en décembre 2015 et janvier 2016
- ▶ Présentation réalisée lors du dernier congrès provincial de la CIISOQ sur: le rôle des infirmières premières assistantes en chirurgie, présentée par Mme Guylaine Beauchamp



Questions





Merci