Le présent article a été publié sur la plateforme Open Journal Systems et diffusé sous la licence d'attribution Creative Commons BY-NC-ND/4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), qui autorise le téléchargement et la transmission du document à des fins personnelles. Il est interdit d'utiliser le présent article à des fins commerciales ou d'en modifier le contenu de quelque manière que ce soit. Le titre de l'article original doit être correctement cité.

Maintien des compétences infirmières périopératoires dans les milieux ruraux et à faible volume d'interventions chirurgicales : une perspective canadienne

Eunice K. Assem-Erhaze

Hôpital régional de Yorkton, Régie de la santé de la Saskatchewan, Université du Manitoba

Auteure-ressource : Eunice K. Assem-Erhaze, **erhazee@myumanitoba.ca**

Résumé

Contexte : *En l'absence de pratique régulière, les infirmières en soins périopératoires exerçant au Canada dans les milieux ruraux et les cliniques chirurgicales à faible volume d'interventions sont continuellement confrontées au risque de subir une régression de leurs compétences. Ce déclin peut affecter leurs performances techniques, cognitives et collaboratives. Le faible volume de procédures chirurgicales, l'isolement professionnel et l'accès restreint au soutien spécialisé compromettent le maintien de compétences. Cet article, qui s'appuie sur le modèle « De novice à expert » de Patricia Benner (1984), étudie la question du maintien des compétences au fil du continuum de soins infirmiers périopératoires.*

Méthodologie : *Une revue narrative de la littérature parue entre 2000 et 2025 a été effectuée à partir des bases de données CINAHL, MEDLINE et SCOPUS pour relever les données probantes concernant les soins infirmiers périopératoires, la santé en milieux ruraux, l'apprentissage par simulation et les politiques canadiennes en matière de santé. Le premier tour de recherche a permis de relever 480 sources potentielles. Après analyse des titres, des résumés et des textes complets en regard des critères d'inclusion déterminés, 14 sources ont été retenues pour la synthèse finale.*

Résultats : *Les difficultés liées au maintien des compétences en soins périopératoires concernent la préparation et l'évaluation préopératoires, les services internes et externes, l'unité de soins post-anesthésiques (USPA) et le rôle des infirmières en situation d'urgence. Selon les données probantes, certaines stratégies fondamentales au maintien des compétences ont été relevées : l'apprentissage par la simulation, le mentorat à distance, la rotation interétablissement planifiée, les aides cognitives et la formation continue contextualisée. Les compétences durables requièrent un engagement concerté de l'infirmière, de l'établissement, du réseau régional et du système de santé provincial ou territorial.*

Discussion : *Nous proposons un cadre à plusieurs niveaux qui prévoit des mesures ciblées à la fois pour les infirmières, les établissements, les réseaux régionaux et les instances provinciales ou territoriales. L'équité en santé autochtone et la sécurité culturelle sont aussi considérées comme des domaines de compétences propres.*

Conclusion : *Il est possible de maintenir les compétences infirmières périopératoires dans les milieux ruraux, à condition de s'investir de manière consciente, à tous les niveaux. Les organismes provinciaux ou territoriaux de réglementation en soins infirmiers, les autorités sanitaires, les établissements, les infirmières et les associations professionnelles ont des rôles distincts, mais complémentaires. L'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC), quant à elle, contribue en fournissant des lignes directrices fondées sur des données probantes, en offrant de la formation et en favorisant l'échange de connaissances professionnelles.*

Mots-clés : soins infirmiers périopératoires en milieux ruraux, maintien de compétences, faible volume d'interventions chirurgicales, simulation, personnel infirmier canadien

Manière suggérée de citer l'article :
Assem-Erhaze, E. (2026). Maintien des compétences infirmières périopératoires dans les milieux ruraux et à bas volume d'interventions chirurgicales : une perspective canadienne. *Revue de l'AIISOC, 43*(2), 28–33. https://doi.org/10.5737/ornac18228

Contexte

Bien qu'environ un Canadien sur six habite en communauté rurale ou isolée, l'accès aux services de soins infirmiers périopératoires demeure inéquitable (Statistique Canada, 2022). Les hôpitaux régionaux sont souvent les seuls fournisseurs de soins chirurgicaux et doivent desservir de vastes circonscriptions. Ils comptent sur un effectif infirmier réduit pour remplir

les fonctions liées à la préparation et à l'évaluation préopératoires, aux services internes et externes et à l'unité de soins post-anesthésiques. Dans certaines régions, on demande même aux infirmières de seconder l'anesthésiste. Pour rester polyvalentes, les infirmières en soins périopératoires sont tenues de maintenir à jour un large éventail de compétences, aussi bien pour les interventions chirurgicales mineures que pour les urgences traumatologiques ou les soins obstétricaux. Bien souvent, elles composent avec un soutien minimal de spécialistes et des possibilités restreintes d'apprentissage par les pairs.

Selon le modèle « De novice à expert » de Patricia Benner de 1984, le perfectionnement de la pratique en soins infirmiers périopératoires dépend d'une accumulation suffisante d'expériences cliniques, car c'est ainsi que les praticiens passent du niveau « compétent » au niveau « expert ». Une exposition occasionnelle aux procédures chirurgicales dans les milieux ruraux déstabilise ce cheminement; cela peut nuire à la progression, voir éroder les compétences dans des domaines essentiels au fil du temps. Cette réalité ne découle pas d'une absence de motivation personnelle, mais plutôt des conséquences liées au milieu de pratique des infirmières en soins périopératoires. Dans le cas présent, le modèle de Patricia Benner s'avère particulièrement utile, puisqu'il décrit l'expertise comme un accomplissement continu et tributaire du contexte, et non comme une caractéristique figée du praticien. Les conditions en milieux ruraux qui freinent la pratique régulière de procédures chirurgicales entraînent une régression des acquis expérientiels inhérents à l'expertise, sans égard aux diplômes obtenus ou au nombre d'années de service.

Le principal défi découle d'une contradiction structurelle : les communautés, qui comptent sur les services de chirurgie locaux, ne présentent pas un volume d'intervention suffisant pour permettre la consolidation de chaque compétence périopératoire. Dans le présent article, le terme « régression des compétences » désigne un déclin des acquis après une période sans pratiquer (Issenberg et al., 2005). Le faible volume d'interventions, documenté dans les services de chirurgie en milieux ruraux (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2020), peut limiter l'exposition répétée à des expériences qui enrichissent les compétences techniques, la coordination d'équipe et l'adaptabilité aux difficultés peu courantes. Pourtant reconnu dans les simulations et les manuels de sciences infirmières, ce problème demeure peu étudié en contexte de soins périopératoires canadien.

La 17e édition des Lignes directrices pour la pratique en soins périopératoires du Canada (2025) de l'AIISOC présente des recommandations visant à encadrer la prise de décisions cliniques fondées sur des données probantes en contexte périopératoire. Comme l'AIISOC n'est pas un organisme de réglementation, ces lignes directrices ne déterminent pas le champ de pratique propre aux établissements et ne dictent pas de méthode unique pour maintenir le niveau de compétences dans les milieux à faible volume d'interventions. Les exigences relatives aux compétences et les plans de maintien doivent s'arrimer aux obligations réglementaires provinciales ou territoriales, aux politiques organisationnelles, à la composition de la clientèle locale et aux responsabilités professionnelles des infirmières quant au maintien des compétences. Il faut également tenir compte du fait que le personnel infirmier en régions éloignées connaît des contraintes d'accès à la formation continue et à la simulation en raison du transport, du coût et du manque d'effectif. Le présent article étudie ces défis et propose un cadre de maintien des compétences à plusieurs niveaux, adapté aux réalités canadiennes.

Méthodologie

Une revue narrative de la littérature parue a été effectuée afin de synthétiser les données en lien avec les compétences infirmières en soins périopératoires dans les milieux ruraux et à faible volume d'interventions chirurgicales au Canada. Les recherches ont été faites dans les bases CINAHL, MEDLINE et SCOPUS pour la plage temporelle allant de janvier 2000 à mars 2025 et combinaient les termes suivants : « soins infirmiers périopératoires » (*perioperative nursing*), « soins infirmiers en salle d'opération » (*operating room nursing*), « soins infirmiers en unité de soins post-anesthésiques » (*PACU nursing*), « intervention chirurgicale en milieu rural » (*rural surgery*), « clinique chirurgicale à faible volume » (*low-volume surgical centre*), « maintien de compétences » (*competence maintenance*), « régression des compétences » (*skill decay*), « formation par simulation » (*simulation training*), « mentorat à distance » (*tele-mentoring*) et « soins infirmiers au Canada » (*Canadian nursing*). Les bibliographies contenues dans les études retenues ont été soigneusement scrutées afin d'en extraire toute source pertinente supplémentaire.

Les critères d'inclusion étaient : a) publication en anglais ou en français; b) rapport direct à la pratique, à la formation ou à l'effectif en soins infirmiers périopératoires; c) application aux milieux ruraux, isolés ou à faible volume d'interventions chirurgicales. Le premier tour de recherche a fait ressortir 480 sources potentielles. Après une analyse poussée des titres et des résumés, 68 articles ont été retenus pour lecture complète. Sur ceux-ci, 14 répondaient à tous les critères d'inclusion et ont donc fait l'objet de la synthèse. Étant donné l'absence de revues exploratoires antérieures sur les compétences en soins périopératoires en milieu rural canadien et l'ampleur de la synthèse disciplinaire requise – qui couvrait les soins infirmiers périopératoires, la santé en milieu rural, la pratique de la simulation et les politiques en matière de santé – nous avons opté pour une approche narrative.

La synthèse narrative a été structurée par thème, selon deux questions de base. La première : quels domaines de compétences périopératoires s'avèrent les plus vulnérables à la régression en cas de pratique occasionnelle? La deuxième : quelles démarches de maintien des compétences se distinguent par leur faisabilité,

leur acceptabilité et leur efficacité en contextes similaires? La qualité des données variait dans les sources incluses, qui se répartissaient entre revues systématiques, essais aléatoires basés sur la simulation, études qualitatives sur la main-d'œuvre et analyses descriptives des politiques. Les résultats ont été interprétés avec le modèle « De novice à expert » de Patricia Benner (1984), qui a fourni la perspective théorique générale.

Résultats

Les domaines vulnérables de compétences périopératoires

Les milieux à faible volume peuvent nuire aux compétences dans le parcours périopératoire, qu'il s'agisse des soins préopératoires, peropératoires ou postopératoires immédiats. Les compétences périopératoires englobent l'évaluation et la préparation des patients, les processus de vérification, l'anticipation des risques cliniques et la bonne communication avec l'équipe. Dans un contexte à faible volume d'interventions, les listes de contrôle claires, l'examen de cas et la formation continue peuvent aider à consolider les processus entre les expériences procédurales (AIISOC, 2025). À ce titre, quatre catégories de soins infirmiers peropératoire et postopératoire sont particulièrement concernées.

1. **Soins infirmiers en service interne :** Pour automatiquement prévoir le bon instrument à proposer, maintenir le milieu aseptisé, manipuler l'appareil de laparoscopie et tenir un décompte précis, il est indispensable d'être régulièrement exposé aux procédures chirurgicales. Chez les infirmières en service interne qui exercent en milieux ruraux et qui n'exécutent une procédure donnée que quelques fois par année, on observe une régression graduelle des compétences qui a des répercussions documentées sur la sécurité des patients, comme l'oubli d'un corps étranger ou la contamination (Mitchell et al., 2011). Le modèle de Benner est très éloquent à ce sujet. Sans exposition répétée, il devient difficile de consolider les raccourcis cognitifs qui permettent à une infirmière en service interne chevronnée d'anticiper les besoins du chirurgien. On voit donc le niveau de compétence régresser en dépit des années d'expérience. Cette régression est d'autant plus importante dans le cas des interventions laparoscopiques ou à effraction minimale, qui demandent une manipulation précise des instruments, et pour lesquelles le retour haptique qui guide l'expert est à la fois subtil et tributaire de sa technique.

2. **Soins infirmiers en service externe :** Dans les établissements à faible volume, l'infirmière en service externe doit, de façon routinière, s'acquitter de tâches habituellement réparties à divers membres du personnel. La gestion des médicaments en milieu opératoire est un domaine risqué qui tend à se détériorer sans consolidation régulière, puisque la charge cognitive associée à la prise en charge de rôles simultanés dans les environnements à ressources limitées exacerbe les risques d'erreurs (Riley & Manias, 2006). L'infirmière en service externe qui exerce dans un établissement rural doit souvent gérer les dossiers des patients, coordonner le compte des instruments, communiquer avec l'équipe chirurgicale et assurer la liaison avec l'unité de soins post-anesthésiques – des responsabilités multiples qui, en milieu urbain, seraient réparties au sein d'une plus grande équipe. Le maintien des normes de performance cognitive nécessaires pour occuper ces rôles qui se chevauchent impose une cadence de pratique régulière, impossible à atteindre avec un faible volume d'interventions.

3. **Soins infirmiers en unité de soins post-anesthésiques (USPA) :** Les infirmières de l'USPA en milieux ruraux reçoivent plus régulièrement des patients postopératoires ayant des besoins plus complexes que l'indiquent les statistiques relatives aux interventions non urgentes, parce que les cas urgents ne peuvent pas toujours être transférés à temps dans les centres régionaux (Kornelsen et al., 2025). Les compétences de prise en charge des voies respiratoires, la surveillance hémodynamique et la détection des complications post-anesthésiques (hémorragie, agitation à l'émergence, difficultés respiratoires, etc.) dépendent de la régularité des expositions cliniques, une constance que les milieux à faible volume d'interventions n'arrivent pas à fournir. Les lacunes de compétences dans l'USPA sont particulièrement lourdes de conséquences, parce que la période qui suit immédiatement l'intervention présente un niveau de risques parmi les plus élevés de tout le processus chirurgical. Les infirmières de l'USPA en milieux ruraux doivent parfois même exercer sans le soutien d'un anesthésiste en interne, ce qui fait reposer plus directement sur leur seul jugement la détection précoce des complications et la réaction à une détérioration de l'état post-anesthésique.

4. **Soins infirmiers peropératoires d'urgence :** La gestion d'épisodes rares, mais qui posent une menace pour la vie (hémorragie grave, anaphylaxie, hyperthermie maligne, intubation difficile, etc.), exige une réaction immédiate et concertée de la part de l'équipe dans laquelle les infirmières jouent des rôles précis et interdépendants. L'étude des facteurs humains révèle que les performances d'une équipe en situation d'urgence dépendent de leurs entraînements conjoints préalables; les équipes qui utilisent des aides cognitives structurées et des protocoles répétés sont nettement plus compétentes que celles qui n'y ont pas recours (Arriaga et al., 2013). Les infirmières peropératoires en milieux ruraux qui n'ont pas répété les protocoles d'urgence dernièrement risquent davantage une détection tardive des complications et une communication fragmentaire en présence de stress. Cette vulnérabilité est exacerbée par les équipes généralement réduites des établissements ruraux, où les absences d'employés limitent le personnel de remplacement et où les situations d'urgence réelles – et avec elles, les occasions concrètes de s'exercer – se font plutôt rares.

Quelques stratégies de maintien des compétences fondées sur des données probantes

Formation par simulation

Mis à part la pratique clinique directe, la simulation est la modalité de maintien des compétences périopératoire la plus largement étudiée (Cook et al., 2013). La simulation de gestion des ressources en situation de crise en équipe complète aborde à la fois les compétences individuelles et les processus collectifs. Les unités de simulation mobiles ou in situ, dans lesquelles les équipes de formation en soins périopératoires apportent des mannequins et des simulateurs procéduraux dans les établissements ruraux, aident à surmonter les barrières géographiques à la formation. Les pratiques récurrentes espacées favorisent un meilleur ancrage des apprentissages qu'une séance intensive unique (Issenberg et al., 2005). La simulation se montre d'autant plus efficace lorsque les scénarios correspondent à la composition de la clientèle actuelle de l'établissement et aux situations réellement rencontrées par le corps infirmier.

Mentorat et soutien clinique à distance

Le modèle ECHO® (*Extension for Community Healthcare Outcomes*) fournit un cadre approuvé pour l'étude de cas structurée axée sur l'apprentissage par les pairs au moyen de la visioconférence, ce qui permet aux infirmières en soins périopératoires de milieux ruraux d'accéder aux connaissances de spécialistes et de surmonter l'isolement professionnel. Le mentorat à distance dans le domaine des soins périopératoires peut inclure des examens de cas asynchrones et, lorsqu'autorisés et correctement encadré, des consultations en temps réels pour les situations complexes ou inhabituelles. Les données probantes concernant cette modalité sont toujours à l'étude. Sa mise en œuvre doit s'arrimer aux exigences réglementaires provinciales ou territoriales, aux politiques organisationnelles, aux obligations en matière de vie privée et à des directives claires relatives à la responsabilité clinique.

Rotation interétablissement

La rotation régulière des infirmières en milieux ruraux vers des établissements urbains à fort volume d'interventions favorise la fréquence d'exposition aux compétences techniques qui, autrement, reste impossible à soutenir localement de manière réaliste. Cette pratique permet également de bâtir un réseau professionnel et de briser l'isolement. L'expérience des réseaux de chirurgie et d'obstétrique en milieu rural de la Colombie-Britannique montre que les mesures officiellement soutenues par un réseau sont plus efficaces que celles qui reposent uniquement sur la participation individuelle volontaire (Kornelsen et al., 2025; Parajulee et al., 2024). Les autorités sanitaires provinciales gagneraient à encourager la rotation interétablissement en déployant du personnel suppléant et de l'aide financière, dans la mesure du possible. Les durées et fréquences optimales de rotation restent toutefois à déterminer au moyen d'une évaluation prospective.

Aides cognitives et protocoles normalisés

En externalisant la mémoire procédurale, les affiches plastifiées des processus de crise et les outils numériques d'aide à la décision peuvent en partie compenser les lacunes d'automatisme face aux situations d'urgence. Les équipes qui s'exercent avec des aides cognitives lors des simulations affichent un avantage systématique par rapport aux autres (Arriaga et al., 2013). La familiarisation avec les aides cognitives en situation d'urgence devrait être intégrée à la formation en soins périopératoires et aux activités récurrentes de maintien des compétences (dans le respect des politiques locales et des données probantes). La conception des aides cognitives doit tenir compte des responsabilités multiples et simultanées que doivent assumer les petites équipes.

Formation continue en soins infirmiers

La formation continue en soins infirmiers offre des moyens structurés de préserver les connaissances entre les expositions cliniques. Parmi les options pertinentes, on compte l'éducation spécialisée en soins périopératoires, la mise à niveau des apprentissages et les cours de perfectionnement en soins vitaux, comme le Cours de base en soins infirmiers traumatologiques (TNCC), le Cours de soins infirmiers d'urgence pédiatriques (ENPC) et le cours de Soins avancés en réanimation cardiovasculaire (ACLS). Pour les praticiens qui ne peuvent voyager sur place, les plateformes numériques en ligne donnent accès aux programmes de formation offerts en communauté urbaine. Les modèles hybrides – qui combinent à la fois contenu théorique en ligne, simulations périodiques et exposition clinique – peuvent se montrer particulièrement utiles lorsqu'adaptés à la composition de la clientèle locale, aux horaires de travail et aux contraintes de personnel (Gillespie et al., 2009).

Discussion

Bien qu'individuellement appuyées sur des données probantes, les stratégies précédentes restent insuffisantes si elles sont mises en œuvre de manière indépendante. Dans les milieux ruraux, le maintien durable des compétences périopératoires exige une réponse cohérente des quatre niveaux interdépendants suivants : l'infirmière, le service de santé local, le réseau régional et le système de santé provincial ou territorial. Il n'existe pas de solution unique pouvant, à elle seule, résoudre le faible volume d'interventions qui engendre la régression des compétences périopératoires en milieu rural. Les stratégies énoncées plus haut fonctionnent plutôt comme un ensemble coordonné d'outils, où chacune vise une facette du problème que les autres ne peuvent régler seules.

Au niveau individuel, les infirmières en soins périopératoires conservent la responsabilité de maintenir à jour leurs compétences dans leur champ de pratique. Pour ce faire, elles disposent de moyens concrets, comme la mise à niveau de leurs connaissances, la révision régulière des aides cognitives en gestion des situations d'urgence de leur milieu et le

recours aux offres de formation de l'AIISOC (webinaires asynchrones, contenu de la conférence annuelle, etc.). Les infirmières devraient également faire part à leurs gestionnaires des besoins en matière de rotation, de simulation et de mentorat. Ces efforts individuels demandent le soutien de l'organisation lorsque l'accès au perfectionnement professionnel est limité par l'emplacement géographique, la dotation de personnel et les contraintes financières. L'isolement professionnel reste aussi un facteur important, puisque les infirmières qui ressentent un manque de soutien sont moins portées à se former ou à plaider en faveur de l'investissement structurel dans leur milieu de pratique (Stoll et al., 2025).

Au niveau de l'établissement, les services de santé doivent investir en équipements de simulation et en temps réservé à la formation en équipe; appliquer un transfert de soins structuré et des protocoles incluant des listes de contrôle; promouvoir une culture sécuritaire où les infirmières peuvent exprimer leur insécurité par rapport à leurs compétences sans craindre la dévalorisation professionnelle. Les infirmières gestionnaires d'établissements ruraux, qui assument souvent plusieurs responsabilités simultanées dans divers domaines cliniques, ont besoin du soutien direct des dirigeants des cliniques régionales et de mentors spécialistes pour maintenir des normes de qualité élevée en matière de soins infirmiers périopératoires. L'engagement à l'échelle de l'établissement devrait également comprendre l'embauche d'un formateur clinique, à temps partiel ou à temps partagé avec le reste du réseau régional. En effet, une capacité insuffisante de formation en interne est un obstacle structurel au maintien des compétences que les budgets alloués ne peuvent résoudre à eux seuls.

Au niveau régional, les autorités sanitaires provinciales devraient mettre en place des ententes de rotation interétablissement, des programmes mobiles de simulation selon des horaires prévisibles adaptés au contexte rural et une infrastructure de mentorat à distance offrant une expertise en soins périopératoires. La structure des réseaux de santé en milieux ruraux déjà en place fournit une plateforme pour coordonner les programmes de compétences entre établissements multiples. Les démarches régionales concertées permettent d'accéder à un large éventail de ressources qu'un établissement seul ne serait pas en mesure de proposer, comme la formation par simulation, le mentorat spécialisé à distance et la suppléance professionnelle permettant la rotation.

Il est à noter que les considérations relatives à l'équité font partie intégrante du présent cadre. Les communautés autochtones et isolées du Canada sont déjà désavantagées en matière de santé, une situation qui serait d'autant plus exacerbée par des services de chirurgie précaires. La sécurité culturelle, telle que définie par la Commission de vérité et de réconciliation du Canada (2015) et formulée dans les cadres provinciaux contre le racisme, doit être reconnue comme un domaine de compétences fondamentales des soins infirmiers périopératoires, et non comme un simple ajout au maintien des compétences techniques. De plus, il faut inclure des pratiques de soins et des moyens de communication culturellement adaptés dans les scénarios de simulation et intégrer du contenu sur la santé autochtone dans les programmes de formation continue, en tant qu'élément structurel plutôt que d'en faire un module optionnel.

Au niveau de l'association professionnelle nationale, l'AIISOC contribue au maintien des compétences en fournissant des lignes directrices fondées sur des données probantes, en proposant de la formation et en facilitant l'échange de connaissances entre les infirmières en soins périopératoires. L'AIISOC n'est pas mandatée pour réglementer la profession infirmière ou déterminer son champ de pratique. Les attentes relatives aux compétences propres aux établissements et les plans de maintien doivent s'arrimer aux exigences réglementaires provinciales ou territoriales et aux politiques organisationnelles. La trajectoire future de l'AIISOC pourrait tenir compte des défis distincts de la pratique en cas de faibles volumes d'interventions et cibler des options fondées sur des données probantes sans toutefois prescrire des intervalles de simulation locaux, des exigences de rotation ou des limites liées au champ de pratique.

Limites

L'approche narrative, quoiqu'adaptée à l'ampleur de la synthèse requise, peut introduire des biais de sélection dans les sources incluses. La littérature parue traitant des compétences infirmières périopératoires, en milieu rural canadien de surcroît, demeure rare; une grande partie des données probantes provient de contextes analogues hors du pays ou de documents sur l'anesthésie et la chirurgie pas forcément transférables à la pratique infirmière. Par ailleurs, l'évolution rapide de la télésanté et des technologies de simulation peut également faire en sorte que certaines des données soient, à ce jour, déjà dépassées. La littérature grise, les comptes rendus de conférences et les évaluations de programme non publiées n'ont pas été considérés dans cette revue, bien que certains de ces documents puissent contenir des données directement liées au contexte canadien. Les futures recherches devraient couvrir les champs prioritaires suivants : études prospectives des changements sur la durée des compétences des infirmières en soins périopératoires dans les milieux ruraux canadiens; programme de simulation conjoint adapté à la composition de la clientèle en soins infirmiers ruraux; évaluation officielle du modèle de mentorat à distance ECHO pour les soins infirmiers périopératoire, et analyses financières coûts/bénéfices d'investir dans les compétences infirmières périopératoires en milieu rural. L'élaboration et la validation psychométrique d'un outil d'évaluation des compétences fourniraient une base rigoureuse sur laquelle appuyer l'évaluation du programme et la planification de l'effectif.

Conclusion

Les infirmières en soins périopératoires qui exercent en milieu rural canadien fournissent des services chirurgicaux essentiels malgré les contraintes de personnel chroniques et l'exposition procédurale occasionnelle. Le maintien des compétences dans les services périopératoires internes et externes, l'unité de soins post-anesthésiques et en situation d'urgence exige à la fois un engagement individuel et un soutien organisationnel. Les données probantes soutiennent un ensemble de stratégies déployées à divers niveaux, comme la simulation, le mentorat à distance, la rotation interétablissement, les aides cognitives et la formation continue contextualisée, lorsque ces démarches perdurent et correspondent aux besoins locaux. Les organismes de réglementation provinciaux ou territoriaux édictent les exigences professionnelles; les autorités sanitaires et les établissements créent les conditions nécessaires au maintien des compétences; les infirmières ont le devoir de rester compétentes dans leur champ de pratique. L'AIISOC, quant à elle, appuie ces efforts au moyen de lignes directrices fondées sur des données probantes, de formations et d'échange de connaissances professionnelles à l'échelle nationale. Une approche concertée renforcera la sécurité des patients et l'accès équitable aux soins périopératoires pour les communautés rurales.

À propos de l'auteure



Eunice K. Assem-Erhaze est infirmière en soins périopératoires à l'Hôpital régional de Yorkton, sous l'égide de la Régie de la santé de la Saskatchewan, et doctorante à l'École des sciences infirmières de l'Université du Manitoba. Ses intérêts cliniques et de recherche portent sur les soins infirmiers périopératoires, l'inclusion des personnes en situation de handicap et l'équité dans la formation et la pratique infirmière.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Financement

Aucun financement à déclarer.

Remerciements

Nicole Harder, Ph.D., et Wanda Chernomas, Ph.D.

Références

Arriaga, A. F., Bader, A. M., Wong, J. M., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., Ziewacz, J. E., Hepner, D. L., Boorman, D. J., Pozner, C. N., Smink, D. S., & Gawande, A. A. (2013). Simulation-based trial of surgical-crisis checklists. *The New England Journal of Medicine, 368*(3), 246–253. https://doi.org/10.1056/NEJMsa1204720

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

Canadian Institute for Health Information. (2020). *CIHI portal: Hospital standardised mortality ratio and surgical volume data*. https://www.cihi.ca/en/indicators/hospital-standardized-mortality-ratio

Cook, D. A., Brydges, R., Zendejas, B., Hamstra, S. J., & Hatala, R. (2013). Technology-enhanced simulation to assess health professionals: A systematic review of validity evidence, research methods, and reporting quality. *Academic Medicine, 88*(6), 872–883. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31828ffdcf

Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H. Y., & Werder, H. (2009). Operating theatre nurses' perceptions of competence: A focus group study. *Journal of Advanced Nursing, 65*(5), 1019–1028. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04955.x

Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., & Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. *Medical Teacher, 27*(1), 10–28. https://doi.org/10.1080/01421590500046924

Kornelsen, J., Av-Gay, G., Parajulee, A., Humber, N., Ebert, S., Skinner, T., & Stoll, K. (2025). Rural surgical and obstetric facility-level outcomes for index procedures: A retrospective cohort study (2016–2021). *Canadian Journal of Surgery, 68*(3), E221–E234. https://doi.org/10.1503/cjs.003423

Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2011). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies, 48*(7), 818–828. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.005

Operating Room Nurses Association of Canada. (2025). *ORNAC guidelines for perioperative practice in Canada* (17th ed.). https://ornac.ca/standards.phtml

Parajulee, A., Stoll, K., Humber, N., Ebert, S., Williams, K., & Kornelsen, J. (2024). The motivations and experiences of specialists who provide outreach services in rural operating rooms: A survey study from British Columbia. *PloS One, 19*(3), e0298757. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298757

Riley, R., & Manias, E. (2006). Governing time in operating rooms. *Journal of Clinical Nursing, 15*(5), 546–553. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01362.x

Statistics Canada. (2022). *Population and dwelling counts: Canada, provinces and territories* [Table 98-10-0002-01]. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=9810000101

Stoll, K., Treissman, J., Av-Gay, G., & Kornelsen, J. (2025). Examining changes in compassion satisfaction, burnout, secondary traumatic stress and work-related quality-of-life of rural surgical and obstetrical nurses in British Columbia during the COVID-19 pandemic. *The Canadian Journal of Nursing Research, 57*(2), 314–323. https://doi-org/10.1177/08445621241305194

Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). *Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to action*. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf