

Mots-clés : Sécurité des patients, culture de sécurité, défense des intérêts des patients, soins infirmiers périopératoires.

Cet article a été révisé par des pairs de la revue de l'ACORN intitulée *Journal of Perioperative Nursing*.

CERNER LES OBSTACLES À LA DÉFENSE DES INTÉRÊTS DES PATIENTS DANS LA PROMOTION D'UNE CULTURE DE SÉCURITÉ : UNE REVUE INTÉGRATIVE

Auteurs : Teena Shoemark, MCN (anesthésie et soins de rétablissement), inf., MACORN; Dre Paula Foran, Ph.D., inf., FACORN, FACPAN, MACN.

Remerciements : Ce travail a été soumis à l'Université de la Tasmanie dans le cadre d'une exigence partielle du cours CNA803, Pratique clinique avancée en soins infirmiers, inscrit à la maîtrise en soins infirmiers cliniques (soins infirmiers périopératoires). L'auteure tient à remercier la Dre Paula Foran, coordonnatrice d'unité, pour ses encouragements et ses conseils lors de la rédaction de ce document de discussion.

Manuscrit original soumis en anglais et traduit vers le français par Jocelyne Demers-Owoka, trad. a., Ideal Translation.

Publié à l'origine dans la revue *Journal of Perioperative Nursing* en mai 2021.
Réimprimé avec l'aimable permission du Australian College of Perioperative Nurses (ACORN)

RÉSUMÉ

Exposition du problème : La promotion de la sécurité des patients, par le biais de la défense de leurs intérêts, fait partie intégrante du rôle de l'infirmière en soins périopératoires. Toutefois, les obstacles soulevés à la défense efficace des intérêts des patients ont également fait ressortir les lacunes des caractéristiques de la culture de sécurité. Cette revue intégrative vise à mettre en évidence ces obstacles et à discuter des stratégies visant à promouvoir la sécurité des patients dans le contexte périopératoire en présentant les liens entre la promotion des intérêts des patients et la culture de sécurité.

Recherche bibliographique : Une recherche électronique des bases de

données EBSCOhost, Academic Search Ultimate, Cumulative Index Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Healthsource, MEDLINE et PubMed a été entreprise et a produit dix articles à inclure. La recherche originale incluse dans cette revue comprend cinq études qualitatives, trois études quantitatives et deux études de cas. D'autres documents ont été consultés pour obtenir des renseignements généraux sur ce sujet et des conseils sur la rédaction de cet article.

Synthèse de l'évaluation des données : La recherche sélectionnée a fait l'objet d'une évaluation critique de sa qualité méthodologique à l'aide de listes de contrôle d'évaluation critique de JBI pour les études de cas et les recherches qualitatives et de prévalence. Un tableau

d'extraction de données a permis d'enregistrer, de regrouper, de comparer et de guider le processus d'intégration de l'analyse thématique et de la synthèse des données, produisant des thèmes qui ont émergé dans les documents sélectionnés.

Conséquences pour la pratique : Les résultats synthétisés soulignent l'importance de la défense des intérêts des patients par l'infirmière en soins périopératoires pour accroître la sécurité des patients. Cette revue des documents présente les obstacles à la défense des patients et aborde la suggestion selon laquelle un engagement organisationnel visant à accroître la défense des intérêts des patients par les infirmières en soins périopératoires qui leur permettrait de parler au nom de leurs patients pourrait être la clé du succès pour assurer une plus grande sécurité des patients.

INTRODUCTION

Les patients font confiance au système de soins de santé qui devrait offrir des soins de haute qualité et sécuritaires répondant à leurs besoins et à leurs attentes.¹ Il est primordial d'accepter l'obligation de rendre compte de la pratique et de reconnaître le rôle de l'infirmière dans la protection de l'autonomie d'un patient et de son droit à des soins de haute qualité sécuritaires à la fois sur le plan clinique et culturel.² Cette déclaration est d'autant plus importante vu le contexte périopératoire où les patients sont exposés aux vulnérabilités associées à l'anesthésie lorsqu'ils sont temporairement incapables d'agir pour eux-mêmes.³

Pour citer Virginia Henderson, une célèbre théoricienne en soins infirmiers, lorsque l'on définit la défense des patients en soins infirmiers : « l'infirmière est temporairement la conscience de l'inconscient, l'amour de la vie pour le suicidaire, la jambe de l'amputé, les yeux du nouvel aveugle, un moyen de locomotion pour le nouveau-né, les connaissances et la confiance de la jeune mère, et un « micro » pour ceux qui sont trop faibles ou réservés pour parler. »⁴ (p.63)

Les objectifs de cette revue visent à comprendre la relation entre la défense des intérêts des patients et la culture de sécurité dans le contexte périopératoire; de présenter le rôle de l'infirmière en soins périopératoires dans la défense des patients; de discuter de certains obstacles à la défense des patients, notamment la hiérarchie dans l'environnement périopératoire et la peur du blâme, et d'élaborer des stratégies pour surmonter ces obstacles, notamment le nivellement de la hiérarchie, la communication ouverte et les approches non punitives au rapport des risques.

EXPOSITION DU PROBLÈME

La défense des intérêts des patients dans le contexte périopératoire a fait l'objet de nombreuses recherches au cours des deux dernières décennies. Les résultats ont démontré que les infirmières en soins périopératoires considèrent qu'elles jouent un rôle protecteur contre les préjudices et un rôle de militantes pour les droits de la personne.³ La défense des intérêts des patients donne aux infirmières l'occasion d'exercer leur jugement professionnel, moral et éthique, en favorisant l'autonomisation et la satisfaction professionnelle.⁵ Les obstacles à la défense des intérêts auxquels sont confrontées les infirmières en soins périopératoires, comme les contraintes de hiérarchie et de communication, ont été largement décrits dans les documents de discussion sur la pratique clinique.⁶⁻⁸ Ces documents soulignent également la relation entre la défense des intérêts et le concept de culture de sécurité.⁶⁻⁸ Comme l'a reconnu la Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC), la culture de sécurité est un élément clé de la prestation collaborative de soins de haute qualité et sécuritaires et elle se manifeste par le biais des attitudes organisationnelles qui façonnent les comportements des cliniciens et des dirigeants.⁹ En dépit de ceci, le rôle de défenseur a été entravé et pour cette raison, il est essentiel pour la sécurité des patients de reconnaître et de surmonter les obstacles à la défense des intérêts des patients par les infirmières en soins périopératoires.³

RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Stratégie de recherche

Une recherche électronique de la documentation a été effectuée dans les bases de données. Parmi les sites consultés : PubMed et, par l'entremise de EBSCOhost, Academic Search Ultimate, Cumulative Index Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) au complet, Healthsource: édition soins infirmiers/académique, MEDLINE et MEDLINE au complet.

Les termes clés choisis dans la recherche étaient *patient, advocacy, perioperative, operating room, nurse*, patient advocacy, et safety culture* (soit en français *patient, défense des intérêts, périopératoire, salle d'opération, inf*, défense des intérêts des patients et culture de sécurité*).

Les moteurs de recherche de données PubMed MeSH et PubMed ont été utilisés pour inclure des en-têtes de sujets médicaux (en anglais medical subject headings ou MeSH) dans la recherche. Les termes MeSH étaient *patient safety* [Mesh], *Perioperative Care/ethics* [Mesh], *Perioperative Care/legislation and jurisprudence* [Mesh], *Perioperative Care/organisation and administration* [Mesh] (soit en français *sécurité des patients* [Mesh], *soins/éthique périopératoires* [Mesh], *soins/législation et jurisprudence périopératoires* [Mesh], *soins/organisation et administration périopératoires* [Mesh]). Les expressions booléennes ET et OU ont été appliquées pour restreindre les termes de recherche et la troncature « * » a été appliquée pour inclure les pluriels des termes clés.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour accéder aux recherches originales les plus récentes et aux documents scientifiques révisés par des pairs, les résultats de recherche ont été limités aux années 2015 à 2020 et aux articles des revues révisés par des pairs seulement. Les articles inclus faisaient référence aux termes clés et étaient en

anglais en raison des contraintes linguistiques des auteurs. Les critères d'exclusion comportaient la recherche non liée aux soins infirmiers, à la défense des intérêts des patients ou à la culture de sécurité; les sources secondaires de recherche; les protocoles; les lignes directrices et la recherche non transférable au contexte périopératoire.

SYNTHÈSE D'ÉVALUATION DES DONNÉES

Extraction et évaluation des données

L'extraction des données comprenait l'auteur, la date de publication, l'origine de l'étude, la population et la méthode d'échantillonnage, la conception de l'étude, le niveau de preuve, les principales conclusions et les limites. En accord avec Whittemore et Knafl, la diversité dans la conception des études incluses a indiqué que l'application des outils d'évaluation de la qualité était appropriée.¹⁰ La fiabilité et la validité de la recherche sélectionnée ont été déterminées en utilisant les niveaux de preuve décrits par Jirojwong, Johnson et Welch, du niveau I, le plus élevé, au niveau VII, le plus faible.¹¹ La recherche sélectionnée a été évaluée de façon critique pour sa « qualité méthodologique » à l'aide des listes de contrôle d'évaluation critique JBI pour les études de cas et les recherches qualitatives et de prévalence.¹² Chaque liste de contrôle comportait entre huit et dix questions et recevait une note, « oui », « pas clair », « non », « inapplicable », qui était interprétée par l'auteur avec une cote de recherche, soit faible, modérée ou de haute qualité.

Analyse et synthèse des données

Comme l'ont suggéré Whittemore et Knafl, la méthode de revue intégrative a été suivie pour analyser et synthétiser les données par analyse thématique.¹⁰ La réduction des données occasionnait au départ le regroupement de la recherche par conception d'étude. Le tableau d'extraction des données, qui

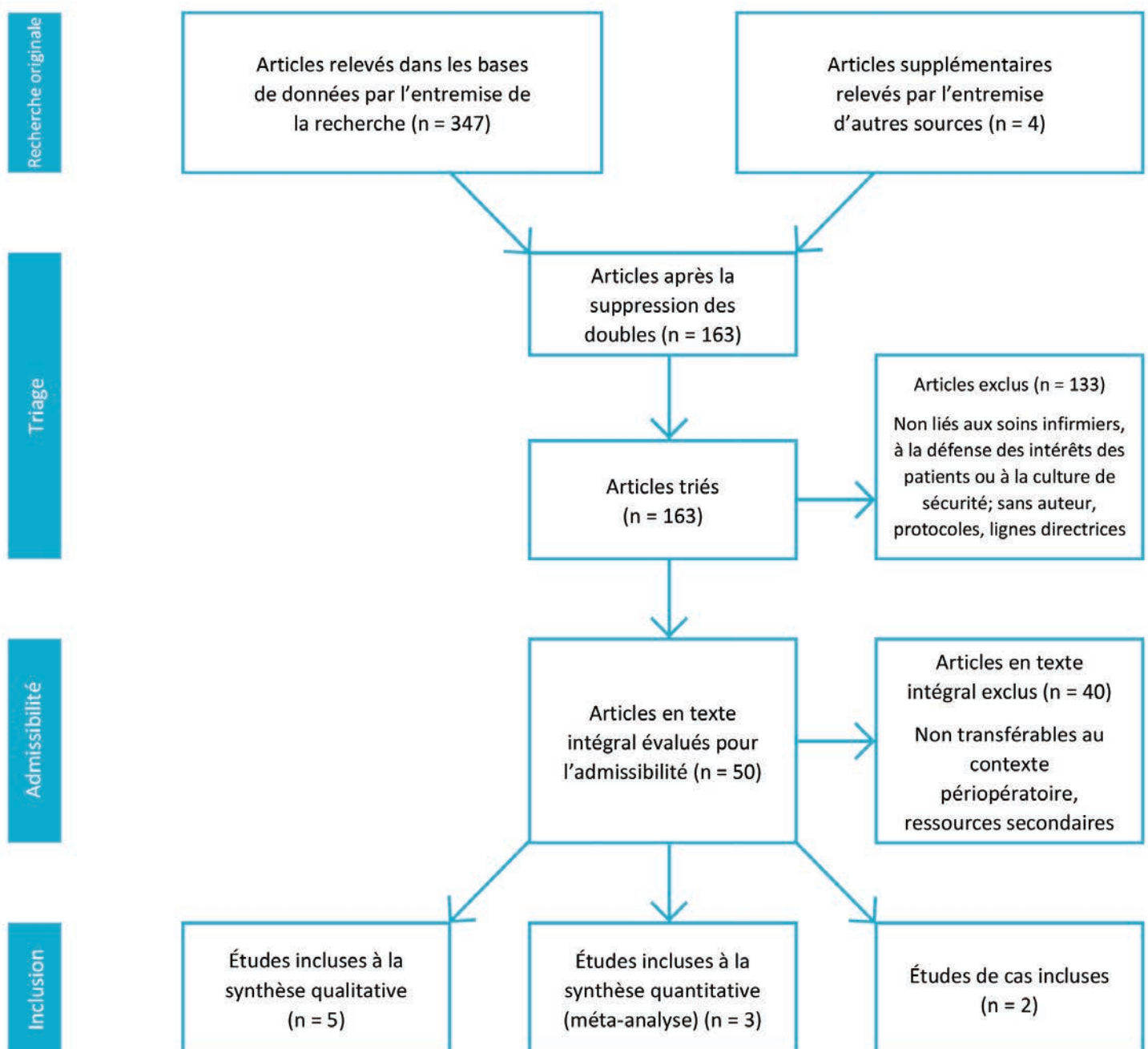
sert à enregistrer les données extraites à des fins de comparaison ultérieure, est joint comme matériel supplémentaire. L'affichage des données a été réalisé par le biais du tableau appliqué en groupant les données similaires. La comparaison des données groupées a été effectuée pour produire des thèmes et des liens. Les thèmes et les liens ont été intégrés pour la discussion et synthétisés pour la vérification et pour tirer des conclusions.

Conclusions descriptives

Comme l'indique l'organigramme PRISMA (Tableau 1), la stratégie de recherche a permis de relever 347 articles alors qu'une recherche des listes de référence dans les documents sélectionnés a relevé 4 articles, selon les recommandations de Liberati et coll.13 Après la suppression des articles en double du total de 351 articles, il en restait 163. Sur les 163 articles, 113 ont

été exclus après que les titres et les résumés aient été triés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Les 50 autres articles en texte intégral ont été examinés pour déterminer leur pertinence par rapport aux objectifs de l'étude, ce qui a entraîné l'exclusion de 40 articles. La majorité des articles en texte intégral exclus ont été jugés pertinents pour la défense des intérêts des patients et la culture de sécurité, toutefois, en raison des

Tableau 1. Organigramme PRISMA d'articles inclus.



recommandations de Jirojwong et coll.¹¹ et de Joanna Briggs Institute (JBI)¹², ils ont été exclus puisque l'auteur les a classés comme étant des documents de discussion de bas niveau ou des études de cas de faible qualité pour lesquels la fiabilité et la validité des résultats n'ont pas pu être démontrées. Trois articles en texte intégral ont également été jugés pertinents pour les objectifs de la revue, mais ils ont été exclus, car il s'agissait d'articles de synthèse. Au total, dix articles de recherche originale ont été inclus. L'origine des articles sélectionnés était comme suit : États-Unis ($n=7$), Suède ($n=1$), Australie ($n=1$) et Canada ($n=1$).

Évaluation de la qualité

La qualité des dix articles inclus a été évaluée selon les critères de Jirojwong et coll.¹¹ et JBI.¹² Les trois études quantitatives ont été jugées comme des études transversales de niveau III-3 et ont été évaluées de façon critique selon neuf critères pour que la recherche de prévalence soit de qualité modérée. La qualité s'est avérée réduite en raison des faibles taux de réponse et de la description des méthodes d'échantillonnage. Parmi les cinq études qualitatives de niveau VI, quatre comprenaient des entrevues semi-structurées et des groupes de discussion, et une adoptait une approche éthique observationnelle avec des entrevues informelles. Toutes les études qualitatives étaient composées de notes ou d'entrées de journal, de codage et d'analyse thématique. Les cinq études qualitatives ont été évaluées de façon critique selon dix critères de recherche qualitative et leur qualité a été jugée élevée. Des deux études de cas de niveau IV, l'une a été évaluée de façon critique selon huit critères et l'autre, selon six des huit critères, en raison du manque d'applicabilité. Les deux études ont été considérées de qualité élevée.

RÉSULTATS

L'analyse des données a été représentée par comparaison des similitudes dans la méthodologie, les buts et les résultats

de la recherche sélectionnée. Par ce processus itératif, le thème principal à émerger liant la défense des intérêts des patients périopératoires à la culture de sécurité a été le « rôle des infirmières en soins périopératoires dans la défense des intérêts des patients ». Les sous-thèmes ressortissants sous les obstacles à la défense en soins périopératoires ont été « la hiérarchie dans l'environnement périopératoire » et « la peur du blâme ».

DISCUSSION

Rôle de l'infirmière périopératoire dans la défense des intérêts des patients

Quatre études qualitatives se sont penchées sur la perspective des infirmières en soins périopératoires jouant un rôle de défenseuses des patients.¹⁴⁻¹⁷ Deux études qualitatives ont révélé que les infirmières périopératoires considéraient leurs patients comme vulnérables et que l'attention aux besoins et aux attentes des patients renforce la confiance et favorise la défense des intérêts.^{14,15} Grâce aux expériences collectives des infirmières en soins préopératoires et des utilisateurs finaux des soins préopératoires, Malley et coll. ont constaté qu'il existe souvent un écart entre les attentes des patients et les connaissances du spécialiste, lequel peut nuire à la transition des soins.¹⁴ Cette étude a révélé que les patients qui se présentent pour une intervention chirurgicale s'attendent à ce que toutes les informations relatives à leurs soins soient disponibles à leur arrivée.¹⁴ Lorsque des lacunes d'information se produisent, la méfiance et la peur s'installent et les conséquences sur les patients risquent d'être négatives.¹⁴ Cette recherche a révélé que les infirmières se percevaient comme importantes pour combler ces lacunes afin d'établir la confiance, et qu'en recueillant toutes les informations nécessaires, elles se plaçaient en position de protéger leurs patients des dangers.¹⁴ Faisant écho à ces sentiments, Ingvarsdottir et coll. ont réitéré l'importance de ces conclusions

en expliquant que, bien que les infirmières ne disposent que peu de temps avec les patients avant la chirurgie, elles ont déterminé qu'il s'agissait d'un moment très important pour combler les lacunes liées à l'information et pour établir un climat de confiance avec les patients.¹⁵

Sundqvist et coll. ont souligné que, malgré le temps limité des infirmières en soins périopératoires avec un patient conscient pendant la transition à la phase opératoire, le renforcement de la confiance était encore réalisable par des actes de défense qui favorisent le soutien psychosocial, l'intégrité et l'autonomie.¹⁶ Par exemple, dans le cadre d'une étude, on a observé une infirmière qui répondait consciemment aux besoins du patient en s'adressant à lui par son nom, en vérifiant son confort, en aidant à son transfert sur la table de la salle d'opération, en lui expliquant les étapes du processus et en fermant les stores pour couvrir la fenêtre de la galerie d'observation.¹⁶ Pendant la phase d'anesthésie, lorsque le patient n'était pas conscient, on a aussi remarqué des membres de l'équipe de la salle d'opération protéger le patient par une surveillance constante, des interactions de collaboration, des actes de partage d'information à différents moments de la transition du patient dans l'environnement périopératoire et des contestations de décisions en matière de soins au patient.¹⁶

La contestation des décisions et la surveillance pour la protection des patients sont également conformes à une étude qualitative de Bacon qui a examiné l'expérience des infirmières dans le cadre d'un « échec des secours » après l'opération.¹⁷ Bien que le concept d'échec des secours ne soit pas particulier au contexte périopératoire, les résultats sont généralisables par application aux normes australiennes actuelles en reconnaissant le patient dont l'état se détériore.¹⁸ Il a été constaté que les participants à cette étude considéraient qu'ils jouaient un rôle de protecteurs des patients par le biais de la surveillance en ce qui

concerne leur capacité à acheminer les soins au niveau supérieur.¹⁷ Cette conclusion a été liée à la défense des intérêts des patients, car l'étude a souligné à la fois l'importance et les difficultés à parler au nom du patient lorsque la détérioration est détectée.¹⁷ Grâce à des descriptions détaillées, il a été conclu que les infirmières les moins anciennes ont particulièrement de la difficulté à discerner quand et à quelle intensité poursuivre des escalades de soins quand elles s'inquiètent du bien-être d'un patient.¹⁷ L'échec des secours, même avec des infirmières expérimentées dans l'unité des soins postanesthésiques et malgré les efforts visant à défendre les intérêts et à escalader les soins aux patients, a entraîné des événements indésirables.

OBSTACLES À LA DÉFENSE DES INTÉRÊTS EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES

Hiérarchie dans l'environnement périopératoire

De riches données issues de deux études qualitatives ont révélé que la capacité à escalader les soins est souvent associée à la peur.^{15,20} Dans une étude phénoménologique, les participants ont décrit leur expérience vécue et déclaré qu'ils étaient « impopulaires » pour avoir parlé dans le meilleur intérêt des patients.¹⁵ Une étude théorique à base empirique a démontré que la culture dans l'environnement périopératoire était caractérisée par une « hiérarchie escarpée » qui jouait un rôle central dans le fonctionnement et l'humeur de l'environnement.²⁰ Bien que cette étude ait été menée auprès de chirurgiens résidents qui travaillent en salle d'opération, elle s'est montrée pertinente dans son aperçu de la culture du milieu périopératoire.²⁰ L'expérience a été décrite comme une situation où les participants évitaient les conflits avec les infirmières et les spécialistes, supprimaient leurs sentiments ou utilisaient les questions, indirectes ou directes, pour contester les décisions.²⁰ Cette constatation conforme aux conclusions de Rainer et Schneider qui suggèrent que les infirmières se sentent

subordonnées aux médecins, ce qui entrave leur capacité à faire valoir leur point.²¹ Soutenant cette notion, une étude de cas a décrit une infirmière soulevant des inquiétudes auprès d'un chirurgien concernant la viabilité d'un consentement écrit et, malgré les préoccupations de l'infirmière, le chirurgien insistant pour que le patient soit toujours transféré au bloc opératoire.²² Ressentant la pression du conflit entre ses obligations professionnelles envers le patient et les points de vue du chirurgien, l'infirmière a transféré le patient à la salle d'opération, mais a toutefois fait connaître ses préoccupations au gestionnaire.²² Le gestionnaire a abordé les points soulevés de l'infirmière avec le chirurgien, soutenant ainsi l'infirmière et nivelant la hiérarchie, et la chirurgie du patient a été reportée jusqu'à obtention d'un consentement valide.

Peur du blâme

La peur du blâme était un obstacle commun au rapport des risques dans les documents sélectionnés.^{15,20,23-25} Les données d'une étude quantitative ont révélé que 59 participants sur 352 ont admis qu'ils n'avaient pas signalé leur préoccupation face à la sécurité des patients et 33 d'entre eux citaient la peur du blâme comme raison.²⁴ Dans la même étude, les données ont établi que même si 94,8 % des participants étaient d'avis que leur établissement était favorable au rapport des risques, 37 % n'avaient pas signalé une pratique dangereuse qu'ils avaient observée.²⁴ Une étude qualitative a également montré que les faibles taux de rapport des risques pour la sécurité des patients s'expliquaient par le manque d'occasion de discussions formelles et ouvertes et par la crainte que des rapports de risque soient utilisés pour blâmer le personnel.

LIENS À LA CULTURE DE SÉCURITÉ

Fan et coll. ont émis l'hypothèse que les taux d'infection du site opératoire

étaient liés au concept de culture de sécurité.²⁵ Cette recherche s'est servie d'un sondage portant sur douze dimensions de la culture de sécurité qui examinaient les perceptions de la communication ouverte, de la rétroaction, des processus et des approches de rapport des risques, de la gestion et du soutien de la sécurité des patients et du travail d'équipe.²⁵ Les résultats ($r = -0,90$; IC 95 % = $[-0,45, 0,99]$) ont révélé que le manque d'engagement organisationnel envers la sécurité conduit à de faibles perceptions de la culture de sécurité par le personnel dans le milieu de travail, ce qui entraîne, par conséquent, des taux plus élevés d'infections du site opératoire.

Dans une étude de cas sur l'amélioration de la qualité, Locito et coll. ont souligné une augmentation des préjudices aux patients découlant d'erreurs chirurgicales et d'accidents « manqués de justesse » qui n'étaient souvent pas signalés.²³ Il a été déterminé, dans le cadre d'un sondage auprès du personnel, que les approches de communication ouverte et non punitives en matière de rapport des risques devaient être améliorées.²³ Dans cette étude, la stratégie de mise en œuvre comprenait des initiatives d'éducation à la culture de sécurité, la normalisation du processus de rapport et des comptes rendus suivant le signalement afin de promouvoir une discussion ouverte et un apprentissage basé sur la réflexion.²³ L'étude a indiqué que la mise en œuvre de stratégies visant à renforcer l'engagement organisationnel envers la sécurité des patients a amélioré les rapports d'accidents « manqués de justesse », des résultats étant statistiquement considérables ($p < 0,05$).²³ Lozito et coll. ont mis en évidence qu'un engagement organisationnel envers la sécurité, obtenu grâce à des stratégies d'enrichissement de la communication, se traduisait par une augmentation de 15 à 20 % de la satisfaction du personnel à l'égard des aspects de la culture de sécurité – communication ouverte, rétroaction, approches « non

punitives » suite au rapport des risques et éducation.²³

Ces conclusions sont étayées par une étude quantitative qui a exploré comment la culture de sécurité influence le comportement de l'équipe. L'étude a révélé une corrélation statistiquement significative entre la défense des intérêts des patients en « s'exprimant » et une culture de sécurité positive ($p=0,000$).²¹ Cette étude a conclu qu'une culture de sécurité qui accueille les questions, le rapport des risques et les contestations au nom du patient pour assurer sa sécurité réduisait la « détresse morale » vécue par les infirmières en les encourageant à « se faire entendre », défendant ainsi la sécurité de leurs patients.²¹

CONSÉQUENCES POUR LA PRATIQUE OU LA RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS PÉRIOPÉRATOIRES

L'objectif de cette revue intégrative visait à comprendre la relation entre la défense des intérêts des patients et la culture de sécurité et à élaborer des stratégies pour promouvoir la défense des patients et leur sécurité dans le contexte périopératoire. Les documents inclus reconnaissent le rôle de l'infirmière en soins périopératoires visant à protéger les patients contre les préjudices. La recherche met en évidence la complexité de l'environnement de l'équipe périopératoire et reconnaît les structures hiérarchiques comme un obstacle à la défense de la sécurité des patients. La communication ouverte et les approches non punitives suivant le rapport des risques ont été reconnues comme des caractéristiques essentielles de la culture de sécurité, influençant grandement le climat périopératoire. Pour les dirigeants du milieu, les conclusions de cette étude fourniront un contexte aux trousseaux d'outils de mesure de la culture de sécurité récemment mises au point par l'ACSQHC et visant à améliorer la sécurité des patients au sein des établissements de soins de santé australiens.⁹

APPLICATION DES CONNAISSANCES

1. Les infirmières en soins périopératoires considèrent les patients au sein de l'environnement périopératoire comme étant vulnérables et elles-mêmes comme des protectrices contre les préjudices. Par des actes de défense, les infirmières assument leur responsabilité et s'acquittent de leur conscience morale pour défendre les droits de leurs patients et pour fournir des soins au plus haut niveau de sécurité.
2. Les infirmières qui craignent de « parler » au nom de leurs patients lorsqu'il existe une hiérarchie perçue et un manque de soutien de la part des dirigeants cliniques nuisent à la communication et promeuvent une mauvaise culture de sécurité.
3. Le nivellement de la hiérarchie au moyen de stratégies de communication ouvertes et d'approches non punitives aux rapports des risques favorise une culture de sécurité positive qui soutient mieux la défense des intérêts des patients.

LIMITES

Le faible nombre d'articles de recherche originale trouvés à l'aide de la stratégie de recherche limite les résultats de cette étude intégrative, une seule étude étant australienne. La généralisabilité et la transférabilité des résultats peuvent être biaisées étant donné que seulement six des études incluses s'appliquent au contexte périopératoire. Parmi celles-ci, seulement quatre pourraient être directement liées à la pratique infirmière périopératoire australienne.

CONCLUSION

Cette revue intégrative a exploré les perceptions du rôle de l'infirmière en soins périopératoires dans la défense des intérêts des patients en tant que protectrice contre les préjudices. Les résultats synthétisés des documents sélectionnés soulignent que la culture

d'équipe peut constituer un obstacle à la défense de la sécurité des patients lorsqu'elle est hiérarchique et qu'elle favorise une communication fermée et punitive.

La capacité des infirmières en soins périopératoires à parler au nom de leurs patients est primordiale dans le bloc opératoire où les patients sont vulnérables et souvent incapables de parler pour eux-mêmes. Les infirmières en soins périopératoires ont à cœur ce rôle de défense et considèrent cette tâche comme très importante.

Étant donné que la documentation disponible sur la défense des intérêts des patients et sur les résultats plus sécuritaires pour les patients était limitée, il peut être nécessaire de poursuivre la recherche sur ces liens importants.

Les documents de cette revue ont révélé que les stratégies des dirigeants organisationnels visant à promouvoir une communication ouverte et de soutien, sans crainte, ont le potentiel de renforcer la capacité des infirmières en soins périopératoires à défendre les patients et ultimement à améliorer les résultats en matière de sécurité des patients.

RÉFÉRENCES

1. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). The state of patient safety and quality in Australian hospitals 2019 [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2019 [consulté le 5 octobre 2020]. Peut être téléchargé à : www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-07/the-state-of-patient-safety-and-quality-in-australian-hospitals-2019.pdf.
2. Battie R, Steelman V. Accountability in nursing practice: Why it is important for patient safety. *JPN* 2016;29(4):11-14.
3. Munday J, Kynoch K, Hines S. Nurses' experiences of advocacy in the perioperative department: A

- systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep 2015;13(8):146-189. DOI: 10.11124/jbisrir-2015-2121.
4. Henderson, V. The nature of nursing. *AJN* 1964; 64(8): 62-68.
 5. Sundqvist A-S, Holmefur M, Nilsson U, Carlsson A. Perioperative patient advocacy: An integrative review. *J Perianesth Nurse* 2016;31(5):422-433. DOI: 10.1016/j.jopan.2014. 12.001.
 6. McClelland G, Smith MB. Just a routine operation: A critical discussion. *J Perioper Pract* 2016;26(5):114-117. DOI: 10.1177/1750458916026 00504.
 7. Clark C, Kenski, D. Promoting civility in the OR: An ethical imperative. *AORN J* 2017;105(1):60-66. DOI: 10.1016/j. aorn.2016.10.019.
 8. Crook C. Advocacy: How far would you go to protect your patients? *AORN J* 2016;103(5):522-526. DOI: 10.1016/j. aorn.2016.03.009.
 9. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Patient safety culture [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2019 [consulté le 5 octobre 2020]. Peut être téléchargé à : www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/patient-safety-culture.
 10. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: Updated methodology. *J Adv Nurs* 2005;52(5):546-553.
 11. Jirojwong S, Johnson M, Welch, editors. *Research Methods in Nursing and Midwifery: Pathways to Evidence-based Practice*. 2nd ed. Melbourne: Oxford university press; 2014.
 12. Joanna Briggs Institute (JBI). Critical appraisal tools [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [consulté le 19 septembre 2020]. Peut être téléchargé à : <https://joanna-briggs.org/critical-appraisal-tools>.
 13. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et. al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009; 6(7): e1000100. DOI: 10.1371/journal. pmed.10000100.
 14. Malley A, Kenner C, Kim T, Blakeney B. The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. *AORN J* 2015;102(2):181e1-181e9. DOI: 10.1016/j. aorn.2015.06.004.
 15. Ingvarsdottir E, Halldorsdottir S. Enhancing patient safety in the operating theatre: From the perspective of the experienced operating theatre nurses. *Scan J Caring Sci* 2017;32(2):951-960. DOI: 10.1111/scs.12532.
 16. Sundqvist A-S, Holmefur M, Nilsson U, Carlsson A. Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study. *J Clin Nurs* 2018;27(11-12):2403-2415. DOI: 10.1111/jocn.14181.
 17. Bacon C. Nurses' experiences with patients who die from failure to rescue after surgery. *J Nurs Scholarsh* 2017;49(3):303-311. DOI: 10.1111/jnu.12294.
 18. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Recognising and responding to acute deterioration standard [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2017 [consulté le 30 septembre 2020]. Peut être téléchargé à : <http://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards/recognising-and-responding-acute-deterioration-standard>.
 19. State Coroners Court of New South Wales (NSW). In: Coroners Court of New South Wales, editor [Internet]. Sydney: State Coroners Court; 2019 [consulté le 6 mai 2021]. Peut être téléchargé à : www.coroners.nsw.gov.au/coroners-court/coronial-findings-search.html?searchtext=p.%201-31.&searchYear=2019.
 20. Bould D, Sutherland S, Sydor D, Naik V, Friedman Z. Residents' reluctance to challenge negative hierarchy in the operating room: A qualitative study. *J Can Anesth* 2015;62(6):576-586. DOI: 10.1007/s12630-015-0364-5.
 21. Rainer J, Schneider J. Testing a model of speaking up in nursing. *JONA* 2020;50(6):349-354. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000896.
 22. Gilbert J, Gillespie B. Surgical consent and the importance of a substitute decision-maker: A case study. *JPN* 2017;30(1):15-19.
 23. Lozito M, Whiteman K, Swanson-Bearman, Barkhymer M. Good catch campaign: Improving the perioperative culture of safety. *AORN J* 2018;107(6):705-714. DOI:10.1002/aorn.12148.
 24. Cole D, Bersick E, Skarbek A, Cummins K, Dugan K, Grantzoza R. The courage to speak out: A study describing nurses' attitudes to report unsafe practices in patient care. *J Nurs Manag* 2019;27:1176-1181. DOI: 10.1111/jonm.12789.
 25. Fan C, Pawlik T, Daniels T, Vernon V, Banks K, Westby P et al. Association of safety culture with surgical site infection outcomes. *J Am Coll Surg* 2016; 222(2):122-128. DOI: 10.1016/j.amcollsurg.2015.11.008. 🍁