

Mots-clés : Priorités de recherche en soins périopératoires, pratique fondée sur des données probantes, soins de qualité pour les patients.

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

DÉTERMINER LES PRIORITÉS DE RECHERCHE POUR AMÉLIORER LES SOINS AUX PATIENTS DANS L'ENVIRONNEMENT DE SOINS PÉRIOPÉRATOIRES : UNE ÉTUDE DESCRIPTIVE TRANSVERSALE

Auteure : Patricia Nicholson¹, Ph. D., inf., FACORN; Dr Lois Hamlin², Doctorante en sciences infirmières, inf., FACN, FACORN(Hon); Jed Duff³, Ph. D., inf., FACORN; Brigid M. Gillespie⁴, Ph. D., inf., FACORN; Carollyn Williams, maîtrise sciences de la santé (sc. inf.), FACN, FACORN.

Affiliations : ¹Professeure agrégée, directrice de cours, maîtrise en pratique des soins infirmiers (soins périopératoires) et coordinatrice du Higher Degree by Research, Université Deakin, Geelong, Victoria.

²Chargée de cours senior, Faculté de la santé, University of Technology Sydney (retraîtée).

³Professeur en sciences infirmières, président du département des sciences infirmières du Queensland University of Technology, Royal Brisbane et Women's Hospital.

⁴Professeure en sécurité des patients, School of Nursing & Midwifery, Griffith University et Gold Coast Hospital and Health Service, Queensland.

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 septembre 2020.
Réimprimé avec l'aimable autorisation du Australian College of Perioperative Nurses (ACORN).

INTRODUCTION

Les changements dans la prestation des soins aux patients, l'évolution rapide de la technologie et la complexité de l'environnement actuel dans le domaine de la santé obligent les professionnels de la santé à prendre des décisions cliniques qui sont actuelles et fondées sur des données probantes.^{1,2} Les soins infirmiers périopératoires possèdent une longue histoire ancrée dans la tradition et la pratique courante et même si la pratique fondée sur des données probantes existe depuis des décennies,

un certain nombre d'obstacles à la mise en œuvre de cette pratique en salle d'opération ont été identifiés.^{3,4} Les infirmières en soins périopératoires sont responsables des soins administrés aux patients sur le point de subir une chirurgie. Par conséquent, la mise en œuvre de la pratique fondée sur des données probantes est importante pour normaliser les soins aux patients¹ et appuyer des résultats positifs pour les patients. En incorporant les compétences de la pratique fondée sur des données probantes dans les soins périopératoires, les raisons pour les pratiques actuelles en

bloc opératoire sont également justifiées.¹ La responsabilité de la qualité des soins administrés dans l'environnement périopératoire étant de plus en plus grande, l'importance de la contribution des infirmières en soins périopératoires dans les soins aux patients a été remise en question.⁵

Dans le but d'augmenter la qualité et l'efficacité des soins aux patients, la contribution des infirmières en soins périopératoires à la recherche et l'utilisation de la recherche dans l'environnement périopératoire est essentielle⁶. Il est important de déterminer les priorités, les questions de recherche pertinentes pour aborder les lacunes qui existent entre les données générées par les chercheurs et l'information dont les utilisateurs ont besoin.⁷ Malgré l'importance de cela, il existe peu de données sur la façon dont les priorités de recherche devraient être établies.⁸

Cette étude a été entreprise pour identifier les priorités de recherche en soins périopératoires et déterminer les champs de pratique qui pourraient contribuer au développement de nouvelles normes de pratique pour les infirmières en soins périopératoires.

Contexte

Optimiser la contribution des infirmières pour incorporer de manière opportune et efficace la recherche dans la pratique clinique demeure un défi.⁹ Dans une méthode d'examen par intégration examinant l'état de préparation pour la pratique fondée sur des données probantes, même si les infirmières signalaient être familières avec la pratique fondée sur des données probantes, on a fait état de points de vue différents, incluant la difficulté à chercher, extraire et évaluer de manière critique les articles de recherche.¹⁰ L'introduction des techniques chirurgicales sophistiquées et des progrès dans le domaine de la technologie en salle d'opération¹¹⁻¹⁵ ont découlé d'innovations et de l'application de la recherche scientifique,¹⁴ alliées à l'élaboration de connaissances spécialisées en soins infirmiers qui

étaient considérées comme essentielles pour obtenir des résultats sécuritaires et efficaces pour les patients.^{5,12-14,16} Il est donc important que les infirmières en soins périopératoires participent aux activités qui améliorent les résultats pour les patients et qui font avancer la profession infirmière en cherchant de manière active des occasions d'incorporer la pratique fondée sur des données probantes et les projets d'amélioration de la qualité ou qu'elles participent à la recherche.⁹ En participant à ces activités, on valide ou on remet en question les traditions.¹⁷ On a également insisté sur l'importance d'incorporer les nouvelles conclusions de la recherche dans la pratique quotidienne dans le domaine de la santé et de rehausser la sécurité des patients.¹⁸

Les données probantes issues de la recherche, des lignes directrices et des normes de pratique fournissent le fondement sur lequel les infirmières périopératoires peuvent développer leur capacité en tant que consommatrices de recherches tout en intégrant la pratique fondée sur des données probantes dans leur pratique clinique.¹⁷ La sommité du corps professionnel pour les infirmières en soins périopératoires, l'ACORN (le *Australian College of Perioperative Nurses*, à l'origine le *Confederation of Operating Room Nurses* qui est devenu un collège en 2000) joue un rôle important dans ces efforts. L'ACORN a été fondé en 1977 et avait le mandat de normaliser la pratique des soins périopératoires et d'éduquer les infirmières en soins périopératoires.^{19,20} La mission de l'ACORN incluait l'élaboration des Normes, lignes directrices et énoncés de politiques de l'ACORN (« les Normes »). Les Normes ont d'abord été élaborées en 1980 et elles sont révisées tous les trois ans pour orienter les infirmières afin qu'elles fournissent des soins de qualité optimale aux patients admis en salle d'opération. Grâce aux progrès en soins périopératoires, une revue des Normes de 2004 a été entreprise pour incorporer un modèle international par la création d'équipes d'infirmières périopératoires représentant chaque état et territoire en Australie. Une recension exhaustive des

écrits a été effectuée par chaque équipe ce qui a permis d'élaborer des normes qui étaient référencées et qui reflétaient les bases des données probantes avec comme objectif de contribuer aux normes les plus élevées en matière de soins aux patients et de compétences professionnelles en milieu périopératoire.^{21,22} Les Normes continuent d'être mises à jour tous les deux ans et constituent une ressource précieuse pour les infirmières en soins périopératoires et les autres professionnels s'occupant des malades qui doivent subir une intervention chirurgicale, en plus de faire la promotion de la mise en œuvre de la pratique fondée sur des données probantes en bloc opératoire.

Dans un éditorial récent, il a été souligné que même si les publications de recherche portant sur les soins infirmiers d'urgence et les soins intensifs ont considérablement augmenté au cours des 20 dernières années, des résultats semblables ne sont pas signalés pour les publications liées aux soins périopératoires.²³ Dans le but de soutenir et d'encourager la recherche en soins périopératoires et de faire la promotion de la pratique fondée sur des données probantes, l'ACORN a créé un comité de recherche (CR). La principale fonction du CR est de guider et de coordonner tous les aspects des activités de recherche pour le Collège. Afin de déterminer la portée du mandat du comité, un atelier national de recherche et de réseautage a eu lieu lors du Congrès de l'ACORN et de l'ASIORNA en 2018. Cette activité de recherche interactive a examiné, entre autres, les données probantes de recherche appuyant les Normes, les lacunes dans les données probantes liées aux Normes ainsi que les défis associés à la mise en œuvre des Normes en pratique clinique.²⁴ Quatre priorités de recherche ont été identifiées lors de l'atelier : la sécurité des patients et du personnel, les problèmes liés à l'équipement et aux technologies, la mise en œuvre et la vérification des Normes et la culture de l'environnement périopératoire.¹ Pour examiner de manière plus approfondie les priorités potentielles de recherche en milieu périopératoire, le CR a réalisé une

enquête nationale invitant les membres de l'ACORN à participer en classant les sujets abordés lors de l'atelier de réseautage en 2018.

But

Le but de cette étude était de classer par catégories des sujets prioritaires de recherche en soins périopératoires. Le but secondaire était de déterminer les lacunes dont il faut tenir compte et inclure dans les Normes.

MÉTHODE

Concept de l'étude

Un concept d'étude descriptive transversale a été utilisé pour déterminer les priorités de recherche en soins périopératoires.²⁵

Échantillonnage et cadre

Les membres ont été invités par courriel à partir de la base de données des membres de l'ACORN à participer à l'enquête et un courriel de suivi a été envoyé un mois plus tard. Seuls les membres résidant en Australie, et les personnes qui avaient choisi de participer aux études de recherche publiées par le biais du Collège ont été invités à participer.

Outil de collecte des données

L'outil de collecte de données incluait deux sections. Le questionnaire contenait 20 questions portant sur cinq sujets regroupant les normes de l'ACORN : la sécurité du personnel et des patients, la pratique professionnelle, l'asepsie et les soins cliniques, l'équipement et l'environnement, et la gestion et le personnel. Le choix de ces questions en particulier a été basé sur les données recueillies lors de l'atelier de recherche qui a eu lieu durant le Congrès de l'ACORN et de l'ASIORNA en 2018. On demandait aux participants de lire une série de questions et de les classer selon leur niveau de pertinence et d'importance à l'aide d'une échelle de Likert de 5 points, allant de 1 (pas du tout pertinente / pas du tout importante)

à 5 (extrêmement pertinente / extrêmement importante). Des résultats plus élevés indiquaient donc des niveaux plus élevés de pertinence et d'importance pour chaque question de l'enquête portant sur les cinq sujets des normes. Une échelle de Likert de cinq points a été utilisée pour accroître le taux de réponse et la qualité de ces dernières. L'enquête se composait également de questions ouvertes pour chacun des cinq sujets. On invitait les participants à faire des commentaires ou des suggestions pour approfondir la recherche. Des renseignements démographiques étaient inclus dans le questionnaire. Ce dernier a été élaboré et révisé par les membres du CR pour sa facilité en termes de lisibilité, clarté des questions et temps nécessaire pour le remplir. L'élaboration du questionnaire a été influencée par les conclusions tirées de l'atelier lors du congrès de l'ACORN.²⁴ (Consulter le matériel additionnel pour obtenir un exemplaire du questionnaire.)

Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du progiciel de statistiques pour les sciences sociales (SPSS v24, IBM, New York, NY, É.-U.). Des statistiques descriptives ont été utilisées pour calculer la fréquence absolue (n) et la fréquence relative (%) pour obtenir les moyennes et les écarts-types (ÉT) des questions de l'enquête. Un recensement par résultats composés a été utilisé pour combiner les questions qui représentaient chacune des questions incluses dans l'enquête. Cette méthode a permis de générer un résultat pour chaque question de l'échelle en termes de pertinence et d'importance en donnant un résultat composé unique.²⁶ Par exemple, pour créer un résultat composé pour « Tient compte de la réduction des risques en bloc opératoire », on a calculé la moyenne de la note médiane pour la pertinence (4.4) et l'importance (4.4).

La deuxième partie de l'analyse se servait des données qualitatives qui avaient été recueillies de la section des commentaires de l'enquête. Une analyse inductive de contenu a été entreprise pour déterminer des modèles et des

thèmes,²⁷ ce qui impliquait une approche de codification et de catégorisation systématique, en plus d'examiner les textes afin de déterminer les tendances et les modèles de mots utilisés, leur fréquence et leurs relations.^{28,29} Deux membres du CR ont effectué cette analyse, de manière indépendante au début, pour ensuite s'unir pour arriver à un consensus à savoir si les thèmes constituaient une représentation juste.²⁵

RÉSULTATS

Des 5 251 membres de la base de données de l'ACORN, 113 ont répondu, soit un taux de réponse de 2,2 pour cent. La majorité des répondantes étaient des femmes ($n = 104$, 92 %) avec une moyenne d'âge de 48 ans (ÉT = 9.90). La plupart étaient des infirmières autorisées ($n = 108$, 95,6 %) possédant en moyenne 20 ans (ÉT = 10.3) d'expérience en bloc opératoire. Le principal champ de pratique était représenté par des infirmières en service externe ou des instrumentalistes, ou les deux (38,9 %), et 34 (30,1 %) indiquant que leur rôle en bloc opératoire impliquait plusieurs rôles cliniques. Huit (7 %) infirmières occupaient un poste en anesthésie ou au sein de l'unité de soins postanesthésiques ($n = 7$; 6,2 %) ou les deux ($n = 29$, 29,7 %). Davantage de détails démographiques sont indiqués dans le Tableau 1.

Comme l'indique le Tableau 2, la plupart des participants avaient terminé un certificat ou un diplôme d'études supérieures en soins infirmiers périopératoires ($n = 28$, 24,8 % et $n = 29$, 25,7 % respectivement). Vingt-quatre (21,2 %) répondants avaient terminé une maîtrise et deux (2,8 %) avaient fait un doctorat. Le milieu de travail principal était le bloc opératoire, la chirurgie ambulatoire ou une combinaison des deux, à la fois dans le secteur public et privé. La majorité des répondants ($n = 68$; 60,18 %) travaillaient en milieu métropolitain et 36 (31,86 %) étaient employés en milieux régionaux. Le reste était basé en régions rurales ($n = 9$, 7,96 %). Tous les répondants étaient membres de l'ACORN et étaient également membres

Tableau 1. Données démographiques des participants ($n = 113$).

Caractéristiques	n	%
Sexe		
Femmes	104	92.0
Hommes	9	8.0
Groupe d'âge		
21-30	6	5.3
31-40	15	13.3
41-50	42	37.2
51-60	41	36.3
60+	9	8
Inscription		
IA	108	95.6
Inf. inscrit.e	5	4.4
Rôle en soins périopératoires		
CNC/ICS/ANUM	27	23.9
Inf. clinique	49	43.7
PNSA	1	0.9
NUM/POSD	17	15.0
Éducatrice clinique / universitaire	18	15.9
Coordonnatrice de la qualité	1	0.9
Principaux champs de pratique		
Instrument / serv. ext.	44	38.9
Anesthésie / USPA	29	29.7
Rôles cliniques multiples	34	30.1
Rôle non clinique	6	5.3
Années d'expérience		
0-10	27	23.9
11-20	32	28.3
21-30	34	30.1
31-40	18	15.9
40 ou plus	2	1.78

CNC = clinical nurse consultant; CNS = clinical nurse specialist; ICS = Infirmière clinique spécialisée ANUM = associate nurse unit manager; PNSA = perioperative nurse surgeon assistant; NUM = nurse unit manager; POSD = perioperative services director.

Tableau 2. Données démographiques cliniques (n = 113).

Caractéristiques	n	%
Plus haut niveau de qualification		
Certificat / diplôme de l'hôpital	7	6.2
Baccalauréat en sciences infirmières	23	20.4
Certificat / diplôme d'études supérieures	57	50.5
Maîtrise / doctorat	26	23.0
Emplacement du milieu		
Métropolitain	68	60.2
Régional	36	31.9
Rural	9	8.0
Type de milieu		
Public	72	63.7
Privé	37	32.7
Autre	4	3.5
Milieu de pratique		
Bloc opératoire	95	84.1
Chirurgie ambulatoire	1	0.9
Bloc opératoire / chirurgie ambulatoire	12	10.6
Autre	4	3.5
Adhésion professionnelle		
ACN	36	31.9
ANMF	55	48.7
Autre	42	37.1

ACN = Australian College of Nurses;
ANMF = Australian Nursing and Midwifery Federation.

d'autres organisations, notamment du *Australian Nursing College* (n = 36, 31,9 %), de la *Australian Nursing and Midwifery Federation* (n = 55, 48,7 %) et d'autres organisations spécialisées (n = 42, 37,1 %). D'autres données démographiques cliniques sont incluses dans le Tableau 2.

Priorités nationales de recherche

Les répondants ont classé les points du sujet « sécurité du personnel et des patients » au premier rang à la fois en termes de pertinence et d'importance, avec une moyenne allant de 3,7 (ÉT = 1,12) à 4,5 (ÉT = 0,83). La note moyenne du sujet « pratique professionnelle » avait obtenu la deuxième place à la fois en termes de pertinence et d'importance, avec une moyenne allant de 3,5 (ÉT = 1,17) à 4,3 (ÉT = 0,82); le sujet « équipement et environnement » se hissait au troisième rang. Dans l'ensemble, les sujets des normes qui avaient été classés selon leur pertinence se classaient de manière semblable en termes d'importance. Le Tableau 3 indique en détail ces résultats.

Pour ce qui est du résultat composé de chacun des sujets, ceux classés d'un à dix ont obtenu un résultat plus élevé en termes de pertinence (4,1 à 4,5/5) et d'importance (3,9/5 à 4,5/5) et en termes de soins sécuritaires aux patients, englobant les sujets comme la culture, l'atténuation du risque, l'intimidation et les comportements perturbateurs ainsi que les pratiques qui préviennent les résultats nuisibles pour les patients, par exemple, la sécurité de la médication. Les sujets classés entre 11 et 20 ont obtenu le résultat le plus faible en termes de pertinence (3,0/5 à 3,9/5) et d'importance (3,0/5 à 4,0/5) et en termes de sécurité en milieu périopératoire, par exemple, le suivi des instruments et la réduction du bruit en salle d'opération, la plupart des sujets n'étant pas inclus dans l'édition actuelle des Normes.

Principaux thèmes

Les participants ont répondu aux questions ouvertes concernant les priorités nationales de recherche. Le

processus de codage, de catégorisation et de vérification répétée par recouplement a révélé deux thèmes prédominants, à savoir la « gestion du risque » (pour le patient et le personnel) et la « culture de l'environnement périopératoire » (formulée en termes négatifs). Le premier thème, la « gestion du risque », a été associé à la fois aux patients et au personnel et ressortait de manière évidente dans les données quantitatives, comme l'indique le Tableau 3. Le deuxième thème identifié était la « culture de l'environnement périopératoire » qui était décrit négativement. Toutefois, les sujets associés à ce thème revenaient moins fréquemment que les sujets associés à la gestion du risque. Ces deux thèmes comportaient cinq sous-thèmes, chacun d'eux se composant d'un sujet ou plus (voir le Tableau 4). Le sous-thème « Sécurité » comportait huit sujets et le reste des sous-thèmes en comportait chacun deux, à l'exception du sujet « Personnel » qui se composait d'un seul sujet.

Les commentaires faits en lien avec le thème des risques pour le patient étaient à la fois concrets, p. ex. l'équipement de protection individuelle, et abstraits, p. ex. les protocoles de pratique. Ces derniers incluaient le potentiel pour des infections du site opératoire (ISO), p. ex. : « plus d'attention portée à protéger le champ stérile, examiner les manquements et discuter de la culture valorisant le fait de donner son avis à ce sujet. Ce qui est beaucoup plus important que ce qu'en pensent les gens ». [Répondante 108, directrice des services périopératoires]

Les autres risques concrets incluaient la gestion de la médication, les problèmes d'équipement (p. ex. : la sécurité du laser) et le besoin pour une dotation adéquate en personnel et pour des compétences collectives afin de fournir des soins acceptables pour les patients. Parmi les exemples de risques abstraits pour les patients, notons le manque d'accès ou d'utilisation des normes (de l'ACORN et autres), aussi un manque de connaissance de la situation. Une répondante a écrit : « Les gestionnaires

Tableau 3. Résultats relatifs à la pertinence et à l'importance dans les sujets des normes de l'ACORN (n = 113).

Sujet	Détail de l'article	Pertinence		Importance		Résultat composé (R+I)/2	Rang
		\bar{x}	ÉT	\bar{x}	ÉT		
Sécurité du personnel et des patients	Identifier des stratégies pour modifier la culture du bloc opératoire et améliorer la sécurité de l'équipe périopératoire	4.5	0.83	4.5	0.83	4.5	1
	Tenir compte de la réduction des risques en bloc opératoire	4.4	0.88	4.4	0.89	4.4	2
	Examiner l'utilisation sécuritaire de l'équipement pour manipuler les patients en bloc opératoire	4.3	0.8	4.2	0.9	4.25	6
	Évaluer l'utilisation des nouveaux outils de vérification de la pratique de l'ACORN et des résultats qui y sont associés	3.9	0.99	4	1.13	3.95	11
	Déterminer comment protéger l'équipe périopératoire lors de l'utilisation peropératoire de médicaments cytotoxiques	3.8	1.18	3.7	1.12	3.75	15
Pratique professionnelle	Déterminer les obstacles et les outils pratiques pour la mise en œuvre des lignes directrices / normes de l'ACORN en milieu périopératoire	4.3	0.82	4.2	0.86	4.25	7
	Examiner la conformité aux normes de sécurité liées aux médicaments et à l'étiquetage des médicaments	4.2	0.85	4.1	1.04	4.15	9
	Étudier les stratégies pour gérer et offrir des soins sécuritaires aux patients opérés atteints de troubles cognitifs	4	1.07	3.9	1.13	3.95	12
	Étudier l'utilisation d'approches axées sur les patients / la famille dans le contexte périopératoire	3.7	1.1	3.7	1.25	3.7	17
	Examiner l'expérience vécue des infirmières nouvellement diplômées lors de la mise en œuvre des normes de l'ACORN dans leur pratique	3.7	1.17	3.5	1.17	3.6	18
Sepsie et soins cliniques	Examiner l'efficacité des stratégies pour minimiser ou prévenir les plaies de pression acquises lors des soins périopératoires	4.4	0.84	4.4	0.84	4.4	3
	Déterminer les types de couvre-chefs les plus efficaces en milieu périopératoire	3.4	1.41	3.2	1.4	3.3	19
Équipement et environnement	Déterminer la méthode la plus efficace pour réduire la perte de chaleur chez les patients avant, pendant et après la chirurgie	4.4	0.83	4.3	0.86	4.35	4
	Examiner l'intégration du suivi des instruments à l'aide de la Norme de gestion des informations du patient (électronique)	3.9	1.07	3.9	1.06	3.9	13
	Examiner les méthodes de réduction du bruit en bloc opératoire et dans les zones de soins des patients	3.9	1.05	3.7	1.1	3.8	14
Gestion et dotation en personnel	Examiner les compétences non techniques, comme la connaissance de la situation, la prise de décisions, la communication et le travail d'équipe en bloc opératoire	4.4	0.88	4.2	0.94	4.3	5
	Tenir compte de la reconnaissance et des attitudes des infirmières en soins périopératoires face aux comportements intimidants	4.2	0.95	4.2	0.97	4.2	8
	Examiner les effets d'un comportement perturbateur sur la sécurité des patients	4.1	1.04	3.9	1.11	4	10
	Examiner l'impact des différents modèles de dotation en personnel ou des modèles de soins sur l'expérience des patients	3.8	1.1	3.7	1.15	3.75	16
	Examiner les causes de l'obésité chez les infirmières en soins périopératoires	3	1.39	3	1.4	3	20

Tableau 4. Sous-thèmes et sujets.

Sous-thèmes	Les plus fréquents [nombre de commentaires]
Sécurité	Non-utilisation / connaissance de / manque d'accès aux normes [7] Panache et autres vapeurs/gaz [2] Fatigue [5] Bien-être [3] Bruit en salles d'opération [2] Suivi de la conformité [2] Emprunt de processus établis [2] Prévention des ISO (non liées à la tenue) [5]
Culture du milieu périopératoire	Culture négative et sécurité des patients [3] Comportements agressifs / négatifs / intimidation [10]
Tenue en salle d'opération	Couvre-chef [7] Protège-pieds [2]
Enseignement et formation	Éducation / formation / formation continue du personnel [6] Formation liée à l'équipement [2]
Personnel	Ratios du personnel [4]

supérieurs constituent les principaux obstacles à l'approvisionnement en ressources et équipement pour répondre aux normes de l'ACORN et du MoH [ministère de la Santé]. ». [Répondante 57, infirmière gestionnaire d'unité]

Les risques concrets et abstraits existent aussi pour le personnel. Parmi les risques concrets, nous retrouvons : l'exposition aux panaches, émanations de colle, les niveaux élevés de bruit, les charges de travail excessives et la fatigue y étant associée. Par exemple, « la fatigue du personnel en lien avec les quarts sur appel, les heures supplémentaires et les pauses en retard/sans repas ». [Répondante 81, infirmière en service interne] Un commentaire appuyait un risque abstrait était que « nous

intimidons les plus jeunes ». [Répondante 37, rôles cliniques multiples] Certains risques étaient considérés comme pertinents tant pour les patients que le personnel. Pour illustrer ce sous-thème, une répondante a mentionné que nous devrions « analyser les risques pour le patient et le personnel associés à la mise en œuvre des dossiers médicaux numériques mal conçus (interface utilisateur), c.-à-d. ieMR ». [Répondante 97, infirmière anesthésiste]

Le point de la « culture de l'environnement périopératoire » ressortait dans toutes les données qualitatives, à l'exception de la section sur « l'équipement et l'environnement ». Le personnel plutôt que le patient était plus susceptible de ressentir les effets d'un environnement négatif. Cependant, plusieurs répondants ont indiqué que lorsque le personnel était intimidé, il ne s'exprimait pas et la sécurité des patients était compromise, comme l'a signalé une répondante : « les patients ne sont pas en sécurité lorsque le personnel est distrait ou se sent intimidé par d'autres ». [Répondante 108, directrice des services périopératoires]

Les commentaires les plus fréquemment signalés soulignaient que les brimades, l'intimidation et les comportements agressifs étaient présents dans tous les sujets. Plusieurs commentaires reflétaient également le besoin d'apporter des changements à l'attitude des chirurgiens, des infirmières-chefs et des administrateurs de l'hôpital. Ces derniers incluaient : « comment inciter le personnel médical à se conformer aux processus que le personnel infirmier introduit pour la sécurité du personnel et des patients ». [Répondante 50, infirmière gestionnaire d'unité] et « les comportements professionnels respectueux doivent être renforcés avec une tolérance zéro à l'égard des manquements ». [Répondante 108, directrice des services périopératoires].

DISCUSSION

Trois sujets de recherche ont été identifiés comme étant des priorités dans cette étude : la sécurité des patients, la

gestion du risque en salle d'opération et la culture de l'environnement périopératoire. Les points liés à la sécurité des soins apportés aux patients, notamment la prévention des plaies de pression, l'utilisation sécuritaire de l'équipement pour manipuler les patients, la réduction de la perte de chaleur et la sécurité de la médication, ont obtenu une note élevée sur les deux échelles (pertinence et importance), et la formation liée à l'utilisation de l'équipement a été identifiée comme un thème clé. Il existe une myriade de données probantes associées au maintien de la normothermie chez les patients opérés,³⁰⁻³² ainsi que des données probantes liées à la prévention des plaies de pression dans l'environnement périopératoire.³³⁻³⁵ Toutefois, dans une méta-synthèse récente des revues Cochrane, les auteurs ont conclu que la production de données probantes de qualité supérieure au sujet de la prévention et du traitement des plaies de pression est cruciale,³⁶ en particulier en milieu périopératoire.³⁷ Les conclusions sont semblables en ce qui concerne la technologie et l'utilisation d'équipement en bloc opératoire.³⁸ L'un des défis auxquels les cliniciens font face est la façon de mettre en œuvre les résultats de recherche dans la pratique clinique.⁶

La sécurité des patients au sein de l'industrie des soins de santé est ressortie en raison de la complexité croissante des systèmes de soins de santé et de l'augmentation des résultats défavorables pour les patients qui en a résulté.³⁹ On signale que les préjudices aux patients en raison de soins non sécuritaires sont la quatorzième cause du fardeau mondial des maladies,⁴⁰ et qu'environ la moitié de ces blessures sont considérées comme évitables.⁴¹ Les complications nosocomiales représentaient deux pour cent des hospitalisations en 2016-2017, incluant 2,2 millions d'interventions chirurgicales non urgentes et 352 000 interventions chirurgicales urgentes.⁴² Les coûts associés à ces manquements sont considérables, et se chiffrent à environ 15 pour cent des dépenses des hôpitaux attribuées au traitement des manquements liés à la sécurité.⁴⁰ Ces

derniers ont coûté environ 1 milliard de dollars par année au système de santé australien.⁴³

Les enjeux liés au bien-être du personnel étaient classés comme importants et pertinents, ce qui a aussi été identifié dans les données qualitatives, en particulier l'intimidation et les comportements perturbateurs. D'ailleurs, l'un des principaux thèmes identifiés dans les données se rapportait à la culture de l'environnement périopératoire. Même s'il existe un certain nombre d'études dans lesquelles les comportements intimidateurs ont été identifiés⁴⁴⁻⁴⁷, plus de recherche est nécessaire pour déterminer les facteurs associés à la culture au sein de l'unité ainsi que les stratégies élaborées afin de mieux gérer cet enjeu. La sensibilisation face aux enjeux de taille que présente une culture où la sécurité et la qualité des soins sont insuffisantes est essentielle afin de prévenir des événements indésirables pour les patients, un concept où la recherche n'a pas été approfondie⁴⁸, mais d'une importance extrême dans un environnement périopératoire de plus en plus complexe.

La publication *To err is human: Building a safer health system* suggère une approche exhaustive pour améliorer la sécurité des patients et elle mentionne qu'une culture organisationnelle encourageant l'apprentissage tiré des événements indésirables et des accidents évités de justesse est nécessaire.⁴⁹ L'importance de cela a été confirmée dans une revue systématique qui reconnaissait l'association entre les cultures organisationnelles et en milieux de travail positives et les résultats positifs pour les patients, comme des taux de mortalité et d'infections nosocomiales réduits et une plus grande satisfaction de la part des patients.⁵⁰

Les sujets semblables qui avaient obtenu une note plus faible dans les catégories « pertinence » et « importance », comme le bruit en salle d'opération et le suivi des instruments, ont été identifiés dans les données qualitatives. Au moment de la recension de la littérature, des études examinant le bruit en salle

d'opération^{51,52} ou le suivi des instruments⁵³ ont été publiées, par contre ces dernières ne fournissaient que très peu de données probantes pour contribuer à la pratique clinique. Un autre exemple d'un sujet pour lequel il existe peu de données probantes dans la littérature était l'obésité chez les infirmières en soins périopératoires.^{54,55} Il a été déterminé que plusieurs de ces sujets constituaient des problèmes de santé de premier ordre à l'échelle mondiale, par exemple l'épidémie croissante de cas d'obésité en Australie;^{56,57} les infirmières en soins périopératoires ont par conséquent l'opportunité d'entreprendre des recherches pour aborder ces enjeux et améliorer la sécurité des patients et le bien-être des professionnels de la santé. Il convient de noter que l'inclusion dans les normes de plusieurs de ces sujets ayant obtenu une note plus faible n'a pas été envisagée, ce qui pourrait expliquer la note plus faible obtenue dans l'enquête. [Des lignes directrices sur le bien-être sont incluses dans la 16^e édition des Normes. L'enquête a été effectuée avant la publication de cette édition.]

Une composante clé de la sécurité et de la qualité des soins de santé inclut les *National Safety and Quality Health Service Standards* de l'Australie (Normes NSQHS) qui ont été instaurées en 2011 dans le but de protéger les patients des préjudices et d'améliorer la qualité de la prestation des services de santé.⁵⁸ Représentant la plus importante composante de la main-d'œuvre en santé, les infirmières jouent un rôle essentiel pour respecter ces normes et améliorer la qualité des soins aux patients.⁵⁹ L'importance de cela s'est avérée évidente avec l'inclusion des icônes des Normes NSQHS dans la 16^e édition des Normes de l'ACORN, qui indiquaient comment les normes individuelles de l'ACORN appuient les Normes NSQHS.⁶⁰ Comment l'a mentionné en 2018 Williams et coll., des normes bien élaborées et fondées sur des données probantes ne sont pas suffisantes pour modifier la pratique étant donné qu'un certain nombre d'obstacles ont été identifiés lorsque les infirmières périopératoires doivent

introduire des données probantes dans leur pratique.²⁴ Bien que des critiques aient été formulées au sujet de la piètre qualité de la recherche liée à l'élaboration des normes,²⁴ la qualité de ces documents est proportionnelle aux données probantes utilisées pour les élaborer.⁶¹ Comme la littérature l'a démontré, l'apport des utilisateurs a été très limité pour déterminer les priorités de recherche pertinentes. Ainsi, ces dernières demeurent une obligation pour veiller à ce que les activités de recherche correspondent aux intérêts, besoins et valeurs de la pratique périopératoire.⁸

Implications pour les soins infirmiers périopératoires

En résumé, les résultats de l'enquête ont identifié des enjeux se rapportant à la sécurité des patients et du personnel, les données qualitatives décrivant des pratiques enracinées ou des pratiques exemplaires qui n'avaient pas été mise en œuvre et que les répondants considéraient comme non sécuritaires pour les patients et eux-mêmes. Le personnel était tout particulièrement touché par la culture négative du milieu où le leadership officiel était nécessaire pour institutionaliser la pratique fondée sur des données probantes et initier le changement.^{62,63} Les réponses des infirmières en soins périopératoires fournissent une indication des données probantes nécessaires dans la pratique clinique. Même si la pratique fondée sur des données probantes est considérée comme l'étalon de référence, un certain nombre d'obstacles empêchent l'application des normes de pratiques exemplaires.⁶⁴ Il est indéniable qu'il importe de renforcer la capacité de recherche, non seulement pour démontrer l'impact positif des soins infirmiers périopératoires sur les résultats pour les patients, mais aussi pour renforcer les données probantes sur lesquelles se fondent les normes de pratique et pour améliorer la réputation professionnelle des infirmières en soins périopératoires.²⁴

Limites

Même si le faible taux de réponse signalé dans cette étude constitue une limite, il

convient de noter que les infirmières en soins périopératoires ayant répondu à l'enquête provenaient d'une variété de rôles infirmiers, d'endroits et de types de milieux hospitaliers. De précieux renseignements au sujet des priorités de recherche en soins périopératoires ont été identifiés, mettant en évidence les champs de pratique qui nécessitaient davantage de données probantes pour appuyer la pratique.

RÉFÉRENCES

1. Spruce L. Back to basics: Implementing evidence-based practice. *AORN J* 2016;101(1):107-112.
2. Vetter MJ, Latimer B. Tactics for teaching evidence-based practice: Enhancing active learning strategies with large class of graduate EBP research in nursing students. *Worldviews Evid Based Nurs* 2017;14(5):419-421.
3. Duff J, Butler M, Davies M, Williams R, Carlile J. Perioperative nurses' knowledge, practice, attitude, and perceived barriers to evidence use: A multisite, cross-sectional survey. *ACORN J* 2014;27(4):28-35.
4. J. Factors that predict evidence use by Australian perioperative nurses. *Journal of Perioperative Nursing* 2016;29(2):24-29.
5. Michael R. Facilitating nursing research: A professional mandate for perioperative nurses. *Can Oper Room Nurs J* 2007;19(1):30-46.
6. Kristensen N, Nymann C, Konradsen H. Implementing research results in clinical practice – the experiences of healthcare professionals. *BMC Health Serv Res* 2016;16:48. doi:10.1186/s12913-016-1292-y.
7. Sutherland W, Fleishman E, Mascia M, Pretty J, Rudd M. Methods for collaboratively identifying research priorities and emerging issues in science and policy. *Methods Ecol Evol* 2011;2(3):238-247.
8. Smith N, Mitton C, Peacock S, Cornelissen E, MacLeod S. Identifying research priorities for health care priority setting: A collaborative effort between managers and researchers. *BMC Health Serv Res* 2009;9:165.
9. Carter EJ, Mastro K, Vose C, Rivera R, Larson EL. Clarifying the conundrum: Evidence based practice, quality improvement, or research? The clinical scholarship continuum. *JONA* 2017;47(5):266-270.
10. Saunders H, Vehvilanen-Julkunen K. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *Int J Nurs* 2016;56:128-140.
11. Bull R, Fitzgerald M. Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. *Int J Nurs Pract* 2006;12:3-7.
12. Gillespie BM, Wallis M, Chaboyer W. Clinical competence in the perioperative environment: Implications for education. *ACORN J* 2006;19(3):19-24.
13. Hamlin L. Nurse education, accountability and the operating room nurse. *ACORN J* 1993;6(3):21-24.
14. Hilbig J. Knowledgeable users provide competent perioperative nursing care. *ACORN J* 1999;12(2):34-37.
15. Riley R, Manias E. The use of photography in clinical nursing practice and research: A literature review. *J Adv Nurs* 2004;48(4):387-405.
16. Gillette V. Applying nursing theory to perioperative nursing practice. *AORN J* 1996;64(2):261-270.
17. Baker J D. Nursing research, quality improvement, and evidence-based practice: The key to perioperative nursing practice. *AORN J* 2017;105(2):3-5.
18. Kristensen N, Nymann C, Konradsen H. Implementing research results in clinical practice – the experiences of healthcare professionals. *BMC Health Serv Res* 2016;16:48.
19. Hamlin L. Setting the standard: The role of the Australian College of Operating Room Nurses – Part 1. *ACORN J* 2006;19(1):29-36.
20. Richardson-Tench M. ACORN: The establishment and development of the Australian College of Operating Room Nurses. *ACORN J* 2008;21(1):28-35.
21. Australian College of Operating Room Nurses (ACORN). *Standards for Perioperative Nurses* 2004. Adelaide: ACORN; 2004.
22. Born S. 2004 ACORN Standards review. *ACORN J* 2004;17(3):61.
23. Duff J. The imperative to build research capacity and promote evidence-based practice in Australian perioperative nurses. *Journal of Perioperative Nursing* 2020;33(2):3.
24. Williams C, Duff J, Nicholson P, Hamlin L, Gillespie B. Using the ACORN standards: An exploration of claims issues and concerns. Findings from the research workshop at the ACORN & ASIORNA conference in Adelaide. *Journal of Perioperative Nursing* 2018;31(4):37-41.
25. Harding T, Whitehead D. Analysing data in qualitative research. In Schnieder Z, Whitehead D, LoBiondo-Wood G, Haber J. *Nursing and midwifery research: Methods and appraisal for evidence-based practice* 5th ed. Elsevier: Chatswood, NSW; 2014, 127-142.

26. George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 11.0 update 14th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2016.
27. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *JAMA* 2008;62(1):107-115.
28. Erlington C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. *Afr J Emerg Med* 2017;7:93-99.
29. Vaismoradi M, Turune N H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci* 2013;15(3): 398-405.
30. Kumar A, Martin D P, Dhanorker S R, Brandt S R, Schroeder D R, Hanson A C et al. Improving the rate of surgical normothermia in gynecologic surgery. *Gynecol Oncol* 2019;154(3):590-594.
31. Ralph N, Gow J, Conway A, Duff J, Edward K L, Alexander K, Bräuer A. Costs of inadvertent perioperative hypothermia in Australia: A cost-of-illness study. *Collegian* 2020;27:345–351.
32. Ousey K, Edward KL, Lui S, Walker K, Duff JS, Leaper D. Perioperative, local and systemic warming in surgical site infection: A systematic review and meta-analysis. *J Wound Care* 2017;26: 614-624.
33. Goudas L, Bruni S. Pressure injury risk assessment and prevention strategies in operating room patients – findings from a study tour of novel practices in American hospitals. *Journal of Perioperative Nursing* 2019;32(1):33-38.
34. Martinez-Garduno C M, Rodgers J, Phillips R, Gunaratne A W, Drury P, McInnes E. The surgical patients' pressure injury incidence (SPPII) study: A cohort study of surgical patients and processes of care. *Wound Pract Res* 2019;27(2):120-128.
35. Wang I, Gillespie B M, Walker R. Pressure injury prevention in the perioperative setting: An integrative review. *Journal of Perioperative Nursing* 2018;31(4):27-35.
36. Walker R M, Gillespie B M, McInnes E, Moore Z, Eskes A M, Patton D et al. Prevention and treatment of pressure injuries: A metasynthesis of Cochrane Reviews. *J Tissue Viability* 2020. doi: 10.1016/j.jtv.2020.05.004.
37. Sving E, Bååth C, Gunningberg L, Björn C. The experiences of operating room teams working with real-time feedback of interface pressure to prevent pressure injuries. A feasibility study. *Perioper Care Oper Room Manage* 2020;20: 100096. doi: 10.1016/j.pcorn.2020.100096.
38. Smith J, Palesy D. Technology stress in perioperative nursing: An ongoing concern. *Journal of Perioperative Nursing* 2018;31(2):25-28.
39. World Health Organization. Patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [consulté le 9 juillet 2020]. Peut être téléchargé à : www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/patient-safety.
40. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level [Internet]. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2017 [consulté le 9 juillet 2020]. Peut être téléchargé à : www.oecd.org/els/healthsystems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf.
41. Oyebo F. Clinical errors and medical negligence. *Med Princ Pract* 2013;22(4):323-333.

42. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Hospitals at a glance 2017–18 [Internet]. Canberra: AIHW; 2019 [consulté le 9 juillet 2020]. Peut être téléchargé à : www.aihw.gov.au/getmedia/b93ed17e-47f2-4bc8-92aec5cbceaa657/Hospitals%20at%20a%20glance%202017%e2%80%9318.pdf.aspx.
43. Australian Bureau of Statistics (ABS). Cause of death, Australia 2016 [Internet]. Canberra: ABS; 2016 [consulté le 9 juillet 2020]. Peut être téléchargé à : www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/by%20Subject/3303.0~2016~Main%20Features~Australia's%20leading%20causes%20of%20death,%202016~3.
44. Hutchinson M, Vickers M, Wilkes L, Jackson D. The worse you behave, the more you seem to be rewarded: Bullying in nursing as organizational corruption. *Employ Respons Rights J* 2009;21(3):213–229. doi: 10.1007/s10672-009-9100-z.
45. Iqbal A, Khattak A, Malik F R. Bullying behaviour in operating theatres. *J Ayub Med College Abbottabad* 2020;32(3):352.
46. Mohanty P, Mohanty S. Impact of workplace bullying on performance, psychological distress and absenteeism: An original review of healthcare sector. *Int J Econ Perspect* 2017;11(3):1277–1286.
47. Yang Y M, Zhou L J. Workplace bullying among operating room nurses in China: A cross-sectional survey. *Perspect Psychiatr Care* 17 April 2020. doi: 10.1111/ppc.12519.
48. Davis E, Beale N. It's time: The poor culture regarding safety and quality in Australian hospitals must be addressed! *Asia Pac J Health Manag* 2015;10(3):GS36-GS41.
49. Kohn L T, Donaldson M S, Kohn L T, Corrigan J. To err is human: Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000.
50. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: Systematic review. *BMJ Open* 2017;7:e017708. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017708.
51. Keller S, Tschan F, Semmer N K, Holzer E, Candinas D, Brink M et al. Noise in the operating room distracts members of the surgical team. An observational study. *World J Surg*;2018(42):3880–3887. doi: 10.1007/s00268-018-4730-7.
52. Hogan L J, Harvey R L. Creating a culture of safety by reducing noise levels in the OR. *AORN J* 2015;102(4):410.
53. Zhu X, Yuan L, Li T, Cheng P. Errors in packaging surgical instruments based on a surgical instrument tracking system: An observational study. *BMC Health Serv Res* 2019;19:176. doi: 10.1186/s12913-019-4007-3.
54. Kelly M, Wills J. Systematic review: What works to address obesity in nurses? *Occup Med* 2018;68(4):228-238.
55. Chin D L, Nam S, Lee S-J. Occupational factors associated with obesity and leisuretime physical activity among nurses: A cross sectional study. *Int J Nurs Stud* 2016;57:60-69.
56. Dankyau M, Shu'Aibu J, Oyebanj, A, Mamven O. Prevalence and correlates of obesity and overweight in healthcare workers at a tertiary hospital. *J Med Trop* 2016;18(2):55–59. doi: 10.4103/2276-7096.188533.
57. Brum MCB, Dantas Filho FF, Schnorr CC, Bertoletti OA, Bottega GB, da Costa Rodrigues T. Night shift work, short sleep and obesity. *Diabetol Metab Syndr* 2020; 12(1):1-9.
58. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). National Safety and Quality Health Service Standards 2017 [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2017 [consulté le 9 juillet 2020]. Peut être téléchargé à : www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards.
59. Twigg D E, Duffield C, Evans G. The critical role of nurses to the successful implementation of the National Safety and Quality Health Service Standards. *Aust Health Rev* 2013;37(4):541-546.
60. Australian College of Perioperative Nurses (ACORN). Standards for Perioperative Nursing in Australia 16th ed. Adelaide: ACORN; 2020.
61. Duff J, Butler M, Davies M, Williams R, Carlile J. Factors that predict evidence use by Australian perioperative nurses. *Journal of Perioperative Nursing* 2016;29(2):24-29.
62. Michaelis B, Stegmaier R, Sonntag K. Affective commitment to change and innovation implementation behavior: The role of charismatic leadership and employees' trust in top management. *J Change Manag* 2009;9(4):399-417.
63. Stelter C, Ritchie J, Rycroft-Malone J, Charns M. Leadership for evidence-based practice: Strategic and functional behaviors for institutionalizing EBP. *Worldviews Evid Based Nurs* 2014;11(4):219-226.
64. Duff J. The future of nurse education in Australia and implications for perioperative nursing. *Journal of Perioperative Nursing* 2020;33(1):3-4. 🌸