

COMMUNICATION, BRUIT ET DISTRACTIONS EN SALLE D'OPÉRATION : IMPACT SUR LES PATIENTS ET STRATÉGIES POUR AMÉLIORER LES RÉSULTATS.

Auteur : Heather Plaxton, inf., B.Sc.Inf., M.S.Inf. (IP), a obtenu son B.Sc.Inf de l'Université de la Saskatchewan en 2000. Elle a commencé sa carrière en soins infirmiers au sein d'une unité de chirurgie/soins aux brûlés, puis elle a suivi le programme de soins périopératoires. Elle a travaillé en SOP durant quelques années pour ensuite commencer à enseigner dans le programme de soins périopératoires et le programme de retraitement des dispositifs médicaux à l'École polytechnique de la Saskatchewan. En mai 2016, elle a terminé sa maîtrise en soins infirmiers (IP) à l'Université de la Saskatchewan. Cet article se base sur un travail qu'elle a soumis à son cours en recherche dans le cadre de ce programme.

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

RÉSUMÉ

La salle d'opération est un environnement complexe où le bruit, les distractions et les communications peropératoires peuvent avoir des répercussions négatives sur les soins aux patients en prolongeant les chirurgies et en augmentant le risque de résultats défavorables. Cet article examine les données probantes relatives à la façon dont la communication, le bruit et les distractions influencent l'équipe multidisciplinaire et les résultats pour les patients et il propose des stratégies pour gérer ces variables en milieu de travail.

en équipe et communiquer efficacement afin de veiller à ce que les patients obtiennent des résultats optimaux. Les interactions et la communication entre le personnel incluent des conversations peropératoires et des conversations d'apprentissage. En plus de la communication qui doit s'y faire, la SOP fait jouer de la musique, elle contient de l'équipement bruyant et une circulation injustifiée. Tous ces éléments ont des répercussions sur le personnel et les patients.¹ Le présent article décrit la communication, le bruit et les distractions en SOP, l'impact qu'ils ont sur le personnel et les patients et propose des interventions pour améliorer les résultats pour les patients.

INTRODUCTION

Dynamique et très interactive, la salle d'opération (SOP) constitue l'un des environnements de travail les plus complexes dans le domaine des soins de santé. Les médecins et les infirmières doivent pouvoir exceller en travaillant

Communication

La communication entre les différents membres de l'équipe chirurgicale est de la plus grande importance en SOP. La

La communication entre les différents membres de l'équipe chirurgicale est de la plus grande importance en SOP.

Il existe de nombreuses sources de bruit en SOP, notamment l'équipement bruyant, la musique, l'ouverture et la fermeture des portes, la succion, les téléphones, les alarmes et les conversations entre les différents membres de l'équipe.

communication peropératoire comprend des discussions au sujet du patient, du matériel et des résultats escomptés. La communication concernant le cas permet à l'équipe de se préparer aux complications et d'anticiper les événements. La communication peropératoire commence lors de la préparation de la salle pour un patient et se poursuit tout au cours de la période périopératoire.²

La communication peropératoire devrait idéalement promouvoir les résultats positifs pour le patient et améliorer la cohésion au sein de l'équipe chirurgicale.¹ Les membres de l'équipe doivent demeurer à l'écoute de l'information qui est partagée.³ Des problèmes de communication surviennent souvent relativement aux problèmes de matériel. Halverson et coll.⁴ ont découvert que les problèmes de communication en SOP étaient nettement apparents dans les rapports de matériel et de progrès et engendraient des pertes d'efficacité et des délais lors des interventions.

La communication peropératoire ou le bavardage en SOP peut avoir lieu tout au long de l'intervention. Ce genre de communication peut améliorer les relations interpersonnelles entre le personnel ainsi que les liens entre les membres de l'équipe.¹ Le bavardage a souvent lieu lorsque la charge de travail est moindre, non stressante et routinière. Souvent, le bavardage survient lors de la fermeture de la plaie, lorsque le chirurgien est plus décontracté et qu'il peut bavarder avec le personnel à la fin d'une longue intervention. Toutefois, le chirurgien traitant laissera souvent la tâche de fermer la plaie au résident ayant moins d'expérience pour suturer et nécessitant donc plus de concentration. Le bavardage pourrait alors le déranger. Un niveau de concentration plus faible peut réduire la précision des sutures, causant plus de dommages aux tissus ou faire en sorte que les sutures sont trop tendues, ce qui peut accroître le risque d'infections du site opératoire (ISO).² Il est difficile d'ignorer les conversations intéressantes, mais elles peuvent néanmoins nuire à la coordination et à

la concentration du personnel. Les conversations peropératoires ont généralement lieu quand il y a moins de stress et que la charge de travail est plus faible et elles peuvent possiblement nuire au rendement de l'équipe.¹

Bruit

Il existe de nombreuses sources de bruit en SOP, notamment l'équipement bruyant, la musique, l'ouverture et la fermeture des portes, la succion, les téléphones, les alarmes et les conversations entre les différents membres de l'équipe. Hasfeldt et coll.⁶ ont conclu que le niveau de bruit dépassait le niveau recommandé (30 dBA fixé par le International Noise Council) de plus de 100 % et qu'il culminait à 400 %. Le bruit peut déranger considérablement et avoir un impact négatif sur le rendement des membres de l'équipe chirurgicale. Lorsque le niveau de bruit est élevé, le personnel doit lever le ton pour se faire entendre, ce qui peut faire augmenter encore davantage le niveau de bruit. L'exposition constante au bruit peut nuire au niveau d'attention ainsi qu'aux fonctions intellectuelles, psychomotrices et mnésiques surtout quand le personnel essaie d'effectuer plusieurs tâches à la fois. Katz⁶ a indiqué que l'effet néfaste du bruit constant pour les résidents en anesthésie était une détérioration de la mémoire à court terme et de l'efficacité mentale.

On fait souvent jouer de la musique en SOP et elle peut être très relaxante pour le personnel et le patient. La musique peut améliorer l'efficacité du chirurgien et empêcher les distractions. De nombreuses études ont démontré les effets positifs de la musique en SOP sur le personnel et les patients.^{7,8} Il y a toutefois des moments où elle peut nuire selon son volume et la situation en SOP.⁸ Selon Weldon et coll.,⁸ 20 à 26 % du personnel en SOP a indiqué que la musique, surtout durant les moments critiques, nuit à la communication et est source de distraction.

L'équipement, les alarmes, la succion, les unités de cautérisation et d'air pulsé sont couramment utilisés pendant les

interventions et produisent des niveaux très élevés de bruit. Le bruit nuit à la communication en SOP, car le traitement des informations auditives du personnel est réduit et l'impact négatif du bruit est plus élevé lorsque le personnel en SOP est stressé, nuisant donc au rendement du personnel.^{5,9} Il peut être difficile de comprendre les conversations essentielles et la communication peut être interrompue lorsque le niveau de bruit est élevé.⁴ Une interruption de communication peut inclure le besoin de répéter les demandes ce qui peut entraîner de la frustration au sein du personnel et prolonger l'intervention. Weldon et coll.⁸ ont signalé que chaque demande répétée ajoute entre 4 et 68 secondes au temps en SOP.

Distractions

Les distractions, causées par les interruptions, surviennent tout au cours des interventions. Certaines sont évitables, d'autres non. L'ouverture et la fermeture des portes, les personnes qui entrent et sortent de la salle, les personnes qui répondent à des appels qui ne sont pas pertinents au cas constituent tous des distractions courantes en SOP. Seelandt et coll.¹ ont remarqué dans leur étude d'observation que les distractions survenaient toutes les une à trois minutes durant la plupart des cas de l'étude. Il a été démontré que ces interruptions avaient des effets négatifs sur le rendement de l'équipe chirurgicale. Les interruptions, même mineures, peuvent nuire aux tâches complexes engendrant possiblement des événements graves nuisibles au patient.¹

L'utilisation des téléphones cellulaires et des tablettes en SOP constitue un sujet controversé parmi les membres du personnel. Certains anesthésiologistes, infirmières et chirurgiens utilisent leur téléphone ou leur tablette durant les interventions pour recevoir des appels et des textos, lire de l'information médicale pertinente, partager des photos et d'autres utilisations personnelles, si le temps le permet. Les appareils peuvent être bénéfiques lorsqu'ils sont utilisés de façon appropriée. Inversement, l'utilisation d'appareils peut réduire la

concentration, diminuer le temps de réaction et réduire le rendement du personnel en ayant des répercussions négatives sur la prise de décisions et la concentration mentale.¹¹ La plupart des SOP possède une politique restreignant l'usage des téléphones cellulaires, mais certains chirurgiens, anesthésistes et infirmières persistent à les amener en SOP.

Les appels téléphoniques ou de téléavertisseurs pour l'équipe chirurgicale se produisent souvent durant une intervention et ils peuvent détourner l'attention du chirurgien de la chirurgie et du patient. L'infirmière en service externe doit souvent se soustraire aux tâches importantes pour répondre aux appels ce qui peut causer de l'inattention et une perte de concentration.

Les conversations hors sujet incluant les infirmières en service externe, les anesthésistes ou les visiteurs peuvent grandement déranger l'équipe chirurgicale. L'attention est souvent détournée pour participer à ces conversations et cela influence négativement le rendement chirurgical. Healey et coll.¹² ont observé des interruptions en SOP et ils ont estimé qu'elles constituaient une distraction pour l'équipe chirurgicale. Ils ont établi que davantage de recherches devraient être menées à ce sujet bien qu'il soit difficile d'examiner efficacement ce facteur sans qu'il n'y ait de risques pour la sécurité des patients.

Les étudiants en formation ou les observateurs peuvent également être une source de distraction pour l'équipe chirurgicale. Wheelock et coll.⁴ ont observé que, étonnamment, lorsque les chirurgiens enseignaient aux résidents en chirurgie, les infirmières semblaient retarder ou empêcher les interactions avec l'équipe et ainsi nuire à la communication.

Impact sur le patient

L'information pertinente au cas en cours qui est partagée avec les membres de l'équipe améliore généralement les

L'utilisation des téléphones cellulaires et des tablettes en SOP constitue un sujet controversé parmi les membres du personnel.

Les conversations hors sujet incluant les infirmières en service externe, les anesthésistes ou les visiteurs peuvent grandement déranger l'équipe chirurgicale.

résultats pour le patient ainsi que les relations entre les membres de l'équipe. Les distractions et les interruptions peuvent quant à elles avoir des effets négatifs sur les résultats pour le patient en prolongeant les interventions et, par conséquent, en augmentant le risque d'infections du site opératoire. Letts et Doemer¹³ ont également conclu que les conversations contribuent à la contamination d'origine aérienne en SOP ainsi qu'à la présence accrue de bactéries dans des plaies simulées, ce qui pourrait accroître l'incidence des ISO. Ils ont vaporisé de l'albumine humaine sur le visage et les narines du personnel en service interne, puis ils ont mesuré sa présence dans des plaies simulées après des conversations continues. Il a aussi été démontré que l'ouverture répétée des portes durant les interventions avait des répercussions sur le taux des ISO. Lynch et coll.¹⁴ ont établi que les chirurgies durant lesquelles il y avait eu un nombre accru d'ouvertures de portes présentaient un risque plus élevé que les patients développent une ISO. Bédard et coll.¹⁵ ont confirmé qu'il y avait un taux élevé d'ouvertures de portes et de circulation pendant des arthroplasties totales dans leur établissement au Québec. L'ouverture des portes augmente la numération bactérienne et nuit au courant laminaire, ce qui peut accroître le taux d'infections des prothèses d'articulation. Smith et coll.¹⁶ ont disposé des boîtes RODAC stériles à proximité du champ opératoire pendant des chirurgies orthopédiques et ils ont noté que l'ouverture fréquente des portes faisait augmenter le nombre de boîtes contaminées de 70 % en comparaison à aucune ouverture de porte.

Stratégies pour améliorer les résultats pour le patient

Les stratégies pour améliorer les résultats pour le patient pourraient inclure l'éducation de tous les membres de l'équipe afin de les encourager à limiter les interruptions ou la participation aux conversations superflues pendant les moments critiques.¹⁷ On ne peut pas toujours empêcher les distractions et les interruptions, mais si elles peuvent être contrôlées, nous pouvons espérer réduire

les erreurs potentielles.⁴ Une réunion d'équipe chaque matin pourrait permettre de discuter des stratégies afin de réduire le niveau de bruit, limiter l'ouverture et la fermeture des portes, réduire les visiteurs et diminuer la nécessité de répondre aux appels téléphoniques et de téléavertisseurs pendant les interventions et, surtout, durant l'induction, l'incision et le réveil.⁵ Suspendre des affiches « Ne pas entrer » sur la porte pourrait empêcher les visites des autres membres du personnel, surtout pendant les périodes critiques, comme lorsque des instruments sont utilisés et que le risque pour des ISO est très élevé. Bérard et coll.¹⁵ ont même suggéré de verrouiller la porte extérieure une fois que le patient est entré dans la salle. D'autres affiches, comme « Chut! » se sont avérées utiles dans certains établissements lorsque la communication devient très bruyante.⁹ Des documents laminés à distribuer au personnel ainsi que des alertes d'équipement, le cas échéant, peuvent aussi améliorer la communication liée à ces deux variables.¹⁰ Limiter l'utilisation des téléphones cellulaires et des tablettes et discuter des protocoles associés à leur désinfection pourrait réduire la quantité de bactéries et ainsi le risque d'infection.^{5,18} Restreindre les conversations pendant le cas devrait être un objectif important de l'équipe chirurgicale afin d'aider tous les membres de l'équipe à demeurer vigilants, surtout durant la fermeture de la plaie, afin de possiblement réduire le risque d'ISO.²

CONCLUSION

Ce bilan des pratiques de communication, des sources de bruit et des causes de distraction a mis en lumière une série d'enjeux survenant couramment dans de nombreux milieux en SOP. La communication est extrêmement importante au sein de l'équipe multidisciplinaire, mais toutes les communications ne sont pas nécessaires et certaines peuvent distraire, prolonger les cas et possiblement augmenter l'incidence des ISO. Plusieurs de ces distractions et pratiques actuelles peuvent être abordées et des stratégies peuvent être mises en place pour améliorer l'efficacité en SOP, accroître l'efficacité du

personnel et améliorer les résultats pour le patient.

Un environnement en SOP où il y a le moins possible d'interruptions ou de distractions, où le niveau de bruit et de circulation est réduit et où il y a un bon travail d'équipe devrait faire partie intégrante des nombreuses routines en place pour améliorer les résultats pour le patient et optimiser les soins au patient.^{2,10,11}

RÉFÉRENCES

1. Seelandt, J. et al. Assessing distractors and teamwork during surgery: developing an event-based method for direct observation. *BMJ Qual Saf.* 2014;(23):918-929 doi:10.1136/bmjqs-2014-002860
2. Tschan, F. et al. Impact of case-relevant and case-irrelevant communication within the surgical team on surgical site infection. *BJ Surgery.* 2015;102 (13):1718-1725.
3. Russ, S. et al. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Ann. Surg.* 2013; 258(6):856-871.
4. Halverson, A. et al. Communication failure in the operating room. *Surgery* 2011;149 (3): 305-310.
5. Hasfeldt, D.Noise in the Operating Room- what do we know? A review of the literature. *J PeriAnest Nurs* . 2010;25(6):380-386
6. Katz, J. Noise in the operating room. *Anesthesiology.* 2015;121(4):894-898
7. Ross, J. Distractions and interruptions in the perianesthesia environment: a real threat to patient safety. *J PeriAnesth Nurs.* 2013; 28(1):38-39.
8. Weldon, S. Korkiakangas, T., Bezemer, J., Kneebone, R. Music and communication in the operating room. *J Adv Nurs.* 2015; 71(12): 2763-2774.
9. Wheelock, A. et al. The impact of operating room distractions on stress, workload, and teamwork. *Ann. Surg.* 2015;261 (6):1079-1084.
10. Clark, G.J. Strategies for preventing distractions and interruptions in the operating room. *JORN.* 2013; (97) 6: 702-706. Help
11. Gill, P.S., Kamath, A., Gill, T.S. Distraction: an assessment of smartphone usage in health care work settings. *Risk Manag Healthc Policy* 2012 5: 105-114
12. Healey, A., Sendales, N., Vincent, C. Measuring intraoperative interface from distraction and interruption observed in the operating theater. *Ergonomics Patient Safety* 2006; 9:5-6.
13. Letts, R.M., Doermer, E. Conversation in the operating theater as a cause of airborne bacterial contamination. *J Bone Joint Surg Am.* 1983; 65 (3): 357-362
14. Lynch, R. et al. Measurement of foot traffic in the operating room: implications for infection control. *Am J Med Quality.*2009; 24(1):537-52.
15. Bedard, M. et al. Traffic in the operating room during joint replacement is a multidisciplinary problem. 2015; 58 (4): 232-236.
16. Smith, E. et al. The Effect of Laminar airflow and door openings on operating room contamination. *The J of Arthroplasty.* 2013 28 (9) 1482-1485.
17. Pape, T. The role of distractions and interruptions in operating room safety. *Periop Nrsing Clinics.* 2011; 6(2): 101-111.
18. Shakir, I., Patel, N., Chamberland, R., Kaar, S. Investigation of cell phones as a potential source of bacterial contamination in the operating room. *J Bone and Joint Surgery.* 2015; 97 (3): 225-231.

Les normes de l'AIISOC relatives à cet article figurent dans la publication Normes de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires (12e édition) de l'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC) d'octobre 2015, section 4, p. 275, norme 4.3 et section 2, p. 121, norme 2.6.