

# COMPRENDRE LES RÉACTIONS DES INFIRMIÈRES DE SOP FACE AUX ERREURS ET SE SERVIR DE CETTE COMPRÉHENSION POUR AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

## Auteure :

Ladan Taifoori, B.Sc.Inf., chargée de cours, École des sciences infirmières et d'obstétrique, Université des sciences médicales du Kurdistan, Sanandaj, Iran.

Sina Valiee, B.Sc.Inf., M.S.Inf., Ph. D., professeure adjointe, École des sciences infirmières et d'obstétrique, Université des sciences médicales du Kurdistan, Sanandaj, Iran.

## RÉSUMÉ :

En salle d'opération, il peut se produire différents types d'erreurs infirmières causées par la nature invasive de l'intervention. Les réactions des infirmières face aux erreurs peuvent être un facteur clé pour la sécurité des patients. Le présent article se fonde sur une étude visant à enquêter les réactions des infirmières face aux erreurs et les divers facteurs qui y contribuent et qui en résultent. Cette dernière a été menée en 2014 à l'Université des sciences médicales du Kurdistan, à Sanandaj, en Iran. L'objectif de cette étude était de déterminer comment les infirmières en SOP réagissaient aux erreurs en soins infirmiers dans le but d'utiliser cette information pour améliorer la sécurité des patients.

La recherche a été effectuée sous forme d'une étude descriptive transversale. Les participantes étaient toutes des infirmières travaillant dans les salles d'opération des hôpitaux universitaires de l'Université des sciences médicales du Kurdistan, qui ont été sélectionnés par la méthode du consensus (170 personnes). L'information a été collectée à l'aide de

L'objectif de cette étude était de déterminer comment les infirmières en SOP réagissaient aux erreurs en soins infirmiers dans le but d'utiliser cette information pour améliorer la sécurité des patients.

questionnaires mettant l'accent sur l'information démographique, la définition d'erreur, les raisons pour lesquelles l'erreur s'est produite et les réactions émotives face aux erreurs. 153 questionnaires ont été remplis et analysés par la version 16.0 du logiciel SPSS.

« Technique stérile non respectée » (82,4 pour cent) constituait l'erreur de soins infirmiers la plus signalée, la « fatigue » (92,8 pour cent) était la raison la plus signalée pour laquelle une erreur s'était produite, « bouleversée d'avoir blessé le patient » (85,6 pour cent) était la réaction émotive la plus signalée après que l'erreur se soit produite, « prendre la décision d'adopter une meilleure approche des tâches la prochaine fois » (97,7 pour cent) comme l'objectif le plus courant et « porter plus d'attention aux détails » (98 pour cent) était la stratégie

prévue la plus signalée pour améliorer les résultats futurs.

Bien que les établissements de soins de santé se concentrent à planifier la prévention et l'élimination des erreurs, il a été démontré que les infirmières peuvent également profiter de soutien après qu'une erreur se soit produite. Leurs réactions, et les stratégies d'adaptation nécessitent de l'encadrement et, grâce au soutien tant individuel qu'organisationnel, elles peuvent constituer un facteur pour améliorer la sécurité des patients.

## INTRODUCTION :

L'erreur est humaine et des erreurs peuvent se produire, peu importe les tâches.<sup>1</sup> Dans certains domaines, comme les soins de santé, les résultats d'une erreur peuvent être

incroyablement dommageables et même fatales.<sup>2</sup> Une erreur se définit comme le fait de ne pas terminer une activité intellectuelle ou physique prévue, effectuée dans le but d'obtenir des résultats escomptés et lorsqu'il est impossible de lier la défaillance à la chance.<sup>2,3</sup> Les erreurs médicales peuvent être définies de deux façons : une erreur est un geste involontaire placé par négligence; ou une action qui ne produit pas le résultat désiré en pratique médicale. En d'autres termes, c'est un manquement aux devoirs ou la perpétration par erreur d'un geste de planification ou d'administration qui produit véritablement ou potentiellement des résultats indésirables.<sup>3,4</sup>

En 2008, le coût total des erreurs médicales mesurables se chiffrait à 19,5 milliards de dollars aux États-Unis.<sup>4</sup> Des renseignements détaillés ne sont pas disponibles pour l'Iran. Les erreurs se produisant dans le système de soins de santé engendrent des coûts à la fois mesurables et non mesurables. Parmi les coûts mesurables, notons : des coûts en soins de santé, des coûts juridiques et un taux de mortalité plus élevé. D'autre part, parmi les coûts non mesurables, notons : la douleur et la souffrance à long terme ressentie par le patient.<sup>4,5</sup>

De nombreux patients continuent de se faire blesser ou ne survivent pas à leur intervention en raison d'erreurs médicales, et ce, malgré le développement considérable de la technologie et des compétences en soins de santé.<sup>5</sup> De plus, les erreurs peuvent survenir, peu importe les compétences pratiques du fournisseur de soins de santé.<sup>5,6</sup> Prévenir les erreurs n'est pas aussi simple et ne consiste pas seulement à tirer des leçons des expériences passées.<sup>1</sup> Dans une étude menée auprès de 393 infirmières du personnel hospitalier de l'Université de la Pennsylvanie, 30 % des infirmières ont signalé avoir commis au moins une erreur en 28 jours.<sup>7</sup> Le taux d'erreurs en Iran n'est déterminé, mais il semble être semblable à celui des autres pays.<sup>5,8</sup> Par exemple, Joolaei et coll. ont examiné les rapports des infirmières liés aux erreurs de médicaments et ces derniers ont indiqué que les infirmières avaient commis, en moyenne, 19,5 erreurs au cours des trois mois à l'étude.<sup>9</sup>

Entre-temps, l'une des zones les plus importantes d'un hôpital où surviennent différents types d'erreurs, y compris des erreurs médicales, des erreurs en soins infirmiers et des erreurs de médication, est la salle d'opération. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales de la Suède a estimé que, chaque année, environ 100 000 patients étaient touchés par des blessures évitables et que la moitié de ces blessures s'étaient produites lors d'interventions chirurgicales invasives.<sup>3</sup> Les résultats d'études effectuées dans 10 des 15 pays du Moyen-Orient ont indiqué que le taux d'erreurs médicales variait de 7,1 % à 90,5 % pour la rédaction d'ordonnances et de 9,4 % à 80 % pour l'administration des médicaments d'ordonnance.<sup>10</sup>

Dans une étude menée par Khalooei et coll., les conditions de sécurité des patients en salle d'opération étaient signalées

### Did you know ?

**D**r. William Wayne Babcock (1872-1963), an American surgeon, developed the Babcock technique: extirpation of the saphene vein. He designed several surgical instruments which are still used today in laparoscopic surgery.

### Saviez-vous ?

**L**e Dr. William Wayne Babcock (1872-1963), chirurgien américain, a développé la technique Babcock: extirpation de la veine saphène. Il a conçu plusieurs instruments chirurgicaux qui s'utilisent encore aujourd'hui dans la chirurgie laparoscopique.

#### ENDOSCOPIC INSTRUMENTS ENDOSCOPIE

**Dismantable - Démontable**  
**Monopolar - Monopolaire**  
**Rotatable - Rotatif**  
Ø 5mm or/ou 10mm  
35cm or/ou 45cm



Large choice of inserts  
Grand choix d'inserts



#### BARIATRIC SURGICAL INSTRUMENTS CHIRURGIE BARIATRIQUE



**HYDRA.22**  
With LC1 and LC2  
Avec LC1 et LC2



**ARH.22**  
With Medium Nathanson Liver Retractor  
Avec crochet Nathanson moyen

Contact us for your all laparoscopic instruments needs  
Contactez-nous pour tous vos besoins en instrumentation laparoscopiques



1273, St-Louis, Terrebonne, QC,  
J6W 1K6, Canada  
T : 450.471.1379 • 1.800.361.1502  
F : 450.471.1030  
**instrumentarium-online.com**  
**info@instrumentarium-online.com**

## LES REACTIONS DES INFIRMIERES (SUITE)

Tableau 1 : Définition du terme « erreurs infirmières » par les sujets et perception des causes

N'est pas d'accord		Neutre		Est d'accord		Choix du sondage
Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	ERREUR INFIRMIÈRE
10,5	16	7,2	11	82,4	126	Technique stérile non respectée
13,1	20	5,9	9	81	124	Comptes erronés de compresses chirurgicales
13,1	20	8,5	13	78,4	120	Comptes erronés d'instruments chirurgicaux
14,4	22	11,8	18	73,9	113	Oubli d'un corps étranger dans le patient
17,6	27	9,8	15	72,5	111	Positionnement inapproprié du patient
13,1	20	14,4	22	72,5	111	Diagnostic incorrect du patient
16,3	25	12,4	19	71,20	109	Sélection incorrecte du site chirurgical
16,3	25	12,4	19	71,2	109	Utilisation inappropriée des plaques dispersives pour électrochirurgie
11,8	18	18,3	28	69,9	107	Utilisation incorrecte de l'équipement
13,1	20	17,6	27	69,3	106	Calcul incorrect des doses de médicaments
13,1	20	20,9	32	66	101	Manque de connaissances concernant l'allergie d'un patient
21,6	33	16,3	25	62,1	95	Pénurie d'équipement approprié
26,1	40	14,4	22	59,5	91	Site chirurgical inconnu
20,9	32	26,1	40	52,9	81	Côté du site chirurgical inconnu
19	29	32	49	49	75	Réaction du patient au sang ou produits sanguins
						RAISON DE L'ERREUR
2	3	5,26	8	92,8	142	Fatigue
3,9	6	6,5	10	89,5	137	Information incorrecte ou insuffisante
5,2	8	5,9	9	88,9	136	Distraction
5,9	9	5,9	9	88,2	135	Manque de concentration
6,5	10	5,2	8	88,2	135	Pénurie de personnel
5,9	9	6,5	10	87,6	134	Devait accomplir différentes tâches simultanément
9,8	15	7,2	11	83	127	Manque d'instruments et d'équipement appropriés
5,9	9	12,4	19	81,7	125	Ne connaissait pas bien l'intervention
9,2	14	9,8	15	81	124	Ne respectait pas les normes des interventions
3,3	5	15,7	24	81	124	Manque d'orientation professionnelle
5,9	9	15,7	24	78,4	120	Mauvaise prise de décision
6,5	10	19	29	74,5	114	Erreur d'évaluation de la situation
8,5	13	17,6	27	73,9	113	N'a pas porté attention aux signes d'avertissement
3,9	6	22,2	34	73,9	113	Erreur causée par une faille du système
15	23	12,4	19	72,5	111	Mauvaise communication entre les membres de l'équipe chirurgicale
7,8	12	21,6	33	70,6	108	A agit par obligation
15,7	24	19	29	65,4	100	Prise de décision rapide
8,5	13	29,4	45	62,1	95	S'est fiée au jugement des autres
19	29	19,6	30	61,4	94	Supervision insuffisante des gestionnaires
13,1	20	35,9	55	51	78	N'a pas respecté les politiques de l'hôpital
5,9	9	12,4	19	40,5	62	Responsabilité des autres membres de l'équipe

comme étant inappropriées à 33,3 %.<sup>11</sup> L'étude de Gorji et coll. a, quant à elle, signalé qu'entre la moitié et les deux tiers des erreurs médicales survenaient dans les salles d'opération et les salles d'urgence des hôpitaux et que plus de la moitié de ces erreurs étaient considérées comme évitables.<sup>12</sup> L'environnement de la salle d'opération peut, par conséquent, être un bon endroit pour étudier la réaction face aux erreurs infirmières.

Les infirmières contribuent à la sécurité des patients par le biais de leurs pratiques, en reconnaissant les erreurs et en s'efforçant de réduire les complications causées par les erreurs. En raison de leur rôle, leurs réactions face aux erreurs ont également un impact.<sup>8</sup> Les infirmières constituent souvent la première ligne de défense lorsqu'il est question d'erreurs cliniques.<sup>13</sup> Il est généralement convenu qu'afin de prévenir les erreurs, nous devons les reconnaître et avoir un plan avant de prendre les mesures nécessaires pour prévenir les écarts et les erreurs futurs.<sup>14</sup> Le manque d'études liées à la réaction des infirmières face aux erreurs a incité les chercheurs à mener la présente étude dans le but d'étudier les réactions des infirmières face aux erreurs infirmières et les actions qui en découlent dans les salles d'opération des hôpitaux universitaires de l'Université des sciences médicales du Kurdistan.

## MÉTHODES :

Menée sous forme d'étude transversale descriptive de février à août 2014. La population étudiée se composait d'infirmières salariées travaillant dans les salles d'opération des hôpitaux universitaires de l'Université des sciences médicales du Kurdistan, et 153 sur possiblement 170 infirmières ont participé à l'étude.

Les données ont été recueillies à l'aide du « Questionnaire à l'intention des infirmières en soins périopératoires » qui devait être rempli par auto-évaluation. Le questionnaire de cinq pages contient des données démographiques (sexe, âge, éducation,

emploi occupé, etc.), puis recueille de l'information sur la définition d'erreur pour les infirmières (15 questions), sur les causes des erreurs survenues (10 questions), sur leurs stratégies d'adaptation face aux erreurs (16 questions) et sur les résultats (15 questions). Suite à la rédaction du questionnaire, ce dernier a été traduit et distribué à 10 personnes qui ont fourni leur rétroaction quant à la validité et au respect apparent et de contenu. Les commentaires ont été compilés et les changements nécessaires ont été apportés au questionnaire avant qu'il ne soit distribué. Sa fiabilité a été évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach, en se servant des réponses de 20 infirmières, et le résultat était de 0,89.

Les questionnaires ont été distribués à 170 sujets et 153 questionnaires ont été remplis et retournés. Après avoir entré les données de recherche dans la version 16.0 du logiciel SPSS, les données ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives (fréquence, signification, écart-type et variables de l'étude. La définition d'erreur, le type d'erreur, les causes des erreurs survenues et les réactions face aux erreurs ont également été analysés.

## RÉSULTATS :

Les résultats de l'étude indiquent que 66,7 pour cent des sujets étaient des femmes et que 60,1 pour cent d'entre elles étaient mariées. L'âge moyen des sujets était de 33,32±10,16. Quant au niveau d'éducation des sujets, 39,2 pour cent possédaient un diplôme d'études en sciences, 53,6 pour cent un baccalauréat en sciences infirmières (B.Sc.Inf.) et 7,2 pour cent une maîtrise en soins infirmiers (M.S.Inf.). L'expérience de travail moyenne dans leur emploi actuel était de 6,69 ans et l'expérience de travail moyenne en salle d'opération était de 8 ans.

Les conclusions ont démontré que les énoncés « technique stérile non respectée » (82,4 pour cent), « comptes erronés de compresses chirurgicales » (81 pour cent), « comptes erronés d'instruments

Les infirmières contribuent à la sécurité des patients par le biais de leurs pratiques, en reconnaissant les erreurs et en s'efforçant de réduire les complications causées par les erreurs.

---

chirurgicaux » (78,4 pour cent) et « oublié d'un corps étranger dans le patient » (73,9 pour cent) ont été sélectionnés comme les plus courants selon leur expérience.

Les infirmières ont signalé que les principales causes d'erreurs infirmières en salle d'opération étaient la « fatigue » (92,8 pour cent), « l'information incorrecte ou insuffisante » (89,5 pour cent), « les distractions » (88,9 pour cent), « le manque de concentration » (88,2 pour cent) et « le manque de personnel » (88,2 pour cent). Consulter le Tableau 1.

L'information sur les réactions des infirmières face aux erreurs infirmières en salle d'opération a été recueillie à partir de trois aspects : les réactions émotives après que l'erreur se soit produite; l'adaptation au fait qu'une erreur se soit produite et le résultat des réactions face à l'erreur. Les conclusions ont démontré que les réactions émotives les plus vécues étaient « bouleversée d'avoir blessé le patient » (85,6 pour cent), « se sent coupable » (83,7 pour cent), « fâchée contre soi-même » (69,3 pour cent) et « se sent gênée » (67,3 pour cent). Consulter le Tableau 2.

En ce qui a trait à la façon dont les infirmières font face à une erreur, la réaction la plus signalée était « prendre la décision de faire mieux la prochaine fois » qui a été cochée par 97,7 des participantes à l'étude. Parmi les autres réactions d'adaptation courantes, notons : « empêcher que ces sentiments n'influencent mes autres tâches » (86,9 pour cent), « intensifier mes efforts pour effectuer mes tâches » (86,9 pour cent), « développer un nouveau plan et le suivre la prochaine fois » (85,6 pour cent) et « s'excuser » (79,7 pour cent). Consulter le Tableau 3.

Les résultats les plus signalés en réaction aux erreurs infirmières étaient « porter plus d'attention aux détails » (98 pour cent), « écouter les patients plus attentivement » (95,4 pour cent), « suivre plus soigneusement les lignes directrices et les procédures » (94,1 pour cent), « rédiger plus minutieusement les dossiers des patients » (93,5 pour cent)

et « mieux surveiller les patients » (92,8 pour cent). Consulter le Tableau 4.

### DISCUSSION :

Cette étude a obtenu une précieuse rétroaction de la part des infirmières relativement aux causes perçues et aux réactions face aux erreurs.

Dans l'étude de Khalooei et coll., 33,3 pour cent des conditions de sécurité des patients ont été jugées comme inappropriées.<sup>11</sup> Dans l'étude de Gorji et coll., il a été mentionné qu'entre la moitié et les deux tiers des erreurs médicales survenaient dans les salles d'opération et les salles d'urgence des hôpitaux et que plus de la moitié de ces erreurs étaient considérées comme évitables.<sup>12</sup> Par conséquent, les salles d'opération fournissent un environnement d'étude idéal pour obtenir les réactions des infirmières et la reconnaissance de ces réactions peut être utilisée pour les prévenir à l'avenir.

L'un des facteurs importants pour empêcher que des erreurs surviennent a toujours été l'identification de leur cause.<sup>15</sup> Les infirmières ayant participé à cette étude ont suggéré que la « fatigue » était la cause la plus importante d'erreurs infirmières en salle d'opération. De nombreux chercheurs ont démontré la relation entre la fatigue et les erreurs cliniques.<sup>16,17</sup> La fatigue peut avoir un impact sur l'état émotif et physique de la personne, ce qui peut avoir des effets négatifs sur son rendement et engendrer ainsi des erreurs.<sup>18</sup> Une prise de conscience de cet élément par les chefs et les superviseurs de services ainsi que le fait d'y accorder priorité pourraient avoir des répercussions sur la sécurité des patients.

« L'information incorrecte ou insuffisante », « les distractions », « le manque de concentration » et « la pénurie de personnel » ont été signalés comme les causes les plus courantes d'erreurs infirmières en salle d'opération.

Il a été proposé que le manque de connaissances chez les fournisseurs de soins de santé était la cause la plus répandue pour les erreurs médicales.<sup>19</sup>

Par conséquent, si les infirmières considèrent le manque d'information suffisante comme la cause de quelques-unes de leurs erreurs, les superviseurs devraient donc s'assurer que les infirmières possèdent les connaissances et l'expérience nécessaires dans le domaine des salles d'opération avant de déterminer le lieu de travail des infirmières. De plus, des évaluations périodiques de ces connaissances devraient être effectuées et il pourrait être utile d'offrir régulièrement de la formation.

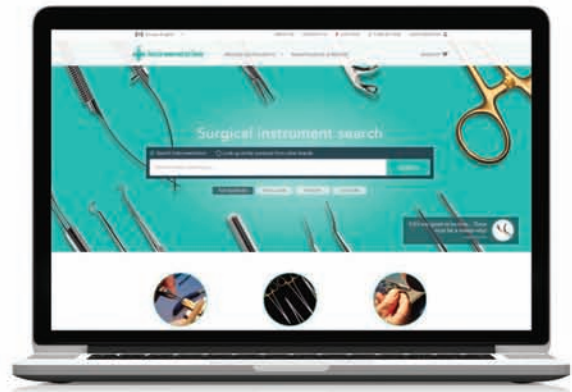
Différents facteurs peuvent causer de la « distraction » et « un manque de concentration », ces derniers doivent donc faire l'objet de davantage de recherches afin d'être utiles. Les distractions peuvent, quant à elles, être causées par des problèmes personnels ou des problèmes organisationnels. Chaque personne fait face à des enjeux uniques qui peuvent influencer son niveau de rendement.<sup>20</sup> Le fait de surveiller et d'identifier les facteurs distrayants pourrait être bénéfique, que ce soit d'un point de vue personnel ou en raison d'un problème systémique/organisationnel, étant donné que les distractions et les interruptions de travail peuvent nuire à la concentration et générer de véritables erreurs.<sup>21</sup>

Les réponses des infirmières ont également signalé que le manque de personnel était un facteur clé causant des erreurs infirmières en salle d'opération. Des études ont démontré que les infirmières, dans l'ensemble, avaient une charge de travail plus lourde en raison des problèmes d'effectifs.<sup>22</sup> C'est un problème général, mais il doit cependant être abordé au niveau local. Le défi repose sur les gestionnaires des soins infirmiers et les chefs de service qui doivent trouver des façons de gérer ce problème dans l'environnement actuel du système de soins de santé.

Les infirmières peuvent avoir différentes réactions face aux erreurs infirmières qui peuvent elles-mêmes dépendre de différents facteurs et varier selon le type d'erreur.<sup>23</sup> Dans l'étude de Celopas et coll., les erreurs hypothétiques ont été divisées en différentes catégories par les infirmières et les réactions différaient selon chaque catégorie.<sup>24</sup> Becker a démontré que les infirmières possèdent des points de repère afin de prendre des décisions au sujet des erreurs et que certaines d'entre elles peuvent être considérées comme des erreurs ou non selon les infirmières.<sup>25</sup> Les conclusions de l'étude ont suggéré que les réactions émotives les plus importantes ressenties par les infirmières après qu'une erreur se soit produite en salle d'opération étaient « bouleversée d'avoir blessé le patient », « se sent coupable », « fâchée contre soi-même » et « se sent gênée ». Toutes les réactions émotives des infirmières peuvent influencer leur comportement après qu'une erreur soit survenue.

Dans l'étude de Chard (2010), la responsabilité ressentie envers la blessure occasionnée au patient déterminait la perception des infirmières en salle d'opération face à l'erreur. Il a été signalé dans cette étude que lorsque les infirmières ne parlaient pas de l'erreur, c'était

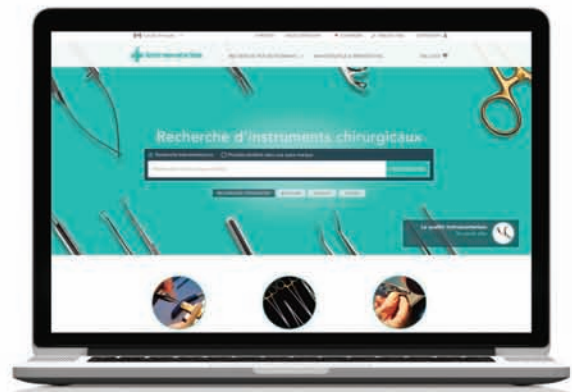
instrumentarium-online.com



**A**ll throughout the development of our website, our goal has been to create a work tool that is simple, efficient and complete.

This tool has been produced for you, to provide judicious advice, a complete listing of instruments, suggestions, alternate options, and of course, a direct link to our customer service department.

The more you use it, the more it'll become your favourite. Enjoy your visit!



**T**out au long du développement de notre site internet, nous avons eu comme objectif de réaliser un outil de travail simple, efficace et complet.

Il a été fait pour vous afin de vous fournir des conseils judicieux, une liste exhaustive d'instruments, des suggestions, des choix alternatifs et bien sûr un lien direct avec notre service à la clientèle.

Plus vous l'utiliserez plus vous en ferez votre favori. Bonne visite!



1273, St-Louis, Terrebonne, QC,  
J6W 1K6, Canada  
T : 450.471.1379 • 1.800.361.1502  
F : 450.471.1030  
**instrumentarium-online.com**  
**info@instrumentarium-online.com**

Tableau 2 : Réactions émotives des sujets face aux erreurs

N'est pas d'accord		Neutre		Est d'accord		Choix du sondage
Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	
6,5	10	7,8	12	85,6	131	Bouleversée d'avoir blessé le patient
8,5	13	7,8	12	83,7	128	Se sent coupable
26,1	40	4,6	7	69,3	106	Fâchée contre soi-même
18,3	28	14,4	22	67,3	103	Se sent gênée
22,9	35	26,1	40	51	78	Croit avoir fait la bonne chose
30,7	47	22,2	34	47,1	72	Peur des réactions des autres
32,7	50	23,5	36	43,8	67	Fâchée contre les autres membres de l'équipe
34,6	53	26,1	40	39,2	60	Se sent déprimée
39,2	60	23,5	36	37,3	57	Se sent inefficace
77,8	119	11,8	8	10,5	16	Nonchalante et froide

Dans l'étude de Chard (2010), la responsabilité ressentie envers la blessure occasionnée au patient déterminait la perception des infirmières en salle d'opération face à l'erreur.

principalement parce que l'erreur n'avait pas causé de blessures au patient.<sup>1</sup> Généralement, après avoir fait face à une erreur, le personnel de soins de santé de n'importe quel domaine ressent une gamme complète de sentiments, comme de la culpabilité, du doute envers soi-même, de la gêne, de la déception, du blâme envers soi-même, un sentiment d'incompétence et de peur. Si l'infirmière est responsable d'une erreur dommageable, elle peut souffrir d'insomnie, d'une réduction de la satisfaction que lui apporte son travail et d'anxiété envers les autres patients si une autre erreur venait à se produire.<sup>26</sup> Par conséquent, les sentiments après qu'une erreur se soit produite peuvent avoir différents effets sur la vie personnelle et professionnelle des travailleurs de la santé. Dans l'étude de West et coll., ces derniers ont signalé que les effets émotifs que causent les erreurs peuvent mener à une réduction de la qualité de vie des médecins.<sup>27</sup> Ces sentiments peuvent se poursuivre durant des mois ou des années et engendrer un stress considérable.<sup>26</sup>

Les questionnaires des soins infirmiers devraient, en plus de s'efforcer de réduire les causes et les effets des erreurs, être conscients des sentiments des infirmières et leur fournir du soutien psychologique. Les questionnaires des soins infirmiers peuvent développer un système de consultation afin d'appuyer

les fournisseurs de soins de santé ayant été impliqués dans une erreur. Ces systèmes de consultation peuvent être officiels ou plus informels, par le biais d'autres collègues. Une partie de ce soutien implique le développement d'une culture d'acceptation dans les domaines où les risques qu'une erreur survienne sont présents. Tous les systèmes de consultation qui offrent du soutien devraient se faire conseiller par des personnes compétentes en matière de questions juridiques.<sup>28</sup> De plus, les conclusions ont démontré que « prendre la décision d'adopter une meilleure approche des tâches la prochaine fois » était l'objectif le plus important que les infirmières se promettaient de mettre en application après qu'une erreur se soit produite. Le fait d'« empêcher que ces sentiments n'influencent les autres tâches », d'« intensifier les efforts pour effectuer les tâches » et de « développer un nouveau plan et le suivre la prochaine fois » étaient les autres moyens utilisés par les infirmières pour faire face aux erreurs survenues en salle d'opération.

Il est évident que le fait de réduire la possibilité que des erreurs se produisent à nouveau en offrant du soutien et de la formation aux personnes ayant été impliquées dans une erreur chirurgicale peut fournir les bases pour l'amélioration de la sécurité des patients. L'étude menée par Nikhbakht Nasrabadi et coll. a suggéré que les

Tableau 3 : Réactions des sujets face aux erreurs

N'est pas d'accord		Neutre		Est d'accord		Choix du sondage
Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	
0,7	1	2	3	97,7	149	A pris la décision d'adopter une meilleure approche des tâches la prochaine fois
3,3	5	9,8	15	86,9	133	A intensifié ses efforts pour effectuer ses tâches
4,6	7	8,5	13	86,9	133	A développé un nouveau plan et le suivra la prochaine fois
1,3	2	13,1	20	85,6	131	S'est excusée
5,9	9	14,4	22	79,7	122	Espère que la situation se réglera ou qu'elle ne se produira pas à nouveau
3,3	5	19,6	30	77,1	118	Éprouve de la sympathie et comprend les sentiments des autres
10,5	16	15	23	74,5	114	A parlé aux autres de ses sentiments
13,1	20	15,7	24	71,2	109	Auto-critique et culpabilité
25,5	39	10,5	16	64,1	98	A demandé du soutien ou des conseils d'un ami
16,3	25	25,5	39	58,2	89	Est devenu obsédée par la possibilité d'erreurs futures
19,6	30	22,9	35	57,5	88	Est fatiguée de garder ses sentiments pour soi-même
30,1	46	31,4	48	38,6	59	A essayé d'oublier l'incident
43,8	67	17,6	27	38,6	59	Essaie d'empêcher les autres de se rendre compte de la portée de l'erreur ou de ses résultats
37,3	57	29,4	45	33,3	51	Évite les situations difficiles
77,8	119	11,8	18	10,5	16	Se comporte comme si de rien n'était

Il est évident que le fait de réduire la possibilité que des erreurs se produisent à nouveau en offrant du soutien et de la formation aux personnes ayant été impliquées dans une erreur chirurgicale peut fournir les bases pour l'amélioration de la sécurité des patients.

infirmières essayaient d'assurer le succès et de prévenir les erreurs en améliorant leur rendement en matière d'interventions, en mettant à jour leurs connaissances et en communiquant avec leurs collègues quant au statut du patient ou concernant le risque d'erreur.<sup>29</sup>

Les réponses des infirmières à la question sur leur façon de réagir suite à une erreur infirmière étaient : « porter plus d'attention aux détails », « écouter les patients plus attentivement », « suivre plus soigneusement les lignes directrices et les procédures », « rédiger plus minutieusement les dossiers des patients » et « mieux surveiller les patients ». Ces réactions mèneront tout naturellement à la prévention d'erreurs futures. Il est peu probable que les erreurs puissent être complètement éliminées des professions en soins de santé. Les professionnels de

la santé doivent donc se concentrer sur les meilleurs systèmes possible qui leur permettront de les réduire.<sup>30</sup> De plus, il semble que des facteurs contributifs soient personnels, par exemple : l'inattention, le manque de motivation, l'insouciance, la négligence et l'inadvertance.<sup>13</sup> Les gestionnaires des soins infirmiers devraient donc s'efforcer d'accroître la motivation des infirmières et leur sentiment de fierté dans leur travail. Selon certaines études, une hausse de la motivation peut aussi contribuer à une augmentation des résultats sécuritaires.<sup>15,28,29</sup>

L'une des meilleures façons de détecter et de prévenir les erreurs potentielles est de bien surveiller les patients.<sup>31</sup> Ainsi, il est recommandé d'offrir des cours de perfectionnement professionnel au sujet des complications découlant des erreurs dans les services de soins intensifs.

Tableau 4 : Résultats des réactions face aux erreurs des sujets

Disagree		Neutral		Agree		Survey Choices
Percentage	Number	Percentage	Number	Percentage	Number	
1.3	2	0.7	1	98	150	Paying more attention to detail
1.3	2	3.3	5	95.4	146	Listening to patients more carefully
1.3	2	4.6	7	94.1	146	Following guidelines and procedures more accurately
0	0	6.5	10	93.5	143	Keeping better patient records
0.7	1	6.5	10	92.8	142	Better monitoring of patients
1.3	2	7.2	11	91.5	140	Asking colleagues about their actions in the same situation
2	3	7.8	12	90.2	138	More accurate reading of patient charts
10.5	16	17.6	27	71.9	110	Looking for the advice of others
32	49	24.8	38	43.1	66	Working more slowly and carefully
28.1	43	34	52	37.9	58	Being more worried
44.4	68	20.3	31	35.3	54	Avoiding similar patients, procedures, or both
33.3	51	35.3	54	31.4	48	Less trust in others' capabilities
54.9	84	20.9	32	24.2	37	Trying to hide error as much as possible
59.5	91	19.6	30	20.9	32	Less self-confidence at work
64.7	99	14.4	22	20.9	32	Thinking about leaving the job

L'une des meilleures façons de détecter et de prévenir les erreurs potentielles est de bien surveiller les patients.<sup>31</sup>

Parmi les limites de la présente étude se trouvaient les concepts définis d'une erreur et les causes présélectionnées pour les erreurs. Les infirmières avaient peut-être d'autres raisons à indiquer qui n'étaient pas présentes sur la liste de choix remise aux participantes à l'étude. De plus, une autre limite de cette étude, et d'autres études traitant des erreurs, est que les résultats peuvent être déformés par la bonne volonté des participants (ou leur manque de bonne volonté) d'admettre leurs erreurs et leurs préoccupations pour préserver leur vie privée/confidentialité. Ainsi, il est proposé de mener une étude plus vaste relativement aux erreurs infirmières et aux réactions des infirmières face aux erreurs, en se servant d'une gamme plus large de questions et de réponses de recherche. Une enquête plus approfondie sur les outils de soutien possible mis à la disposition des infirmières afin que ces dernières puissent réduire les erreurs serait également souhaitable.

#### CONCLUSION :

Les conclusions de la présente étude ont démontré que les infirmières en salle d'opération sont capables de reconnaître les erreurs en salle d'opération ainsi que leurs causes. L'information recueillie suggère qu'il serait bénéfique pour les infirmières qu'il y ait davantage de soutien de la part de la direction afin d'améliorer la sécurité des patients. Les infirmières ont besoin de soutien après qu'une erreur se soit produite, mais elles ont également besoin de trouver des façons de prévenir les erreurs futures.

#### RÉFÉRENCES :

1. Chard R., How perioperative nurses define, attribute causes of, and react to intraoperative nursing errors, *AORN Journal*, 2010;91(1):132-45.
2. Mansouri A, Ahmadvand A, Hadjibabaie M, Kargar M, Javadi

**Remerciements :**

Ce projet de recherche n'aurait pu être possible sans le soutien des infirmières en salle d'opération. Les auteures tiennent à faire part à tous les participants de leur reconnaissance.

- M, Gholami K., Types and severity of medication errors in Iran, *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2013;21:49-59.
3. Goras C, Wallentin FY, Nilsson U, Ehrenberg A., Swedish translation and psychometric testing of safety attitudes questionnaire (operating room version), *BMC Health Services Research*, 2013;13(104):1-7.
  4. Shreve J, Bos JVD, Gray T, Halford M, Rustagi K, Ziemkiewicz E., The Economic Measurement of Medical Errors, *Society of Actuaries (SOA) Health Section*, 2010;June:1-15.
  5. Hashemi F, Nasrabadi AN, Asghari F., Factors associated with reporting nursing errors in Iran: a qualitative study, *BMC Nursing*, 2012;11:20.
  6. Hashemi F., Ethical response to nursing error, *Med Ethics History Med*, 2008;1(4):31-45.
  7. Balas MC, Scott LD, Rogers AE., The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses, *Applied Nursing Research*, 2004; 17(4):224-30.
  8. Henneman EA, Roche JP, Fisher DL, Cunningham H, Reilly CA, Nathanson BH, et al., Error identification and recovery by student nurses using human patient simulation: opportunity to improve patient safety, *Appl Nurs Res*, 2010;23(1):11-21.
  9. Joolae S, Hajibabae F, Peyrovi H, Haghani H, Bahrani N., The relationship between incidence and report of medication errors and working conditions, *Int Nurs Rev*, 2011;58(1):37-44.
  10. Alsulami Z, Conroy S, Choonara I., Medication errors in the Middle East countries: A systematic review of the literature, *Eur J Clin Pharmacol*, 2013; 69:995-1008.
  11. Khalooei A, Rabori MM, Nakhaee N., Safety condition in Hospitals Affiliated to Kerman University of Medical Sciences, 2010, *Journal of Health & Development*, 2013;2(3):192-202.
  12. Gorji HA, Ravaghi H, Pirouzi M, Mansourzade A., Utilizing integrated prospective and retrospective risk analysis method on general processes patient flow in operating room in Seyed Alshohada Hospital in Semirrom, Iran, *Health Inf Manage*, 2013;10(3):1-10.
  13. Reason J., Human error: models and management, *BMJ*, 2000;320:768-70.
  14. Treiber L, Jones HJ., Medication errors, routiens, and differences between perioperative and non-perioperative nurses, *AORN Journal*, 2012;96(3):285-94.
  15. Schwappach DL, Boluarte TA., The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability, *Swiss Med Wkly*, 2009;139(1):9-15.
  16. Barker LM, Nussbaum MA., The effects of fatigue on performance in simulated nursing work *Ergonomics*, 2011;54(9):815-29.
  17. Maiden J, Georges JM, Connelly CD., Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses, *Dimens Crit Care Nurs*, 2011;30(6):339-45.
  18. Barker LM, Nussbaum MA., Fatigue, performance and the work environment: a survey of registered nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 2011 67(6):1370-82.
  19. Naylor R., *Medication Errors: Lessons for Education and Health care*, Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd; 2002. 333 p.
  20. Brady AM, Malone AM, Fleming S., A literature review of the individual

and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice, *J Nurs Manag*, 2009;17(6):679-97.

21. Anderson P, Townsend T., Medication errors: don't let them happen to you, *American Nurse Today*, 2010 5(3):23-37.
22. Carayon P, Alvarado CJ., Workload and patient safety among critical care nurses, *Crit Care Nurs Clin North Am*, 2007;19(2):121-9.
23. Beason L., Ethos and error: how business people react to errors, *College Composition and Communication*, 2001;53(1):33-64.
24. Cleopas A, Villaveces A, Charvet A, Bovier PA, Kolly V, Perneger TV., Patient assessments of a hypothetical medical error: effects of health outcome, disclosure, and staff responsiveness, *Qual Saf Health Care*, 2006;15(2):136-41.
25. Baker HM., Rules outside the rules for administration of medication: a study in New South Wales, Australia, *J Nurs Scholarsh*, 1997;29(2):155-8.
26. White AA, Gallagher TH., After the apology-coping and recovery after errors, *Virtual Mentor*, 2011;13(9):593-600.
27. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al., Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study, *JAMA*, 2006;296(9):1071-8.
28. White AA, Waterman AD, McCotter P, Boyle DJ, Gallagher TH., Supporting health care workers after medical error: considerations for health care leaders, *JCOM*, 2008;15(5):240-7.
29. Nikbakht-Nasrabadi A, Peyravi H, Valiee S., Nurses' strategies in prevention of nursing error recurrence in chronic critical care: A qualitative study, *Chronic Diseases Journal*, 2014;2(2):61-8.
30. Fernandez CV, Gillis-Ring J., Strategies for the prevention of medical error in pediatrics, *J Pediatr*, 2003;143(2):155-62.
31. Montesi G, Lechi A., Prevention of medication errors: detection and audit, *Br J Clin Pharmacol*, 2009;67(6):651-5.

## Comité de révisions

Si vous souhaitez vous joindre au comité de révisions de l'AIISOC, veuillez faire parvenir un courriel à [journal@ornac.ca](mailto:journal@ornac.ca) pour obtenir plus d'information.

**Betty Barrett**, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), gestionnaire du bloc opératoire à l'Hôpital régional Chinook et spécialiste du contenu pour l'élaboration du curriculum du programme de soins périopératoires au Collège Lethbridge, Lethbridge, AB.

**Audrey Cook**, inf., CSP(C), B.Sc.Inf., B.Sc., B.A., infirmière en service général, Hôpital régional South Shore, Bridgewater, N.-É.

**Chris Downey** inf., B.Sc.Inf., CSP(C), M.Sc., IPAC, infirmière première assistante (TP), Hôpital Hotel Dieu, Kingston, ON

**Margaret Farley**, inf., CSP(C), membre du corps enseignant à temps partiel pour le programme de soins périopératoires de l'école polytechnique de la Saskatchewan, Regina, SK.

**Kimberly Ferguson**, inf., B.Sc.inf., IASO, gestionnaire du programme de services chirurgicaux, BC Children's Hospital, Vancouver, C.-B.

**Donna Gramigna**, inf., B.Sc.inf., CSP(C), infirmière clinicienne enseignante au VIHA Regional, Hôpitaux Royal Jubilee et Victoria General, Victoria, C.-B.

**Trudy Hebb**, inf., B.Sc.inf., ICM, CSP(C), chargée de cours pour le programme de soins périopératoires, Registered Nurses Professional Development Centre, Halifax, N.-É.

**Antoniette Labricciosa**, inf., B.Sc.Inf., M.Ed., CSP(C), infirmière en service général, Mount Sinai Hospital et Trillium Health Centre, membre du corps enseignant au Collège Centennial, Toronto, ON.

**Diana Mabbett**, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), TRDM, gestionnaire en chirurgie avec hospitalisation, chirurgie ambulatoire et consultation préadmission, Hôpital Queen Elizabeth II, Grande Prairie, AB.

**Alicia Oucharek**, inf., B.Sc.Inf., M.S.Inf., CSP(C), infirmière en service général –

salle d'opération, Hôpital St. Paul, Saskatoon, SK.

**Karin Page-Cutrara**, inf., M.S.Inf., membre du corps enseignant, École des sciences infirmières, Université York, Toronto, ON.

**Sarah Pelletier**, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), IPAC, Quinte Healthcare Corporation (QHC), Belleville, ON.

**Joan Porteous**, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), (retraîtée) ancienne infirmière enseignante, salle d'opération pour adultes, Health Sciences Centre, Winnipeg, MB.

**Sue Styles**, inf., M.S.Inf., CSP(C), chargée de cours en soins périopératoires, Collège régional Grande Prairie, Grande Prairie, AB.

**Lesia Yasinski**, inf., B.S.Inf., M.Sc.A., gestionnaire des initiatives en soins infirmiers, Winnipeg Regional Health Authority, Winnipeg, MB.

