

L'expérience d'erreur professionnelle chez les infirmières œuvrant dans les unités de soins intensifs adultes: une source de souffrance, mais également de construction identitaire

Mélanie Deslauriers^a, inf., M.Sc., Marie Alderson^b, inf., Ph.D., Chantal Caux^b, Ph.D.
et Lyne St-Louis^c, inf., M.Sc., CISC (C)

^a Infirmière clinicienne aux soins intensifs adultes,

^b Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

^c Infirmière clinicienne spécialisée en soins critiques et chirurgie cardiaque, Hôpital Général Juif

Les infirmières œuvrant aux soins intensifs adultes (SIA) s'acquittent de grandes responsabilités et doivent agir efficacement dans un contexte où l'acuité et la complexité des soins sont très élevées. Par conséquent, les erreurs survenant dans le cadre de cette pratique peuvent être d'une importante gravité (réelle ou potentielle) pour la santé des patients et de leur famille. Il s'avère aussi que ces expériences d'erreur peuvent affecter grandement la santé des infirmières qui les vivent. Cette présente recension d'écrits vise à faire le point sur l'état des connaissances et les enjeux qui concernent l'erreur professionnelle et ses effets sur la santé des infirmières œuvrant aux SIA. Elle vise également à fournir aux infirmières qui vivent des expériences d'erreur des pistes de réflexions et d'interventions favorisant un cheminement de construction identitaire dans la pratique. Le cadre théorique de la psychodynamique du travail est privilégié afin de structurer l'analyse des écrits en termes de sources de souffrance et de construction identitaire au travail, de stratégies d'action et de défense et, finalement, d'interventions et de nouvelles orientations. L'exploration du phénomène d'intérêt au moyen du cadre spécifique de la psychodynamique du travail met en lumière le lien significatif pouvant prévaloir entre l'expérience d'erreur vécue par les infirmières des SIA et la santé de celles-ci.

Mots-clés : erreur dans le domaine de la santé, soins intensifs, soins critiques et santé au travail.

Il apparaît, à travers les écrits consultés, que les expériences d'erreur ont le pouvoir d'affecter grandement les infirmières qui les vivent et leurs effets sur la santé de celles-ci peuvent être considérables (Arndt, 1994a, 1994b, 1994c; Covell & Ritchie, 2009; Crigger & Meek, 2007; Maiden, 2008; Mayo & Duncan, 2004; Meurier, Vincent & Parmar, 1997; Naylor, 2002; Rassin, Kanti & Silner, 2005; Santos, Silva, Munari, & Miasso, 2007; Schelbred & Nord, 2007; Wolf, 1994; Wolf, Serembus, Smetzer, Cohen, & Cohen, 2000). De plus, il semble que les professionnels de la santé soient peu outillés pour gérer les conséquences des erreurs sur leur propre santé et celle de leurs collègues (Crigger & Meek, 2007, Goleman, 1996,

Remen, 1993, Barreto & Kuramoto, 2006, cités dans Santos et al., 2007; Santos et al., 2007). De tels propos soulignent le besoin de documenter et de comprendre l'erreur et ses effets sur la santé des infirmières. Cette présente recension d'écrits vise à faire le point sur l'état des connaissances et les enjeux qui concernent l'erreur professionnelle et ses effets sur la santé des infirmières œuvrant aux SIA. Elle vise également à fournir aux infirmières qui vivent des expériences d'erreur des pistes de réflexions et d'interventions favorisant un cheminement de construction identitaire dans la pratique. Afin de comprendre comment s'articule le phénomène d'intérêt, le contexte relatif à la spécialité des SIA et les spécificités au

Remerciements au Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport, à la Faculté des sciences infirmières et à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal ainsi qu'à l'Hôpital général juif pour leur soutien financier. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mélanie Deslauriers, Hôpital Général Juif, 3755 chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal, Québec, H3T 1E2, local B-305. Courrier électronique : melan_22@hotmail.com

Québec/Canada seront abordés. À l'intérieur de cette section, il sera traité successivement du risque, de l'interception et de l'incidence des erreurs dans la pratique.

Contexte relatif aux SIA et spécificités au Québec/Canada

Dans un environnement hautement technologique qu'est celui des unités des SIA, les infirmières exercent un rôle-clé dans le maintien de la sécurité des soins (Anthony, Wiencek, Bauer, Daly, & Anthony, 2010). La complexité des soins dans les unités des SIA ne cesse de s'accroître dû à l'avancement rapide des technologies, à la condition de santé critique des patients et au rythme accéléré des soins (St-Pierre, Alderson, & St-Jean, 2010). À cela s'ajoute une condition de pénurie infirmière toujours active au sein de ces secteurs spécialisés (Coomber & Bariball, 2007; Desrosiers, 2008; Conseil des infirmières et infirmiers, 2008; Shields & Watson, 2008). De fait, les infirmières des SIA s'acquittent de grandes responsabilités (Iglesias, Vallejo, & Fuentes, 2010) et doivent agir efficacement dans des contextes où le stress est omniprésent (Burgess, Irvine, & Wallymahmed, 2010). Dans un tel contexte, il règne un risque d'erreur plus grand (Henneman, 2007).

Le risque d'erreur

Aux SIA, le risque d'erreur de médicament est effectivement plus élevé dû à l'état de santé critique des patients (Bohomol, Ramos, & D'Innocenzo, 2009). Les multiples prescriptions, la polymédication, la nature aiguë des soins à prodiguer aux patients souffrant de défaillance multiviscérale (Bohomol et al., 2009) conjointement à un environnement où il règne un haut niveau d'activité (Vos, Graafmans, Keesman, Westert, & Voort, 2007) prédisposent à la survenue d'erreurs. L'interdépendance entre les professionnels et la dépendance au bon fonctionnement de l'équipe ont également été relevées comme étant des facteurs prédisposant à l'augmentation du risque d'erreur dans le contexte des SIA (Stockwell & Slonim, 2006).

L'interception des erreurs

Bien que le risque d'erreur soit élevé, les infirmières exercent dans une position privilégiée pour assurer le maintien de la sécurité des soins et participent activement à l'interception des erreurs dans la pratique. Les résultats d'une étude de Balas, Scott et Rogers (2006) de devis mixte menée auprès de 502 infirmières œuvrant en soins critiquesⁱ aux États-Unis révèlent que la vigilance et l'attention des infirmières de soins critiques

permettent d'intercepter plusieurs erreurs avant que celles-ci n'atteignent le patient. Dans un même ordre d'idées, les résultats d'une étude menée par Rothschild et al. (2006) de devis quantitatif par l'entremise d'observations directes (150 heures sur une période de 147 jours répartis sur une année) et la révision des rapports d'incidents dans une unité de soins coronariens de dix lits au sein d'un centre médical tertiaire de 720 lits aux États-Unis mettent également en relief ce rôle. Par extrapolation de leurs résultats, les auteurs évaluent qu'une infirmière intercepterait un peu plus de deux erreurs par quart de travail de huit heures soit plus de 7 300 erreurs interceptées par année pour une unité de soins coronariens de dix lits. De même, dans une étude de devis quantitatif, Dykes, Rothschild et Hurley (2010) ont recruté un échantillon cumulatif de 345 infirmières de soins critiques lesquelles ont estimé, sur une base volontaire, avoir intercepté un nombre de 18 578 erreurs dont près du quart de ces erreurs (4 183) furent évaluées potentiellement létales. En terminant, Henneman et al. (2010) se sont intéressés aux stratégies utilisées par les infirmières de soins critiques pour intercepter les erreurs avant que celles-ci ne surviennent auprès du patient. Elles ont relevé parmi elles le fait d'offrir son aide/superviser lors d'interventions ou de prestations de soins, de rechercher des clarifications et de prendre la parole pour signifier un potentiel élevé d'erreur (Henneman et al., 2010). Bien que plusieurs erreurs puissent être prévenues, certaines continuent toutefois de survenir dans la pratique.

L'incidence des erreurs

Des études réalisées aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie ont noté qu'il peut se produire des événements indésirablesⁱⁱ dans une proportion de 3,7 % à 16,6 % de toutes les hospitalisations et qu'un pourcentage important de ces événements serait évitable (Brennan et al., 1991, Corrigan & Donaldson, 1999, National Health Service, 2000, Wilson et al., 1995, cités dans Association des Infirmières et Infirmiers du Canada & Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto, 2004ⁱⁱⁱ). Plus spécifiquement au Canada, une étude d'envergure de devis rétrospectif a été menée par Baker et al. (2004) dans 20 hôpitaux de cinq provinces différentes à partir des dossiers archivés des usagers afin de connaître le taux d'incidence des événements indésirables pour l'année 2000. Les résultats de cette étude révèlent que 7,5 % des patients ont vécu un événement indésirable ou plus pendant leur séjour dans un hôpital canadien. Parmi ceux-ci, 36,9 % auraient pu être évités. Relativement au contexte des unités des SIA, les études de Osmon et al. (2004) et Rothschild et al.

(2005) mettent en relief le contexte à haut risque des unités de SIA où une augmentation de l'incidence des erreurs a pu être observée.

Bien que plusieurs études se soient intéressées à quantifier l'incidence des erreurs dans la pratique, peu d'études permettent d'évaluer le nombre d'infirmières qui vivent ces expériences d'erreur. Les seuls résultats permettant d'apprécier de façon relative à l'échelle nationale et provinciale la situation actuelle en regard des infirmières ayant vécu des expériences d'erreur de médicaments sont ceux de l'enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier réalisée en 2005 (Statistique Canada & Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2006). Ainsi, en moyenne, 18 % des infirmières au Canada et 27 % des infirmières au Québec ont fait état d'erreurs occasionnelles ou fréquentes de médicaments dans le cadre de leur pratique au cours des 12 mois précédents l'étude (Statistique Canada & ICIS, 2006).

Méthode de la recension des écrits

La recension des écrits a été effectuée à partir des différentes bases de données pertinentes au phénomène étudié soit CINAHL, Medline (PubMed), PsycINFO, ProQuest ainsi qu'Atrium, le répertoire des documents des dix-sept bibliothèques de l'Université de Montréal. Les mots-clés suivants ont été utilisés: erreur dans le domaine de la santé (Health Care Error), soins intensifs (Intensive Care Nursing), soins critiques (Critical Care Nursing) et santé au travail (Occupational Health). Seuls les articles de langues anglaise et française ont été retenus. Tous les articles abordant la thématique des erreurs sans traiter de l'aspect subjectif ou de l'expérience d'erreur et des effets sur la santé des infirmières ont été rejetés, car jugés a priori non pertinents. Comme le phénomène investigué se situe au confluent de plusieurs disciplines, les écrits retenus pouvaient émaner des sciences infirmières, de la psychologie, du droit et de la médecine. Étant donné le traitement relativement récent de ce phénomène dans les écrits scientifiques, aucune restriction de recherche quant aux dates de parution n'a été émise. Les articles obtenus dataient de 1994 à 2011. Au total, 41 documents ont été recensés dont 34 traitant des erreurs tous milieux de soins confondus et sept écrits traitant des erreurs spécifiquement aux SIA. Fait à noter, seulement dix articles, deux thèses de doctorat inédites et un livre traitent de l'expérience d'erreur vécue par les infirmières comme phénomène d'intérêt central. Parmi les écrits recensés, les articles empiriques relatent des études majoritairement d'approche qualitative avec

entrevues semi-structurées ou encore d'approche mixte avec, entre autres, des questionnaires auto-administrés. La plupart de ces recherches sont de niveau exploratoire et descriptif. Dans une perspective d'approche de recherche complémentaire aux bases de données, les sites internet de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), de l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIIC), de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs (ACIISI) ont également été consultés en regard du phénomène à l'étude. Il en a été de même pour le site internet de l'Institut canadien d'information en santé^{iv} (ICIS) ainsi que celui de Statistique Canada.

Définitions des concepts

Faisant le constat qu'aucune définition recensée ne rejoint avec précision l'essence des concepts centraux du phénomène à l'étude, les définitions suivantes ont été élaborées par les auteurs du présent article. D'abord, l'erreur professionnelle fait référence le plus souvent à une déviation par rapport aux normes de pratique établies survenant dans le cadre de l'exercice de l'infirmière. Ensuite, l'expérience d'erreur vécue par l'infirmière renvoie à la dimension subjective de la réalité lorsqu'une erreur survient dans le cadre de sa pratique professionnelle. Finalement, le cheminement de construction identitaire réfère à la démarche opérée par l'infirmière lorsqu'elle transforme la souffrance psychique liée à l'expérience d'erreur en une opportunité de consolidation de son identité.

Cadre théorique: La psychodynamique du travail

Le cadre théorique retenu pour analyser les écrits et structurer la recension est celui de la psychodynamique du travail (PDT) lequel a été développé en France au début des années 1970 par Christophe Dejours, psychiatre et médecin du travail (Dejours, 1980/1993). « Cette approche interdisciplinaire s'intéresse à l'organisation du travail comme source de plaisir et de souffrance au travail ainsi que lieu d'émergence de stratégies défensives permettant aux individus de transiger avec les exigences, les contraintes ou les frustrations associées à leur situation de travail, et ce, afin de demeurer en santé » (Alderson, 2004, p.243). Dans le contexte spécifique d'expérience d'erreur, les sources de plaisir empruntent la voie des sources de construction identitaire; c'est par le biais d'un cheminement en termes de construction identitaire que l'expérience d'erreur peut ouvrir sur un mieux-être au travail et soutenir la santé de l'infirmière. Pour la PDT, l'identité du travailleur est l'armature de sa santé mentale au travail (Dejours,

1993). L'exploration du phénomène de l'expérience d'erreur, sous l'angle de la PDT, porte à considérer le lien significatif existant entre l'organisation du travail de l'infirmière et sa santé mentale (Dejours, 1993).

C'est pourquoi, à travers le cadre de la PDT, les thèmes relatifs à l'expérience d'erreur ont d'abord été regroupés selon leur appartenance à des sources de souffrance et à des sources de construction identitaire au travail. Ensuite, les stratégies relevées ont été classées selon leur appartenance aux stratégies de défense ou d'action^v. Finalement, des interventions et de nouvelles orientations favorisant un cheminement de construction identitaire à travers l'expérience d'erreur ont été dégagées. Ces thèmes émergents ainsi que les sous-thèmes qui s'y rattachent ont été schématisés à la Figure 1.

L'expérience d'erreur professionnelle et ses effets sur la santé des infirmières des SIA

Sources de souffrance

«Sous l'angle de la PDT, la souffrance au travail prend forme à travers un état de mal-être et de lutte pour demeurer dans la normalité et ne pas sombrer dans la maladie» (Alderson, 2004, p.249). À partir des écrits recensés, les sources de souffrance ont été regroupées selon qu'elles référaient à la fragilisation de la santé mentale, à l'atteinte de l'identité, à la menace pour la santé physique, au désarroi moral ainsi qu'à la conciliation difficile entre la culture de perfectibilité et la gestion du volet humain de l'erreur.

Schématisation du phénomène exploré à travers les écrits sous l'angle de la psychodynamique du travail

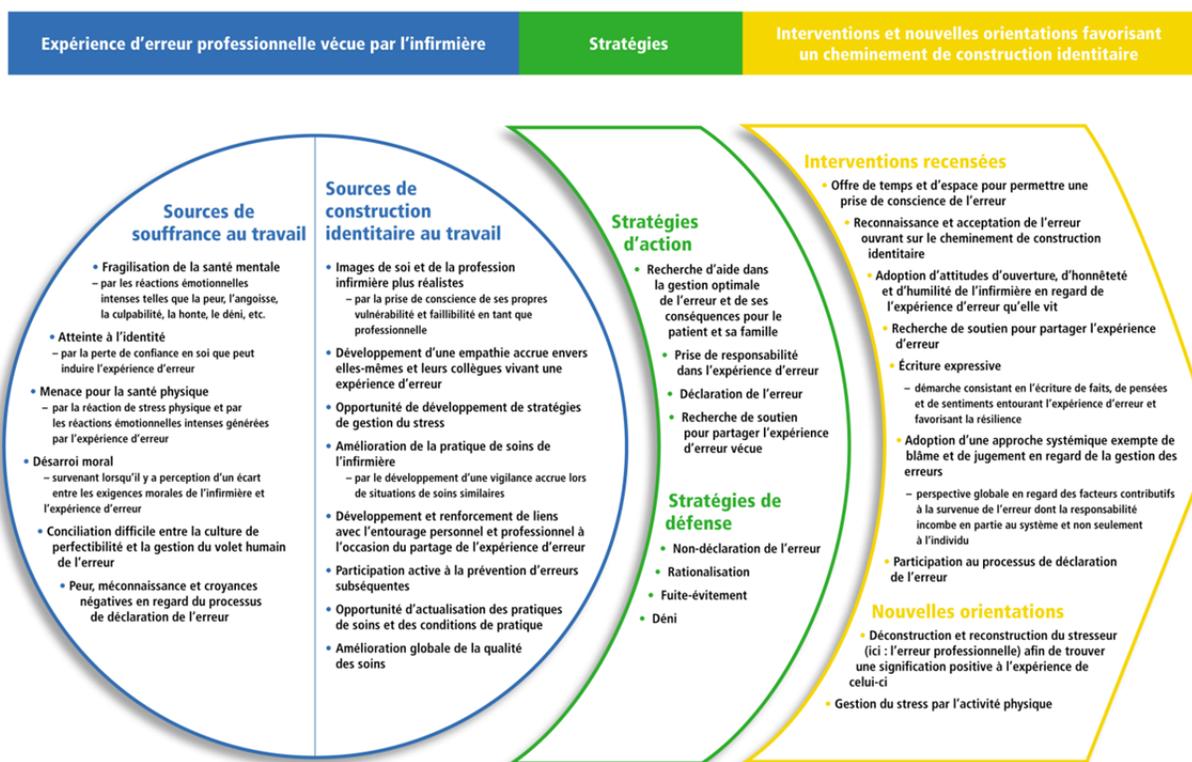


Figure 1. Schématisation du phénomène des erreurs professionnelles et de leurs effets sur la santé des infirmières œuvrant aux SIA sous l'angle de la PDT (Deslauriers, Alderson, Caux & St-Louis, 2012)

Fragilisation de la santé mentale. Sexton et al. (2009) soulignent que les erreurs professionnelles comptent parmi les stressors intenses auxquels sont exposées les infirmières. Une erreur qui survient dans le cadre de l'exercice professionnel de l'infirmière donne lieu à un épisode de grand stress (Rassin et al., 2005) et peut constituer un trauma psychologique et émotionnel (Mayo & Duncan, 2004; Schelbred & Nord, 2007). Lorsqu'il y a prise de conscience de l'erreur, l'incrédulité compte parmi les réactions initiales pouvant survenir chez l'infirmière (Crigger & Meek, 2007; Schelbred & Nord, 2007). Les principales inquiétudes qui surgissent par la suite concernent l'état de santé du patient et les conséquences réelles ou potentielles de l'erreur sur la santé de celui-ci (Covell & Ritchie, 2009; Santos et al., 2007; Wolf et al., 2000; Mayo & Duncan, 2004). Crigger et Meek ([Traduction libre] 2007, p.180) décrivent l'étape de prise de conscience de l'erreur comme « le choc de la réalité » où il y a comparaison de l'erreur et de ses effets avec les idéaux personnels et sociaux; elle se caractérise aussi par des réactions émotionnelles puissantes de peur. Hewitt (2010) souligne également l'atteinte émotionnelle de l'infirmière qui vit une expérience d'erreur. Le fait de commettre une erreur fait surgir chez l'infirmière impliquée une multitude de sentiments négatifs telles la culpabilité, la honte, l'insécurité et la peur (Santos et al., 2007). D'autres auteurs mentionnent une anxiété et un état dépressif (Covell & Ritchie, 2009). Crigger (2004) souligne que cet événement s'accompagne souvent d'angoisse et de souffrance émotionnelle. De plus, les expériences d'erreur peuvent générer une augmentation de l'anxiété au travail (Meurier et al., 1997). Récemment, un lien a été établi entre les expériences d'erreur des infirmières et le développement d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) (Rassin et al., 2005; Schelbred & Nord, 2007). Rejoignant ce propos, les infirmières participantes à l'étude de Rassin et al. (2005) ont mentionné revivre mentalement, en boucle, l'erreur, même des mois après la survenue de l'évènement. Un vécu similaire s'apparentant au SSPT a aussi été relevé par Schelbred et Nord (2007). Quelques infirmières ont mentionné vivre encore de la détresse émotionnelle en lien avec leur expérience d'erreur au-delà de six mois après l'évènement (Rassin et al., 2005). Par ailleurs, l'infirmière est en quelque sorte le dernier chaînon dans l'administration des soins, le maillon le plus près du patient. C'est souvent au cœur de sa pratique que l'erreur, jusque-là potentielle, se concrétise. Ce contexte particulier potentialise la souffrance mentale que l'infirmière peut vivre (Chiericato, Cassiani, & Carvalho, 2002², cités dans Santos et al., 2007).

Atteinte à l'identité. L'atteinte à l'identité professionnelle et personnelle ainsi que la diminution de l'estime de soi de l'infirmière vivant une expérience d'erreur sont largement documentées dans les écrits recensés (Arndt, 1994a, 1994b; Crigger & Meek, 2007; Jones & Treiber, 2010; Mayo & Duncan, 2004). Une recherche qualitative menée par Arndt (1994a) au Royaume-Uni auprès de 12 infirmières ayant vécu une expérience d'erreur de médicament visait à cerner les effets de celle-ci sur l'estime de soi des infirmières. Des expressions telles que le «sentiment d'être dévastée», la «confiance personnelle brisée» et le «sentiment d'abandon de sa propre personne» ont été utilisées par les infirmières participantes pour décrire l'atteinte à l'image de soi ([Traduction libre] Arndt, 1994a, p.28). Plus récemment, dans le cadre d'un sondage réalisé auprès de 775 infirmières lectrices du périodique Nursing, 36% des infirmières ont répondu avoir déjà omis intentionnellement de déclarer une erreur de médicament considérant que cela pourrait porter atteinte à leur image professionnelle et personnelle (Cohen, Robinson & Mandrack, 2003). Il semble que l'atteinte à l'identité de l'infirmière survienne suivant deux mécanismes distincts: à travers le regard critique que l'infirmière porte sur elle-même et à travers le regard que les autres portent sur elle. Enfin, certaines infirmières confient que l'expérience d'erreur a suscité une perte de confiance et une importante détresse en regard de leur capacité à exercer la profession (Arndt, 1994a; Mayo & Duncan, 2004) les menant dans certains cas à remettre en question leur carrière (Jones & Treiber, 2010). **Menace pour la santé physique.** Les émotions négatives intenses telles que celles mentionnées précédemment (la peur, la culpabilité, la honte, etc.) peuvent constituer une menace pour la santé physique (Goleman, 1996, cité dans Santos et al., 2007). Par exemple, il existe une association entre les émotions de colère, d'anxiété et de dépression et les problèmes cardiaques, les troubles gastro-intestinaux et certaines maladies immunitaires (Santos et al., 2007). Dans un même ordre d'idée, la totalité des 20 infirmières participant à l'étude menée par Rassin et al. ([Traduction libre] 2005, p.877) en Israël ont rapporté ressentir une réponse de stress au niveau physique laquelle a été décrite en ces mots «feeling the impulse to fight or flight» soit «une réponse de combat-fuite» et a été ressentie sous forme de tremblements, d'étourdissements et d'épuisement. Toutefois, ces mêmes auteurs soulignent que cette réponse de stress leur a également permis de réagir efficacement suite à l'erreur en assurant un suivi étroit de la condition du patient et en prenant les mesures nécessaires afin de minimiser le danger potentiel pour le patient

(Rassin et al., 2005). Ces résultats rejoignent les propos de Lupien (2010) qui précise que le stress aigu est un mécanisme puissant qui permet de mobiliser l'énergie nécessaire pour combattre la menace. Le stress aigu aurait également un effet considérable sur la mémoire en y gravant de façon permanente les événements hautement stressants (Lupien, 2010). Rejoignant ce fait, nombreux sont les professionnels qui n'oublient jamais leurs expériences d'erreur même après plusieurs années (Arndt, 1994c; Wolf et al., 2000). Finalement, dans une étude réalisée par Covell et Ritchie (2009) dans l'est du Canada, les troubles du sommeil ont été relevés parmi les symptômes physiques survenant chez l'infirmière impliquée dans une erreur de médicament considérée sérieuse. Les troubles du sommeil ont également été relevés même des mois après la survenue de l'erreur (Rassin et al., 2005).

Désarroi moral. Les erreurs survenant dans le cadre de la pratique infirmière pourraient avoir ou ont des conséquences qui vont généralement à l'encontre de l'objectif principal de l'infirmière soit de soigner le patient et sa famille ainsi que de faire le bien sans nuire à la santé (Santos et al., 2007). Elles sont aussi à l'opposé de la formation des infirmières (Arndt, 1994b). En effet, Wolf (1994) mentionne dans son livre portant sur les expériences d'erreur de médicament des infirmières que la bienfaisance et la non-malfaisance sont des principes éthiques centraux de la formation des infirmières. Il arrive que les erreurs génèrent des effets qui vont à l'encontre de ces principes éthiques ce qui peut expliquer pourquoi l'erreur affecte négativement les infirmières (Santos et al., 2007). Finalement, le désarroi moral réfère à une situation où l'infirmière « manque à ses propres exigences en matière d'éthique » (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2003, p.1) et survient lorsqu'il y a perception d'un écart entre les exigences morales de l'infirmière et l'expérience vécue. Elle peut découler, par exemple, d'une erreur de jugement dans la pratique ou de toute autre circonstance totalement hors de sa volonté (Webster & Baylis, 2000). Il y a donc lieu de croire que le désarroi moral puisse être ressenti par l'infirmière qui vit une expérience d'erreur.

Conciliation difficile entre la culture de perfectibilité et la gestion du volet humain de l'erreur. La culture de perfectibilité conçoit les professionnels compétents comme étant capables d'exercer sans commettre d'erreurs et considère la survenue d'erreurs dans la pratique comme étant inacceptable (Smith & Forster, 2000). Rejoignant cette conception, une étude menée par Cohen et al. en 2003 aux États-Unis auprès de 775 infirmières, lectrices du périodique *Nursing*, révélait que 58% des infirmières sondées croyaient que

l'incompétence était la cause principale des erreurs de médicaments. Cette culture de perfectibilité n'offre pas un contexte facilitant la gestion des erreurs professionnelles dans la pratique (Crigger, 2005). Mais encore, il semblerait que cette culture, d'une part, entretienne la peur de commettre une erreur chez les infirmières en général et, d'autre part, potentialise l'angoisse morale de l'infirmière qui vit une expérience d'erreur (Crigger, 2005). Il apparaît que cette culture peut être à l'origine des réactions de blâme de l'entourage à l'endroit de l'infirmière qui vit une expérience d'erreur (Crigger, 2005). Pourtant, tel que souligné par l'Institut canadien pour la sécurité des patients [ICSP] (2008), même les professionnels les plus expérimentés sont à risque de vivre une expérience d'erreur dans le cadre de leur pratique.

Peur, méconnaissance et croyances négatives en regard du processus de déclaration de l'erreur. Bien que les infirmières soient disposées à assumer leur part de responsabilités dans les erreurs (Arndt, 1994b) et croient que la déclaration des erreurs permet d'améliorer la qualité des soins (Covell & Ritchie, 2009), plusieurs études révèlent que les erreurs demeurent sous-déclarées (Chiang, Lin, Hsu, & Ma, 2010; Covell & Ritchie, 2009; Crigger & Meek, 2007; Espin, Wickson-Griffiths, & Lingard, 2010). Une étude de devis qualitatif descriptif a été réalisée par Espin et al. (2010) dans trois hôpitaux canadiens par l'entremise d'entrevues semi-structurées auprès de 37 infirmières de soins intensifs. Cette étude a fait ressortir qu'au moins 81 % des 37 infirmières participantes seraient disposées à déclarer les erreurs par la méthode formelle ou informelle. Comme toute étude qualitative, le but premier ici n'est pas de généraliser les résultats, mais bien de mieux comprendre, en profondeur, l'expérience vécue par un certain nombre de sujets. L'absence de conséquences pour le patient, la non-reconnaissance de l'erreur dans la pratique et la peur de représailles comptent parmi les raisons les plus fréquemment citées menant les infirmières à ne pas déclarer les erreurs (Covell & Ritchie, 2009; Espin et al., 2010). Rassin et al. (2005) soulignent qu'il existe également une peur de susciter la colère du patient et de faire l'objet de poursuites. De plus, il semble qu'il soit difficile pour les infirmières de déclarer une erreur commise par une collègue, car cela pourrait porter atteinte à leur relation (Covell & Ritchie, 2009; Espin et al., 2010; Kingston, Evans, Smith, & Berry, 2004). Crigger et Meek (2007) soulignent toutefois que le processus de déclaration de l'erreur est aussi associé à un sentiment de soulagement, d'apprentissage et de liberté. Une étude de devis mixte menée par Covell et Ritchie (2009) auprès de 50 infirmières d'un centre de santé universitaire dans l'est du Canada

révèle également que la déclaration informelle des erreurs auprès de collègues permettrait aux infirmières de partager leur peur et d'obtenir du soutien émotionnel.

Sources de construction identitaire

Sous l'angle de la PDT, le cheminement de construction identitaire permet la transformation de la souffrance psychique liée à l'expérience d'erreur en opportunité de consolidation de l'identité. C'est par le biais de ce cheminement que l'expérience d'erreur peut ouvrir sur un mieux-être au travail. Les infirmières reconnaissent leur besoin de cheminer à travers leurs erreurs et de renverser cette expérience en situation constructive d'apprentissage (Santos et al., 2007). Ainsi, l'expérience d'erreur pourrait générer des effets positifs. En effet, vivre une expérience d'erreur permettrait de prendre conscience de sa propre vulnérabilité et faillibilité en tant que professionnelle (Crigger & Meek, 2007; Wolf, 1994). L'expérience d'erreur permettrait de générer des images de soi et de la profession plus réalistes (Arndt, 1994b). De plus, elle favoriserait le développement d'empathie envers elles-mêmes (Arndt, 1994b) et permettrait d'améliorer la compréhension et la tolérance à l'égard de collègues qui vivent une expérience d'erreur (Arndt, 1994b; Schelbred & Nord, 2007).

L'expérience d'erreur serait à la fois une opportunité d'apprentissage personnel et collectif. Au niveau personnel, Santos et al. (2007) mentionnent qu'elle représenterait une occasion de développer des meilleures stratégies de gestion du stress. Également, l'expérience d'erreur générerait un état d'alerte et de vigilance permettant d'éviter la récurrence de l'erreur lorsque des situations similaires se présentent (Santos et al., 2007). Ainsi, cela permettrait l'amélioration de la pratique de soins de l'infirmière. De plus, la recherche active de soutien pendant l'expérience d'erreur pourrait représenter une opportunité pour le développement et le renforcement de liens (Arndt, 1994c) avec les pairs, les supérieurs, les collègues et la famille. Au niveau collectif, les expériences d'erreur donnent parfois lieu à un questionnement des pratiques de soins pouvant mener à l'actualisation de celles-ci (Meurier et al., 1997). Le processus de déclaration des erreurs permettrait de participer activement à la prévention d'erreurs subséquentes (Carlton & Blengen, 2006). Finalement, vivre une expérience d'erreur pourrait avoir comme effet de diminuer la tolérance des infirmières aux contextes prédisposant aux erreurs et de générer l'énergie nécessaire pour revendiquer les ressources permettant l'amélioration des conditions actuelles de pratique (Arndt, 1994a). L'expérience d'erreur

représenterait ainsi une opportunité d'amélioration globale de la qualité des soins.

Stratégies

Lorsque les erreurs surviennent, des stratégies sont spontanément déployées dans la pratique par les infirmières qui vivent ces expériences. Diverses stratégies ont été relevées au sein des écrits recensés. Par l'entremise du cadre de la PDT, elles ont été regroupées selon leur appartenance à des stratégies d'action ou de défense.

Stratégies d'action. Les stratégies d'action regroupent des mesures actives visant une transformation des éléments de souffrance en opportunité de construction identitaire. La recherche d'aide dans la gestion optimale de l'erreur et de ses conséquences pour le patient et sa famille (Rassin et al., 2005; Santos et al., 2007), la prise de responsabilité dans l'expérience d'erreur (Meurier et al., 1997, 1998; Jones & Treiber, 2010; Schelbred & Nord, 2007; Wolf & Serembus, 2004), la déclaration de l'erreur (Arndt, 1994b; Covell & Ritchie, 2009; Crigger & Meek, 2007; Espin et al., 2009; Schelbred & Nord, 2007) et la recherche de soutien pour partager l'expérience vécue (Meurier et al., 1997; Santos et al., 2007; Wolf & Serembus, 2004) font partie des stratégies d'action relevées chez les infirmières vivant une expérience d'erreur.

Stratégies de défense. Les stratégies de défense regroupent des réactions conscientes ou inconscientes visant à atténuer la perception de la souffrance et à protéger la santé mentale de l'infirmière (Alderson, 2004). Le détachement et l'autocontrôle relèvent des défenses et seraient associés à la non-déclaration d'erreurs subséquentes (Meurier et al., 1997). Le détachement, la fuite, l'évitement, les idées fantaisistes par rapport à la tournure des événements (Meurier et al., 1997) ont également été relevés. De même, le déni, l'intériorisation de la culpabilité, la rationalisation (Crigger & Meek, 2007) ainsi qu'un besoin de distance (Schelbred & Nord, 2007) comptent parmi les stratégies de défense émanant des écrits consultés. À court terme, ces stratégies se veulent des moyens efficaces pour diminuer la perception de la souffrance. À plus long terme, ces stratégies peuvent toutefois affecter négativement la santé mentale de l'individu qui y recourt (Alderson, 2004).

Interventions recensées

Dans une perspective de soutien à la santé mentale, il existe un besoin de trouver des interventions efficaces (Sexton et al., 2009) favorisant le cheminement de construction identitaire de l'infirmière qui vit une expérience d'erreur. Les lignes qui suivent présentent les

interventions recensées au sein des écrits qui ont été consultés. Par la suite, les auteures proposent de nouvelles orientations pouvant s'avérer constructives dans un contexte d'expérience d'erreur.

Reconnaissance et acceptation de l'erreur.

Tout d'abord, Santos et al. (2007) suggèrent que l'expérience d'erreur requiert une attention particulière, un moment d'arrêt et de réflexion pour que l'infirmière puisse prendre conscience de ce qu'elle vit. La reconnaissance et l'acceptation de l'erreur seraient des étapes déterminantes pour que le cheminement et l'apprentissage puissent prendre forme (Crigger & Meek, 2007). Favoriser l'adoption d'une attitude d'ouverture chez l'infirmière impliquée et les différents professionnels aurait comme effet positif de contrer le mécanisme défensif de mise à distance, de refoulement et de déni chez les infirmières vivant une expérience d'erreur (Meurier et al., 1997). Des attitudes de responsabilisation de la part de l'infirmière seraient associées à l'adoption de changements constructifs dans la pratique (Meurier et al., 1997). L'honnêteté et l'humilité sont aussi soulignées comme étant des qualités qui favoriseraient l'adaptation et l'épanouissement personnel de l'infirmière suite à une expérience d'erreur (Crigger, 2004).

Recherche de soutien. L'expérience d'erreur s'avèrerait moins traumatique pour l'infirmière si celle-ci bénéficie d'un soutien personnel et professionnel adéquat (Arndt, 1994a, 1994b). Arndt (1994a) et Meurier et al. (1997) relèvent un besoin de l'infirmière de partager l'expérience vécue. Ce partage permettrait de trouver une signification à cette expérience (Arndt, 1994a) et de développer une meilleure gestion du stress (Sexton et al., 2009). De fait, ce partage amènerait une forme de tranquillité intérieure (Santos et al., 2007). De façon générale au travail, l'enquête nationale canadienne sur le travail et la santé du personnel infirmier menée en 2005 révélait que près de la moitié des travailleurs en soins infirmiers estimait manquer de soutien de la part de leurs collègues (en comparaison de 33 % dans l'ensemble de la population active) et près du quart de ces mêmes travailleurs faisait significativement état d'un manque de soutien de la part de leurs supérieurs (en comparaison de 17 % au sein de l'ensemble de la population active) (Statistique Canada & ICIS, 2006). Connaissant l'aspect déterminant du soutien chez l'infirmière qui vit une expérience d'erreur, il est impératif de considérer la qualité du soutien présent au sein des milieux de soins.

Le soutien de la part des supérieurs est également un élément primordial. À ce sujet, la proximité et l'accessibilité des infirmières gestionnaires d'unité seraient aidantes dans le

processus de soutien (Arndt, 1994b). De plus, il existe chez les infirmières qui vivent une expérience d'erreur un besoin significatif d'être rassurées quant à leurs qualités professionnelles (Arndt, 1994b). Un investissement réel de temps et d'efforts afin de trouver les causes et mettre en place des mesures limitant la répétition des erreurs a été soulevé comme un aspect favorable du soutien reçu par les supérieurs (Arndt, 1994b). Les organisations sont encouragées à prodiguer de la rétroaction suite à la déclaration d'erreur et à offrir un soutien éducationnel, lorsque jugé pertinent (Covell & Ritchie, 2009). De plus, la mise sur pied de programmes d'assistance pour les infirmières impliquées dans des erreurs graves se dégage comme étant incontournable (Covell & Ritchie, 2009).

Adoption d'une approche systémique exempte de blâme et de jugement en regard de la gestion des erreurs.

L'adoption d'une approche systémique à la gestion des erreurs offre une perspective globale en regard des facteurs contributifs à la survenue de l'erreur permettant de considérer le système et son fonctionnement ainsi que les individus qui en font partie (ICSP, 2008; Meurier, 2000; Reason, 2000). Ce type d'approche favorise des attitudes d'ouverture et de non-jugement au sein des milieux (Armitage, 2009). Une approche exempte de blâme est favorable à l'établissement d'un réseau de soutien pour l'infirmière qui vit une expérience d'erreur, à la déclaration des erreurs et à l'amélioration du système (Kiekkas, 2011; Wolf & Serembus, 2004). Une telle approche aiderait au recouvrement de la confiance personnelle et professionnelle de l'infirmière qui vit une expérience d'erreur (Schelbred & Nord, 2007).

Processus de déclaration de l'erreur. La déclaration de l'erreur représente une étape charnière dans le processus d'apprentissage qui s'en suit (Chiang et al., 2010). Le processus de déclaration est relevé comme étant un moyen aidant à la restauration de l'image personnelle et professionnelle de l'infirmière (Arndt, 1994a). Cette étape permettrait également d'initier la recherche de soutien, d'augmenter la conscience et la vigilance des autres professionnels en regard de l'erreur et de promouvoir l'amélioration de la qualité des soins (Covell & Ritchie, 2009). Le processus de déclaration se doit d'être respectueux et discret (Covell & Ritchie, 2009). La rétroaction suite à la déclaration, le but de la déclaration comme mécanisme d'amélioration de la qualité des soins et une politique de non-jugement doivent être renforcés au sein des programmes de sécurité des soins (Chiang et al., 2010). Cohen et al. (2003) mentionnent que les rapports d'accident sont de pauvres indicateurs de la compétence infirmière et qu'au contraire, la déclaration d'une erreur doit être

considérée comme un indicateur de minutie et de conscience professionnelle.

Écriture expressive. L'écriture expressive est une démarche nouvellement présentée par Sexton et al. (2009) qui s'avère d'une grande utilité dans la gestion des réactions engendrées par des événements traumatiques, dont les expériences d'erreur. La méthode utilisée dans le cadre de cette étude propose l'écriture des pensées et des sentiments qui concernent l'évènement traumatique pendant trois à cinq séances d'une durée de 15 à 20 minutes. Son efficacité se décompose en trois mécanismes distincts. L'écriture expressive permet d'abord d'augmenter le temps d'exposition aux émotions ressenties par l'exercice de reconnaissance de celles-ci (Sexton et al., 2009). Ces émotions deviendraient par le fait même moins intenses et, donc, plus faciles à gérer. Elle permet ensuite une restructuration cognitive (classification, structure et organisation de la pensée) (Sexton et al., 2009). Finalement, elle améliore la compréhension de l'expérience vécue et oriente vers la recherche de réactions d'adaptation efficaces (Sexton et al., 2009). Cette intervention est simple, peu coûteuse, prend peu de temps et aurait pour effet de favoriser la résilience psychologique (Sexton et al., 2009). L'écriture expressive pourrait donc s'avérer une intervention de choix particulièrement dans les unités de SIA où le temps est parfois restreint et où la santé du personnel représente la pierre angulaire des soins qui y sont dispensés.

Nouvelles orientations proposées par les auteurs.

Déconstruction et reconstruction du stress. Le modèle conceptuel du stress de Lupien^{vi} (2010) offre une structure pertinente à la compréhension du stress. Il nous apparaît que ce modèle pourrait être aidant dans la compréhension du stress généré par l'expérience d'erreur. En fait, ce modèle récent et novateur alliant les sciences de la biologie et de la psychologie stipule qu'une situation de stress peut toujours être décomposée selon l'une ou plusieurs des caractéristiques universelles, lesquelles composent l'acronyme CINÉ: contrôle (impression de perte de contrôle), imprévisibilité, nouveauté et égo menacé (intégrité menacée) (Lupien, 2010). Plus une situation comporte de caractéristiques du CINÉ, plus la production par le corps d'hormones de stress est importante (Lupien, 2010). Le modèle de Lupien considère la réaction de stress comme prenant forme par le biais de l'interprétation que fait la personne de la situation de stress à travers les quatre caractéristiques du CINÉ. La meilleure façon de comprendre le stress est de le déconstruire à l'aide de ces caractéristiques et, par la suite, d'identifier les éléments qui font en sorte

que la situation est perçue comme menaçante (Lupien, 2010). Ce modèle donne un rôle actif à la personne en lui donnant des moyens concrets pour reconnaître le stress, le comprendre et, ainsi, mieux le gérer. Les caractéristiques du CINÉ adaptées aux expériences d'erreur ont été représentées au Tableau 1. Une meilleure compréhension du stress vécu permet à l'individu de trouver une signification plus positive à son expérience réduisant ainsi les effets néfastes du stress (Lupien, 2010). En terminant, les caractéristiques du CINÉ pourraient permettre de décomposer le stress généré lors d'une expérience d'erreur et, ainsi, s'avérer un guide précieux pour comprendre la réaction de stress générée, susciter la réflexion de l'infirmière et orienter vers le développement de pistes d'interventions personnalisées permettant de mieux gérer ce stress à court, moyen et long termes.

Gestion du stress par l'exercice physique.

Aucun des écrits recensés n'aborde la gestion du stress au niveau physique suite à une expérience d'erreur. Par contre, Lupien (2010) souligne que l'énergie mobilisée en situation de stress aurait tout avantage à être dépensée. Dans un tel contexte, faire de l'exercice physique serait une méthode très efficace pour diminuer la production d'hormones de stress et, ainsi, prévenir que ce stress se chronicise (Lupien, 2010). Par extrapolation, l'énergie mobilisée par le stress peut générer une expérience d'erreur au niveau physique aurait aussi avantage à être dépensée. Il nous semble juste de croire qu'il puisse être bénéfique pour l'infirmière qui vit une expérience d'erreur de pratiquer une activité physique pour dépenser cette énergie.

Discussion

À la lumière de cette recension, il apparaît que les expériences d'erreur vécues par les infirmières dans le cadre de leur pratique clinique ont une portée considérable. Loin de l'évènement rare et isolé, les expériences d'erreur touchent les infirmières et font partie intégrante de leur pratique. La pertinence du phénomène étudié s'articule d'elle-même par l'ampleur des effets générés par les expériences d'erreur sur la santé des infirmières. Dans le cas où ces effets ne sont pas reconnus et que leur gestion est inadéquate, l'apprentissage est absent et la confiance de l'infirmière est fragilisée (Meurier et al., 1997). Il semble que cet état prédisposerait l'infirmière à commettre d'autres erreurs créant ainsi une sorte de cercle vicieux pour sa santé et celle de son patient et de sa famille (Meurier et al., 1997). Ces propos viennent renforcer l'importance de la

Tableau 1
Caractéristiques du CINÉ adaptées au phénomène des expériences d'erreur

Caractéristiques	Descriptions
Contrôle	<p>L'expérience d'erreur donne-t-elle lieu à une impression de perte de contrôle ?</p> <p>L'expérience d'erreur peut effectivement engendrer une impression de perte de contrôle. Celle-ci peut concerner la réaction de l'infirmière, la tournure des événements, les effets de l'erreur sur la santé du patient et de sa famille, etc.</p>
Imprévisibilité	<p>En quoi l'expérience d'erreur est-elle imprévisible?</p> <p>L'imprévisibilité est un aspect inhérent de l'expérience d'erreur. La survenue de l'erreur, son évolution dans le temps et ses effets sont autant d'aspects qui puissent être considérés comme étant de nature imprévisible.</p>
Nouveauté	<p>En quoi l'expérience d'erreur est-elle nouvelle?</p> <p>L'erreur génère une situation de nouveauté. La nature de l'erreur, le contexte, les professionnels impliqués et le patient diffèrent. Ainsi, chaque erreur génère une situation nouvelle et des effets uniques.</p>
Égo menacé (intégrité menacée)	<p>L'expérience d'erreur représente-t-elle une menace pour l'égo ou l'intégrité?</p> <p>Cette menace peut prendre forme à travers le regard que l'infirmière porte sur elle-même suite à l'erreur et à travers le regard que les autres (patients/familles, pairs, collègues, supérieurs, etc.) portent sur elle.</p>

Note. Adaptation libre du modèle conceptuel sur le stress de Lupien (2010).

reconnaissance et de la gestion des effets qu'engendrent les expériences d'erreur sur la santé des infirmières.

Les expériences d'erreur sont des événements hautement stressants qui peuvent donner lieu à un sentiment de perte de contrôle (Schelbred & Nord, 2007). Un lien a été précédemment établi entre l'expérience d'erreur et le modèle conceptuel de Lupien qui décompose le stress par l'une ou plusieurs des caractéristiques de contrôle, d'imprévisibilité, de nouveauté et d'égo menacé (Lupien, 2010). Les aspects d'« imprévisibilité », de « nouveauté » et l'impression de perte de « contrôle » que comporte l'expérience d'erreur pourraient être améliorés par l'intégration des expériences d'erreur à la formation des infirmières. Si les infirmières étaient formées au regard de ce phénomène, elles seraient possiblement mieux préparées et mieux outillées à rencontrer de telles situations dans leur pratique. Cela rejoint d'ailleurs les propos de Crigger (2005) qui, par l'analyse d'une approche systémique, suggère d'intégrer à la formation des infirmières l'exploration de réactions potentielles ainsi que la discussion de mécanismes d'adaptation favorisant l'apprentissage et la croissance de l'infirmière lors d'une expérience d'erreur.

L'expérience d'erreur suscite des émotions intenses chez l'infirmière qui la vit. Il importe de s'interroger sur l'influence que peut avoir le degré de sévérité de l'erreur et ses conséquences sur l'intensité de l'expérience vécue par l'infirmière. Par exemple, l'anxiété ainsi que des sentiments de dépression, d'appréhension, de honte et d'incohérence intérieure ont été ressentis par les infirmières ayant commis des erreurs de médicament jugées sérieuses (Covell & Ritchie, 2009). Les erreurs fatales et les erreurs causant des lésions permanentes hantent les professionnels toute leur vie durant (Wolf et al., 2000). Bien que les erreurs graves aient une portée considérable, il semble que les erreurs moins sévères ne soient pas à sous-estimer. En effet, les résultats de l'étude de Wolf et al. (2000) ont révélé que plus de la moitié des professionnels interrogés ont reconnu s'être inquiétés de conséquences bien plus graves que celles survenues en réalité. De plus, il semblerait que le sentiment d'échec personnel puisse être ressenti chez l'infirmière indépendamment du fait que le patient souffre ou non des conséquences de l'erreur (Jones & Treiber, 2010). L'atteinte à l'image de soi de l'infirmière surviendrait elle aussi indépendamment des conséquences de l'erreur

sur la santé du patient (Arndt, 1994b). Et encore, il semble que des valeurs intériorisées telles que la rigueur, la minutie et l'éthique de «faire le bien» potentialisent la perception de la gravité de l'erreur chez l'infirmière et s'accompagnent de sentiments de déception, de culpabilité, de colère et de honte (Koren, 2003, cité dans Rassin et al., 2005). En somme, le degré de sévérité de l'erreur et ses conséquences s'avèreraient donc des indicateurs incomplets de l'intensité de l'expérience d'erreur vécue par l'infirmière, de sa réaction et, également, de son besoin de soutien. Dans un même ordre d'idée, les auteurs d'une étude menée en Angleterre par Meurier et al. en 1998 se sont intéressés à la relation entre les réactions d'attribution des infirmières et le degré de sévérité des erreurs. Un résultat révèle que les infirmières tendent à attribuer les erreurs à des causes internes (c'est-à-dire à leur propre personne), et ce, même si la gravité de l'erreur est importante. Ce résultat infirme d'ailleurs l'hypothèse initiale des chercheurs fondée sur la théorie de l'attribution stipulant que plus l'erreur est grave, plus un individu a une tendance naturelle à attribuer les causes de l'erreur comme étant externes à sa personne (Meurier et al., 1998). Il s'avère que d'autres résultats plus actuels viennent appuyer la pertinence de tels faits. Une étude menée en 2010 en Géorgie auprès de 202 infirmières a révélé de sévères attitudes d'autoblâme suite à l'expérience d'erreur et étonnamment peu d'efforts mobilisés de la part des infirmières pour minimiser leur part de responsabilité (Jones & Treiber, 2010). Il y a lieu de se demander si le fait de s'autoblâmer ne contribue pas à augmenter l'atteinte à l'identité de l'infirmière. En contrepartie, ces réponses dites internes semblent associées à une plus grande responsabilisation de l'infirmière et à l'adoption de changements constructifs dans la pratique (Meurier et al., 1997).

Sous un angle positif, les expériences d'erreurs peuvent être abordées de façon constructive et s'avérer des opportunités de croissance et d'amélioration des pratiques. Le milieu des SIA représente un environnement privilégié pour la prise en charge de l'erreur et de ses effets bien que le potentiel de gravité de ces erreurs s'avère souvent plus grand et la condition de santé des patients plus précaire. La présence médicale, la proximité des collègues dans l'unité, le nombre important de professionnels dans l'équipe, l'environnement hautement technologique permettant d'assurer un suivi étroit de la condition du patient sont autant de ressources favorables à la prise en charge de l'erreur et de ses effets sur la santé du patient et de sa famille. En ce qui concerne la gestion du volet humain de l'erreur, les unités des SIA sont des milieux où il règne une

grande proximité entre les professionnels qui y travaillent. Ainsi, l'infirmière qui vit des émotions intenses les partage souvent avec ses collègues d'où l'importance pour les professionnels œuvrant aux SIA d'être bien outillés pour comprendre l'expérience d'erreur et pour offrir du soutien dans un tel contexte. Des attitudes de jugement et de blâme de la part des pairs et des supérieurs favoriseraient l'isolement de l'infirmière (Crigger & Meek, 2007) et pourraient représenter une menace importante pour son intégrité, ce qui rejoint d'ailleurs l'une des caractéristiques du stress du modèle conceptuel de Lupien (2010). Ce fait vient renforcer l'importance d'une culture de non-jugement et d'ouverture au sein de l'équipe soignante.

Le cadre théorique de la PDT a permis un éclairage nouveau des écrits portant sur l'expérience d'erreur professionnelle en considérant plus spécifiquement ses effets sur la santé des infirmières de SIA; il s'est offert comme un outil précieux d'analyse de ce phénomène humain complexe et a structuré la présente recension critique des écrits tout en schématisant son contenu. Plus précisément, l'approche spécifique de la PDT a appréhendé l'individu dans son intégralité en tant qu'«acteur-sujet qui pense son rapport au travail, en trouve un sens et agit sur cette réalité pour favoriser la construction de son identité au travail» (Carpentier-Roy, 1994, p.14). Ce faisant, elle a approché les sources de souffrance associées à l'expérience d'erreur tout en ouvrant sur de possibles sources de construction identitaire au travail. En outre, elle a mis en lumière des stratégies et des interventions prenant forme dans la pratique en lien avec l'expérience de l'erreur professionnelle. La présente recension comporte cependant une limite inhérente au fait que les orientations proposées au terme de l'analyse n'aient été validées par la réalisation d'une étude empirique sur le terrain. Elles constituent cependant une invitation à une mise à l'essai ou à une vérification dans la pratique en vue de favoriser l'*empowerment* des infirmières, la recherche d'un sens à leur expérience d'erreur, une meilleure gestion de la souffrance psychique associée à celle-ci, la poursuite de leur construction identitaire et, ainsi, une santé mentale accrue. Il reste à dire que la méthode d'enquête propre à la PDT n'a pas pu être mise à profit étant donné que nous ne réalisons pas une recherche sur le terrain auprès d'infirmières en activité. Ainsi, une analyse unidirectionnelle a pris la place de la communication intersubjective telle que préconisée par la PDT; l'action, la communication et la parole étant des éléments centraux de cette approche clinique (Carpentier-Roy, 1994). Il s'agit là d'une avenue fort intéressante pour une étude ultérieure.

Cette recension a fourni une richesse d'informations concernant les expériences d'erreur et entrouvre sur plusieurs avenues de recherche. Gibson (2001) encourage d'ailleurs que ces recherches relèvent des sciences infirmières afin que la voix des infirmières soit entendue sur le phénomène. Parmi les principales avenues, il existe un besoin d'évidences quant à l'impact psychologique, spirituel et moral des erreurs sur la santé des infirmières (Crigger, 2005). Il serait intéressant d'étudier les mécanismes psychiques auxquels l'infirmière a recours pour transformer l'expérience d'erreur en une opportunité de croissance (Crigger & Meek, 2007; Dejours, 1993). Finalement, la poursuite de recherches permettant le développement de programmes de gestion des erreurs pertinents à la pratique clinique et à la formation des infirmières serait également pertinente (Crigger, 2005).

Conclusion

Somme toute, les infirmières des SIA exercent un rôle déterminant dans le maintien de la sécurité des soins. Toutefois, le contexte qui prévaut dans les unités de SIA prédispose à la survenue d'erreurs. Ces expériences d'erreur sont souvent des événements marquants et ont le potentiel d'affecter profondément l'infirmière à plusieurs niveaux, et ce, tant mental que physique. Le cadre théorique de la PDT a permis un éclairage nouveau favorisant une approche structurante, holistique et approfondie de l'expérience d'erreur professionnelle et de ses effets sur la santé des infirmières des SIA (Dejours, 1993). Sous l'éclairage de ce cadre, l'expérience d'erreur représente un événement unique qui comporte des sources de souffrance tout comme des sources de construction identitaire au travail. Il demeure que des efforts concertés de la part de l'infirmière qui vit l'expérience d'erreur et de la part du milieu de soins demeurent essentiels pour permettre un soutien adéquat et une gestion optimale de l'expérience d'erreur. Le contexte des SIA, par la proximité existante entre les professionnels et le niveau de soins élevé, vient renforcer le bénéfice que peuvent retirer les infirmières et autres professionnels à être adéquatement outillés pour comprendre et intervenir lorsqu'une expérience d'erreur survient. En définitive, une prise de conscience en regard du phénomène de l'erreur professionnelle et ses effets sur la santé des infirmières des SIA est déjà un premier pas vers une meilleure reconnaissance et une meilleure gestion de celui-ci dans la pratique. Il est espéré que cet article représente un coup d'envoi à des initiatives de recherche de plus grande envergure permettant de démystifier le phénomène des

erreurs et ses effets sur la santé des infirmières, et ce, au service des infirmières, toutes spécialités de soins confondues.

Références

- Alderson, M. (2004). La psychodynamique du travail: objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé Mentale au Québec*, 1, 243-260.
- Anthony, K., Wiencek, C., Bauer, C., Daly, B., & Anthony, M. K. (2010). No interruptions please: Impact of a no interruption zone on medication safety in intensive care units. *Critical Care Nurse*, 30(3), 21-29. doi: 10.4037/ccn2010473
- Armitage, G. (2009). Human error theory: Relevance to nurse management. *Journal of Nursing Management*, 17, 193-202. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.00970.x
- Arndt, M. (1994a). Research in practice: How drug mistakes affect self-esteem. *Nursing Times*, 90(15), 27-30.
- Arndt, M. (1994b). Nurses' medication errors. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 519-526.
- Arndt, M. (1994c). *Nurses' medication errors: An interpretative study of experiences*. Thèse de doctorat inédite, University of Edinburgh.
- Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs, (2009). *Normes pour la pratique infirmière en soins critiques*. Récupéré de <http://www.caccn.ca/en/pdfs/Normes%20pour%20la%20pratique%20infirmiere%20en%20soins%20critique%202009.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2003). Le désarroi éthique dans les milieux de soins de santé. *Déontologie pratique pour infirmières et infirmiers*. Récupéré de http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/Ethics_Pract_Ethical_Distress_Oct_2_003_f.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada, & Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto (2004). *Les infirmières et la sécurité des patients*. Récupéré de http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS102_Patient_Safety_f.pdf
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., ... Tamblyn, R. (2004). The canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 170(11), 1678-1686. doi: 10.1053/cmaj.1040498
- Balas, M. C., Scott, L. D., & Rogers, A. E. (2006). Frequency and type of errors and near errors reported by critical care nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38(2), 24-41.

- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: A descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*, 15(3), 129-139.
- Bohomol, E., Ramos, L. H., & D'Innocenzo, M. (2009). Medication errors in an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1259-1267. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.04979.x
- Carlton, G., & Blengen, M. A. (2006). Medication-related errors: A literature review of incidence and antecedents. *Annual Review Nursing Research*, 24, 19-38.
- Chiang, H. Y., Lin, S. Y., Hsu, S. C., & Ma, S. C. (2010). Factors determining hospital nurses' failure in reporting medication errors in Taiwan. *Nursing Outlook*, 58, 17-25. doi:10.1016/j.outlook.2009.06.001
- Cohen, H., Robinson, E., & Mandrack, M. (2003). Getting to the root of medication errors. *Nursing*, 33(9), 36-45.
- Conseil des infirmières et infirmier (2008). Perspectives nationales: le défi de la main-d'œuvre infirmière. *Bulletin d'Information des Conseils des Infirmières et Infirmiers*, 3(5), 1-2.
- Coomber, B., & Bariball, K. L., (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 297-314. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.02.004
- Covell, C. L., & Ritchie, J. A. (2009). Nurses' responses to medication errors: Suggestions for the development of organizational strategies to improve reporting. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(4), 287-297.
- Crigger, N. (2004). Always having to say you're sorry: An ethical response to making mistakes in professional practice. *Nursing Ethics*, 11(6), 568-576. doi: 10.1191/0969733004ne739oa
- Crigger, N. (2005). Two models of mistake-making in professional practice: Moving out of the closet. *Nursing Philosophy*, 6, 11-18.
- Crigger, N. J., & Meek, V. L. (2007). Toward a theory of self-reconciliation following mistakes in nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 177-183.
- Dejours, C. (1993). *Travail: usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Nouvelle édition augmentée. Paris: Bayard (ouvrage original publié en 1980).
- Desrosiers, G. (2008). La pénurie d'infirmières: des choix à faire de toute urgence. *Le Journal*, 5(3). Récupéré de <http://www.oiiq.org/publications/le-journal/archives/janvierfevrier-2008-vol-5-n-3/editorial-de-la-presidente-la-penurie>
- Dickerson S. S., & Kemeny M. E. (2004) Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130, 355-391. doi: 10.1037/0033-2909.130.3.355
- Dykes, P. C., Rothschild, J. M., & Hurley, A. C. (2010). Medical Errors Recovered by Critical Care Nurses. *Journal of Nursing Administration*, 40(5), 241-246.
- Espin, S., Wickson-Griffiths, A., Wilson, M., & Lingard, L. (2010). To report or not to report: A descriptive study exploring ICU nurses' perceptions of error and error reporting. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 1-9. doi: 10.1016/j.iccn.2009.10.002
- Henneman, E. A. (2007). Unreported errors in the intensive care unit: A case study of the way we work. *Critical Care Nurse*, 27(5), 27-34.
- Henneman, E. A., Gawlinski, A., Blank, F. S., Henneman, P. L., Jordan, D., & McKenzie, J. B. (2010). Strategies used by critical care nurses to identify, interrupt, and correct medical errors. *American Journal of Critical Care*, 19(6), 500-509. doi: 10.4037/ajcc2010167
- Hewitt, P. (2010). Nurses' perception of the causes of medication errors: An integrative literature review. *Medical Surgical Nursing*, 19(3), 159-167.
- Iglesias, M. E. L., Vallejo, R. B. B., & Fuentes, P. S. (2009). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 30-37. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014
- Institut canadien d'information sur la santé (2010). À propos de l'ICIS. Récupéré de <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/FR/Theme/about+cihi/cihi010702>
- Institut canadien pour la sécurité des patients (2008). *Guide canadien de l'analyse des causes souches à l'usage des francophones du Canada et adapté pour le Québec: un outil d'identification permettant de déterminer les causes profondes des événements sentinelles dans les systèmes de santé*. Récupéré de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/tools/resources/rca/Documents/RCA%20-%20Framework%20FR.pdf>
- Jones, J. H., & Treiber, L. (2010). When the 5 rights go wrong: Medication errors from the nursing perspective. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(3), 240-247.
- Kiekkas, P. (2011). The role of non-blaming culture in learning from errors. *Nursing in Critical Care*, 16(1), 3-4
- Kingston, M. J., Evans, S. M., Smith, B. J., & Berry, J. G. (2004). Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: A qualitative analysis. *Medical Journal of Australia*, 181(1), 36-39.
- Lupien, S. (2010). *Par amour du stress: des conclusions scientifiques, une présentation facile*. Québec: Les Éditions au Carré inc.

- Maiden, J. (2008). *A quantitative and qualitative inquiry into moral distress, compassion fatigue, medication error, and critical care nursing*. Thèse de doctorat inédite, Université de San Diego.
- Mason, J. W. (1968). A review of psychoendocrine research on the sympathetic-adrenal medullary system. *Psychosomatic Medicine*, 30, 631-653.
- Mayo, A. M., & Duncan, D. (2004). Nurse perceptions of medication errors: What we need to know for patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), 209-217.
- Meurier, C. E., Vincent, C. A., & Parmar, D. G. (1997). Learning from errors in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 111-119. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026111.x
- Meurier, C. E., Vincent, C. A., & Parmar, D. G. (1998). Nurses' responses to severity dependent errors: A study of the causal attributions made by nurses following an error. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 349-354.
- Naylor, R. (2002). *Medication errors: Lessons for education and healthcare*. United Kingdom: Radcliffe Medical Press.
- Osmon, S., Harris, C. B., Dunagan, C. Prentice, D., Fraser, V. J., & Kollef, M. H. (2004). Reporting of medical errors, an intensive care unit experience. *Critical Care Medicine*, 32(3), 727-733. doi: 10.1097/01.CCM.0000114822.36890.7C
- Rassin, M., Kanti, T., & Silner, D. (2005). Chronology of medication errors by nurses: Accumulation of stresses and PTSD symptoms. *Mental Health Nursing*, 26, 873-886. doi: 10.1080/01602840500184566
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *British Medical Journal*, 320, 768-770.
- Rothchild, J. M., Hurley, A., Landrigan, C. P., Cronin, J. W., Martell-Waldrop, K., Foskett, C., Burdick, E., ... Bates, D. W. (2006). Recovery from medical errors: The critical care nursing safety net. *Journal on Quality and Patient Safety*, 32(2), 63-72. doi: 10.1097/01.CCM.0000171609.91035.BD
- Rothchild, J. M., Landrigan, C. P., Cronin, J. W., K, Kaushal, R., Lockley, S. W., Burdick, E., ... Bates, D. W. (2005). The critical care safety study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Critical Care Medicine*, 33(8), 1694-1700. doi:10.1097/01.CCM.0000171609.91035.BD
- Santos, J. O., Silva, A. E. B. C., Munari, D. B., & Miasso, A. I. (2007). Feelings of nursing professionals after the occurrence of medication errors. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 483-488.
- Schelbred, A.-B., & Nord R. (2007). Nurses' experiences of drug administration errors. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 317-324. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04437.x
- Sexton, J. D., Pennebaker, J. Q., Holzmüller, C. G., Wu, A. W., Berenholtz, S. M., Swoboda, S. M., ... Sexton, B. (2009). Care for the caregiver: Benefits of expressive writing for nurses in the United States. *Progress in Palliative Care*, 17(6), 307-312. doi 10.1179/096992609X12455871937620
- Shields, L., & Watson, R. (2008). Where have all the nurses gone? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26, 95-101.
- Smith, M. L., & Forster, H. P. (2000). Morally managing medical mistakes. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 9, 38-53.
- Statistique Canada & Institut canadien d'information sur la santé (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Récupéré de http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/NS_SummRep06_FR.pdf
- Stockwell, D. C., & Slonin, A. D. (2006). Quality and safety in the intensive care unit. *Journal of Intensive Care Medicine*, 21(4), 199-210. doi: 10.1177/0885066606287079
- St-Pierre, L., Alderson, M., & St-Jean, M. (2010). Le travail infirmier en unité de soins intensifs adultes vu sous l'angle de la psychodynamique du travail. *L'infirmière clinicienne*, 7(1), 9-23.
- Vos, M., Graafmans, W., Keesman, E., Westert, G., & Voort, P. H. J. (2007). Quality measurement at intensive care units: Which indicators should we use? *Journal of Critical Care*, 22, 267-274. doi:10.1016/j.jcrr.2007.01.002
- Webster, G., & Baylis, F. (2000). Moral residue. Dans S. B. Rubin, & L. Zoloth (dir.) *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. (pp.217-232). Hagerstown, M. D.: University Publishing Group.
- Wolf, Z. R. (1994). *Medication errors: The nursing experience*. États-Unis: Delmar Publishers Inc.
- Wolf, Z. R., & Serembus, J. F. (2004). Medication errors: Ending the blame-game. *Nursing Management*, 35(8), 41-48.
- Wolf, Z. R., Serembus, J. F., Smetzer, J., Cohen, H., & Cohen, M. (2000). Responses and concerns of healthcare providers to medication errors. *Clinical Nurse Specialist*, 14(16), 278-29. doi: 00002800-200011000-00011

Notes

ⁱ «La pratique infirmière en soins critiques est une spécialité axée sur le soin des patients présentant des problèmes de santé qui menacent le pronostic vital» (Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs, 2009, p.1).

ⁱⁱ Un événement indésirable renvoie à toute lésion, blessure ou tout préjudice découlant de la prise en charge clinique plutôt que d'une maladie sous-jacente et est directement relié aux soins ou services dispensés à un patient (Comité directeur national de la sécurité des

patients, 2000; cité dans AIC & Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto, 2004).

ⁱⁱⁱ Document de travail sur la sécurité des patients produit par un groupe consultatif spécial composé de 16 experts.

^{iv} Organisme autonome et sans but lucratif qui fournit une information essentielle sur le système de santé au Canada et la santé des Canadiens (ICIS, 2010).

^v Les stratégies d'action ne font pas partie intégrante dudit cadre; elles sont un ajout des auteures.

^{vi} Ce modèle comprend des concepts qui ont tous été testés par d'autres chercheurs. La contribution de Lupien a été de regrouper ces quatre concepts afin de constituer un acronyme facile à retenir et à utiliser par les chercheurs, travailleurs, etc. Les concepts de contrôle, d'imprévisibilité et de nouveauté réfèrent aux travaux de Mason (1968) et le concept d'égo menacé à ceux de Dickerson et Kemeny (2004).