



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-S-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELLOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 13 septembre 2019

par

Pauline PERCHET

Née le 21 septembre 1994

**La verbalisation de l'erreur
par les sages-femmes**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

M. Pierre RAYNAL

Praticien Hospitalier en Gynécologie-Obstétrique,
Centre Hospitalier de Versailles

JURY :

Mme Julie GAILLARD

Mme Sylvie DUQUENOIS

M. Baptiste BERTHO

Sage-femme enseignante, école Baudelocque

Sage-femme enseignante, école Baudelocque

Sage-femme enseignant, école Baudelocque

Mémoire N° 2019PA05MA36

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à mon étude. Merci pour leur honnêteté ainsi que pour tous les commentaires encourageants que j'ai pu recevoir. Je remercie l'ensemble des sages-femmes qui ont accepté de tester mon questionnaire pour leurs conseils avisés.

Je remercie tout particulièrement mon directeur, Pierre Raynal, qui m'a donné envie de m'intéresser à ce sujet si passionnant et pour toute l'expertise qu'il a pu m'apporter.

Je remercie les membres du jury d'avoir accepté d'évaluer mon travail.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école Baudelocque pour leur accompagnement durant ces années et la transmission de leur savoir.

Je remercie ma mère pour son soutien inconditionnel, l'aide perpétuelle qu'elle peut m'apporter et sa présence. Je remercie mon père pour son aide et le savoir qu'il a pu me transmettre. Je remercie mes frères Martin, Simon et Gabriel pour la joie qu'ils m'apportent.

Je remercie particulièrement Morgane G. pour toute l'aide et le soutien qu'elle a pu m'apporter, durant mes études, durant mes gardes et durant ce travail, même dans les moments les plus difficiles.

Je remercie mes copines de promotion pour leur bonne humeur et pour tous les conseils qu'elles ont pu me donner. Merci à Camille, Elise, Adèle et aux Apolline(s) !

Je remercie enfin l'ensemble de mes amis, qui me font rire continuellement, pour tout le bonheur qu'ils m'apportent, pour tout ce que nous vivons et allons vivre ensemble. Merci à Louise d'être toujours là après toutes ces années, on ne s'en lasse pas !

Résumé

Contexte : L'erreur à la différence de la faute, n'est pas volontaire. Beaucoup d'erreurs sont corrigées spontanément. En aéronautique, le risque de décès par accident est moindre comparé à la médecine. Dans cette discipline, le fait de parler de ses erreurs, même celles sans conséquences, est prôné. Cela permet d'éviter qu'elles ne se reproduisent. Certains outils ont commencé à être développés en médecine tels que les revues morbi-mortalité, les fiches d'évènements indésirables avec possibilité d'anonymisation ... Il est important d'accepter une réalité : l'erreur est inhérente à toute activité humaine. Il n'est pas possible d'éliminer l'erreur dans un univers de travail avec des humains.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude a été de savoir si les sages-femmes parlaient de leurs erreurs, si elles attendaient de savoir si cette erreur avait une conséquence pour en parler, ou si elles n'en parlaient pas. Un objectif secondaire a été d'identifier les déterminants pouvant influencer la verbalisation de ces erreurs.

Population et méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative, observationnelle destinée aux sages-femmes salariées du secteur hospitalier à l'aide d'un questionnaire anonyme diffusé en ligne du 7 octobre 2018 au 29 décembre 2018.

Principaux résultats : Nous avons recueilli 1009 réponses pour notre questionnaire. Peu de sages-femmes ne parlaient pas de leurs erreurs (0,4%), mais 16,5% attendaient de savoir si l'erreur avait une conséquence pour en parler. Les sages-femmes jeunes, récemment diplômées et exerçant depuis peu dans leur maternité ainsi que celles n'ayant jamais assisté à des revues morbi-mortalité avaient plus tendance à attendre de savoir si l'erreur avait une conséquence pour en parler ($p \leq 0,002$). Lorsque l'ambiance au staff obstétrique du matin était propice à parler de ses erreurs, les sages-femmes avaient tendance à parler de leurs erreurs sans attendre de savoir s'il y avait des conséquences ($p < 0,001$). Les sages-femmes entretenant des bonnes relations avec leurs collègues médecins avaient plus fréquemment tendance à leur parler de leurs erreurs. Lorsque l'erreur n'avait pas de réelle conséquence, les sages-femmes avaient plus tendance à parler à leurs collègues sages-femmes qu'à leurs collègues médecins ($p < 0,001$).

Conclusion : Notre étude montre que la verbalisation de l'erreur par la sage-femme dépend de nombreux facteurs, ainsi que l'importance de sensibiliser certaines sages-femmes à la verbalisation de l'erreur même sans conséquences pour apprendre de ses erreurs, éviter qu'elles ne se reproduisent et ainsi améliorer la sécurité des patients.

Mots-clés : Erreur, faute, verbalisation, revues morbi-mortalité, conséquence

Abstract

Context: Error, unlike fault, is not intentional. Many errors are corrected spontaneously. In aeronautics, the risk of accidental death is lower compared to medicine. In this discipline, talking about mistakes, even those with no consequences, is advocated. This helps to prevent them from happening again. Some methods have begun to be developed in medicine such as morbi-mortality reviews, adverse event records with the possibility of anonymization... It is important to accept a reality: error is inherent in any human activity. It is not possible to eliminate error in a working environment with humans.

Objectives: The main objective of this study was to assess midwives' behaviour when confronted to a mistake they made. They can either talk about it, wait to find out if the mistake has a consequence to talk about it or not talk about it at all. A secondary objective of this assessment was to identify the determinants that could influence the verbalization of these mistakes.

Population and method: We conducted a quantitative, observational study for salaried midwives in the hospital sector using a questionnaire in the form of an anonymous online form from October 7, 2018 to December 29, 2018.

Main results: We collected 1009 responses for our questionnaire. Few midwives did not talk about their mistakes (0.4%), but 16.5% waited to know if the mistake had a consequence to talk about it. Midwives that are young, recently graduated or recently practiced in their maternity wards as well as those who have never attended morbi-mortality reviews were more likely to wait to know if the error had a consequence to talk about it ($p \leq 0,002$). When the atmosphere at the morning obstetrical staff was conducive to talking about their mistakes, midwives tended to talk about their mistakes without waiting to know if there were any consequences ($p < 0,001$). Midwives with good relationships with their fellow physicians were more likely to tell them about their mistakes. When the error had no real consequence, midwives were more likely to talk to their midwifery colleagues than to their physician colleagues ($p < 0,001$).

Conclusion: Our study shows that the midwife's verbalization of error depends on many factors, as well as the importance of sensitizing some midwives to the verbalization of error even without consequences to learn from their mistakes, to avoid its recurrence and thus improve patient safety.

Keywords: Error, fault, verbalization, morbi-mortality reviews, consequence

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	3
Abstract	4
Liste des tableaux	7
Liste des figures	8
Liste des annexes	9
Lexique.....	9
Introduction	12
1. L'erreur.....	12
1.1 <i>L'erreur dans le monde, l'erreur en médecine</i>	12
1.2 <i>Définitions</i>	13
1.3 <i>Quelques chiffres et études</i>	14
2. La verbalisation de l'erreur médicale	15
2.1 <i>Partie historique et facteurs influant la déclaration de l'erreur</i>	15
2.2 <i>Part judiciaire et administrative de la verbalisation de l'erreur</i>	16
3. Analyse et solutions face à l'erreur	17
3.1 <i>Moyens mis en place dans différents domaines</i>	17
3.2 <i>Moyens mis en place en médecine</i>	18
3.3 <i>Etudes réalisées sur le sujet</i>	19
4. Justification de l'étude	20
Première partie Matériels et méthodes.....	21
1. Objectifs et hypothèses	21
1.1 <i>Objectif principal</i>	21
1.2 <i>Objectif secondaire</i>	21
1.3 <i>Hypothèses</i>	21
2. Type d'étude et population d'étude	21
3. Déroulement de l'étude.....	22
3.1 <i>Construction du questionnaire</i>	22
3.2 <i>Test</i>	23
3.3 <i>Variables retenues</i>	23
3.4 <i>Recueil des données</i>	24
3.5 <i>Stratégie d'analyse</i>	25
4. Considérations éthiques et réglementaires	26

Deuxième partie Résultats	27
1. Description de la population d'étude	27
1.1 <i>Caractéristique de la population d'étude</i>	27
1.2 <i>Répartition de la population d'étude selon les cas cliniques</i>	29
2. Evaluation de la verbalisation de l'erreur par les sages-femmes	31
2.1 <i>Verbalisation de l'erreur selon les situations présentées</i>	31
2.2 <i>Verbalisation d'une erreur en général</i>	33
3. Principaux résultats	34
3.1 <i>Verbalisation de l'erreur en fonction de caractéristiques socio-professionnelles et socio-démographiques</i>	34
3.2 <i>Verbalisation de l'erreur entre les différents professionnels</i>	37
3.2.1 <i>Verbalisation de l'erreur en fonction du statut professionnel</i>	37
3.2.2 <i>Verbalisation de l'erreur en fonction des relations avec ses collègues</i>	38
3.2 <i>Verbalisation de l'erreur en fonction de la sensibilisation à celle-ci et de la politique de qualité et gestion des risques de la maternité d'exercice</i>	41
4. Autre analyse : facteurs influant la verbalisation	43
4.1 <i>Facteurs influant la verbalisation d'une erreur</i>	43
4.2 <i>Facteurs influant l'absence de verbalisation d'une erreur</i>	44
Troisième partie Discussion	45
1. Principaux résultats	45
2. Discussion des résultats	46
3. Forces et limites de l'étude	48
3.1 <i>Force de l'étude</i>	48
3.2 <i>Limites et biais</i>	49
3.3 <i>Validité interne</i>	50
3.4 <i>Validité externe</i>	50
4. Implications et perspectives	50
4.1 <i>Propositions pour remédier à cette problématique de verbalisation de l'erreur</i>	50
4.2 <i>Autres études envisageables</i>	52
Conclusion	54
Bibliographie	55
Annexes	58

Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques et socio-professionnelles de la population d'étude</i>	<i>28</i>
<i>Tableau 2 : Nombre de cas où l'erreur est verbalisée en fonction des caractéristiques de la population d'étude</i>	<i>35</i>
<i>Tableau 3 : La verbalisation d'une erreur en général en fonction des caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude</i>	<i>36</i>
<i>Tableau 4 : Verbalisation de l'erreur selon les cas en fonction de la relation avec les différents collègues</i>	<i>40</i>
<i>Tableau 5 : Verbalisation de l'erreur en fonction de la sensibilisation à celle-ci et de la politique de la maternité d'exercice.....</i>	<i>42</i>

Liste des figures

<i>Figure 1 : Proportions de participants pensant que les situations présentées peuvent ou ne peuvent par leur arriver.....</i>	<i>29</i>
<i>Figure 2 : Verbalisation de l'erreur par les sages-femmes selon les cas.....</i>	<i>31</i>
<i>Figure 3: Nombre de cas où les participants parlent de leur erreur</i>	<i>32</i>
<i>Figure 4 : Verbalisation de l'erreur en général</i>	<i>33</i>
<i>Figure 5 : Verbalisation de l'erreur en fonction du statut professionnel.....</i>	<i>37</i>
<i>Figure 6: Relations des sages-femmes avec leurs collègues</i>	<i>38</i>
<i>Figure 7 : Principales raisons amenant à parler d'une erreur.....</i>	<i>43</i>
<i>Figure 8 : Principales raisons amenant à ne pas parler d'une erreur.....</i>	<i>44</i>
<i>Figure 9 : Réponses à la question « pensez-vous que cette problématique de verbalisation de l'erreur est importante ? »</i>	<i>48</i>
<i>Figure 10 : La culture développée dans les maternités est-elle propice à parler de ses erreurs en toute sérénité?</i>	<i>51</i>

Liste des annexes

<i>Annexe 1 : Les différents niveaux de gravité d'un événement indésirable associé aux soins</i>	<i>59</i>
<i>Annexe 2 : Le modèle du fromage Suisse, J. Reason.....</i>	<i>60</i>
<i>Annexe 3 : Culture Juste</i>	<i>61</i>
<i>Annexe 4 : Questionnaire</i>	<i>62</i>
<i>Annexe 5 : Verbalisation de l'erreur en fonction des conséquences : comparaison de deux cas.....</i>	<i>74</i>
<i>Annexe 6 : Verbalisation de l'erreur lorsque celle-ci va probablement être corrigée par un collègue</i>	<i>76</i>
<i>Annexe 7 : Verbalisation de l'erreur lors du retour sur la situation.....</i>	<i>77</i>
<i>Annexe 8 : Verbalisation de l'erreur à un proche.....</i>	<i>78</i>
<i>Annexe 9 : Personnes s'imaginant dans les situations présentées en fonction du type de maternité où elles exercent</i>	<i>79</i>

Lexique

ARS : Agence Régionale de Santé

CREX : Comités de Retour d'Expérience

DREES : Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques

EIGS : Evénement Indésirable Associés aux Soins

EIE : Evénement Indésirable Evitable

EIGS : Evénement Indésirable Grave associé aux Soins

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

REX : Retour d'Expérience

RMM : Revues Morbi-Mortalité

WHO : World Health Organization

« On n'est pas surhumain. Des erreurs ça arrive à tout le monde. Si on ne les assume pas on n'avance pas. Ça permet de réfléchir à la cause et comment ne pas la reproduire. »

Une sage-femme ayant participé à l'étude

Introduction

« C'est de nos théories les plus audacieuses, y compris celles qui sont erronées que nous apprenons le plus. Personne n'est à l'abri de l'erreur ; ce qui compte, c'est d'en tirer la leçon ». (1)

1. L'erreur

1.1 L'erreur dans le monde, l'erreur en médecine

L'affaire du sang contaminé en 1984-1985, L'explosion de l'usine Total AZF à Toulouse en 2001, l'atterrissage manqué du vol Air France 358 à Toronto en août 2005, Fukushima en 2011. Ces exemples parmi tant d'autres témoignent des conséquences désastreuses pouvant découler d'erreurs humaines. L'erreur n'est pas synonyme d'accident. (2-4) Nous allons nous intéresser aux erreurs humaines pouvant conduire à des accidents et non pas à ces derniers en tant que tel.

Les erreurs sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'imagine. Nous en commettons plusieurs par heure que l'on corrige spontanément dans 70 à 80% des cas. (2) Beaucoup ne sont pas verbalisées ou difficiles à verbaliser. Nous pouvons nous demander pourquoi. Est-ce par peur des réprimandes ou d'éventuelles sanctions ? Par culpabilité ? S'il était possible d'en parler librement, cela ne permettrait-il pas d'éviter que l'erreur ne se reproduise et que les possibles conséquences qui auraient pu en découler ne surviennent pas ? L'erreur est souvent involontaire et son vécu est le plus souvent difficile. La façon dont nous allons vivre l'erreur est influencée par notre conscience humaine et le fonctionnement de notre société. Il faut bien comprendre et accepter que tant que les acteurs sont des humains, les erreurs ne peuvent pas être supprimées. (2)

Comme dans toute profession, en médecine, l'erreur peut survenir. Cependant dans ce domaine, celle-ci peut être irréversible et avoir de graves conséquences. C'est pourquoi il peut être difficile d'accepter une erreur que l'on a commise et d'en parler.

La médecine reste faillible. Pourtant, historiquement, une culture négative et punitive de l'erreur s'est développée. Une « culture positive de l'erreur » permettrait de « se protéger à la fois de l'erreur et de ses conséquences psychologiques et judiciaires ». (5)

On mentionne ici cette problématique de verbalisation de l'erreur dans le domaine médical mais celle-ci peut être élargie à différents domaines où les conséquences peuvent aussi être désastreuses. Si l'on considère

l'aviation civile, le taux d'événements indésirables est bien moindre. Il s'agit d'un système plus sûr que le système de soins où les retours sur expériences et le fait de parler de ses erreurs est prôné. (6)

La verbalisation des erreurs pourrait-elle être une solution pour diminuer à la fois la pénibilité du vécu de l'erreur sur un plan psychologique ainsi qu'un moyen d'atténuer les conséquences qui peuvent en découler ou éviter que celle-ci se reproduise ?

Afin de bien comprendre, il convient en premier lieu de redéfinir l'erreur et de la distinguer de la notion de faute.

1.2 Définitions

« Faire une erreur, c'est avant tout errer, au sens d'aller à l'aventure dans un environnement inconnu » (7)

1.2.1 l'erreur en général

L'**erreur** vient du verbe « *errare* » qui signifie « errer », le Larousse la définit comme « la faute commise en se trompant ». On comprend donc bien cette notion d'errance en ce qui concerne le soignant dans un cadre multidisciplinaire composé de nombreuses innovations dont il n'a pas toujours la connaissance. (7)

La **violation**, contrairement à l'erreur, correspond à un écart volontaire à une règle sans qu'il y ait nécessairement une intention malveillante. (8)

Le terme de « **faute** » vient de « *fallere* » qui signifie « faillir ». Il désigne le « manquement aux règles établies et donc connues ». (7)

Prenons un exemple de la vie courante. L'erreur survient lorsqu'une personne se baigne alors qu'elle n'a pas vu le panneau baignade interdite, la violation correspond à celui qui se jette à l'eau en ayant vu le panneau mais pour sauver quelqu'un qui se noie, et enfin la faute désigne la personne qui se baigne volontairement en ayant parfaitement vu le panneau.

J. Reason définit l'erreur comme un enchaînement de séquences planifiées qui ne sont pas parvenues à atteindre leur but sans que ces échecs puissent être attribués à l'intervention du hasard (9) Il explique que pour un même type d'erreur les conséquences peuvent être totalement différentes. Il ne faut donc pas confondre l'erreur et ses conséquences.

1.2.2. L'erreur dans le domaine médical

Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) définis par la Haute Autorité de Santé sont : « des événements liés aux soins, et non à l'évolution normale de la maladie, qui auraient pu ou ont entraîné un préjudice pour le patient. » (10) Les EIAS comportent différents niveaux en fonction de la gravité de celui-ci, allant du « mineur » (désagrément ou insatisfaction du patient) au « catastrophique » (événement irréversible). (*Annexe 1*)

Les événements indésirables associés aux soins remarquables désignent « des cas réels survenus dans la pratique des praticiens ». Ils sont réévalués et ont une visée pédagogique. (11)

Les événements porteurs de risque sont des « événements qui auraient pu provoquer un préjudice au patient mais qui ont été évités par le soignant ou le patient ». Par exemple un chirurgien se trompe de dossier pour un patient mais s'en rend compte juste avant son opération. (10)

Les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) sont des « événements défavorables pour le patient ayant un caractère certain de gravité et associés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitement ou d'actions de prévention ». Ils ne sont pas nécessairement associés à une erreur de soins. (12)

L'Organisation Mondiale de la Santé définit l'**erreur** « un défaut d'exécution d'une action planifiée ou l'application d'un plan incorrect ». Elle reprend la définition de Runciman, définissant l'erreur ainsi : « lorsque quelqu'un fait mal en essayant de faire bien ». (13)

L'erreur ajoutée à une issue défavorable pour le patient va constituer un « **événement indésirable évitable** ». (14) C'est-à-dire, « un événement indésirable qui n'aurait pas eu lieu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue ». (12)

Les « **événements indésirables non évitables** » relèvent souvent de situations complexes et ne sont pas corrélés aux facteurs humains. (12) Ils ne feront donc pas partie du sujet de notre étude.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades introduit la notion d'aléa et de faute mais n'aborde pas l'erreur. Or cette notion est importante car sa prise en charge recèle certaines failles du système de santé qu'il convient d'analyser afin d'en diminuer la survenue. (15)

1.3 Quelques chiffres et études

Nous savons que les erreurs sont très fréquentes. En moyenne, l'erreur peut survenir deux fois par heure en conditions attentives et ce chiffre peut atteindre 10 erreurs par heure en condition inattentive. Inversement, lorsque l'attention est très importante, ce chiffre peut être réduit à une erreur toutes les deux heures. Cependant ce dernier cas peut paradoxalement être dangereux, la personne étant focalisée sur son action, elle détecte et récupère moins facilement ses erreurs. Comme dit R. Amalberti, « Le volume d'erreur ne prédit pas la performance, c'est la récupération des erreurs qui prédit le mieux la performance du sujet. » (2)

D'après l'enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins de 2005, parmi les 5 causes d'erreurs les plus fréquentes, on retrouve : « l'insuffisance d'échanges d'informations entre professionnels » et « les défauts de communication interne ». (12)

Le recensement des événements indésirables évitables ne peut pas être exhaustif d'une part parce que ceux-ci ne sont pas toujours déclarés et d'autre part, parce qu'il peut parfois être difficile d'imputer un événement à une cause précise. (14) Le taux de déclaration des EIGS aux Agences Régionales de Santé (ARS) par les établissements de santé entre 2012 et 2014 était estimé à 44%. (16)

En 1999, un rapport publié par l'Institut de médecine américain « *To err his human* » estimait le nombre de décès liés à la défaillance des soins aux Etats Unis entre 44 000 et 98 000 par an. (17) Ce qui plaçait la mortalité d'origine iatrogène devant la mortalité par accidents de la route aux Etats Unis. (14)

En France, deux enquêtes ont été menées par la Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques (DREES) en 2004 et 2009 pour recenser les événements indésirables graves. L'enquête de 2009 a montré que la fréquence des EIG survenus en cours d'hospitalisation était de 6,2 pour 1000 journées d'hospitalisation ce qui correspondait dans un service de 30 lits à environ un EIGS tous les 5 jours. Si l'on considère les EIG ayant entraîné une hospitalisation, la fréquence était de 4,5 pour 1000 journées d'hospitalisation. (18,19)

Entre 2004 et 2009, les chiffres recensant les EIGS ont peu évolué. Cependant, les indicateurs ne mesuraient pas l'évolution du comportement des acteurs de soins ou la culture de sécurité des établissements de santé. (12,19) Aucune étude plus récente n'a recensé les EIGS de manière aussi exhaustive.

2. La verbalisation de l'erreur médicale

2.1 Partie historique et facteurs influant la déclaration de l'erreur

Historiquement, la vision paternaliste de la relation médecin-patient pouvait entraîner une absence de verbalisation quant aux erreurs commises par le soignant. Il y avait une culture de « la honte et du silence » face à l'erreur. Avec celle-ci s'est instauré une perte de confiance s'accompagnant d'une vision négative de l'erreur. Pour autant il a été bien montré que l'erreur n'est pas synonyme d'incompétence : « Aucun médecin, même le plus savant [...] n'est à l'abri d'une erreur médicale ». (5)

Parler de l'erreur humaine est difficile car la perception de celle-ci en matière de sociologie est déjà en partie établie par la relation patient/soignant et la nécessité de trouver un coupable est souvent présente. Il

faudrait donc que le regard porté sur celle-ci soit modifié : « remplacer le bouc émissaire par l'information émissaire ». (4) Cette recherche constante d'un coupable entraîne un frein à la déclaration et ainsi à l'apprentissage par l'erreur (13). Cependant, pour les familles des victimes, il est compréhensible qu'il puisse y avoir ce besoin de trouver un coupable pour avancer. Il est donc important de différencier la responsabilité que chacun engage lors de ses actes et la culpabilité d'une personne ou du fonctionnement interne d'une organisation : « responsable mais pas coupable ». (7)

La verbalisation de l'erreur peut aussi être altérée par la connaissance de l'issue de l'erreur. Notre jugement peut alors être modifié. C'est ce que l'on appelle le biais rétrospectif. (13)

Lorsqu'une erreur est commise par un professionnel, se pose alors la question du « secret ». Au-delà de la carrière du soignant, il y a « le risque d'une remise en cause de sa propre légitimité et de sa compétence dans l'exercice du métier ». (5) De nos jours, la médecine peut être considérée comme l'autorité silencieuse et le patient, comme une personne méfiante et anxieuse. Il convient donc de redéfinir l'éthique de la relation patient-soignant (5). Le soignant n'étant pas juste une personne essayant de préserver sa carrière et le patient n'étant pas là juste pour entreprendre une démarche procédurière. L'erreur peut avoir des conséquences pénales et disciplinaires que l'on ne peut tout de même pas négliger. Celles-ci pourraient-elles être aussi un frein à la verbalisation des erreurs ?

2.2 Part judiciaire et administrative de la verbalisation de l'erreur

En droit, on parle de « faute » et non d'erreur. Il faut qu'il y ait un lien de causalité avec les préjudices pour engager la responsabilité. C'est alors la responsabilité administrative de l'hôpital qui peut être engagée. Si la faute personnelle est détachable du service, c'est alors la responsabilité civile du professionnel qui est mise en jeu. La responsabilité disciplinaire peut elle aussi être engagée lorsqu'il y a un manquement aux obligations professionnelles. Il n'existe pas de définition juridique pour l'engagement de la responsabilité disciplinaire. Celle-ci est donc basée sur la jurisprudence. (20)

Comme nous l'avons vu précédemment, l'erreur n'a pas seulement des « conséquences juridictionnelles », c'est avant tout un moyen de prévention. (18)

Nous nous intéresserons dans notre étude, aux erreurs comme définies précédemment et donc aux « fautes » commises involontairement et non détachables de l'hôpital.

Depuis la loi de 2002 relative aux droits des malades, les professionnels de santé ont l'obligation de déclarer les événements indésirables à l'Agence Régionale de Santé. (15) On retrouve cette loi dans l'article L1413-14 du code de la Santé publique. (22)

Le décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés aux soins est paru 14 ans plus tard, il va permettre l'application de cette loi de façon plus effective (23). Selon ce décret, les événements indésirables doivent être déclarés lorsque ceux-ci sont inattendus et ont des conséquences graves. En limitant la déclaration à ce type d'événements, le recueil pourrait alors être plus exhaustif, cela ne signifie pas qu'il faut négliger les autres événements indésirables (24).

La déclaration d'un EIGS à l'Agence Régionale de Santé se fait en deux volets. Un premier étant une déclaration rapide. Le second comporte des informations sur les actions permettant de limiter la survenue de l'événement indésirable. Elle permet aux professionnels concernés et à l'établissement de santé de réanalyser leurs pratiques et leurs fonctionnements. Cette déclaration conserve l'anonymat de toutes les personnes concernées (patient et soignant), mis à part celle du déclarant (24).

3. Analyse et solutions face à l'erreur

“Il faut apprendre des erreurs, il faut absolument en parler, il faut travailler dessus... les expliquer, les décortiquer. Et ça doit être fait pour toutes les erreurs, même celles qui n'ont pas de conséquences.” Un médecin (25)

3.1 Moyens mis en place dans différents domaines

L'erreur est présente en médecine mais, étant inhérente à chacun, elle est aussi présente dans tous les domaines de notre société et peut parfois avoir des conséquences dévastatrices. C'est pourquoi différents moyens ont été mis en œuvre, notamment dans l'aéronautique où le nombre de morts dans des crashes d'avion a pu être considérable par le passé. Cette discipline est maintenant une des plus sûres qui existe : la probabilité de décès par accident étant de 1/1 000 000 à 1/4 000 000 alors que pour la chirurgie le risque va de 1/250 à 1/1 000. (4)

Les principales réformes concernant l'aéronautique pour accroître la sécurité vont être la formation aux facteurs humains (débriefings, discussion avec les supérieurs, compréhension de la psychologie humaine, etc.) qui est devenue obligatoire ; l'augmentation de la flexibilité pour permettre aux acteurs de s'adapter sans avoir l'obligation de se contraindre aux règles dans certaines situations à risque et inattendues ; la hiérarchie restreinte impliquée qui correspond à l'effacement de la hiérarchie notamment dans le cockpit pour que chacun soit libre d'exprimer son désaccord ou des doutes sans qu'il y ait de conséquences et ainsi éviter de ne pas mentionner des erreurs qui auraient pu être constatées (4). Enfin, en 2007, l'aviation civile Suisse a instauré

un système de compte rendu non punitif où des événements peuvent être déclarés de manière anonyme et par la suite auront une visée pédagogique lors des formations : « plus il y a d'incidents rapportés, mieux c'est pour la sécurité ». Ce système permet d'augmenter le nombre de déclarations d'événements, après avoir constaté que le système punitif pouvait être un frein à la déclaration. Ce système non punitif étant inscrit dans le concept de « *Just Culture* » correspondant à une culture non punitive de l'erreur, indiquant que « les limites entre un comportement acceptable ou non sont clairement définies ». (26)

3.2 Moyens mis en place en médecine

Des actions ont été entreprises dans le domaine médical en s'appuyant sur cette culture développée dans l'aviation civile, notamment par la mise en place des Retours d'Expériences (REX) et des Comités de Retours d'Expériences (CREX) afin d'améliorer les pratiques et de proposer des solutions d'amélioration. La Haute Autorité de Santé va ensuite diffuser à l'échelle nationale des REX, après avoir centralisé et anonymisé les événements indésirables recueillis par les différentes Agences Régionales de Santé. Le but étant de prendre connaissance des événements indésirables qui peuvent arriver afin d'en diminuer la survenue. (24)

Cela va aussi être un des objectifs des revues morbi-mortalité (RMM) qui sont des analyses rétrospectives de cas réels. (27,28) Les RMM sont inspirées par « le modèle du fromage suisse » de Reason (*Annexe 2*). Avec ce modèle, J. Reason considère qu'un accident ne survient pas à cause d'une action unique mais suite à une succession d'événements. Il faut donc passer au travers des différentes barrières de sécurité pour que l'accident ait lieu. Ces différentes failles peuvent être d'origines différentes (organisationnelles, formation, stress, fatigue, etc.). L'important ne va donc pas être d'analyser l'accident mais chacune des étapes qui y ont conduit. C'est ce qui est recherché lors des RMM. Cependant, ce modèle permet surtout de corriger les éléments organisationnels mais de façon bien moindre les erreurs humaines. (9,29) Néanmoins, l'analyse de ces différentes étapes va permettre de diminuer la survenue d'erreurs humaines par la mise en place de nouvelles barrières de sécurité. Nous pouvons prendre comme exemples la mise en place de la check-list du bloc opératoire (2010), le développement de l'identitovigilance et de la pharmacovigilance, les staffs médicaux, le développement de la culture de sécurité des soins développée par la haute autorité de santé (2010), la formation continue et la diminution des durées de séjour pour les patients. (14,30–32)

En médecine, l'erreur peut avoir des conséquences irréversibles et graves, la médecine reste faillible. Cette morbidité associée à l'erreur rend la communication sur cette dernière particulièrement difficile. Cela peut remettre en cause sa carrière mais aussi soi-même en tant que personne. Il faut accepter de se tromper pour se tromper le moins. La culture positive de l'erreur permet de « se protéger à la fois de l'erreur et de ses conséquences psychologiques et judiciaires ». (5) D'où le développement du concept de « culture juste » dans le domaine médical avec la non punition des erreurs. Celui-ci s'est développé pour atteindre plus de sécurité suite à ce constat : « Le principal obstacle à la prévention des erreurs c'est que nous punissons les auteurs des erreurs. 2 à 3% seulement des erreurs graves sont déclarées. Les professionnels de santé ne déclarent que ce

qu'ils ne peuvent pas cacher. » (33). Cette culture juste permettra donc d'augmenter la verbalisation de l'erreur par les professionnels.

Il faut bien entendu trouver un équilibre à cette non punition des erreurs pour ne pas atteindre un laxisme trop important. Ce qui amène à la définition de la culture juste : « Un climat de confiance qui incite les personnes à fournir les renseignements essentiels liés à la sécurité (voire les en récompense), mais dans lequel les personnes sont également au courant des limites qui existent entre un comportement acceptable ou non. » James Reason, 1997 *Les éléments de la culture de sécurité*. (33) (Annexe 3)

On constate donc l'importance de parler de ses erreurs. Cela va être le but des événements indésirables associés aux soins remarquables que nous avons défini précédemment : « montrer qu'il est possible de parler des événements qui surviennent dans une période où prédomine encore une culture du silence ». (5)

3.3 Etudes réalisées sur le sujet

Certaines études ont été réalisées sur ce sujet de la verbalisation de l'erreur en médecine ou en ce qui concerne les sages-femmes.

Une thèse réalisée à l'aide d'une étude qualitative interrogeant des internes en médecine montrait que pour la plupart des personnes interrogées, se rendre compte de son erreur est un choc, ce qui permet d'expliquer la difficulté qu'il peut y avoir à en parler. D'après les sujets interrogés, il est difficile de parler d'une erreur à ses supérieurs de par le respect qu'ils leur octroient et étant donné qu'ils attendent un enseignement de leur part. Il est plus facile d'en parler à leurs co-internes. (34)

Une étude de 2013 portant sur 11 maternités du réseau APERIF (réseaux périnataux d'Ile de France) montre que près de la moitié des sages-femmes interrogées ne connaissent pas l'existence des RMM. Cette étude ayant recueilli 117 questionnaires portait sur le type d'erreurs commises, leur mode de révélation et les conséquences médicales et psychologiques des erreurs. 27% des sages-femmes interrogées disaient ne pas avoir commis d'erreur. Les principaux types d'erreurs relevés dans cette étude ont été des erreurs médicamenteuses, d'analyse ou d'interprétation du RCF, des erreurs diagnostiques et de retard de prise en charge. Les origines principales de ces erreurs étaient : la surcharge d'activité, la fatigue physique ou psychique, des problèmes de transmission. Les mesures correctrices souhaitées étaient des staffs multidisciplinaires, des soutiens psychologiques, la mise en place de groupes de parole, des RMM, des formations et une meilleure organisation des services.

Cette étude concluait à la sous-estimation de l'erreur médicale, ce qui entraîne un déficit quant aux mesures correctrices mises en place. (35)

4. Justification de l'étude

L'erreur médicale est omniprésente dans le système de soins et ne pourra jamais être totalement éliminée. L'important va donc être non pas de chercher à éradiquer l'erreur mais de la réanalyser pour connaître ses causes et mettre en place des moyens afin de la corriger et d'éviter qu'elle ne se reproduise. D'où l'importance de parler de ses erreurs pour parvenir à mener à bien cette analyse (14). Cela nous montre l'intérêt de parler d'erreurs même si elles n'ont pas eu de conséquences importantes pour qu'elles ne se reproduisent pas, car c'est l'accumulation des erreurs avec petites conséquences non graves qui conduit aux erreurs associées à de graves conséquences.

Suite à ce constat et à l'étude réalisée en 2013 montrant que les sages-femmes ne sont pas toutes sensibilisées à la verbalisation des erreurs, notre étude a pour objectif de savoir si les sages-femmes parlent de leurs erreurs, si elles attendent de savoir s'il y a des conséquences pour en parler ou si elles n'en parlent pas. Si elles en parlent, qu'est ce qui les pousse à le faire et si elles n'en parlent pas, qu'est ce qui les en empêche ? Cette étude évaluera de manière quantitative la proportion de personnes qui parlent selon certains déterminants ou certaines situations.

La première étape pour aller vers une philosophie de l'erreur apprenante est le « signalement interne du problème » (36). C'est pourquoi nous nous sommes intéressés dans ce mémoire à la verbalisation de l'erreur entre professionnels et non à la verbalisation de l'erreur aux patients qui est cependant également un sujet important.

Première partie

Matériels et méthodes

1. Objectifs et hypothèses

1.1 Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était de savoir si les sages-femmes parlaient de leurs erreurs, si elles attendaient de savoir si l'erreur avait une conséquence pour en parler ou si elles n'en parlaient pas.

1.2 Objectif secondaire

Notre objectif secondaire était d'identifier les déterminants pouvant influencer la verbalisation de l'erreur (caractéristiques socio-professionnelles et socio-démographiques, conséquences de l'erreur, relationnel avec ses collègues, sensibilisation à l'erreur, culture qualité développée dans la maternité).

1.3 Hypothèses

L'hypothèse principale de notre étude était que certaines erreurs n'étaient pas verbalisées.

Notre deuxième hypothèse était que l'on parlait plus ou moins de ses erreurs en fonction de certaines caractéristiques personnelles, des conditions de travail, des relations que l'on entretient avec ses collègues et des connaissances acquise sur cette problématique.

Notre troisième hypothèse était que le fait de parler ou non de ses erreurs pouvait dépendre des conséquences de celle-ci.

2. Type d'étude et population d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative, observationnelle, multicentrique, descriptive à l'aide d'un questionnaire sous forme informatisée. Ce questionnaire était destiné aux sages-femmes françaises salariées travaillant dans des établissements de santé, qu'ils soient publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif.

Les cas cliniques étant adaptés à des situations d'établissement de santé, nous avons donc exclu de notre étude les sages-femmes exerçant seulement en libéral et les sages-femmes salariées non hospitalières.

3. Déroulement de l'étude

3.1 Construction du questionnaire

Le questionnaire support de notre étude a été réalisé en 5 parties (*Annexe 4*).

Partie 1 :

La première partie de notre questionnaire interrogeait les sages-femmes sur leurs caractéristiques socio-démographiques et socio-professionnelles. Les questions pour cette partie étaient semi-directives à réponse obligatoire.

Partie 2 :

La deuxième partie du questionnaire portait sur les formations individuelles, les relations et les pratiques au sein des équipes. Certaines questions étaient sous forme d'échelle numérique, notamment pour évaluer les relations au sein de l'équipe. Les autres questions étaient semi-directives. Elles n'étaient pas toutes à réponse obligatoire, celles qui l'étaient comportaient une proposition « ne souhaite pas répondre ».

Partie 3 :

La troisième partie comportait 4 cas cliniques. Le cas 2 et le cas 4 étaient divisés en deux parties, une où l'on ne connaissait pas encore les conséquences pour la patiente et son nouveau-né (2a et 4a) et une deuxième où les conséquences étaient connues (2b et 4b).

Pour chaque cas, les sages-femmes devaient nous indiquer si elles pensaient que la situation pouvait leur arriver. Ils ont été construits avec des gravités de conséquences différentes, des implications différentes dans l'erreur et des degrés d'urgence qui pouvaient être jugés différents.

Le cas 1 correspondait à une erreur lors de l'administration d'un médicament n'ayant pas de conséquences graves à long terme. Le cas 2 correspondait à un oubli d'envoi d'un prélèvement vaginal en consultation et de l'infection d'un nouveau-né par la suite. Le cas 3 correspondait à une rupture artificielle des membranes pendant le travail sur une présentation en siège non diagnostiquée, et donc un passage en césarienne. Le cas 4 correspondait à la réalisation d'un toucher vaginal chez une patiente ayant un placenta bas inséré, entraînant une hémorragie puis par la suite un décès du nouveau-né.

Les questions étaient similaires pour chaque cas afin de pouvoir les analyser ensemble, mis à part pour la première partie du cas 2 qui permettait d'évaluer la verbalisation d'une erreur en sachant que celle-ci allait être repérée et récupérée. Pour les autres cas, les questions portaient sur la verbalisation de l'erreur aux différents professionnels. Une question portait sur la verbalisation de l'erreur à un proche pour chaque cas. Les questions étaient semi-directives et obligatoires avec des propositions « ne souhaite pas répondre » ou « question non adaptée », afin de pouvoir répondre à la question pour les cas qui n'étaient pas adaptés à la verbalisation à certains professionnels (comme l'anesthésiste ou le pédiatre).

Dans ces différents cas, en nous appuyant sur le « modèle du fromage suisse » de Reason, nous avons rédigé des failles dans les barrières de sécurité. Par exemple en évoquant pour certains cas la surcharge de travail, ou une patiente ne parlant pas français. Le but étant que les participants aient pu imaginer que la survenue de l'erreur était possible dans certaines conditions

Partie 4 :

La quatrième partie portait sur l'erreur de façon plus générale et les éléments concourant à en parler ou à ne pas en parler. Elle comprenait la question principale de notre étude qui était amenée par les cas cliniques et cherchait à savoir si les participants parlaient de leurs erreurs, attendaient de savoir si l'erreur avait une conséquence ou n'en parlaient pas. Les questions portant sur les éléments concourant à parler d'une erreur ou à ne pas en parler comprenaient des propositions que les participants devaient choisir à l'aide de liste déroulante. Les participants devaient choisir leurs 3 principales raisons. Il y avait pour ces deux questions une proposition « autre » permettant aux participants de proposer un élément qui n'aurait pas été cité parmi les propositions. Les sages-femmes pouvaient ne pas répondre à cette question. Les autres questions étaient des questions semi-directives à réponse obligatoire avec la possibilité d'indiquer « ne souhaite pas répondre ».

Partie 5 :

La partie 5 était facultative, son but était de connaître le point de vue des participants quant au sujet de la verbalisation de l'erreur et de connaître la culture développée dans les maternités sur ce sujet.

3.2 Test

Le questionnaire a été testé par 8 sages-femmes diplômées de notre entourage. Ce test a entraîné des modifications mineures du questionnaire et a appuyé l'importance des réponses « ne souhaite pas répondre » et « question inadaptée » étant donné que les questions se répétaient d'un cas clinique à l'autre et qu'elles pouvaient donc être parfois plus ou moins adaptées à la situation. Les cas cliniques ont été appréciés par les personnes ayant testé le questionnaire, le rendant plus « ludique ». Ceci avait pour but d'augmenter le nombre de participants à l'étude en le rendant plus attrayant. Le temps du questionnaire était estimé à environ 10-15 minutes selon les sages-femmes l'ayant testé.

3.3 Variables retenues

Chaque partie de notre questionnaire avait pour but de retenir différentes variables citées ci-dessous.

Caractéristiques socio-professionnelles et socio-démographiques

Les caractéristiques évaluées ont été l'âge, le sexe, le type de maternité d'exercice (Type 1, 2a, 2b ou 3; maternité publique, privée à but non lucratif (ESPIC), privée à but lucratif), le nombre d'années de diplôme et le temps d'exercice dans la maternité actuelle.

Relations avec les collègues et dans la maternité

Les relations des sages-femmes interrogées avec leurs collègues sages-femmes, leurs collègues aides-soignants, auxiliaires de puériculture et infirmiers, avec leurs collègues gynécologues-obstétriciens, avec leurs collègues anesthésistes et avec leurs collègues pédiatres ont été évaluées.

Sensibilisation à l'erreur et politique de qualité et gestion des risques de la maternité d'exercice

La survenue d'une erreur dans le parcours des professionnels interrogés était évaluée.

Au niveau de la formation, les participants devaient dire s'ils connaissaient les revues morbi-mortalité, s'ils y avaient déjà assisté et si oui si cela avait modifié leurs pratiques. Ils devaient nous indiquer de plus s'ils participaient au staff obstétrique du matin.

Les participants devaient indiquer si l'ambiance au staff obstétrique du matin était propice à parler de ses erreurs.

Verbalisation de l'erreur

Lors des cas cliniques, les professionnels devaient indiquer suite à l'erreur commise s'ils en parlaient ou non à leurs collègues et auxquels (une question pour chacun des collègues sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, pédiatres) ; et s'ils en parlaient à un proche.

Des questions permettaient de savoir quand la personne allait parler de son erreur : quand il y a une conséquence, quand l'erreur allait être récupérée, lors du retour sur la situation, suivant l'importance de la conséquence.

Sentiment face à la verbalisation de l'erreur :

Les dernières questions du questionnaire analysaient les éléments qui poussaient à parler ou à ne pas parler d'une erreur, l'importance de cette problématique pour les participants et les solutions qu'ils pensaient apporter s'ils considéraient que cette problématique était réelle.

3.4 Recueil des données

Les participants à l'étude ont été interrogés grâce à un questionnaire anonyme diffusé en ligne à l'aide de la plateforme GoogleForms entre le 7 octobre 2018 et le 29 décembre 2018 (soit 2 mois et demi).

Ce questionnaire a été diffusé aux cadres des maternités d'Ile de France et de certaines maternités que nous avons contactées directement (Marseille, Bordeaux, Toulouse, Lyon, Lille, Dijon, Roubaix), via les réseaux périnatalité des différentes régions de France (nous avons eu un retour du réseau périnatalité Calvados, Marne, Orne qui a diffusé notre questionnaire aux 221 sages-femmes de leur réseau), via certains Conseils de l'ordre des sages-femmes départementaux (notamment celui d'Ile de France), via la liste des anciennes étudiantes de l'école Baudelocque, et enfin, via nos contacts personnels.

Il était précisé dans le questionnaire que celui-ci était anonymisé et destiné aux sages-femmes travaillant en établissement de santé.

La diffusion du questionnaire s'est faite à partir du 7 octobre. Une relance a été faite le 18 décembre 2018 à l'ensemble des contacts qui n'avaient pas répondu au mail. Le taux de réponses était à ce moment-là de 917

(soit 91% des réponses). Nous avons pris la décision d'arrêter le questionnaire le 29 décembre, le nombre de réponses à cette date étant important. Nous avons alors recueilli 1009 réponses.

3.5 Stratégie d'analyse

En ce qui concerne les caractéristiques personnelles, nous avons regroupé les personnes ayant entre 30 et 35 ans avec les personnes ayant entre 35 et 40 ans, et les personnes de 40 à 50 ans avec les personnes de plus de 50 ans. Nous avons regroupé les maternités de type 2a et 2b ainsi que les établissements publics avec les établissements privés à but non lucratif (ESPIC). En ce qui concerne le temps de diplôme, nous avons regroupé toutes les personnes ayant leur diplôme depuis moins de 3 ans et celles ayant eu leur diplôme entre 3 et 10 ans. En ce qui concerne le temps d'exercice dans la maternité actuelle, nous avons regroupé les personnes exerçant depuis 1 à 3 ans avec celles exerçant depuis 3 à 5 ans, ainsi que toutes les personnes exerçant depuis plus de 5 ans dans la maternité. Enfin, nous avons regroupé pour notre analyse les personnes parlant lors du retour sur la situation et celles parlant immédiatement afin de les comparer aux personnes qui attendaient de savoir s'il y avait des conséquences pour en parler et celles ne parlant pas.

En ce qui concerne les réponses pour évaluer les relations des participants avec leurs collègues, nous les avons regroupées en trois groupes : mauvaises (allant de 0 à 2), moyennes (égal à 3) et bonnes (allant de 4 à 5).

Pour mener à bien notre questionnaire, nous avons décidé de réaliser des cas adaptés à la pratique de la majorité des maternités. Ils ont été rédigés de façon courte, avec peu de détails afin que les participants puissent s'imaginer dans la situation et que le questionnaire ne soit pas trop long ou la situation trop difficile à comprendre. Ces cas étant donc fictifs, peu détaillés, et les pratiques suivant les maternités pouvant être différentes, nous avons anticipé ce biais en demandant pour chaque cas clinique si les participants pensaient que cette situation pouvait leur arriver.

Le cas 2a n'a pas été analysé avec les autres cas cliniques car il ne comportait pas les mêmes questions et nous informait sur la verbalisation de l'erreur lorsque celle-ci allait être rattrapée.

Les variables analysées étant catégorielles, les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide d'un test de Chi2 (représenté par le symbole χ^2) ou un test de Fisher (représenté par le symbole F) lorsque les effectifs théoriques de certaines catégories étaient inférieurs à 3. Les analyses étant faites sur plus de deux variables et les effectifs étant très faibles pour les personnes ne parlant dans aucun cas, ces données n'ont pas pu être analysées. Nous les avons cependant retranscrites en italique dans les tableaux pour en prendre connaissance. Les analyses des cas ont aussi été faites sur le nombre de cas où les personnes parlaient.

Les analyses comparatives ont été effectuées à partir du site internet : BiostaTGV (<https://biostatgv.sentiweb.fr/>) et le test était considéré comme étant significatif quand la *p value* était inférieure ou égale à 0,05, soit correspondant à un risque de première espèce fixé à 5%.

4. Considérations éthiques et réglementaires

L'ensemble des questionnaires ont été recueillis via un lien préservant leur anonymat. Toute information dans les commentaires permettant d'identifier une personne ou un lieu de travail n'a pas été retranscrite dans ce mémoire. Certaines des sages-femmes ayant participé à l'étude nous ont fait part de situations qu'elles avaient vécues ou d'erreurs qu'elles avaient faites, certaines de façon détaillée. Ces éléments n'ont pas été retranscrits pour ne pas risquer de mettre ces personnes en difficulté.

Deuxième partie

Résultats

1. Description de la population d'étude

1009 réponses ont été recueillies pour ce questionnaire, nous avons conservé toutes les réponses au questionnaire.

1.1 Caractéristique de la population d'étude

Le *Tableau 1* présente les caractéristiques socio-démographiques et socio-professionnelles de la population d'étude.

Selon le Collège National de l'Ordre des sages-femmes, le nombre de sages-femmes en France en 2017 était de 28 932 et le nombre de sages-femmes salariées et mixtes (exerçant une activité libérale et au moins une activité salariée) est de 17 998. Nous avons recueilli pour notre étude 1009 questionnaires. Cela représente donc, selon les chiffres de 2017, 3,5% des sages-femmes françaises et 5,4% des sages-femmes salariées (comprenant les sages-femmes ayant une activité mixte). Selon cette étude, la population de sages-femmes françaises est composée de 2,6% d'hommes et 97,4% de femmes. Nous avons pour notre étude recueilli les témoignages de 2,3% d'hommes et 97,5% de femmes (il y a eu 0,2% de non réponses), ce qui est donc représentatif de la population générale ($p=0,51$). (37)

Notre population d'étude regroupait des sages-femmes relativement jeunes (plus de 50% avaient moins de 30 ans) par rapport à la moyenne d'âge des sages-femmes qui est de 39 ans pour les salariées hospitalières (en 2012) (38). La majorité des sages-femmes interrogées travaillaient dans un établissement de type 2. Un grand échantillon de notre population d'étude travaillait dans le secteur public et les établissements de santé d'intérêt collectif.

La majorité des sages-femmes interrogées avait obtenu le diplôme d'état depuis moins de 10 ans. En ce qui concerne le temps d'exercice dans la maternité actuelle, la plupart exerçait depuis plus d'un an.

Parmi notre population d'étude, 814 personnes soit 80,7% considèrent avoir déjà commis une erreur dans leur profession de sages-femmes. 188 soit 18,6% considèrent ne pas avoir commis d'erreur. 7 personnes soit 0,7% n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques et socio-professionnelles de la population d'étude

	n		%
Age			
<25 ans	158		15,7%
25-30 ans	385		38,2%
30-40 ans	321		31,8%
>40 ans	145		14,4%
Sexe			
Femme	984		97,5%
Homme	23		2,3%
NR	2		0,2%
Type de maternité			
Type 1	203		20,1%
Type 2	470		46,6%
Type 3	336		33,3%
Statut de maternité			
Public et ESPIC	945		93,7%
Privé	64		6,3%
Temps d'obtention du diplôme d'état			
<3 ans	310		30,7%
3 à 10 ans	401		39,7%
>10 ans	298		29,5%
Temps d'exercice dans la maternité actuelle			
<1 an	194		19,2%
1 à 5 ans	388		38,5%
>5 ans	427		42,3%

1.2 Répartition de la population d'étude selon les cas cliniques

La *figure 1* illustre la répartition des sages-femmes qui pensaient que les situations proposées dans notre étude pouvaient leur arriver.

Pour les différents cas, plus de 50% des personnes interrogées pensaient que les situations présentées pouvaient leur arriver, sauf pour le cas 2 où seulement 43%, soit 434 personnes s'imaginaient dans la situation. Nous avons tout de même analysé ce cas comme nous conservions seulement les réponses des personnes pensant que la situation présentée pouvait leur arriver.

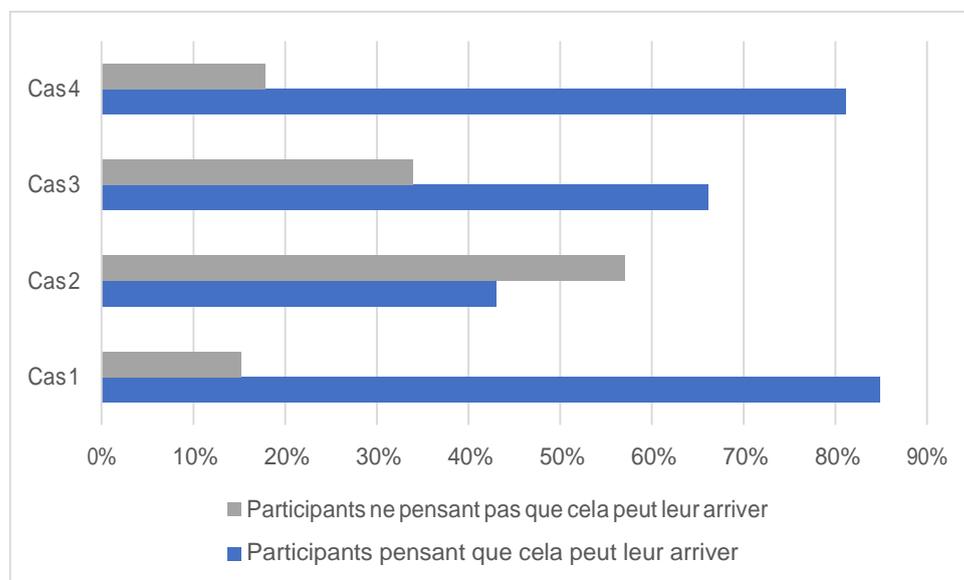


Figure 1 : Proportions de participants pensant que les situations présentées peuvent ou ne peuvent pas leur arriver

Nous avons étudié pour nos résultats seulement les réponses des personnes qui s'imaginaient dans les situations proposées. Leurs réponses aux autres questions du questionnaire ont par ailleurs été analysées. Une personne s'imaginait dans tous les cas et a répondu « ne souhaite pas répondre » à toutes les questions portant sur ceux-ci. Ses réponses n'ont donc pas été analysées pour l'ensemble des cas cliniques mais nous avons conservé son questionnaire pour les autres questions.

2. Evaluation de la verbalisation de l'erreur par les sages-femmes

2.1 Verbalisation de l'erreur selon les situations présentées

La figure 2 représente la proportion de sages-femmes parlant ou ne parlant pas de leur erreur dans chaque cas, parmi celles qui s'imaginaient dans les situations proposées. Nous avons considéré que les sages-femmes parlaient de leur erreur lorsqu'elles parlaient à au moins une personne (sage-femme, gynécologue-obstétricien, anesthésiste ou pédiatre) pour chaque cas clinique.

Dans chacun des cas, au moins 80% des sages-femmes parlaient de leur erreur à quelqu'un. La majorité des participants, soit 97%, parlait dans le cas où ils devaient dire qu'ils avaient réalisé un toucher vaginal entraînant une hémorragie, les conséquences pour le nouveau-né n'étant pas encore connues (cas 4a). Le cas où les participants parlaient le moins est lors de l'oubli de l'envoi d'un prélèvement vaginal. Lorsque les conséquences sont connues (cas 2b et cas 4b), le nombre de participants parlant de leur erreur diminue, passant respectivement pour chaque cas de 86% à 81% et de 97% à 91%.

93% des participants parlaient lorsqu'ils commettaient une erreur d'administration d'un médicament et 96% parlaient lors d'une rupture artificielle des membranes sur une présentation du siège non diagnostiquée.

Les réponses au cas 2a (lorsque l'erreur allait probablement être récupérée) sont présentées en Annexe 6.

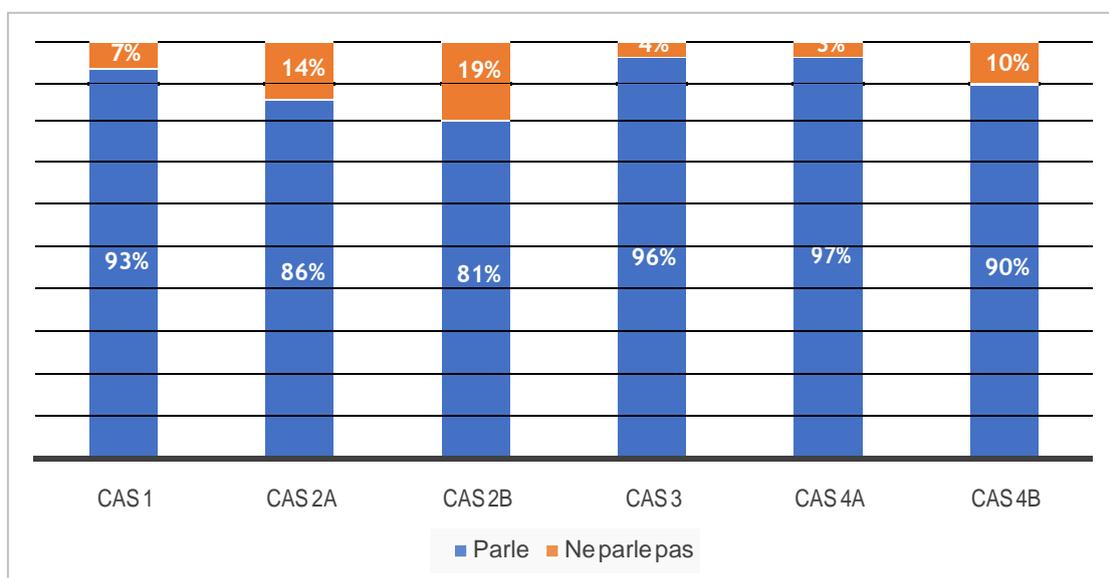


Figure 2 : Verbalisation de l'erreur par les sages-femmes selon les cas

La *figure 3* illustre le nombre de cas où les sages-femmes s’imaginaient dans la situation et parlaient de leurs erreurs parmi les quatre proposées. Nous avons considéré pour le cas 2 et le cas 4 que les participants parlaient de leur erreur lorsqu’ils en parlaient dans au moins une des deux parties.

1% s’imaginait dans les situations et ne parlait dans aucun cas. 22% s’imaginaient dans les situations proposées et parlaient dans tous les cas.

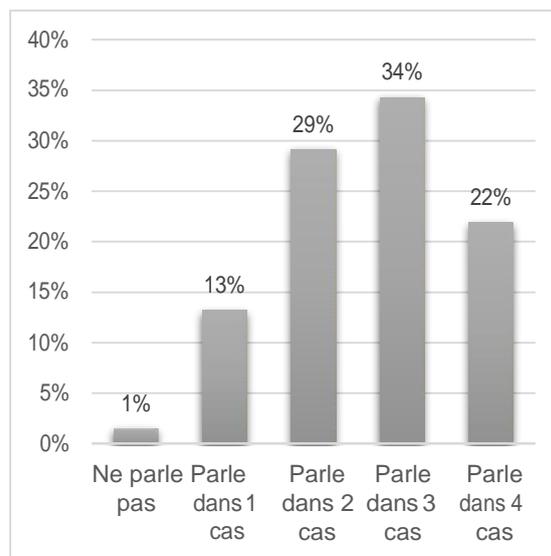


Figure 3 : Nombre de cas où les participants parlent de leur erreur

2.2 Verbalisation d'une erreur en général

La *figure 4* détaille la verbalisation d'une erreur quelle qu'elle soit. Elle illustre le moment où les sages-femmes parlent de leurs erreurs et l'influence des conséquences de l'erreur.

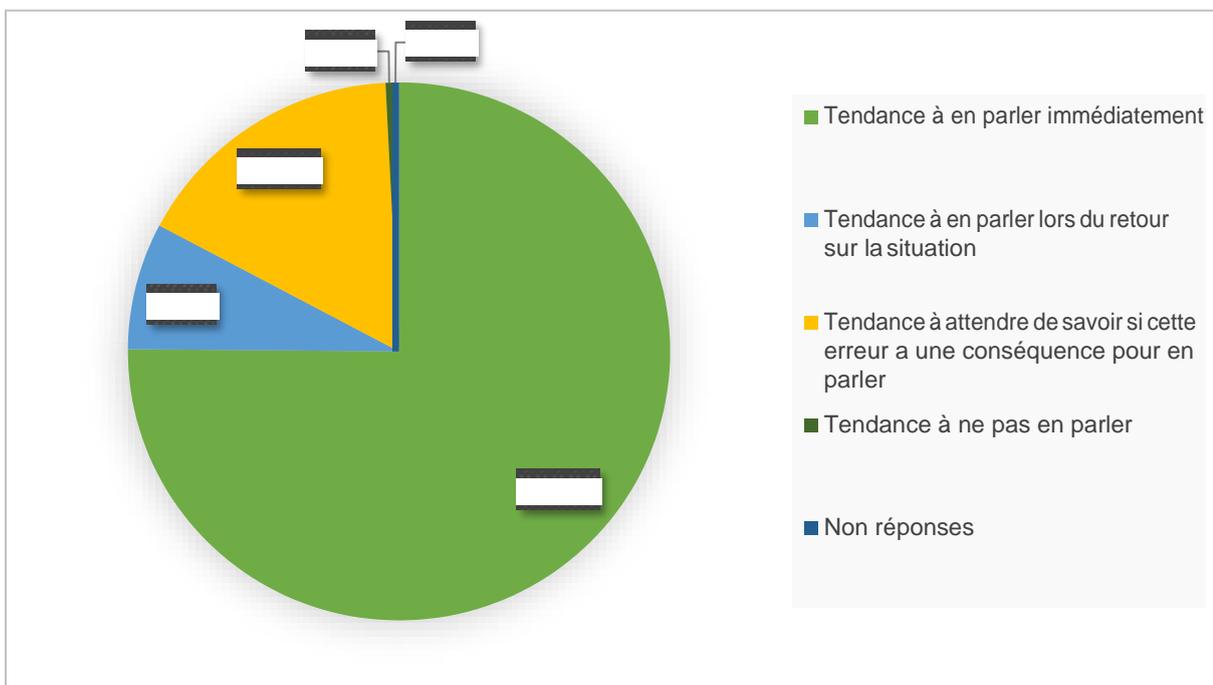


Figure 4 : Verbalisation de l'erreur en général

3. Principaux résultats

3.1 Verbalisation de l'erreur en fonction de caractéristiques socio-professionnelles et socio-démographiques

Le *tableau 2* présente le nombre de cas où les personnes parlaient en fonction de caractéristiques socio-professionnelles et socio-démographiques. Pour rappel, 99% des personnes interrogées parlaient dans au moins un cas.

Le *tableau 3* indique la verbalisation d'une erreur en général et l'influence des conséquences sur la verbalisation de celle-ci en fonction de ces mêmes caractéristiques.

En ce qui concerne le nombre de fois où les sages-femmes parlaient de leurs erreurs, nous retrouvons une différence en ce qui concerne le statut de la maternité et le temps d'exercice dans la maternité. Les sages-femmes travaillant en maternité privées parlaient moins fréquemment de leurs erreurs que celles travaillant dans les maternités publiques ($p=0,028$). Les personnes exerçant depuis peu de temps dans leur maternité parlaient moins souvent que les personnes y exerçant depuis longtemps ($p=0,045$) (*Tableau 2*).

En ce qui concerne l'erreur de façon générale, les sages-femmes jeunes attendaient plus de savoir si l'erreur avait une conséquence pour en parler que les sages-femmes plus âgées ($p=0,002$). Cette différence était aussi retrouvée en fonction du nombre d'années depuis l'obtention du diplôme d'état et du nombre d'années d'exercice dans la maternité actuelle. Les sages-femmes exerçant depuis peu de temps dans leur maternité et ayant obtenu leur diplôme récemment attendaient plus de savoir si leur erreur avait une conséquence pour en parler que les sages-femmes ayant de l'ancienneté dans leur maternité d'exercice ou ayant obtenu leur diplôme il y a longtemps ($p<0,001$). (*Tableau 3*)

Tableau 2 : Nombre de cas où l'erreur est verbalisée en fonction des caractéristiques de la population d'étude parmi les personnes s'imaginant dans les situations

	<i>Ne parle pas</i> n (%)	<i>Parle dans 1 cas</i> n (%)	<i>Parle dans 2 cas</i> n (%)	<i>Parle dans 3 cas</i> n (%)	<i>Parle dans 4 cas</i> n (%)	m (nombre moyen de cas)	p Chi 2 (\$) ou Fisher (£)
Total	15 (1%)	133 (13%)	294 (29%)	346 (34%)	221 (22%)		
Age							
<25 ans	1 (1%)	19 (12%)	43 (27%)	59 (37%)	36 (23%)	2,7	0,148 ^{\$}
25-30 ans	6 (2%)	57 (15%)	102 (26%)	146 (38%)	74 (19%)	2,6	
30-40 ans	4 (1%)	43 (13%)	100 (31%)	92 (29%)	82 (26%)	2,7	
>40 ans	4 (3%)	14 (10%)	49 (34%)	49 (34%)	29 (20%)	2,7	
Sexe							
Femme	15 (2%)	127 (13%)	287 (29%)	339 (34%)	216 (22%)	2,6	0,676 [£]
Homme	0 (0%)	5 (22%)	6 (26%)	7 (30%)	5 (22%)	2,5	
*NR	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	1,5	
Type de maternité							
Type 1	2 (1%)	27 (13%)	75 (37%)	58 (29%)	41 (20%)	2,5	0,097 ^{\$}
Type 2	7 (1%)	55 (12%)	126 (27%)	175 (37%)	107 (23%)	2,7	
Type 3	6 (2%)	51 (15%)	93 (28%)	113 (34%)	73 (22%)	2,6	
Statut de maternité							
Public	14 (1%)	125 (13%)	265 (28%)	330 (35%)	211 (22%)	2,6	0,028 ^{\$}
Privé	1 (2%)	8 (13%)	29 (45%)	16 (25%)	10 (16%)	2,4	
Temps d'obtention du diplôme d'état							
<3 ans	3 (1%)	38 (12%)	85 (27%)	121 (39%)	63 (20%)	2,7	0,184 ^{\$}
3 à 10 ans	6 (1%)	61 (15%)	111 (28%)	136 (34%)	87 (22%)	2,6	
>10 ans	6 (2%)	34 (11%)	98 (33%)	89 (30%)	71 (24%)	2,6	
Temps d'exercice dans la maternité actuelle							
<1 an	1 (1%)	33 (17%)	47 (24%)	72 (37%)	41 (21%)	2,6	0,045 ^{\$}
1 à 5 ans	8 (2%)	51 (13%)	113 (29%)	144 (37%)	72 (19%)	2,6	
>5 ans	6 (1%)	49 (11%)	134 (31%)	130 (30%)	108 (25%)	2,7	

*La proportion de personnes ne parlant dans aucun cas étant très faible, les analyses statistiques ont seulement été réalisées sur le nombre de cas où les personnes parlaient. Le nombre de personnes ne parlant dans aucun cas est tout de même renseigné dans le tableau à titre indicatif.

Tableau 3 : La verbalisation d'une erreur en général en fonction des caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude

	Parle n (%)	Attend de savoir s'il y a des conséquences pour parler n (%)	Ne parle pas n (%)	p Test exact de Fisher
Total	835 (82,8%)	166 (16,5%)	4 (0,4%)	
Age				
<25 ans	114 (72%)	43 (27%)	1 (1%)	0,002
25-30 ans	317 (83%)	64 (17%)	2 (1%)	
30-40 ans	280 (87%)	40 (12%)	1 (0%)	
>40 ans	124 (87%)	19 (13%)	0 (0%)	
Sexe				
Femme	813 (83%)	163 (17%)	4 (0%)	0,803
Homme	20 (87%)	3 (13%)	0 (0%)	
Type de maternité				
Type 1	169 (83%)	34 (17%)	0 (0%)	0,962
Type 2	387 (83%)	78 (17%)	2 (0%)	
Type 3	279 (83%)	54 (16%)	2 (1%)	
Statut de maternité				
Public	788 (84%)	149 (16%)	4 (0%)	0,083
Privé	47 (73%)	17 (27%)	0 (0%)	
Temps d'obtention du diplôme d'état				
<3 ans	232 (75%)	74 (24%)	3 (1%)	<0,001
3 à 10 ans	343 (86%)	56 (14%)	1 (0%)	
>10 ans	260 (88%)	36 (12%)	0 (0%)	
Temps d'exercice dans la maternité actuelle				
<1 an	140 (73%)	52 (27%)	1 (1%)	<0,001
1 à 5 ans	181 (79%)	44 (19%)	3 (1%)	
>5 ans	380 (89%)	45 (11%)	0 (0%)	

*4 personnes soit 0,4% n'ont pas souhaité répondre à cette question

3.2 Verbalisation de l'erreur entre les différents professionnels

3.2.1 Verbalisation de l'erreur en fonction du statut professionnel

La *figure 5* représente la verbalisation de l'erreur à la sage-femme et à au moins un médecin selon les cas.

Le seul cas où une différence a été retrouvée est le cas 1, où les conséquences étaient les moins importantes. 787 (92%) des sages-femmes interrogées parlaient de leur erreur à une sage-femme et 622 (73%) parlaient à un médecin parmi les 889 qui s'imaginaient dans ce cas ($p < 0,001$).

Aucune différence de verbalisation de l'erreur en fonction du statut professionnel n'a été retrouvée dans les autres cas.

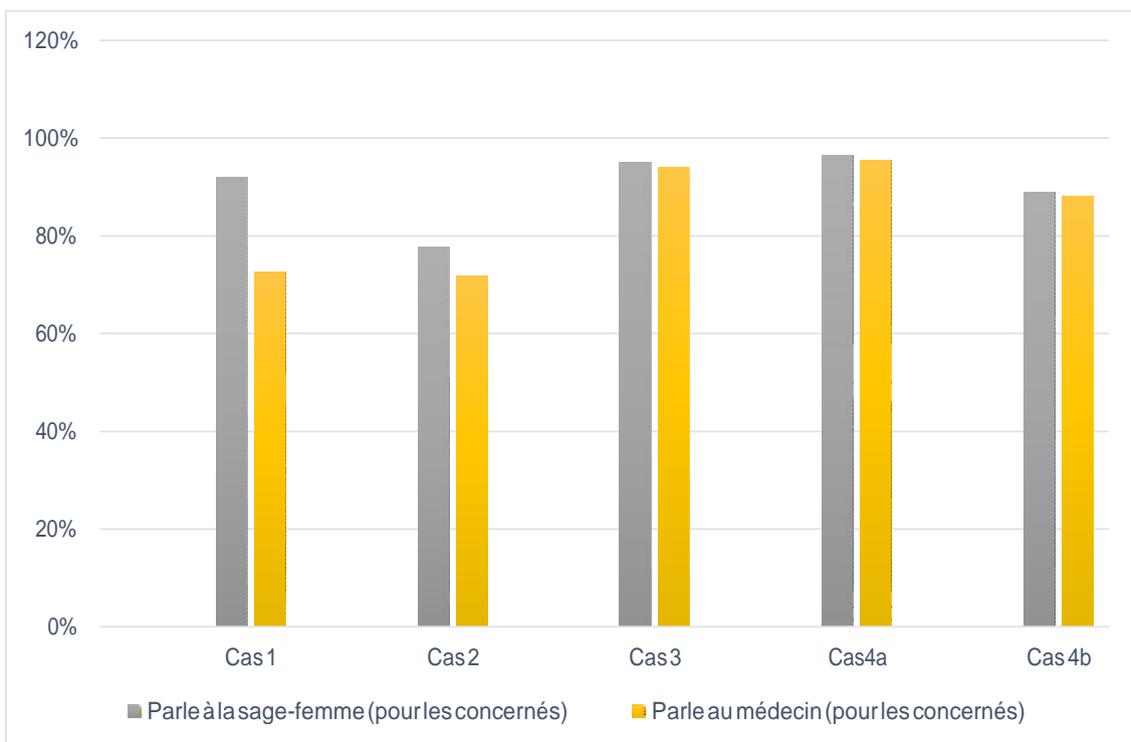


Figure 5 : Verbalisation de l'erreur en fonction du statut professionnel

3.2.2 Verbalisation de l'erreur en fonction des relations avec ses collègues

La *figure 6* indique la relation de chacune des 1009 sages-femmes ayant participé à l'étude avec leurs différents collègues, allant de 0 (très mauvaises) à 5 (excellentes).

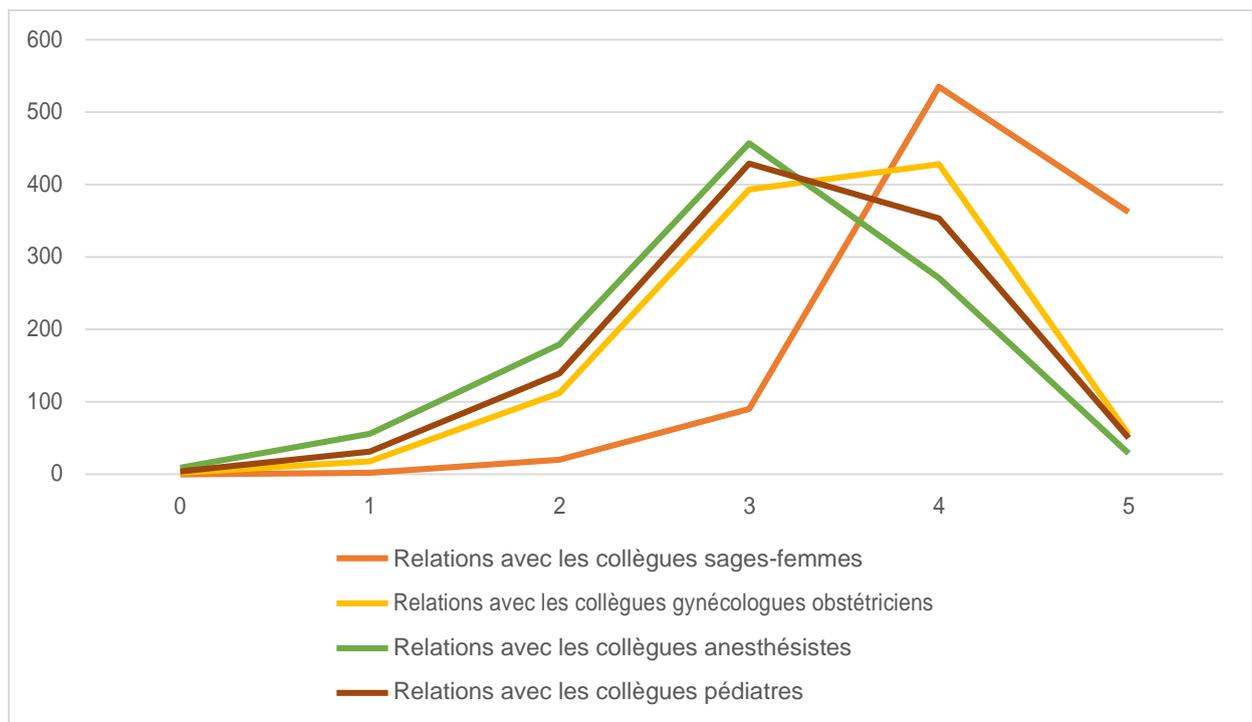


Figure 6 : Relations des sages-femmes avec leurs collègues

Le *tableau 4* représente la verbalisation de l'erreur par les sages-femmes (parmi celles qui s'imaginaient dans les situations proposées) pour chaque cas aux différents professionnels en fonction de la relation qu'elles avaient avec eux. Les réponses allant de 0 à 2 ont été regroupées en « Mauvais », les réponses égales à 3 ont été regroupées en « Moyen » et les réponses de 4 à 5 ont été regroupées en « Bonnes ».

En ce qui concerne les relations avec les médecins, pour quasiment tous les cas, une corrélation entre la relation entretenue et la verbalisation de l'erreur a été mise en évidence. Les sages-femmes interrogées parlaient plus de leurs erreurs à leurs collègues gynécologues-obstétriciens, anesthésistes et pédiatres si leurs relations avec ces différents collègues étaient bonnes que si elles étaient mauvaises. A noter que cette corrélation n'est pas toujours retrouvée en ce qui concerne les anesthésistes et les pédiatres mais les cas cliniques n'étaient parfois pas adaptés à la verbalisation à tous les professionnels.

En ce qui concerne les collègues gynécologues-obstétriciens, la verbalisation de l'erreur par les participants pour tous les cas présentés dépendaient de la relation qu'ils avaient avec eux.

En ce qui concerne leurs collègues sages-femmes, on retrouve cette corrélation seulement pour le cas 1 ($p < 0,001$) et le cas 4a ($p = 0,014$).

Pour le cas 1 (cas où l'erreur n'a pas de réelles conséquences à long terme), les participants parlaient plus de leur erreur à tous les professionnels s'ils avaient une bonne relation avec eux ($p < 0,001$).

Tableau 4 : Verbalisation de l'erreur selon les cas en fonction de la relation avec les différents collègues

	Parle dans le cas 1			Parle dans le cas 2			Parle dans le cas 3			Parle dans le cas 4						
	Oui n (%)	Non n (%)	P Chi 2 (\$) ou Fisher (£)	Oui n (%)	Non n (%)	P Chi 2 (\$) ou Fisher (£)	Oui n (%)	Non n (%)	P Chi 2 (\$) ou Fisher (£)	Cas 4 a			Cas 4 b			
										Oui n (%)	Non n (%)	P Chi 2 (\$) ou Fisher (£)	Oui n (%)	Non n (%)	P Chi 2 (\$) ou Fisher (£)	
RELATIONNEL AVEC COLLEGUES SAGES-FEMMES																
Mauvais (≤2)	11 (69%)	5 (31%)		10 (83%)	2 (17%)		15 (88%)	2 (12%)		16 (89%)	2 (11%)		14 (78%)	4 (22%)		
Moyen (=3)	65 (79%)	17 (21%)	<0,001 [£]	26 (65%)	14 (35%)	0,133 [£]	54 (92%)	5 (8%)	0,093 [£]	67 (92%)	6 (8%)	0,014 [£]	63 (86%)	10 (14%)	0,160 [£]	
Bon (≥4)	711 (94%)	47 (6%)		301 (79%)	81 (21%)		565 (96%)	26 (4%)		706 (97%)	22 (3%)		652 (90%)	76 (10%)		
RELATIONNEL AVEC COLLEGUES GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS																
Mauvais (≤2)	41 (37%)	69 (63%)		24 (42%)	33 (58%)		72 (91%)	7 (9%)		101 (90%)	11 (10%)		92 (82%)	20 (18%)		
Moyen (=3)	182 (54%)	155 (45%)	<0,001 [£]	89 (49%)	93 (51%)	0,004 [£]	254 (92%)	23 (8%)	0,010 [£]	300 (93%)	21 (7%)	0,002 [£]	272 (85%)	49 (15%)	0,005 [£]	
Bon (≥4)	306 (75%)	102 (25%)		122 (63%)	73 (37%)		30 (97%)	10 (3%)		319 (98%)	7 (2%)		353 (91%)	33 (9%)		
RELATIONNEL AVEC COLLEGUES ANESTHESISTES																
Mauvais (≤2)	90 (43%)	118 (57%)		22 (2%)	89 (80%)		97 (57%)	73 (43%)		148 (71%)	60 (29%)		136 (65%)	72 (35%)		
Moyen (=3)	215 (54%)	180 (46%)	<0,001 [£]	50 (26%)	146 (74%)	0,070 [£]	188 (61%)	120 (39%)	0,057 [£]	277 (76%)	89 (24%)	0,040 [£]	245 (67%)	121 (33%)	0,018 [£]	
Bon (≥4)	174 (71%)	72 (29%)		40 (33%)	81 (67%)		127 (69%)	57 (31%)		193 (81%)	44 (19%)		181 (76%)	56 (24%)		
RELATIONNEL AVEC COLLEGUES PEDIATRES																
Mauvais (≤2)	59 (41%)	86 (59%)		43 (54%)	36 (46%)		79 (70%)	34 (30%)		88 (62%)	55 (38%)		106 (74%)	37 (26%)		
Moyen (=3)	196 (53%)	173 (47%)	<0,001 [£]	135 (71%)	56 (29%)	0,002 [£]	233 (80%)	59 (20%)	0,007 [£]	250 (72%)	98 (28%)	0,002 [£]	283 (81%)	65 (19%)	0,200 [£]	
Bon (≥4)	249 (73%)	91 (27%)		125 (77%)	38 (23%)		219 (84%)	41 (16%)		251 (77%)	74 (23%)		255 (78%)	70 (22%)		

Les cases en gris correspondent à des questions où plus de 5% des répondants ont répondu « question inadaptée », les cas n'étant parfois pas adaptés à la verbalisation à tous les professionnels, cette proposition permettait de le notifier (les réponses « question non adaptée » ont été répertoriées en annexe 6).

3.2 Verbalisation de l'erreur en fonction de la sensibilisation à celle-ci et de la politique de qualité et de gestion des risques de la maternité d'exercice

Le *tableau 5* représente les caractéristiques de la verbalisation de l'erreur en fonction de la sensibilisation à la verbalisation de l'erreur qu'elle soit personnelle ou dans la maternité d'exercice.

95% des sages-femmes interrogées savaient ce qu'était une RMM et 60% y avaient déjà participé. Les sages-femmes n'ayant jamais assisté à une RMM avaient plus tendance à attendre de savoir si l'erreur avait une conséquence pour en parler que les sages-femmes ayant déjà assisté à une RMM qui en parlaient plus sans attendre de connaître les conséquences ($p=0,002$).

Lorsque l'ambiance au staff obstétrique du matin était propice à parler de ses erreurs, les sages-femmes avaient plutôt tendance à parler de leurs erreurs sans attendre de savoir si celles-ci avaient des conséquences que lorsque l'ambiance n'était pas propice à parler de ses erreurs. ($p<0,001$)

Le détail des personnes parlant lors du retour sur la situation est illustré en *Annexe 7*.

Tableau 5 : Verbalisation de l'erreur en fonction de la sensibilisation à celle-ci et de la politique de qualité et gestion des risques la maternité d'exercice

	Parle immédiatement n (%)	Attend de savoir s'il y a des conséquences pour parler n (%)	Ne parle pas n (%)	Total n (%)	p Test exact de Fisher
Total	835 (82,8%)	166 (16,5%)	4 (0,4%)		
Savez-vous ce qu'est une revue morbi-mortalité ?					
Oui	803 (84%)	152 (16%)	4 (0%)	963 (95%)	0,061
Non	31 (70%)	13 (30%)	0 (0%)	44 (4%)	
*NR	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	2 (0%)	
Avez-vous déjà assisté à une revue morbi-mortalité ?					
Oui	517 (86%)	80 (13%)	3 (1%)	603 (60%)	0,002
Non	317 (78%)	86 (21%)	1 (0%)	405 (40%)	
*NR	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	
Assistez-vous régulièrement au staff obstétrique du matin ?					
Oui	518 (85%)	89 (15%)	2 (0%)	611 (61%)	0,116
Non	161 (81%)	36 (18%)	2 (1%)	201 (20%)	
Il n'y en a pas dans ma structure	153 (79%)	40 (21%)	0 (0%)	193 (19%)	
*NR	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	4 (0,4%)	
L'ambiance au staff obstétrique du matin est-elle propice à parler de ses erreurs ?					
Plutôt oui	237 (92%)	22 (8%)	0 (0%)	259 (32%)	<0,001
Plutôt non	408 (80%)	98 (19%)	4 (1%)	510 (63%)	
*NR	37 (86%)	6 (14%)	0 (0%)	43 (5%)	

*Pour la question sur l'ambiance au staff du matin, les personnes ayant répondu qu'il n'y avait pas de staff obstétrique du matin dans leur structure ont été exclues de l'analyse.

* Après exclusion des personnes n'ayant pas de staff dans leur structure, 43 personnes ont répondu « ne souhaite pas répondre » à la question « l'ambiance au staff obstétrique du matin est-elle propice à parler de ses erreurs ». (5,3%)

4. Analyse complémentaire : facteurs influant la verbalisation

4.1 Facteurs influant la verbalisation d'une erreur

Les principales raisons retrouvées amenant les sages-femmes à parler de leurs erreurs étaient en premier lieu la peur des conséquences pour la patiente et son nouveau-né, en second leur conscience professionnelle et ensuite le souhait de ne pas voir se reproduire ce type d'erreur.

Parmi les commentaires, les participants évoquaient le fait de parler pour « mettre en place une bonne prise en charge », « trouver de l'aide », « savoir si mon erreur est vraiment la raison de telles conséquences », « déculpabiliser », « faire progresser les collègues », « éviter de mêler d'autres professionnels à ma faute ».

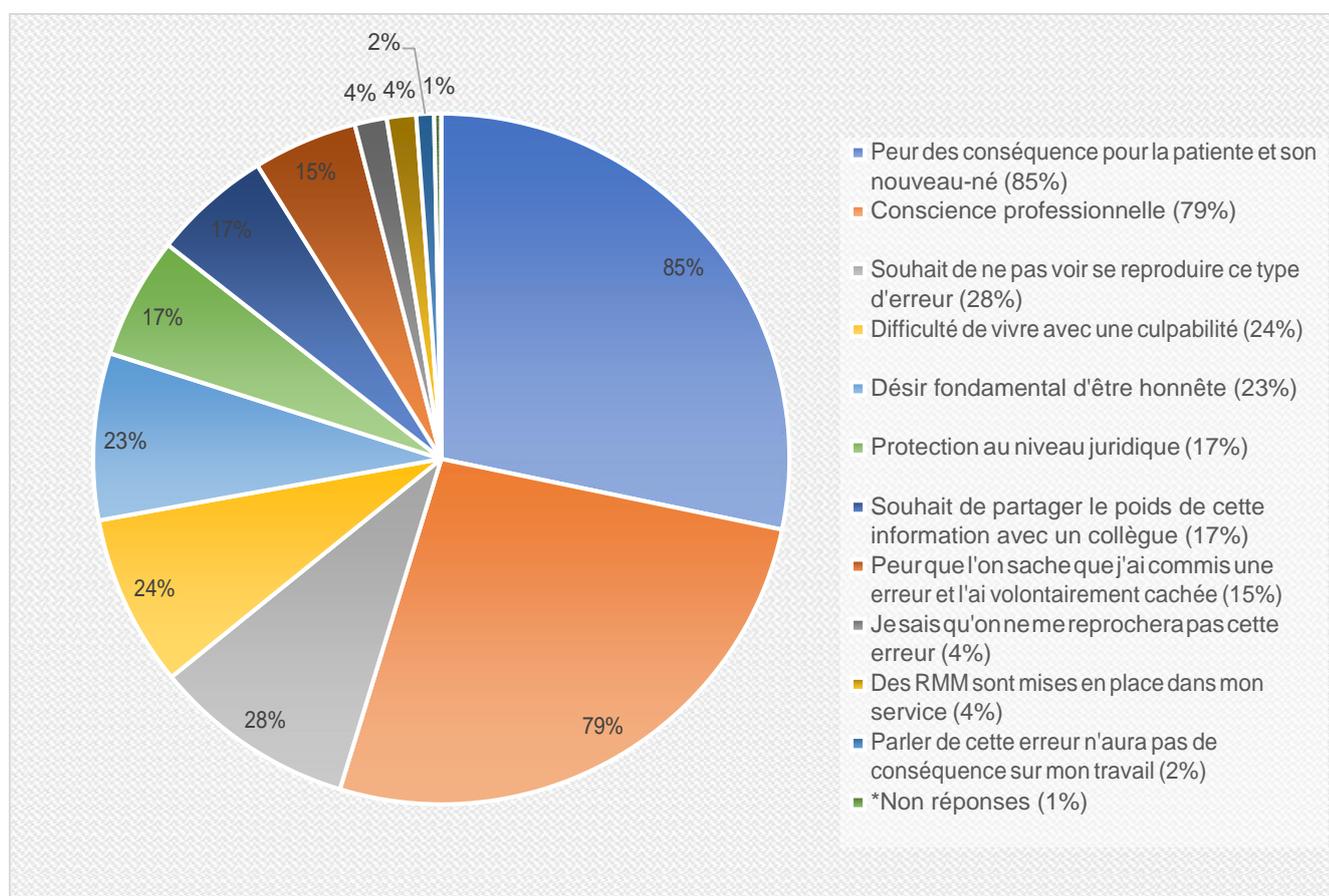


Figure 7 : Principales raisons amenant à parler d'une erreur

4.2 Facteurs influant l'absence de verbalisation d'une erreur

Les principales raisons retrouvées amenant les sages-femmes à ne pas parler de leurs erreurs étaient pour la majorité, le fait que l'erreur n'ait pas eu de réelle conséquence, ensuite la peur d'être jugé par l'équipe et enfin le fait d'avoir honte de soi.

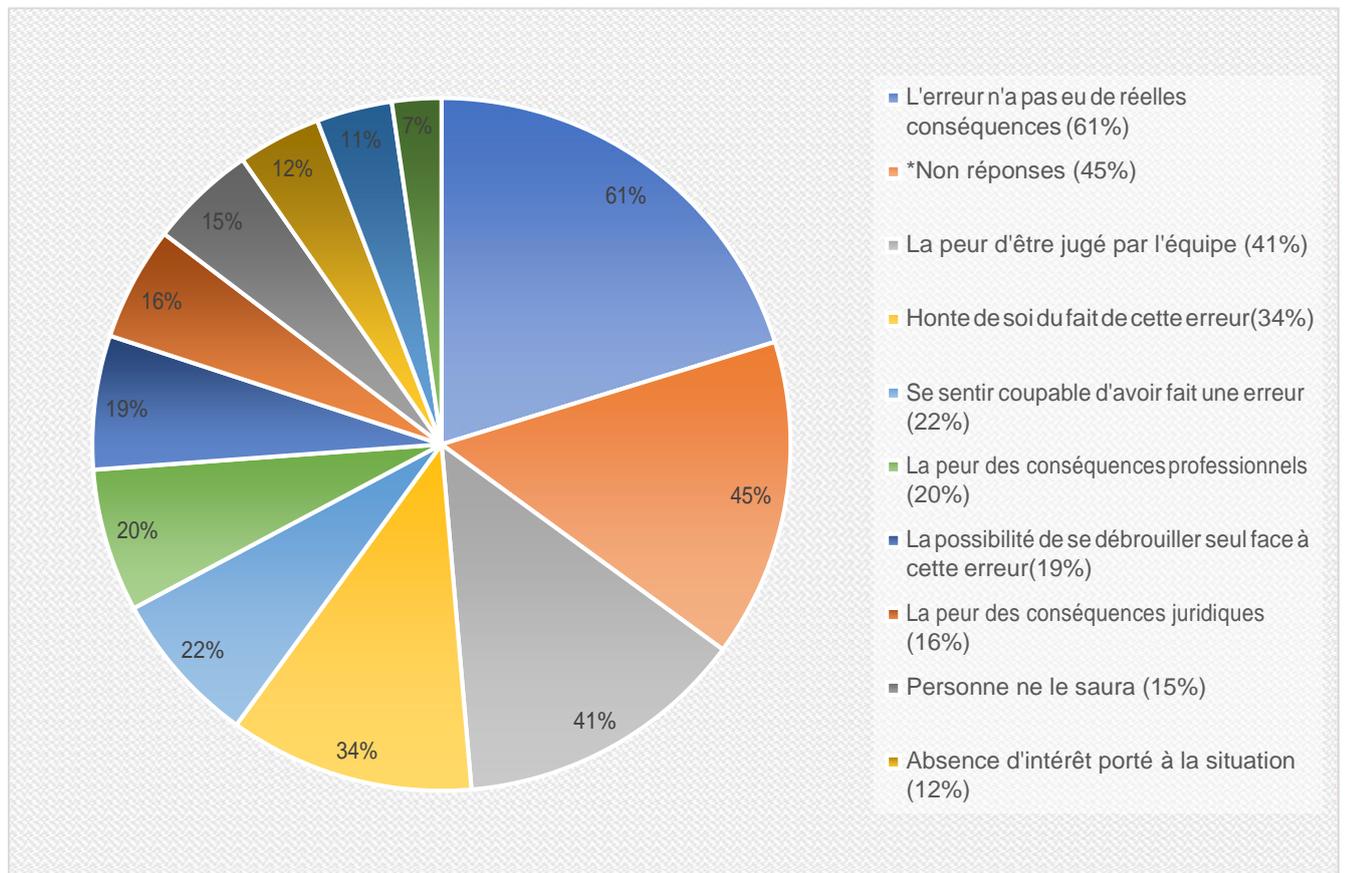


Figure 8 : Principales raisons amenant à ne pas parler d'une erreur

Troisième partie

Discussion

1. Principaux résultats

99% des sages-femmes interrogées s'imaginaient dans un des cas proposés et parlaient au moins une fois de leur erreur à une personne. Quelle que soit l'erreur, 75% avaient tendance à en parler immédiatement, 8% lors du retour sur la situation et 17% attendaient de savoir si cette erreur avait une conséquence pour en parler. 0,4% avaient tendance à ne pas en parler de façon générale.

Les sages-femmes travaillant en maternité publique parlaient plus fréquemment de leurs erreurs que celles exerçant en maternité privée ($p=0,028$). Les sages-femmes exerçant depuis peu de temps dans leur maternité parlaient moins fréquemment que celles ayant de l'ancienneté ($p=0,045$). Les sages-femmes jeunes, ayant obtenu leur diplôme récemment et exerçant depuis peu attendaient plus que les autres de savoir si l'erreur avait une conséquence pour en parler ($p\leq 0,002$).

Nous avons retrouvé dans notre étude une différence de verbalisation selon les cas en fonction des relations que les sages-femmes entretenaient avec leurs collègues. Elles parlaient globalement plus de leurs erreurs lorsqu'elles avaient de bonnes relations avec leurs collègues. Cette influence était principalement retrouvée en ce qui concerne leurs collègues médecins, et dans deux des cas présentés en ce qui concerne leurs collègues sages-femmes.

La verbalisation de l'erreur dans notre étude semble peu influencée par le statut professionnel. Lorsque l'erreur n'a pas de réelles conséquences à long terme, les sages-femmes interrogées parlaient plus à leurs collègues sages-femmes qu'à leurs collègues médecins ($p<0,001$). Cette différence n'a pas été retrouvée dans les autres cas de notre étude.

Les sages-femmes ayant déjà participé à des RMM attendaient moins de savoir si l'erreur avait une conséquence pour en parler que celles n'y ayant jamais assisté ($p=0,002$). Lorsque l'ambiance au staff obstétrique du matin n'était pas propice à parler de ses erreurs, les sages-femmes avaient tendance à attendre de savoir si l'erreur avait une conséquence pour en parler ($p<0,001$).

Les principales raisons amenant les sages-femmes à parler de leurs erreurs étaient la peur des conséquences pour la patiente et son nouveau-né (85%), leur conscience professionnelle (79%) et leur souhait de ne pas voir se reproduire ce type d'erreur (28%).

Lorsque les sages-femmes ne parlaient pas d'une erreur, les principales raisons étaient que l'erreur n'avait pas eu de réelle conséquence (61%), la peur d'être jugé par l'équipe (41%) et le fait d'avoir honte de soi suite à cette erreur (34%).

2. Discussion des résultats

Lors de notre étude, nous avons pu constater que la plupart des sages-femmes parlaient au moins une fois de leur erreur dans les situations fictives présentées. Seulement 1% ne parlaient jamais parmi les personnes s'imaginant dans les situations présentées. Ce résultat est légèrement différent de celui retrouvé lorsque l'on demandait aux participants leur réaction lorsqu'ils commettaient une erreur de façon générale où seulement 0,4% ont répondu qu'ils avaient tendance à ne pas parler.

Le nombre de sages-femmes parlant de leur erreur variait selon les cas. Cependant, la verbalisation de l'erreur dans chaque situation pouvait être influencée par l'importance des conséquences (erreur dans l'administration d'un médicament sans réelle conséquence à long terme versus décès d'un nouveau-né), l'implication que l'on pouvait avoir dans l'erreur (par exemple lors du toucher vaginal chez une patiente ayant un placenta bas inséré, certaines personnes peuvent considérer que les contractions pouvaient de toute façon entraîner l'hémorragie : « *si elle contracte sur son placenta bas elle saignera...* » un participant à l'étude) ou le degré d'urgence de chaque situation. Ces notions étant subjectives, nous ne les avons pas étudiées. Aucune corrélation à la gravité de la conséquence de l'erreur ou à l'implication que les sages-femmes pouvaient avoir dans l'erreur ne semblait se détacher dans les cas proposés. (« *Il est difficile de répondre en toute objectivité car « l'erreur » en question peut être de gravité différente... Une erreur de prélèvement peut être réparée alors qu'un défaut de surveillance sur un HPPI plus compliqué...* », un participant à l'étude). Les deux cas où les sages-femmes parlaient le plus (cas 3 et cas 4a) étaient ceux où elles devaient de toute façon donner des informations (dire que la patiente saignait ou dire que la poche des eaux était rompue).

Nous avons retrouvé une différence significative du nombre de cas où les personnes parlaient de leurs erreurs en fonction de leur exercice en maternité publique ou privée ($p=0,028$). Cependant, les pratiques pouvant être différentes selon la maternité dans laquelle on travaille et les résultats étant étudiés seulement chez les personnes s'imaginant dans les situations, nous nous sommes demandés si cela pouvait biaiser le résultat que nous avons trouvé. Effectivement, dans notre troisième cas, une différence a été retrouvée en ce qui concerne les personnes s'imaginant dans la situation selon si elles

exerçaient en maternité publique ou privée. Aucune différence n'a été retrouvée pour les autres cas (Annexe 9).

Peu de différences ont été retrouvées au niveau du nombre de cas pour lesquels les participants parlaient. Les différences étaient plus marquées en ce qui concerne la verbalisation en fonction des conséquences de l'erreur. Ce résultat est corrélé aux réponses aux questions « pourquoi parle-t-on de ses erreurs » et « pourquoi n'en parle-t-on pas ». Les participants ont pour la majorité répondu qu'ils en parlaient par peur des conséquences pour la patiente et son nouveau-né et qu'ils n'en parlaient pas lorsque l'erreur n'avait pas eu de réelle conséquence. Afin d'améliorer la sécurité des soins, selon la littérature et en comparaison avec d'autres modèles tels que l'aviation civile, nous avons constaté l'importance de parler de ses erreurs, qu'elles aient des conséquences ou non, afin de les ré-analyser pour corriger les failles ayant pu y conduire. Le but étant d'éviter qu'une autre personne puisse refaire cette erreur, celle-ci pouvant alors avoir des conséquences possiblement plus néfastes (« *Je pense que si on ne parle pas de l'erreur juste après qu'elle ait été commise, il est encore plus difficile d'en parler lorsqu'elle a des conséquences graves...* » un participant à l'étude)

Certains cas cliniques n'étant pas adaptés à la verbalisation à tous les professionnels, les réponses en ce qui concerne la verbalisation à ces professionnels ne sont pas toujours fiables. C'est pourquoi une proposition « question non adaptée » était proposée pour chaque question dans les cas cliniques. Pour le cas 2 et le cas 3 par exemple, ceux-ci ne sont pas forcément adaptés à la verbalisation de l'erreur à l'anesthésiste. Le fait que l'on ne retrouve pas de différence significative de la verbalisation de l'erreur en fonction des relations que l'on a avec eux est donc difficilement interprétable. En ce qui concerne le cas 4b, il n'y a pas de corrélation retrouvée entre le fait de parler de son erreur au pédiatre en fonction des relations que l'on a avec eux. Ce cas étant le plus grave pour le nouveau-né, on peut se demander si la gravité de la situation fait que la verbalisation de l'erreur ne dépend alors plus de la relation que l'on entretient avec ses collègues. Nous avons constaté que la corrélation entre la relation que l'on a avec ses collègues et le fait de parler d'une erreur était plus fréquemment retrouvée en ce qui concerne les collègues médecins que les collègues sages-femmes. Lorsque l'erreur n'a pas de réelle conséquence, le relationnel influe sur le fait de parler de son erreur à tous les professionnels.

Si l'on compare notre étude à celle de 2013 portant sur les maternités du réseau APERIF, plus de la moitié ne connaissait pas l'existence des RMM alors que pour notre étude, 95% des sages-femmes interrogées connaissaient leur existence.

Une des personnes ayant implémenté ce questionnaire relate le décès d'un fœtus suite à la mauvaise prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré. La personne explique qu'elle n'a pas relaté son erreur à la suite des conséquences de celle-ci mais que, ayant constaté cette même erreur faite par

l'une de ses collègues (avec des conséquences alors moins importantes), elle en a alors parlé. Cela montre l'importance d'apprendre de ses erreurs mais aussi de celles des autres. (36)

3. Forces et limites de l'étude

3.1 Force de l'étude

Le sujet de l'erreur médicale est un sujet d'actualité, la parole est de plus en plus donnée aux soignants et aux patients. Ceci peut expliquer l'importance du nombre de réponses au questionnaire de l'étude. La réalisation de cas cliniques et de questions simples pouvait aussi permettre d'augmenter la participation à l'étude.

Une étude quantitative permettait d'évaluer sur un grand nombre de sages-femmes si la verbalisation de l'erreur au sein du métier de sage-femme était une problématique réelle. La réponse à cette question est illustrée à la *Figure 9*.

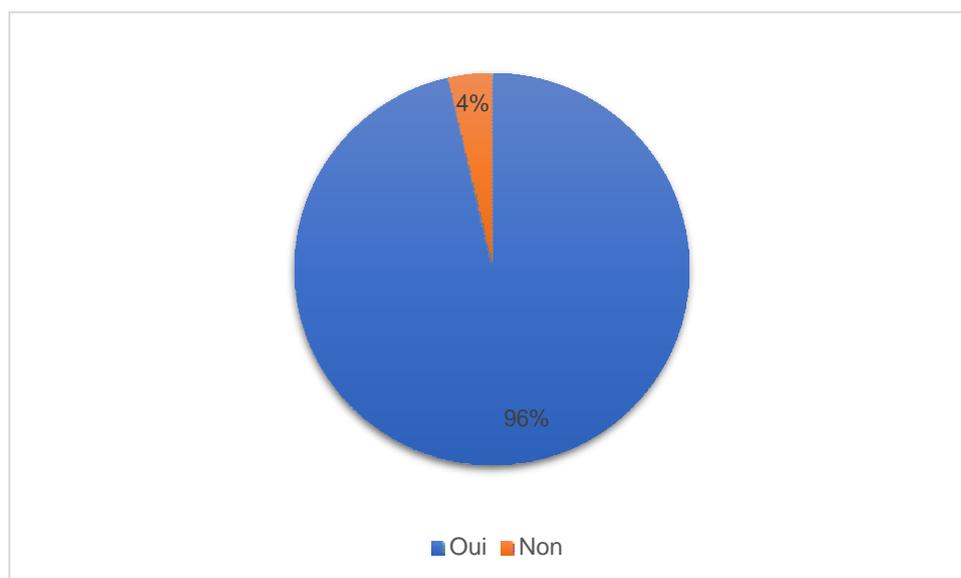


Figure 9 : Réponses à la question « pensez-vous que cette problématique de verbalisation de l'erreur est importante ? »

3.2 Limites et biais

Afin de limiter le biais de sélection (biais de volontariat pour notre étude), nous avons rédigé un texte neutre accompagnant le questionnaire envoyé aux participants (*Annexe 4*).

Les réponses au questionnaire pouvaient être subjectives, les visions de l'erreur pour chacun des participants pouvant être différentes d'une personne à l'autre. Par exemple, voici les commentaires de deux des participants à l'étude : « *j'ose espérer qu'on apprend encore à ne pas faire de TV sans connaître la localisation placentaire quelles que soient les circonstances...* » et « *va-t-on considérer comme erreur un TV chez une dame qui ne parle pas français dont on pense qu'elle accouche donc situation urgente et qui ne saigne à priori pas à l'entrée ?* ».

Les cas cliniques avaient pour but d'amener à la question principale concernant la réaction des participants face à une erreur de façon générale et ainsi d'augmenter l'honnêteté des réponses à cette question. Ils ont été rédigés de façon brève et en les adaptant le plus possible à une pratique commune aux différentes maternités. Ces cas cliniques permettaient de généraliser les réponses obtenues mais il pouvait être difficile pour certains participants de s'imaginer dans les cas cliniques. Afin de limiter ce biais, une question « *pensez-vous que cela pourrait vous arriver ?* » permettait de retenir les personnes qui parvenaient à s'imaginer dans les cas présentés. Cependant, la réalité des situations peut tout de même amener à des comportements différents face à la verbalisation de l'erreur (« *Il m'est très difficile de me projeter sur des situations hypothétiques lourdes de conséquences dans lesquelles je ne suis pas réellement impliquée car la façon de verbaliser l'erreur dépend de l'état émotionnel, des collègues avec qui l'on se trouve, etc.* » un participant à l'étude).

Les cas cliniques comportaient des gravités de conséquences, des implications de l'auteur de l'erreur et des degrés d'urgence différents. Les réponses pouvaient donc être influencées par ces différents éléments sans que l'on puisse réellement déduire quel élément avait de l'influence sur la verbalisation de l'erreur par les participants.

En ce qui concerne le deuxième cas, moins de la moitié des personnes s'imaginait dans la situation présentée. Parmi les commentaires aux questionnaires, certaines personnes ont énoncé le fait qu'un prélèvement vaginal mettait plus de 48 heures à être analysé. Pour certains, selon les commentaires recueillis, le fait de ne pas avoir de prélèvement vaginal équivalait en salle de naissance à un prélèvement vaginal positif et donc à la mise en place d'une antibioprofylaxie. Ce cas a donc pu être influencé par les différences de pratiques selon les maternités. Nous avons cependant conservé pour notre étude seulement les personnes s'imaginant dans la situation.

Le sujet de notre étude pouvant être assez sensible, cela pouvait entraîner un manque d'honnêteté de la part des participants lors de leurs réponses. Les cas cliniques fictifs avaient pour but de limiter ce

biais (« *Quelques mises en situation pour faciliter l'honnêteté des réponses* » un participant à l'étude ; « *Mise en situation réelle qui permet de réduire le biais de désirabilité sociale* » un participant à l'étude). L'anonymat des questionnaires a aussi permis d'améliorer l'honnêteté des réponses à notre étude.

3.3 Validité interne

Le fait qu'il soit demandé aux participants pour chaque cas clinique s'ils parvenaient à s'imaginer dans la situation proposée permettait d'améliorer la fiabilité des réponses. Le sujet de notre étude étant sensible, même en diminuant les biais liés à l'honnêteté des réponses, il reste une part de subjectivité quant aux réponses à notre questionnaire ce qui peut influencer les résultats de notre étude.

3.4 Validité externe

Le nombre de participants à l'étude est important (n=1009) et comprend des sages-femmes de tous types d'âges, issues de maternités différentes, ayant des anciennetés différentes. Cette étude présente donc une bonne validité externe.

4. Implications et perspectives

« *Très intéressant dans un pays où l'on n'a pas le droit à l'erreur. En espérant que ça fasse bouger un peu les choses.* » un participant à l'étude.

4.1 Propositions pour remédier à cette problématique de verbalisation de l'erreur

Une des questions complémentaires de cette étude cherchait à savoir si la culture développée dans la maternité des sages-femmes interrogées était propice à parler de ses erreurs en toute sérénité. 989 personnes ont répondu à cette question. Leurs réponses sont illustrées à la Figure 10, allant de « pas du tout » (0) à « tout à fait » (5).

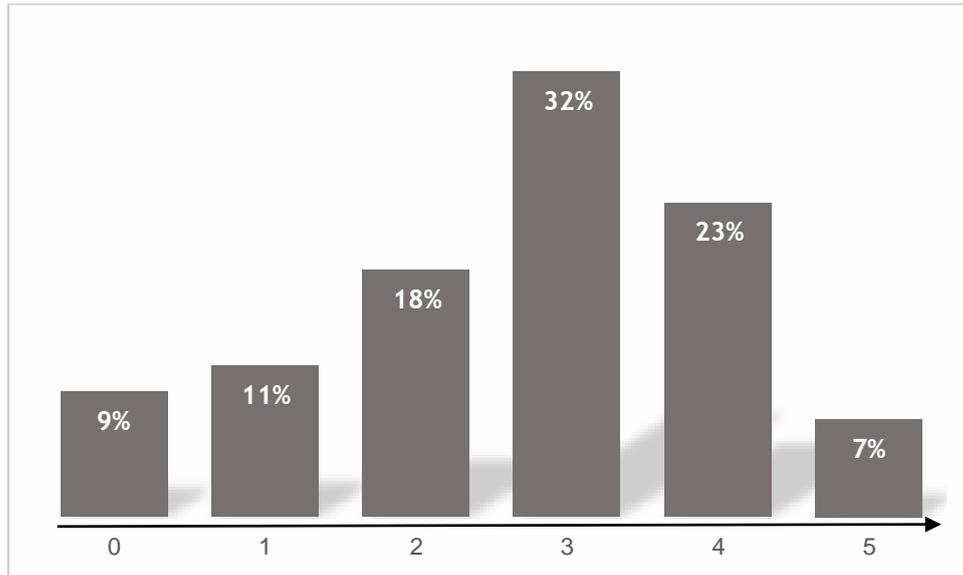


Figure 10 : La culture développée dans les maternités est-elle propice à parler de ses erreurs en toute sérénité ?

Il est donc important de sensibiliser les maternités à ces problématiques afin de permettre aux sages-femmes de parler de leurs erreurs

(« *sujet épineux : erreur = réprimande, puis punition dans mon service* », un participant à l'étude).

Une question était ensuite posée aux sages-femmes ayant participé à l'étude afin que celles-ci puissent proposer des solutions quant à la problématique de verbalisation de l'erreur au sein de la profession.

Beaucoup d'entre elles ont cité l'importance des RMM en précisant qu'elles doivent être réalisées de manière anonyme, neutre et sans jugement (« *RMM plus fréquentes avec des propositions de thèmes et des cas cliniques rédigés de façon anonyme* » un participant à l'étude). Certaines ont parlé de l'importance des Comités de Retour d'Expériences (CREX).

Une grande partie d'entre elles a évoqué l'importance d'un climat de confiance au sein de l'équipe et de la bienveillance, notamment lors des staffs (« *il est primordial que quelqu'un de neutre et sans préjugés sur telle ou telle profession entende le récit de la personne ayant commis l'erreur. L'esprit d'équipe, le respect et la compréhension entre les différents professionnels est très important à mon sens pour se sentir en confiance et avouer ses erreurs* » un participant à l'étude). Beaucoup de sages-femmes proposaient de parler plus tard, « à froid » des situations et non lors des staffs obstétricaux matinaux. Il est donc aussi important pour beaucoup de rediscuter au calme des situations, de mettre en

place des réunions pour en discuter (« *plus de réunions en petits comités et pas forcément dans les situations où les conséquences sont graves* » un participant à l'étude).

Des formations sur la communication et sur la verbalisation de l'erreur médicale au sein des équipes étaient proposées ainsi que des groupes de paroles (« *établissement d'une formation sur la communication pluridisciplinaire pour tous les professionnels impliqués en salle de naissance* » un participant à l'étude). Certaines sages-femmes ont rappelé l'importance des psychologues du travail dans ces situations.

L'importance de l'anonymisation des déclarations a été rappelée pour beaucoup d'entre elles et la mise en place de boîtes pour parler de certains événements même sans conséquences de façon anonyme a été proposée (« *l'anonymat devrait tout le temps être la règle* » un participant à l'étude).

Plusieurs sages-femmes ont abordé l'importance de parler de la verbalisation de l'erreur dès les études de sages-femmes afin de former les étudiantes à l'importance de celle-ci.

Des sages-femmes de l'étude ont proposé d'aborder ce sujet dès les entretiens d'embauche pour que les sages-femmes réussissent par la suite à parler des erreurs qu'elles ont pu commettre. Il faut cependant s'assurer de ne pas minimiser l'erreur (« *il faut faire attention à ne pas dédouaner le comportement de certaines sages-femmes même si vous souhaitez mettre en avant leurs difficultés* » un participant à l'étude).

Certains participants ont abordé la problématique du fait d'être en CDD et donc de moins parler de ses erreurs par peur de ne pas être renouvelé.

Enfin, certaines sages-femmes de l'étude n'étaient pas concernées par ce problème de difficile verbalisation de l'erreur : « *non concernée, équipe très à l'écoute* » un participant à l'étude.

4.2 Autres études envisageables

Une étude sur la verbalisation de l'erreur en fonction de la gravité des conséquences pourrait être envisagée. La notion de gravité étant subjective, il faudrait alors que les participants fassent part du niveau de gravité selon eux avant de répondre.

Une étude qualitative permettant d'évaluer la verbalisation de l'erreur dans des situations qui ont réellement eu lieu pourrait venir compléter ce travail de recherche.

Les participants à l'étude proposaient aussi lors de leurs commentaires aux questionnaires d'autres approches. Notamment la verbalisation de l'erreur aux cadres, des médecins envers les sages-femmes et en tant qu'étudiant. Plusieurs d'entre elles ont aussi soulevé le problème de la verbalisation aux patientes.

« Les gens agissent au travail comme ils agissent tous les jours, s'ils se sentent en confiance, entourés il leur sera plus facile d'exprimer leurs erreurs. Apprendre de ses erreurs c'est l'épreuve de la vie, le problème en médecine ce sont les vies en jeu et l'écrasante responsabilité qui en découle. »

Une sage-femme ayant participé à l'étude

Conclusion

Lors de mise en situations fictives, les sages-femmes parlent quasiment toutes de leurs erreurs. Cependant, selon certaines caractéristiques telles que l'âge, l'ancienneté dans la profession et dans la maternité, leur participation à des revues morbi-mortalité et l'ambiance au staff obstétrique du matin, influent sur la verbalisation de l'erreur. Cette dernière, même en situation d'erreur sans conséquences est importante pour améliorer la qualité des soins et éviter que cette erreur ne se reproduise pouvant alors entraîner des conséquences néfastes. Les personnes jeunes, diplômées et exerçant dans leur maternité depuis peu et celles ne participant pas aux RMM peuvent donc être une population à sensibiliser à l'importance de la verbalisation de l'erreur. Voir même, comme certains participants à notre étude l'ont proposé, sensibiliser les sages-femmes à cette notion dès leurs études. Le climat au staff obstétrical du matin et dans la maternité doit être propice à parler de ses erreurs pour permettre d'améliorer la verbalisation des erreurs même sans conséquences. La relation des sages-femmes avec leur collègues médecins influence le fait de leur parler ou non des erreurs qu'elles ont commises. Les sages-femmes parlent moins de leurs erreurs si elles ont une mauvaise relation avec leurs collègues. Or le fait de parler de ses erreurs permet d'améliorer la qualité des soins en réanalysant les erreurs afin de mettre en place des barrières de sécurité pour éviter qu'elles se reproduisent. L'établissement de bonnes relations entre les sages-femmes et leurs collègues permet donc d'améliorer la sécurité des patients. Des mesures sont déjà mises en place pour parler des erreurs commises et sensibiliser les sages-femmes à la verbalisation de l'erreur. Cependant, la grande majorité des sages-femmes interrogées considère que la verbalisation de l'erreur reste une problématique importante.

Bibliographie

1. Bachelard G. Essai sur la connaissance approchée. 6. éd. Paris: Libr. Philos. Vrin; 1987. 310 p. (Bibliothèque des textes philosophiques).
2. Amalberti R. Piloter la sécurité: théories et pratiques sur les compromis et les arbitrages nécessaires. 2013.
3. Institut National de l'Audiovisuel. L'affaire du sang contaminé [Internet]. [cité 9 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ina.fr/contenus-editoriaux/articles-editoriaux/l-affaire-du-sang-contamine/>
4. Morel C. Les décisions absurdes II : comment les éviter? 2013.
5. Poma R. La culture positive de l'erreur, aspects historiques, épistémologiques et éthiques. Soins. avr 2016;61(804):26- 9.
6. Armée de l'air française. Le bulletin. janvier 2008. (221).
7. Degos L. Éloge de l'erreur. Paris: Pommier; 2013.
8. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety [Internet]. 2010 [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
9. Reason JT. Human error. Cambridge [England] ; New York: Cambridge University Press; 1990. 302 p.
10. HAS. Évènements indésirables associés aux soins (EIAS). Repères [Internet]. 2015 [cité 26 juin 2019]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2566412/fr/reperes-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias
11. HAS. Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins (EIAS) [Internet]. [cité 28 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias
12. Philippe MICHEL, Jean-Luc QUENON, Ahmed DJIHOUD, Sophie TRICAUDVIALLE, Anne-Marie de SARASQUETA,, Sandrine DOMECCQ. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. DREES. 2005;(398):16.
13. World Health Organization, éditeur. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: World Health Organization; 2011.
14. Latil F. Place de l'erreur médicale dans le système de soins. Acta Endoscopica. août 2007;37(4):509- 20.
15. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

16. ARS. Déclaration des événements indésirables graves : impact de la réglementation 2016 [Internet]. [cité 27 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/declaration-des-evenements-indesirables-graves-impact-de-la-reglementation-2016>
17. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [cité 27 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
18. HAS. Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins (EIAS) [Internet]. [cité 16 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias
19. Philippe MICHEL, , Christelle MINODIER, , Monique LATHELIZE, , Céline MOTY-MONNEREAU, , Sandrine DOMECCQ, , et al. Enquête nationale sur les ENEIS dans les établissements de santé. DREES [Internet]. 2010 [cité 11 mai 2019];(17). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>
20. APHP DAJ. Fiche pratique : « Les responsabilités à l'hôpital » [Internet]. [cité 10 juill 2019]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/fiche-pratique-les-responsabilites-a-lhopital/>
21. Pellerin D. Les erreurs médicales. Les Tribunes de la sante. 12 nov 2008;n° 20(3):45- 56.
22. Code de la santé publique - Article L1413-14. Code de la santé publique.
23. Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. 2016-1606 nov 25, 2016.
24. HAS. Déclarer et analyser les évènements indésirables graves : comprendre pour agir [Internet]. [cité 27 juin 2019]. Disponible sur: https://webzine.has-sante.fr/portail/jcms/c_2744089/fr/declarer-et-analyser-les-evenements-indesirables-graves-comprendre-pour-agir
25. Tavernier N, Rabier G. Que reste-t-il de nos erreurs. 2012.
26. OFAC O fédéral de l'aviation civile. L'aviation civile suisse 2007 - Rapport sur la sécurité 2006 [Internet]. [cité 28 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.bazl.admin.ch/bazl/fr/home/das-bazl/studien-und-berichte/jaehrliche-berichte/schweizer-zivilluftfahrt-2007---sicherheitsbericht-2006.html>
27. HAS. Guide méthodologique : revue de mortalité et de morbidité [Internet]. 2009 [cité 10 juill 2019]. Disponible sur: https://cfar.org/wp-content/uploads/2016/03/rmmguide_has_juin_09.pdf
28. STARAQS. Mettre en place un comité de retour d'expérience [Internet]. [cité 10 juill 2019]. Disponible sur:

https://www.fncs.org/sites/default/files/pdf/CREX_mettre_en_place_un_comite_d_e_retour_dexperience_STARAQS_.pdf

29. Broadbent DE, Reason J, Baddeley A, éditeurs. Human factors in hazardous situations: proceedings of a Royal Society discussion meeting held on 28 and 29 June 1989. London: Royal Society; 1990. 145 p.
30. Occelli DP. La culture de sécurité des soins: du concept à la pratique. :16.
31. HAS. La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » [Internet]. [cité 10 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire
32. HAS. Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques [Internet]. 2017 [cité 10 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf
33. Chabloz C. La culture juste ou culture de l'équité. :24.
34. Teurnier. Parler de l'erreur médicale entre soignants [Internet]. [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5236_TEURNIER_these.pdf
35. Nazac A, Poudensan P, Barraquet A, Dufour M, Godreau M, Larre C, et al. L'erreur médicale : analyse de leur type, de leurs conséquences et impact des revues morbimortalité chez les sages-femmes des maternités APERIF. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. mars 2015;44(3):269- 75.
36. Groupe Euris. Livre blanc V17 : Culture de l'erreur apprenante. 2019.
37. CNO SF. Données démographiques de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
38. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. DREES. 2012;8.

Annexes

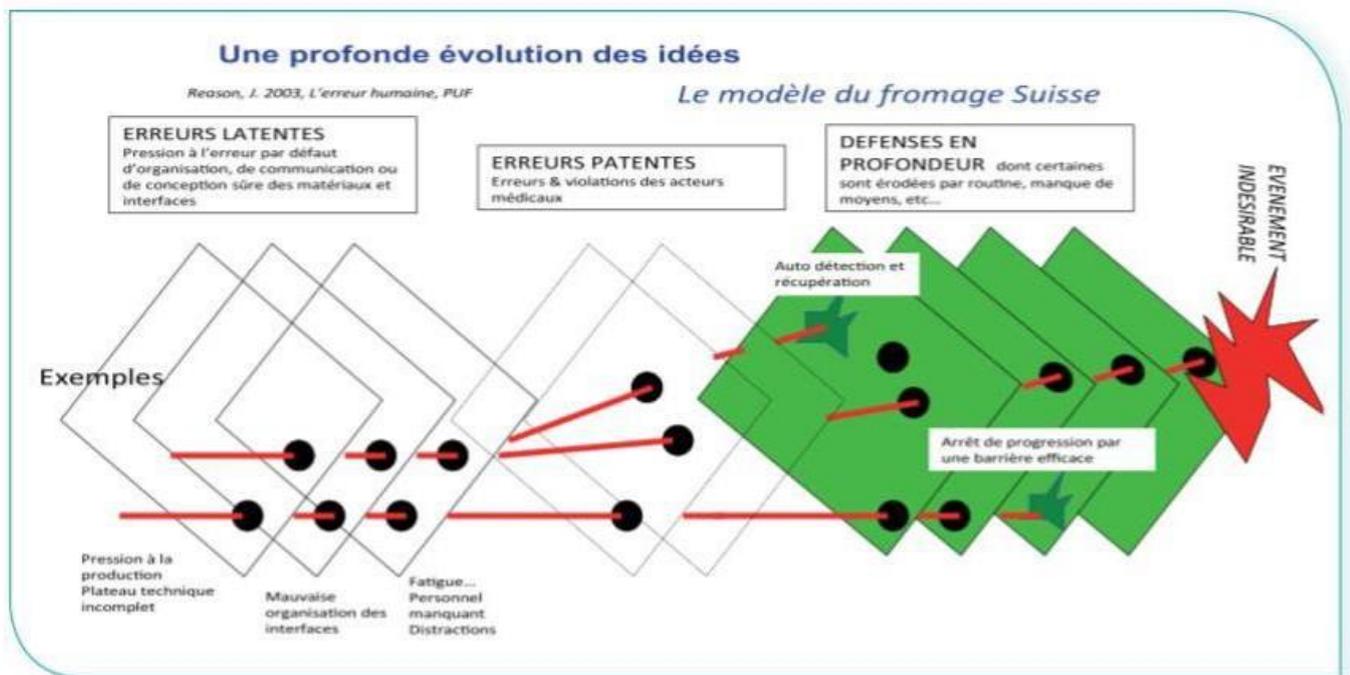
Annexe 1 : Les différents niveaux de gravité d'un événement indésirable associé aux soins

Les différents niveaux de gravité d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS)

Niveau 1 « mineur »	L'EIAS provoque un désagrément ou une insatisfaction au patient. → <i>Par exemple</i> : erreur d'identification d'un patient rattrapée avant qu'on lui donne son médicament
Niveau 2	L'EIAS impacte le patient sans mise en jeu de sa sécurité et sans interrompre sa prise en charge initiale. → <i>Par exemple</i> : examen réalisé mais pas à la bonne personne
Niveau 3 « majeur »	Une prise en charge spécifique ou une surveillance accrue sont nécessaires sans pour autant interrompre la prise en charge. → <i>Par exemple</i> : chute d'un patient avec plaie du front nécessitant des points de suture
	A partir du niveau 4 : la prise en charge de l'EIAS prend le dessus sur la prise en charge de la pathologie initiale. La prise en charge initiale doit être reportée.
Niveau 4 « critique »	L'EIAS est récupéré au final avec des conséquences réversibles. → <i>Par exemple</i> : administration d'un mauvais médicament entraînant une détresse respiratoire et une hospitalisation
Niveau 5 « catastrophique »	L'EIAS est difficilement récupérable. On pourra au mieux atténuer ses conséquences qui restent cependant importantes et irréversibles. → <i>Par exemple</i> : erreur de site chirurgical avec ablation du rein fonctionnel au lieu du rein atteint

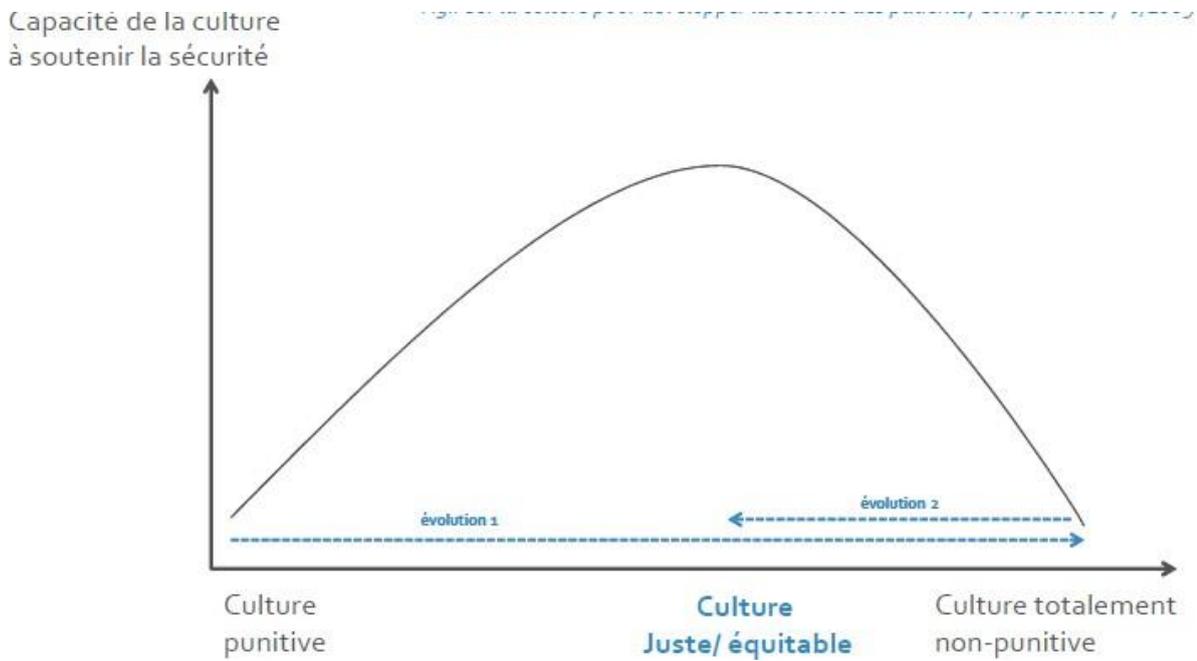
https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974439/fr/reperes-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias

Annexe 2 : Le modèle du fromage Suisse, J. Reason



<https://www.prevention-medicale.org/Dossiers-du-risque-et-methodes-de-prevention/Methodes-de-prevention/Concepts-cles-en-securite/concepts-points-cles-securite-des-soins>

Annexe 3 : Culture Juste



https://www.requa.fr/files/Dr_C._CHABLOZ_-Cultuture_equite.pdf

Annexe 4 : Questionnaire

Je réalise dans le cadre de mon mémoire un questionnaire destiné aux sages-femmes portant sur la verbalisation suite à une erreur professionnelle (le fait d'en parler ou non et pourquoi). Ce questionnaire est destiné aux sages-femmes hospitalières.

Il est entièrement anonyme, toute information qui permettrait d'identifier une personne ne pourra être diffusée.

Dans l'intérêt de l'étude, nous vous demandons par ailleurs la plus grande honnêteté, ce questionnaire n'ayant pas pour but d'évaluer vos pratiques mais le système de soins de façon plus générale.

1^{ère} partie : caractéristiques personnelles

- 1) Quel âge avez-vous ?
 - Moins de 25 ans
 - Entre 25 et 30 ans
 - Entre 30 et 35 ans
 - Entre 35 et 40 ans
 - Entre 40 et 50 ans
 - Plus de 50 ans

- 2) Etes-vous ?
 - Un homme
 - Une femme
 - Ne souhaite pas répondre

- 3) Dans quel type de maternité travaillez-vous ?
 - Type 1
 - Type 2a
 - Type 2b
 - Type 3

- 4) Exercez-vous dans une maternité :
 - Public ?
 - Privée à but lucratif ?
 - Privée à but non lucratif ?

5) Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

- Moins d'un an
- Entre 1 et 3 ans
- Entre 3 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

6) Depuis combien de temps exercez-vous dans la maternité actuelle ?

- Moins d'un an
- Entre 1 et 3 ans
- Entre 3 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

2^{ème} partie : formations, relations et pratiques au sein de l'équipe

1) Comment qualifieriez-vous vos relations avec vos collègues sages-femmes ? (Allant de 0 : très mauvaises, à 5 : excellentes)

0 1 2 3 4 5

2) Comment qualifieriez-vous vos relations avec vos collègues ASH, AP, infirmiers ? (Allant de 0 : très mauvaises, à 5 : excellentes)

0 1 2 3 4 5

3) Comment qualifieriez-vous vos relations avec vos collègues gynécologues-obstétriciens, internes de gynécologie-obstétrique ? (Allant de 0 : très mauvaises, à 5 : excellentes)

0 1 2 3 4 5

4) Comment qualifieriez-vous vos relations avec vos collègues anesthésistes, IADE ? (Allant de 0 : très mauvaises, à 5 : excellentes)

0 1 2 3 4 5

5) Comment qualifieriez-vous vos relations avec vos collègues pédiatres, internes en pédiatrie ?
(Allant de 0 : très mauvaises, à 5 : excellentes)

0 1 2 3 4 5

6) Pensez-vous avoir déjà commis une erreur dans l'exercice de votre profession de sage-femme ?

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

7) Savez-vous ce qu'est une revue morbi-mortalité ?

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

8) Avez-vous déjà assisté à des revues morbi-mortalité ?

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

9) Si oui est-ce que cela a modifié vos pratiques ? (Allant de 0 : aucune modification, à 5 : modification importante de la pratique)

0 1 2 3 4 5

10) Assistez-vous régulièrement au staff obstétrique du matin ?

- Oui
- Non
- Il n'y a pas de staff obstétrique du matin dans ma structure
- Ne souhaite pas répondre

11) L'ambiance au staff obstétrique du matin est-elle généralement propice à parler de ses erreurs ?

- Plutôt oui
- Plutôt non
- Ne souhaite pas répondre

3^{ème} partie : situations cliniques

Situation n° 1 : Vous faites une erreur bénigne lors de l'administration d'un médicament (augmentin au lieu d'amoxicilline, atarax au lieu d'acupan, erreur de posologie mineure, etc.). Celle-ci n'a pas de réelle conséquence à long terme.

- 1) Pensez-vous que dans certaines circonstances (surcharge de travail, inattention, etc.), cela pourrait vous arriver ?
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre

- 2) Vis-à-vis de vos collègues sages-femmes, vous seriez plutôt susceptible ?
 - De leur en parler
 - De ne pas leur en parler
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre

- 3) Vis-à-vis de vos collègues gynécologues-obstétriciens, vous seriez plutôt susceptible ?
 - De leur en parler
 - De ne pas leur en parler
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre

- 4) Vis-à-vis de vos collègues anesthésistes, vous seriez plutôt susceptible ?
 - De leur en parler
 - De ne pas leur en parler
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre

- 5) Vis-à-vis de vos collègues pédiatres, vous seriez plutôt susceptible ?
 - De leur en parler
 - De ne pas leur en parler
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre

- 6) Serez-vous susceptible d'en parler à un proche ?
- Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 7) Si oui à la question précédente, est-ce à visée de réassurance personnelle ?
- Oui
 - Non

Situation n°2 : Vous voyez en consultation une patiente à 37SA. Vous réalisez son prélèvement vaginal à la recherche de Streptocoque du groupe B. Au cours de cette consultation vous réalisez un PV à la recherche de Streptocoque B pour 3 patientes. Le lendemain, vous constatez dans la poche de votre tenue professionnelle la présence d'un PV non étiqueté et donc non envoyé. Sur les 3 patientes ayant eu un PV Strepto B lors de votre consultation, une a accouché la veille, 2 sont en salle de travail.

- 1) Pensez-vous que cela pourrait vous arriver ?
- Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 2) Quelle serait votre réaction ?
- Vous appelez vos collègues sages-femmes de la salle de naissance pour les informer de l'oubli
 - Vous appelez vos collègues sages-femmes de la salle de naissance car cet oubli va se savoir
 - Vous êtes tenté d'appeler vos collègues sages-femmes de la salle de naissance pour les informer de cet oubli mais vous ne le faites pas
 - Vous n'appelez pas vos collègues sages-femmes de la salle de naissance car cet oubli va évidemment être découvert
 - Vous n'appelez pas vos collègues sages-femmes de la salle de naissance considérant que cela n'est pas grave
 - Vous n'appelez pas vos collègues sages-femmes de la salle de naissance considérant que cet oubli peut vous valoir de possibles sanctions
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 3) Serez-vous susceptible d'en parler à un proche ?
- Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre

- 4) Si oui à la question précédente, est-ce à visée de réassurance personnelle ?
- Oui
 - Non

Lorsque vous retournez à la maternité vous apprenez que l'état clinique du nouveau-né d'une des patientes s'est dégradé, il a été transféré en réanimation néonatale dans un état très critique pour suspicion d'infection materno-foetale grave

- 1) Vis-à-vis de vos collègues sages-femmes, vous seriez plutôt susceptible ?
- De leur en parler
 - De ne pas leur en parler
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 2) Vis-à-vis de vos collègues gynécologues-obstétriciens, vous seriez plutôt susceptible ?
- De leur en parler
 - De ne pas leur en parler
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 3) Vis-à-vis de vos collègues anesthésistes, vous seriez plutôt susceptible ?
- De leur en parler
 - De ne pas leur en parler
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 4) Vis-à-vis de vos collègues pédiatres, vous seriez plutôt susceptible ?
- De leur en parler
 - De ne pas leur en parler
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 5) Serez-vous susceptible d'en parler à un proche ?
- Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 6) Si oui à la question précédente, est-ce à visée de réassurance personnelle ?
- Oui
 - Non

Situation n°3 : Vous suivez une patiente primipare en travail, elle présente une dystocie dynamique, vous décidez de rompre la poche des eaux qui est bombante. Vous n'avez pas fait le bon diagnostic de la présentation, il s'agit d'un fœtus en siège non exploré qui se fixe après votre rupture. Vous passez alors en césarienne, le nouveau-né a une plaie due à l'intervention.

- 1) Pensez-vous que cela pourrait vous arriver ?
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre

- 2) Vis-à-vis de vos collègues sages-femmes, vous seriez plutôt susceptible ?
 - De dire que vous avez rompu la poche des eaux
 - De dire que la poche des eaux s'est rompue toute seule
 - De ne rien dire en attendant qu'on vous questionne
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre

- 3) Vis-à-vis de vos collègues gynécologues-obstétriciens, vous seriez plutôt susceptible ?
 - De dire que vous avez rompu la poche des eaux
 - De dire que la poche des eaux s'est rompue toute seule
 - De ne rien dire en attendant qu'on vous questionne
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre

- 4) Vis-à-vis de vos collègues anesthésistes, vous seriez plutôt susceptible ?
 - De dire que vous avez rompu la poche des eaux
 - De dire que la poche des eaux s'est rompue toute seule
 - De ne rien dire en attendant qu'on vous questionne
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre

- 5) Vis-à-vis de vos collègues pédiatres, vous seriez plutôt susceptible ?
 - De dire que vous avez rompu la poche des eaux
 - De dire que la poche des eaux s'est rompue toute seule
 - De ne rien dire en attendant qu'on vous questionne
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre

- 6) Serez-vous susceptible d'en parler à un proche ?
- Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 7) Si oui à la question précédente, est-ce à visée de réassurance personnelle ?
- Oui
 - Non

Situation n° 4 : Une femme ne parlant pas français arrive aux urgences très algique. Vous n'avez pas le dossier, vous réalisez immédiatement un toucher vaginal pensant qu'elle est en train d'accoucher. Elle se met à saigner suite à votre toucher vaginal, le placenta étant bas inséré. Vous appelez alors le reste de l'équipe.

- 1) Pensez-vous qu'il serait possible de vous retrouver dans cette situation ?
- Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 2) Vis-à-vis de vos collègues sages-femmes, vous seriez plutôt susceptible ?
- De dire que vous avez réalisé un toucher vaginal entraînant l'hémorragie.
 - De dire que la patiente fait une hémorragie sans préciser que vous avez réalisé un toucher vaginal.
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 3) Vis-à-vis de vos collègues gynécologues-obstétriciens, vous seriez plutôt susceptible ?
- De dire que vous avez réalisé un toucher vaginal entraînant l'hémorragie.
 - De dire que la patiente fait une hémorragie sans préciser que vous avez réalisé un toucher vaginal.
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 4) Vis-à-vis de vos collègues anesthésistes, vous seriez plutôt susceptible ?
- De dire que vous avez réalisé un toucher vaginal entraînant l'hémorragie.
 - De dire que la patiente fait une hémorragie sans préciser que vous avez réalisé un toucher vaginal.
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre

- 5) Vis-à-vis de vos collègues pédiatres, vous seriez plutôt susceptible ?
- De dire que vous avez réalisé un toucher vaginal entraînant l'hémorragie.
 - De dire que la patiente fait une hémorragie sans préciser que vous avez réalisé un toucher vaginal.
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 6) Serez-vous susceptible d'en parler à un proche ?
- Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 7) Si oui à la question précédente, est-ce à visée de réassurance personnelle ?
- Oui
 - Non

La patiente passe en césarienne, le nouveau-né est réanimé et décède par la suite.

- 1) Vis-à-vis de vos collègues sages-femmes, vous seriez plutôt susceptible ?
- De dire que vous avez réalisé un toucher vaginal entraînant l'hémorragie.
 - De dire que la patiente fait une hémorragie sans préciser que vous avez réalisé un toucher vaginal.
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 2) Vis-à-vis de vos collègues gynécologues-obstétriciens, vous seriez plutôt susceptible ?
- De dire que vous avez réalisé un toucher vaginal entraînant l'hémorragie.
 - De dire que la patiente fait une hémorragie sans préciser que vous avez réalisé un toucher vaginal.
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 3) Vis-à-vis de vos collègues anesthésistes, vous seriez plutôt susceptible ?
- De dire que vous avez réalisé un toucher vaginal entraînant l'hémorragie.
 - De dire que la patiente fait une hémorragie sans préciser que vous avez réalisé un toucher vaginal.
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre

- 4) Vis-à-vis de vos collègues pédiatres, vous seriez plutôt susceptible ?
- De dire que vous avez réalisé un toucher vaginal entraînant l'hémorragie.
 - De dire que la patiente fait une hémorragie sans préciser que vous avez réalisé un toucher vaginal.
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 5) Serez-vous susceptible d'en parler à un proche ?
- Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Question non adaptée
 - Ne souhaite pas répondre
- 6) Si oui à la question précédente, est-ce à visée de réassurance personnelle ?
- Oui
 - Non

4^{ème} partie : l'erreur en général

- 1) Si vous commettez une erreur, vous avez plutôt tendance :
- A en parler immédiatement ?
 - A en parler lors du retour sur la situation ?
 - A attendre de savoir si cette erreur a une conséquence pour en parler ?
 - A ne pas en parler
 - Ne souhaite pas répondre

2) Quelles sont parmi les propositions suivantes les 3 principales qui pourraient vous inciter à PARLER D'UNE ERREUR à d'autres professionnels? Classez-les par ordre de priorité

A	Votre conscience professionnelle (raison déontologique)
B	Votre peur des conséquences pour la patiente et/ou son nouveau-né
C	Vous protéger au niveau juridique
D	La peur qu'il soit connu que j'ai commis une erreur et l'ai volontairement caché
E	Je sais qu'on ne me reprochera pas cette erreur
F	La difficulté de vivre avec une culpabilité
G	Le souhait de partager le poids de cette information avec un collègue
H	Le souhait de ne pas voir se reproduire ce type d'erreur
I	Le désir fondamental d'être honnête
J	Le fait de parler de cette erreur n'aura pas de conséquence sur mon travail
K	Des revues morbi-mortalité sont mises en place dans votre service

- 1 ...
- 2 ...
- 3 ...

Autre motifs vous conduisant à parler d'une erreur que vous avez commise :

3) Certains éléments ci-dessous pourraient-ils vous inciter à NE PAS PARLER D'UNE ERREUR à d'autres professionnels?

A	La difficulté à parler de manière générale
B	L'erreur commise n'a pas entraîné de réelle conséquence
C	Le fait d'avoir honte de soi du fait de cette erreur
D	Le fait de savoir que personne ne saura que vous avez fait cette erreur
E	La peur des conséquences juridiques qui peuvent en découler
F	La peur d'une perte d'emploi, de ne pas se faire renouveler, d'être radié du conseil de l'ordre
G	Le fait que l'on peut se débrouiller seul face à cette erreur
H	La peur d'être jugé par l'équipe
I	L'absence d'intérêt porté à la situation
J	La peur de se faire réprimander
K	Le fait de se sentir coupable d'avoir fait une erreur

1 ...

2 ...

3 ...

Autres motifs vous conduisant à ne pas parler d'une erreur que vous avez commise : ...

5^{ème} partie : Questions facultatives

- 1) Pensez-vous que cette problématique de la verbalisation de l'erreur est importante
 - Oui
 - Non

- 2) Si OUI, pensez vous que la culture développée dans votre maternité est propice à parler des erreurs en toute sérénité? (0 : pas du tout ; 5 : tout à fait)

- 3) Si vous pensez que cette problématique de la difficile verbalisation de l'erreur vous concerne, auriez vous des propositions pour y remédier?

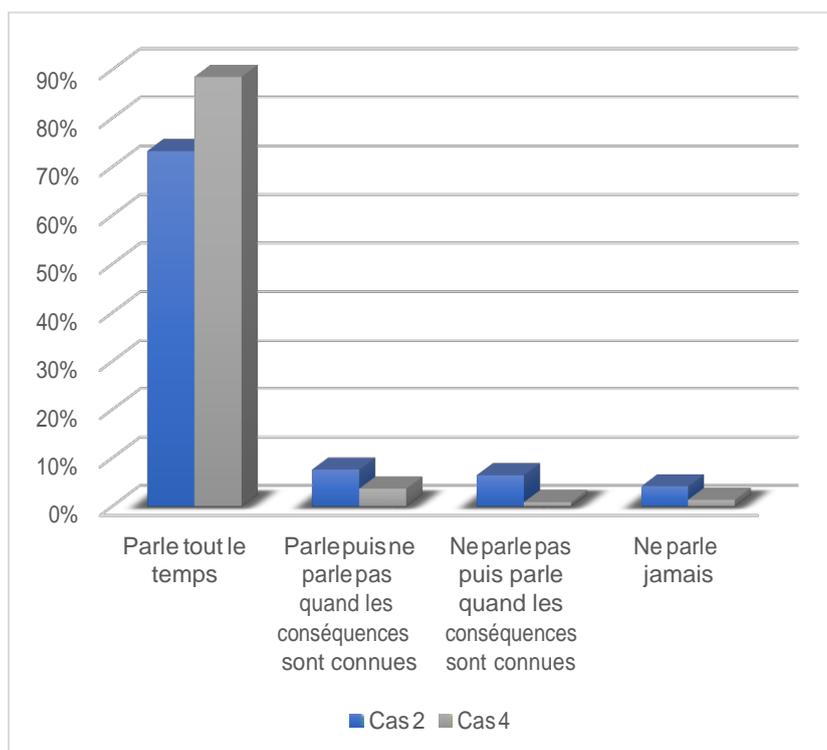
- 4) Commentaires sur ce questionnaire

Annexe 5 : Verbalisation de l'erreur en fonction des conséquences : comparaison de deux cas

Pour rappel, le cas 2 consistait en l'oubli d'envoi d'un prélèvement vaginal en consultation. On demandait alors aux sages-femmes si elles prévenaient leurs collègues. La deuxième partie consistait à informer les participants à l'étude que l'un des nouveaux-nés était infecté pour voir s'ils en parlaient à ce moment-là. Pour le cas 4, en première partie un toucher vaginal était réalisé chez une patiente présentant un placenta bas inséré. Cette patiente se met à saigner et passe en césarienne. On demande la réaction des participants à l'étude à ce moment-là. En deuxième partie, nous apprenons que le nouveau-né est décédé en réanimation. On évalue alors la verbalisation de l'erreur suite à la connaissance de cette conséquence.

Le nombre de personnes parlant en première et en deuxième partie différaient pour le cas 2 et le cas 4, c'est-à-dire lorsque les conséquences étaient connues. La proportion de participants parlant quand les conséquences étaient connues était moins importante que lorsque les conséquences n'étaient pas connues.

Il y a pour les 2 cas une proportion plus importante de personnes qui parle quand les conséquences ne sont pas connues puis ne parle pas lorsque les conséquences sont connues que de personnes ne parlant pas lorsque les conséquences ne sont pas connues et parlant lorsque les conséquences sont connues. Ces deux catégories sont pour les deux cas plus importantes que le nombre de personnes ne parlant jamais.



Le tableau ci-dessous présente la verbalisation de l'erreur pour le cas 2 et le cas 4 en fonction des conséquences de celle-ci. Il évalue les réponses des participants avant et après connaissance de la conséquence de l'erreur. Les proportions de personnes parlant avant et après connaissance des conséquences de l'erreur changent pour le cas 4 ($p < 0,001$) où l'on sait déjà en première partie que la patiente saigne mais les conséquences pour le nouveau-né ne sont pas connues. Cette différence n'est pas retrouvée dans le cas 2 où en première partie seul l'oubli de l'envoi du prélèvement vaginal était connu et en deuxième partie on apprenait que le nouveau-né était infecté.

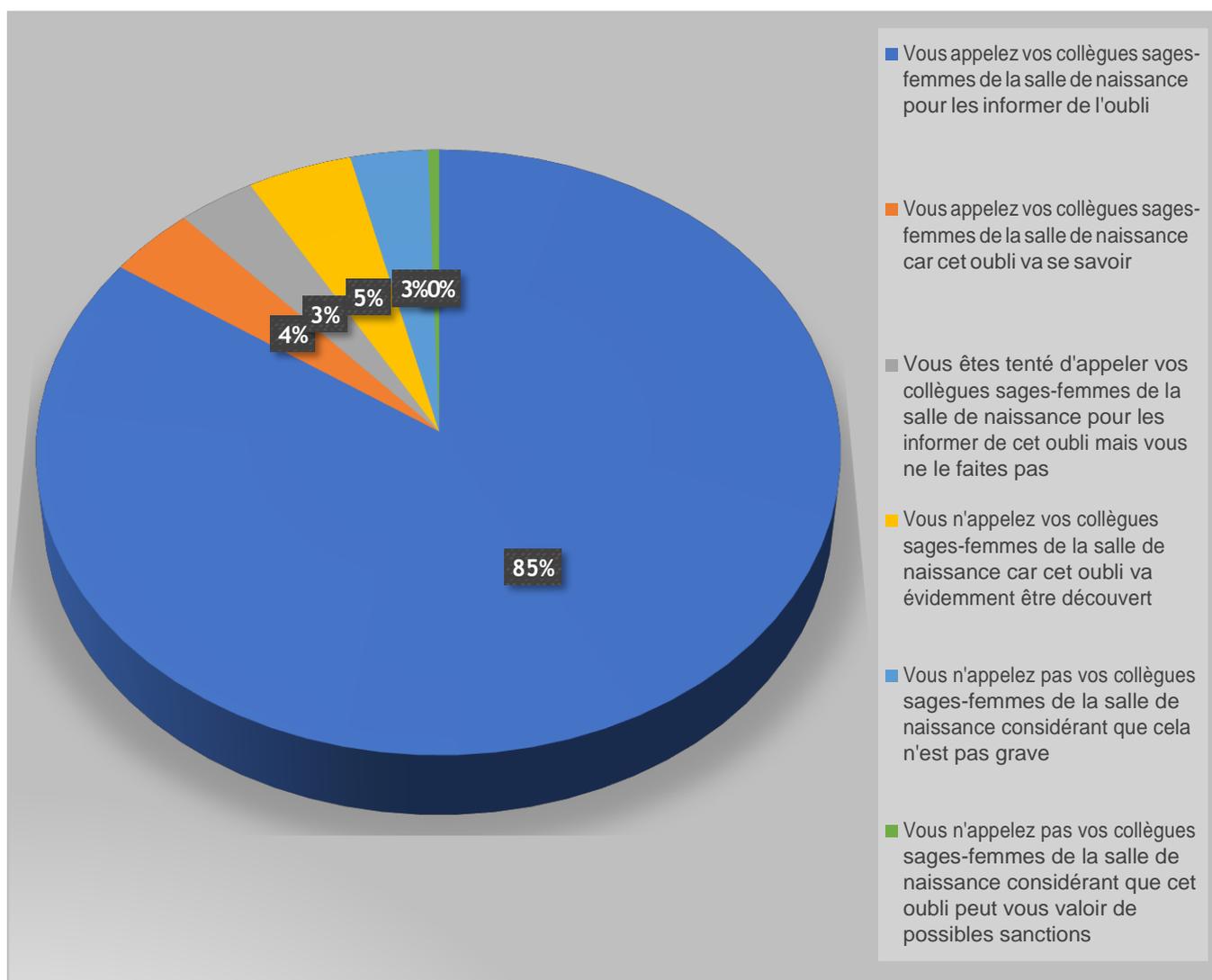
	Parle tout le temps n (%)	Parle puis ne parle pas n (%)	Ne parle pas puis parle n (%)	Ne parle pas n (%)	P Test de Mc Nemar
Cas 2	318 (73%)	33 (8%)	28 (6%)	18 (4%)	0,608
Cas 4	725 (89%)	30 (4%)	7 (1%)	11 (1%)	<0,001

On peut se demander pour le cas 4 si les participants parlent moins de l'erreur lorsqu'ils connaissent les conséquences par peur des répercussions (la conséquence étant ici grave) ou si le fait que parler de son erreur ne change maintenant plus l'issue de celle-ci, les conséquences étant déjà connues.

Annexe 6 : Verbalisation de l'erreur lorsque celle-ci va probablement être corrigée par un collègue

La première partie du cas 2 (étant l'oubli d'envoyer le prélèvement vaginal la veille en sachant qu'une patiente avait accouché et que les deux autres étaient en salle de naissance) permettait d'évaluer la verbalisation de l'erreur face à une erreur qui allait probablement être rattrapée par la suite. En s'appuyant sur le modèle du « fromage suisse » de Reason, cela nous a permis de voir si l'une des barrières de sécurité empêchant l'erreur allait être corrigée.

La figure ci-dessous illustre les réactions des sages-femmes lorsqu'elles découvrent qu'elles ont oublié d'envoyer le prélèvement vaginal.

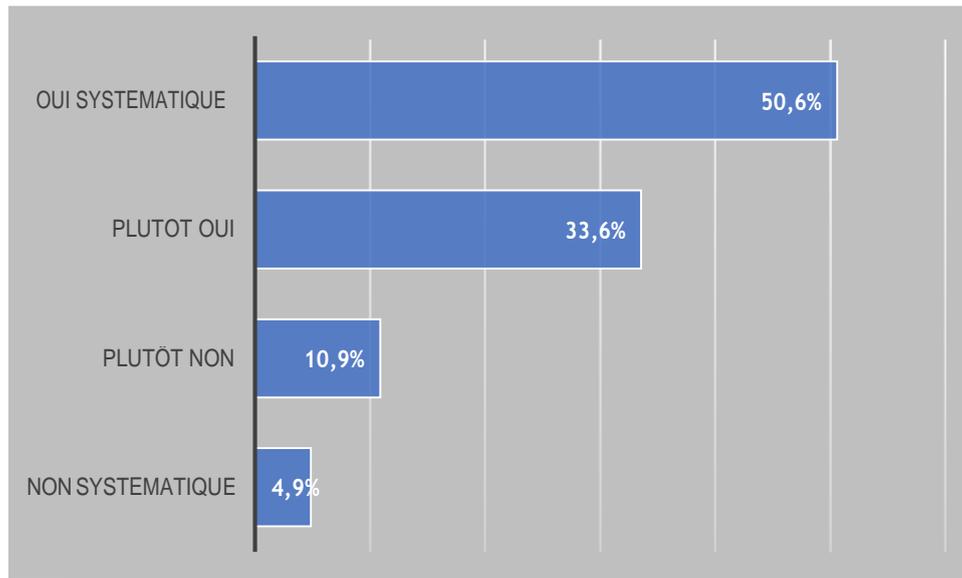


Annexe 7 : Verbalisation de l'erreur lors du retour sur la situation

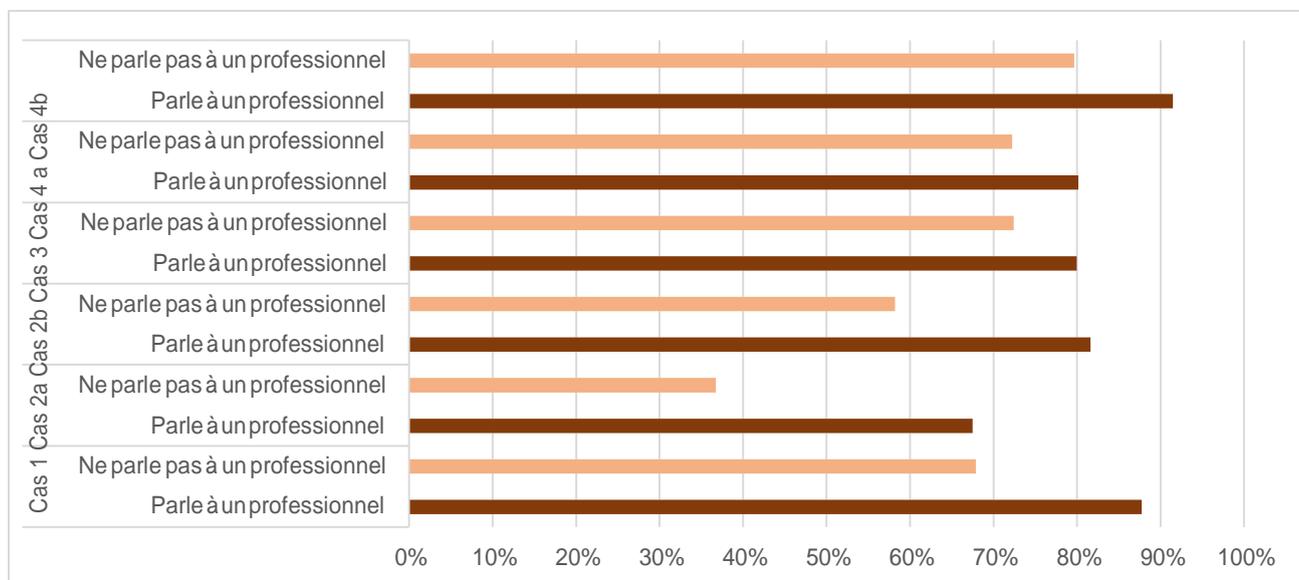
	Parle immédiatement	Attend de savoir s'il y a des conséquences pour parler	Parle lors du retour sur la situation	Ne parle pas
	758 (75,1%)	166 (16,5%)	77 (7,6%)	4 (0,4%)
Savez-vous ce qu'est une revue morbi-mortalité ?				
Oui	735 (77%)	152 (16%)	68 (7%)	4 (0%)
Non	22 (50%)	13 (30%)	9 (20%)	0 (0%)
*NR	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)
Avez-vous déjà assisté à une revue morbi-mortalité ?				
Oui	481 (80%)	80 (13%)	36 (6%)	3 (1%)
Non	276 (68%)	86 (21%)	41 (10%)	1 (0%)
*NR	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Assistez-vous régulièrement au staff obstétrique du matin ?				
Oui	473 (78%)	89 (15%)	45 (7%)	2 (0%)
Non	146 (73%)	36 (18%)	15 (8%)	2 (1%)
Il n'y en a pas dans ma structure	137 (71%)	40 (21%)	16 (8%)	0 (0%)
*NR	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	0 (0%)
L'ambiance au staff obstétrique du matin est-elle propice à parler de ses erreurs ?				
Plutôt oui	215 (83%)	22 (8%)	22 (8%)	0 (0%)
Plutôt non	372 (73%)	98 (19%)	36 (7%)	4 (1%)
*NR	34 (79%)	6 (14%)	3 (7%)	0 (0%)

Annexe 8 : Verbalisation de l'erreur à un proche

La figure ci-dessous illustre la tendance générale de la réponse à la question « êtes-vous susceptible de parler de votre erreur à un proche ». La question était posée 6 fois (pour chaque cas). Si les participants répondaient au moins trois fois « oui », ils se trouvaient dans la catégorie « plutôt oui ».



La figure ci-dessous illustre, pour chaque cas, parmi les personnes ayant tendance à parler à un proche si celles-ci avaient plutôt tendance à parler de leur erreur à un professionnel ou à ne pas en parler. Pour chaque cas, les personnes ayant tendance à parler de leur erreur à un proche sont plus celles parlant de leur erreur à un professionnel que celles qui n'en parlent pas.



Annexe 9 : Personnes s’imaginant dans les situations présentées en fonction du type de maternité où elles exercent

		Sages-femmes exerçant en maternité privée n (%)	Sages-femmes exerçant en maternité publique n (%)	P Test de Chi2
Cas 1	Pense que la situation peut lui arriver	50 (78%)	806 (85%)	0,12
	Ne pense pas que la situation peut lui arriver	14 (22%)	139 (15%)	
Cas 2	Pense que la situation peut lui arriver	28 (44%)	406 (43%)	0,90
	Ne pense pas que la situation peut lui arriver	36 (56%)	539 (57%)	
Cas 3	Pense que la situation peut lui arriver	34 (53%)	633 (67%)	0,02
	Ne pense pas que la situation peut lui arriver	30 (47%)	312 (33%)	
Cas 4	Pense que la situation peut lui arriver	54 (84%)	765 (81%)	0,50
	Ne pense pas que la situation peut lui arriver	10 (16%)	180 (19%)	

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.