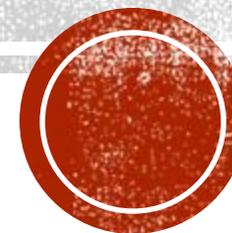


REVUE DE MORTALITÉ MORBIDITÉ



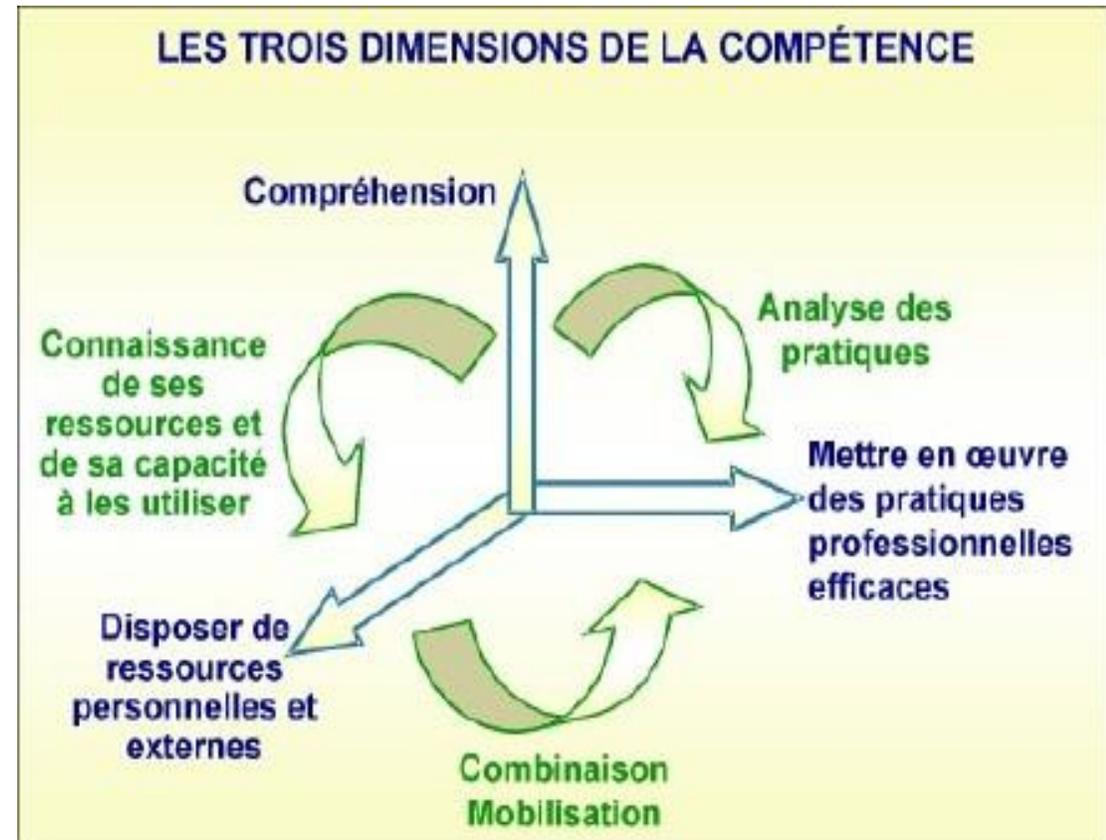
Docteur Philippe-Xavier KHALIL
Médecin des Hôpitaux
Centre Hospitalier du Pays d'Arles

NOTE INTRODUCTIVE

- Les premières revues de dossiers organisées analysant les causes de décès ont vu le jour aux Etats-Unis au début du XX^e siècle dans des services de chirurgie
- Ces conférences de mortalité ont rapidement fait partie de la formation obligatoire des chirurgiens dans un objectif d'amélioration des pratiques professionnelles



COMPRENDRE & COMPÉTENCE



NOTE INTRODUCTIVE

- **En France** – au début des années 1990 – la mise en place de démarches qualité au niveau national a été un levier pour aider au déploiement des Revues de Mortalité et de Morbidité (RMM) visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- **Depuis le décret d'Avril 2005**, les médecins ont une obligation individuelle d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)
- **La loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST)** de Juillet 2009 regroupe sous le terme de Développement Professionnel Continu (DPC) l'EPP et la FMC



L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES...

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Un test de connaissances



Une épreuve pratique sur des savoirs



Une déclaration de bonnes intentions



Une analyse de la réalité des pratiques



Un prélude à des améliorations



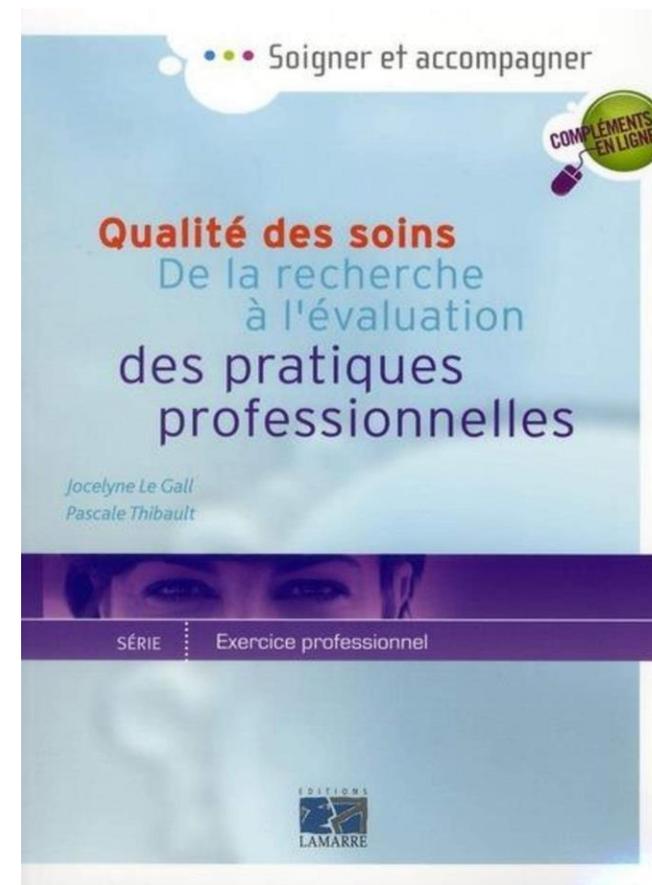
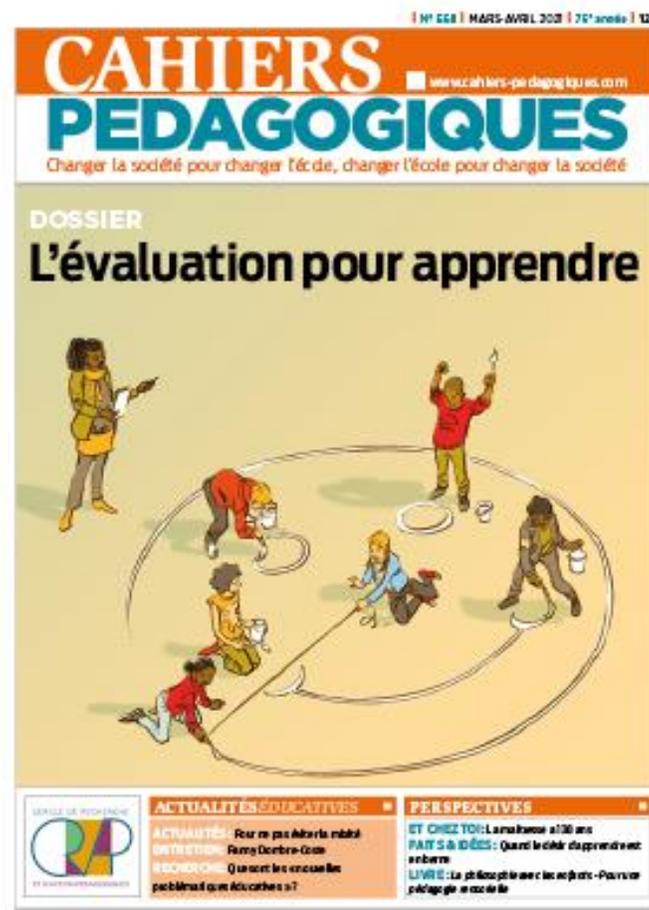
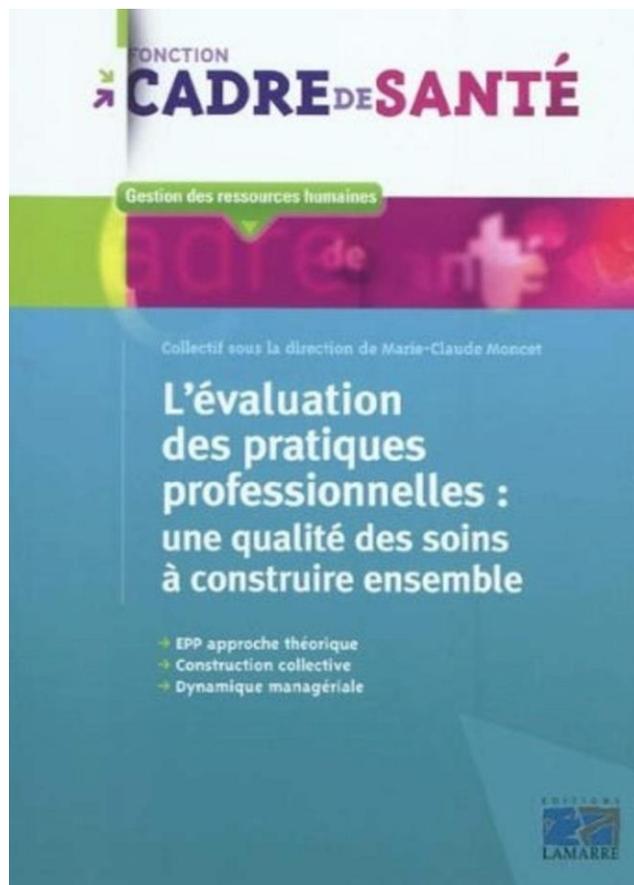
Sélectionnez les bonnes réponses

CONTINUER

MAUVAISE RÉPONSE !



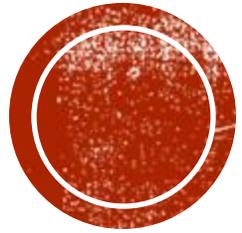
ÉLÉMENTS DE LITTÉRATURE



NOTE INTRODUCTIVE

- Les RMM rentrent dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé
- Toute activité humaine est génératrice d'erreurs et il est rare qu'un événement soit dû à une erreur individuelle unique, mais plutôt à de nombreuses erreurs en chaîne
- Les RMM permettent une réflexion collective sur une prise en charge d'un patient, selon une méthodologie dont les modalités ont été précisées en Juin 2009 par la HAS dans un *guide méthodologique* afin d'en structurer l'élaboration et le suivi





PRINCIPE & FINALITÉ



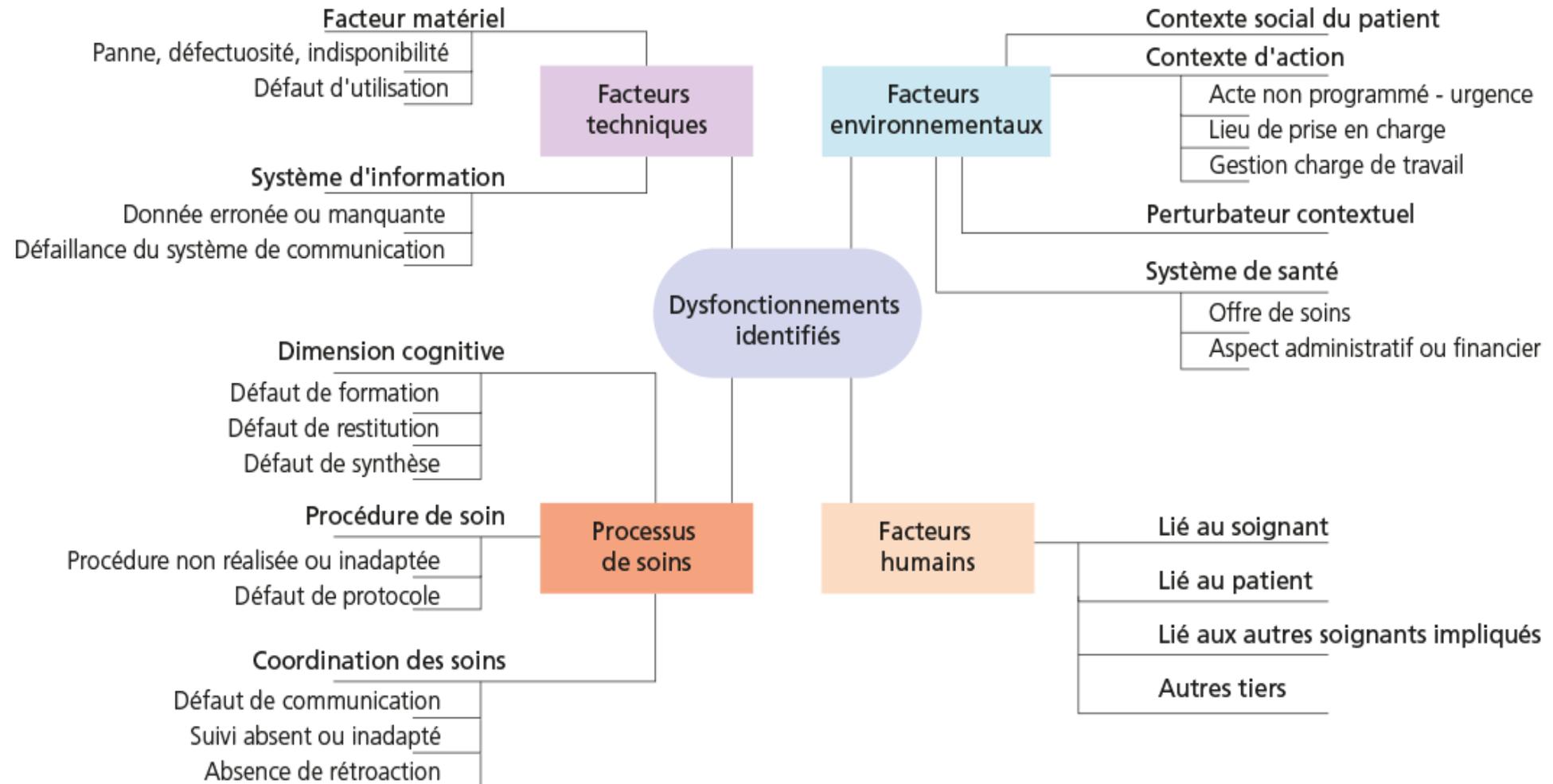
ANALYSE SYSTÉMIQUE

- Une revue de mortalité-morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication (mortalité-morbidité « réelle »), ou même d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient (mortalité-morbidité « potentielle »)
- Cette démarche d'apprentissage par l'erreur a pour finalité l'amélioration continue de la qualité des soins et leur sécurisation



Figure 1 – Grille CaDyA – Présentation heuristique.

Risques & Qualité-XIV-2-Oriol



PRINCIPE D'AMÉLIORATION

- La revue de mortalité-morbidité (RMM) est une méthode d'amélioration de la qualité et s'intègre dans la démarche qualité du secteur d'activité : DPC, accréditation des praticiens exerçant une spécialité à risque, certification des établissements de santé
- Chaque secteur d'activité doit rédiger une charte des RMM qui lui est propre
- Cette méthode a pour objectif l'analyse, au sein d'un service, de tous les décès et de certains accidents morbides prédéterminés ou non



ACTIONS POUVANT VALIDER LE PARCOURS DE DPC

> Les multiples façons de valider son DPC :
à chacun sa voie ! <

Action de formation

Présentielle

- Congrès
- Séminaires
- Ateliers
- Simulation
- Réunion de revue bibliographique
- Réunion d'associations de formation médicale continue

Individuelle

- e-learning (CLOM)
- Revues, ouvrages (lectures)

Diplômante

- DU-DIU
- Capacité
- Autre formation

Action d'évaluation et gestion de risques

- Groupe d'échange de pratiques
- Groupe analyse de pratiques
- Réunion de concertation pluridisciplinaire
- Revue de mortalité et de morbidité
- Réseaux ou activités de coordination pluridisciplinaire
- Audit clinique
- Revue de pertinence
- Participation à la tenue de registre clinique
- Analyse d'événements indésirables
- Comité de retours d'expérience
- Staffs réguliers
- Test de concordance de script (TCS)
- Chemin clinique
- Patients traceurs



Engagement dans une démarche d'accréditation par la HAS pour les spécialités à risque

- Individuelle
- Par équipe

Actions d'enseignement

- Formateur/expert du DPC
- Tutorat, MSU
- Universitaire
- Médical, paramédical
- Direction de thèse, encadrement de mémoire

Participation au rayonnement de la spécialité

- Publications scientifiques
- Orateur, conférencier
- Expert scientifique
- Recommandation professionnelle
- Rédacteur des fiches d'information patients
- Travail de recherche

Actions de DPC indemnisées

- Actions dédiées à la spécialité
- Autres actions



Le Développement Professionnel Continu



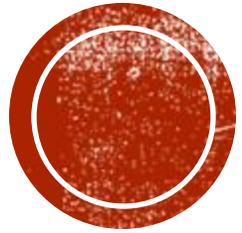
PRINCIPE D'AMÉLIORATION



ÉTHIQUE & PÉDAGOGIE

- La revue de mortalité-morbidité (RMM) présente un intérêt pédagogique grâce au retour d'expérience réalisé ainsi qu'un intérêt éthique car les professionnels de santé s'y engagent aussi pour mener une réflexion sur les conséquences des actes réalisés
- La RMM possède une action structurante sur les équipes de soins en mettant en place une organisation réactive et apprenante entre les professionnels de santé





RECOMMENDATIONS

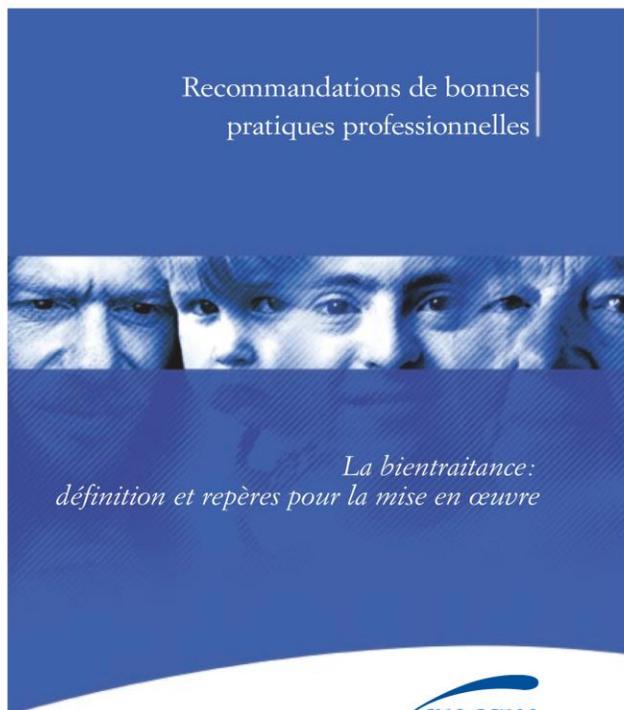


CHARTRE DES RMM

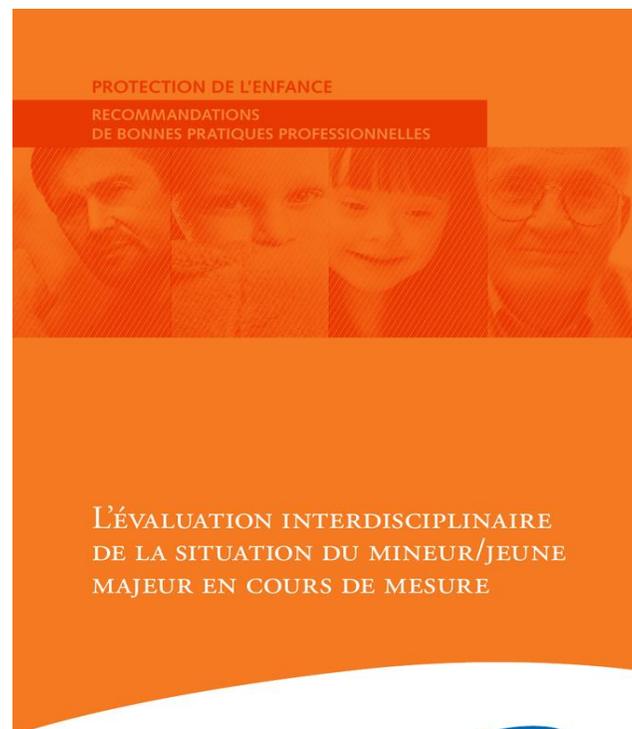
- La sélection des cas nécessite la participation de l'ensemble des professionnels concernés par le secteur d'activité selon une méthode définie dans la chartre des RMM (décès, complications ou accident)
- La transversalité de la médecine d'urgence rend plus difficile la mise en œuvre et le suivi des plans d'action d'amélioration de la qualité



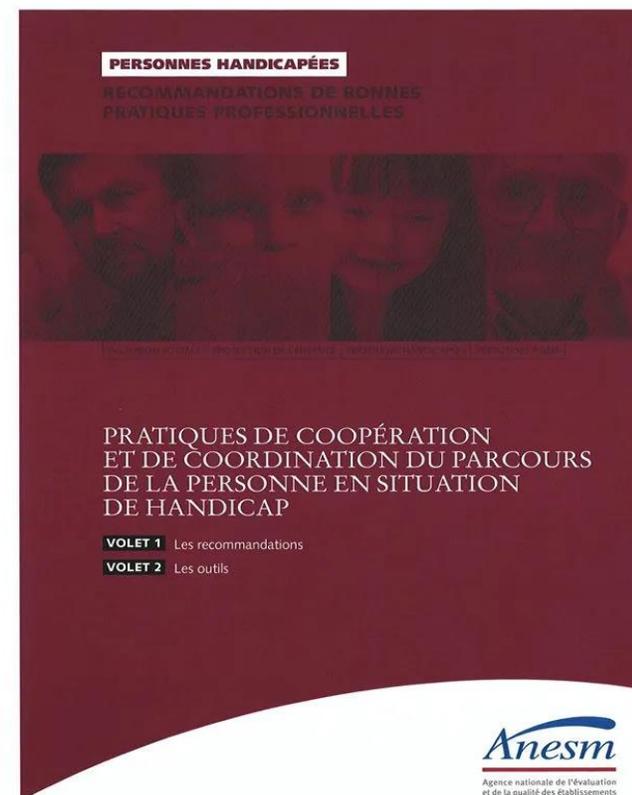
ÉLÉMENTS DE LITTÉRATURE




AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ
DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX




Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux




Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux



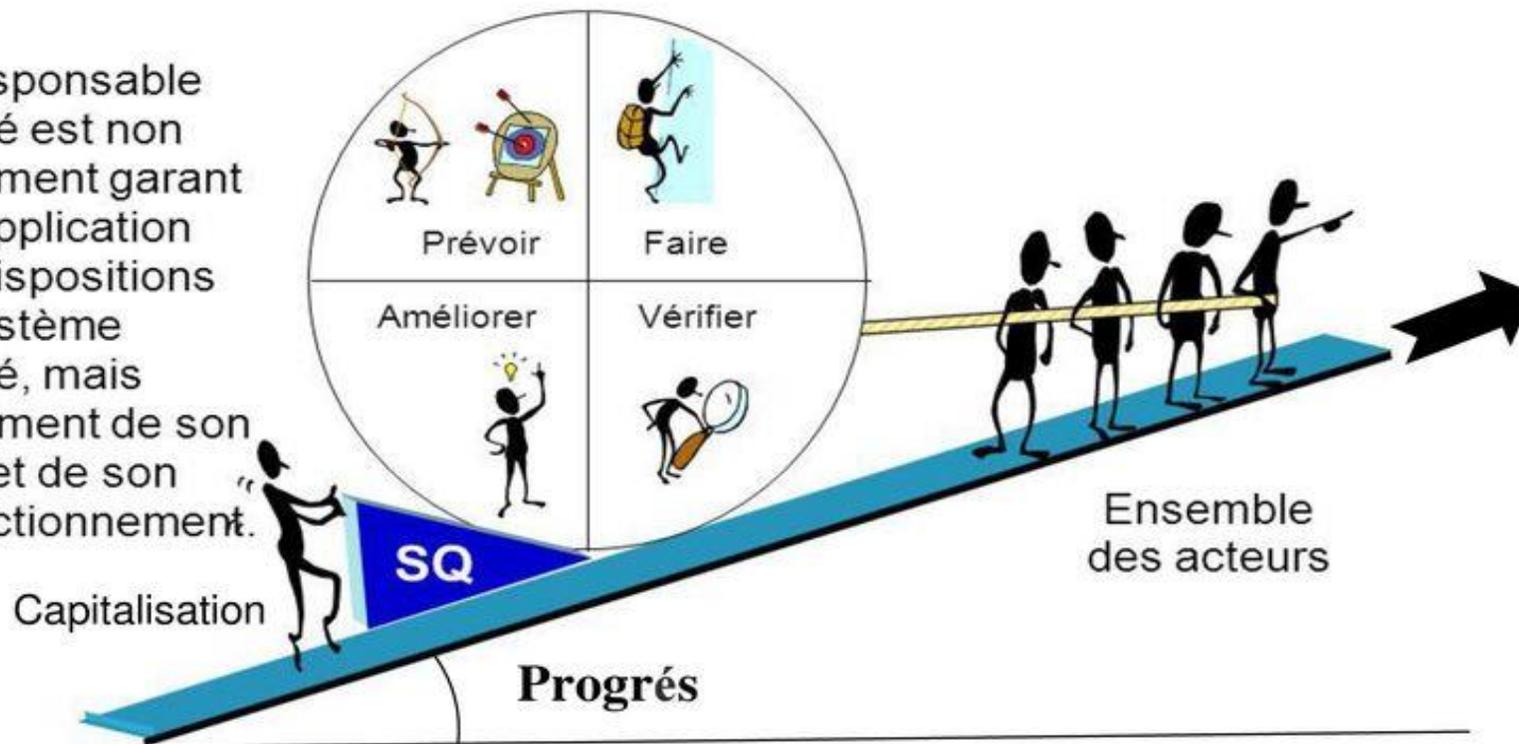
INTERLOCUTEUR PRIVILÉGIÉ

- Le choix d'un interlocuteur privilégié par service et l'aide éventuelle d'un ingénieur qualité de l'établissement peut aider au suivi des plans d'action mis en œuvre
- L'analyse se fait avec l'ensemble des médecins du service, parfois la participation de membres de l'équipe (règles de certains services) et rarement l'ouverture des groupes à des professionnels externes au service



LA ROUE DE DEMING

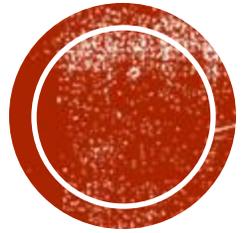
Le responsable qualité est non seulement garant de l'application des dispositions du système qualité, mais également de son suivi et de son perfectionnement.



OUTIL D'AMÉLIORATION

- La Revue Mortalité-Morbidité utilisée en routine est un très bon outil d'amélioration des pratiques professionnelles
- La mise en œuvre d'une RMM peut se concevoir à l'échelle d'un établissement, d'un pôle, d'un département, d'un service ou d'une unité fonctionnelle





ORGANISATION



MODALITÉS D'ORGANISATION

- L'organisation est définie dans un document écrit qui précise la périodicité des réunions et leur durée, le mode et les critères de sélection des cas, les participants aux réunions, les règles de traçabilité et d'archivage des débats et des conclusions



Une méthode d'amélioration de la qu

REVUE DE MORTALITÉ MOR

Critères de qualité d'une RMM

	Critères	OUI	NON
	La RMM est installée et pérenne depuis au moins un an	..	..
	La RMM est définie par un document écrit et daté (procédure)	..	..
	La RMM fait l'objet d'un bilan annuel d'activité	..	..
La procédure RMM contient les informations suivantes :			
	Objectifs de la RMM et secteurs d'activité concernés	..	..
	Responsable RMM et répartition des tâches	..	..
	Périodicité des réunions et durée	..	..
	Catégories de professionnels invités à la réunion	..	..
	Modalités de recueil et de sélection des cas	..	..
	Modalités d'annonce et de déroulement de la réunion	..	..
	Modalités de traçabilité (comptes rendus) et d'archivage de l'activité	..	..
Le bilan d'activité annuel de la RMM contient les informations suivantes :			
	Nombre de réunions dans l'année	..	..
	Nombre et type de cas analysés dans l'année	..	..
	Nombre et type de cas ayant donné lieu à des actions d'amélioration	..	..
	Liste des actions d'amélioration mises en œuvre	..	..
	Modalités de suivi des actions d'amélioration (fiches de suivi)	..	..



MODALITÉS D'ORGANISATION

- Un responsable est désigné au sein de chaque structure où est organisée la RMM
- Chaque dossier présenté par un membre de l'équipe qui en a réalisé la synthèse est identifié dès lors que le malade quitte le service



Check-list des actions à réaliser pour mettre en œuvre une RMM

1. Pré-requis

- **engagement** et adhésion des acteurs aux principes de la RMM ;
- désignation d'un **responsable de l'organisation de la RMM** ;
- rédaction, adoption et diffusion d'une **procédure** RMM ;

2. Avant la réunion

- **préparation** de la réunion (recueil et sélection des cas, recherche de références pertinentes, accord des professionnels) ;
- **répartition des tâches** au sein de l'équipe ;
- invitation des professionnels et ordre du jour.

3. Pendant la réunion

- désignation d'un secrétaire de séance ;
- puis pour chaque cas sélectionné :
- **présentation** chronologique et non interprétative des faits ;
- identification des **problèmes** de soins rencontrés ;
- recherche des **causes** et analyse de la **récupération** (approche systémique) ;
- proposition d'**actions** d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

4. Après la réunion

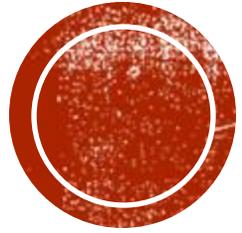
- rédaction d'un **compte rendu** anonyme pour chaque réunion ;
- assurer le **suiti** et l'évaluation des actions mises en œuvre ;
- prévoir la rédaction d'un **bilan annuel d'activité** (anonyme) ;
- assurer la **communication** et l'information de l'équipe (retour d'expérience).

Fiche de suivi

(Proposition à adapter par les acteurs, remplir une fiche par action)

Revue de mortalité – morbidité	
Fiche de suivi d'action	n°/
Réunion RMM du .. / .. /	
Contexte et objectif(s) (pourquoi?) <i>(pourquoi faire et pourquoi pas? / à quel moment? / à quel endroit?)</i>	
Action mise en œuvre <i>(comment faire? / par qui? / quand?)</i>	
Suiti <i>(comment évaluer? / à quel moment? / par qui? / à quel endroit?)</i> (comment évaluer? / à quel moment? / par qui? / à quel endroit?)	
Présentation lors de la réunion RMM du .. / .. / <i>(à quel moment?)</i>	
Personne(s) responsable(s) du suivi : <i>(qui?)</i>	





LES OBJECTIFS



PERSPECTIVES SOUHAITÉES

- **L'objectif** est de – porter un regard critique – sur la façon dont le patient a été pris en charge, – s'interroger sur le caractère évitable – de l'événement (morbide ou létal)
- **Enfin**, il est de – rechercher collectivement les causes – de la défaillance survenue lors de la prise en charge



PERSPECTIVES SOUHAITÉES

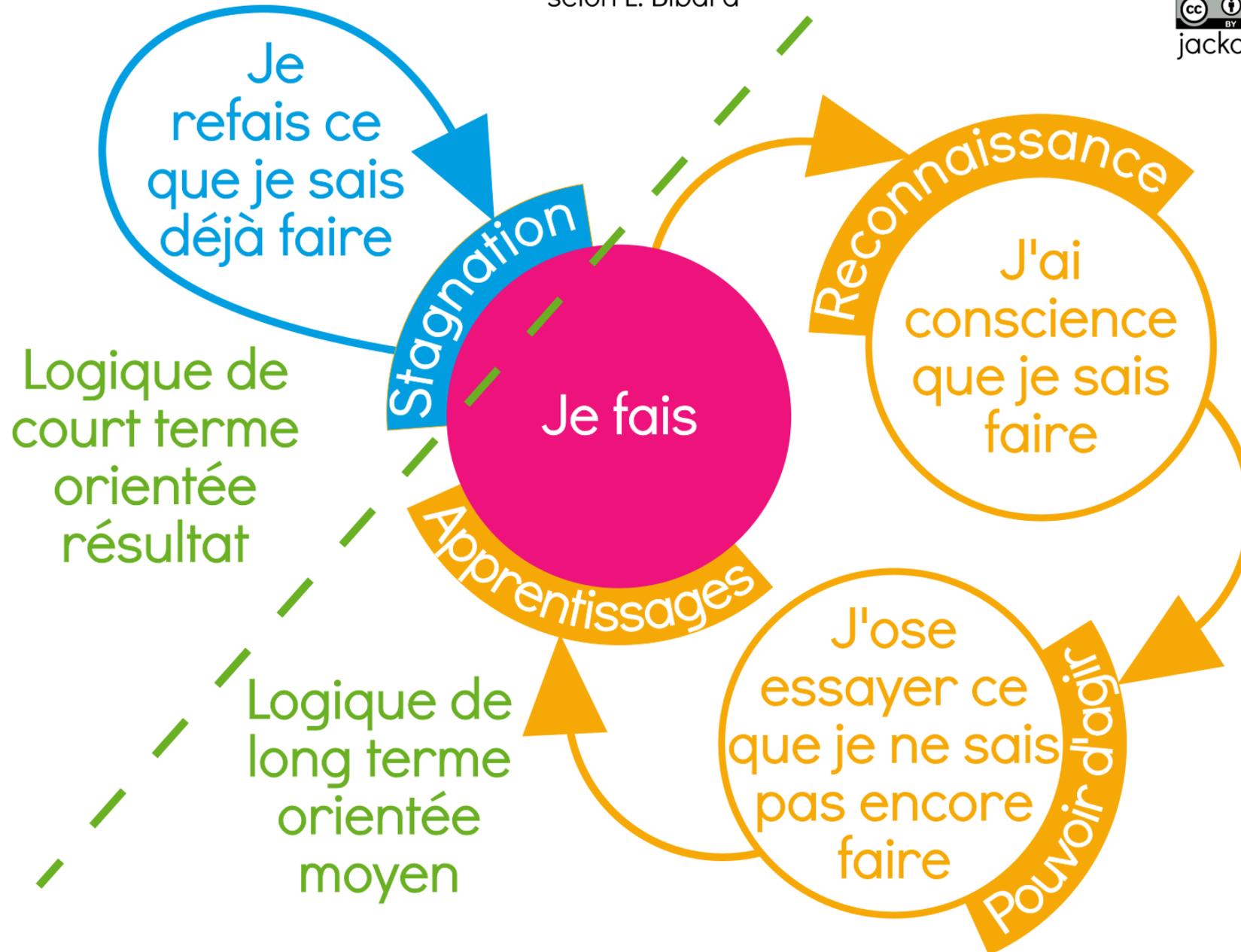


Qualité



Agir dans un monde complexe

selon L. Bibard



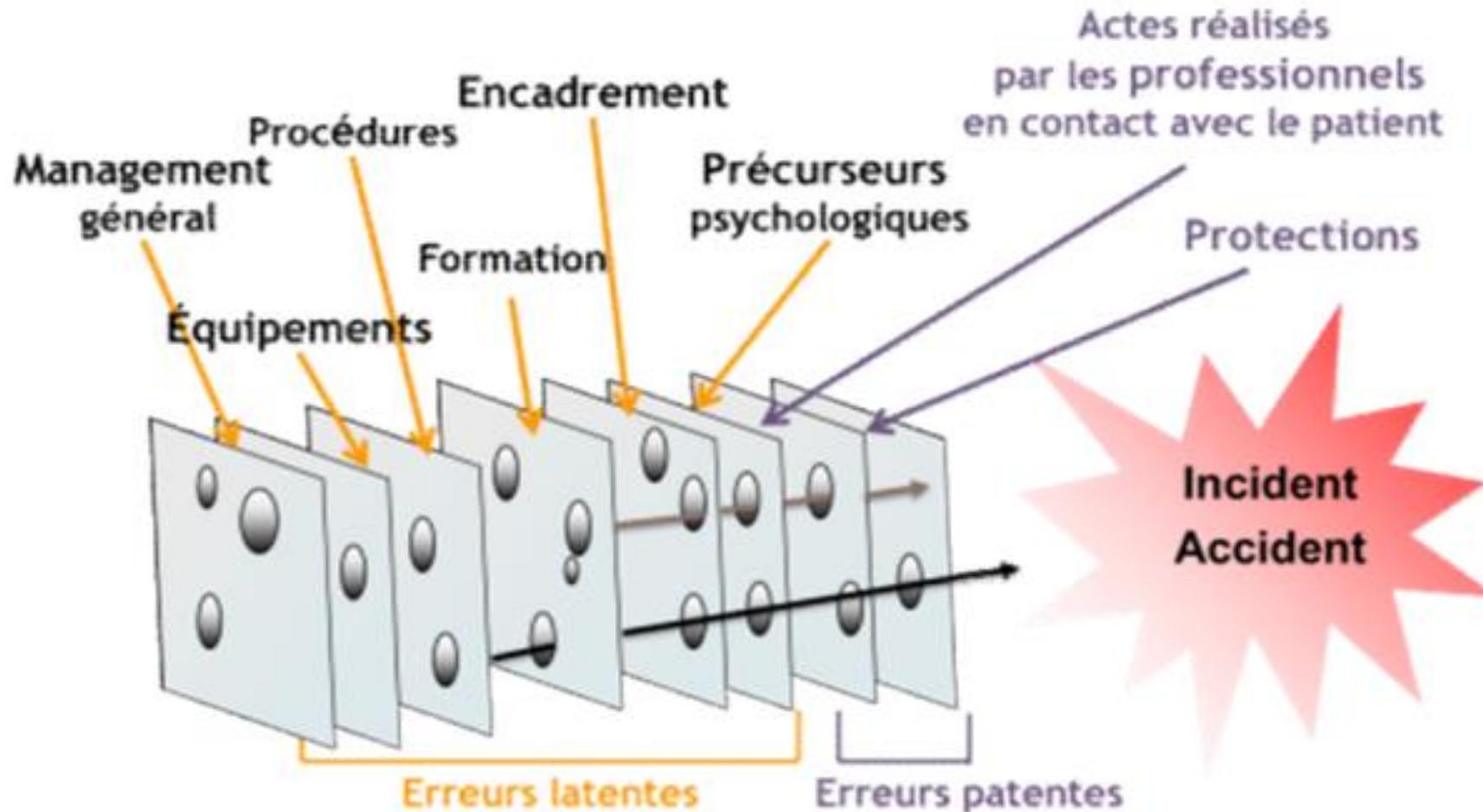
RÉFLEXIONS CRITIQUES

- Lors d'un événement complexe ou qui survient à la suite de défaillances multiples, il est recommandé de s'entourer des professionnels qui peuvent apporter une aide pour l'analyse comme (par exemple) les membres de la structure de gestion des risques
- Lors des réunions de RMM, le groupe doit rechercher les actions à mettre en œuvre afin d'éviter que l'événement indésirable ne se reproduise



JAMES REASON

MODÈLE EN FROMAGE SUISSE



ACTIONS D'AMÉLIORATION

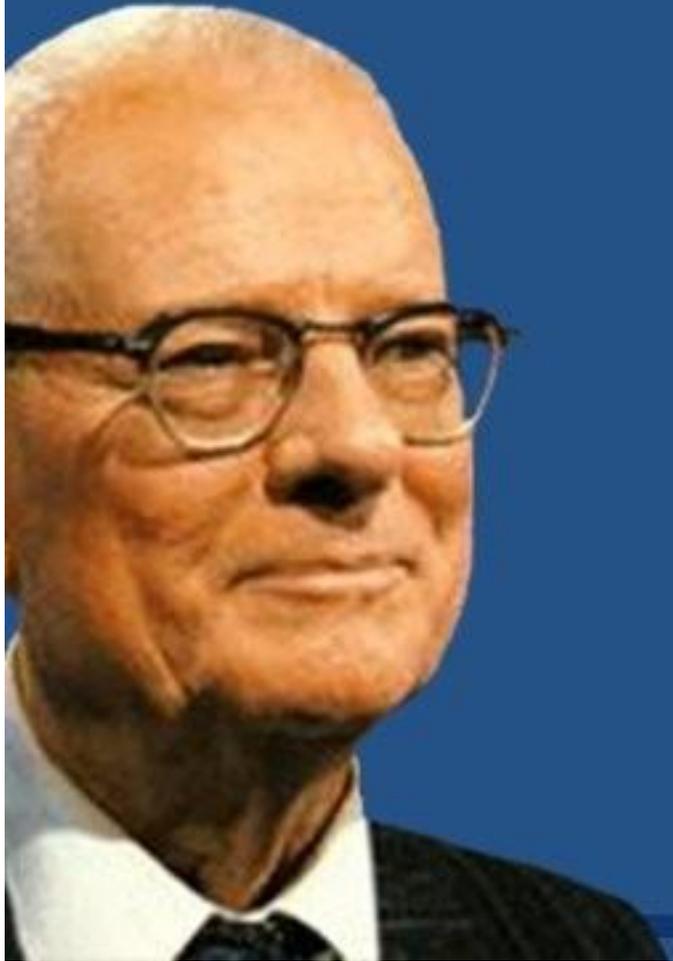
- Les actions d'amélioration peuvent être identifiées, elles devront être mises en œuvre selon les mêmes modalités que dans toute démarche d'amélioration de la qualité
- Un responsable de l'action est nommé, des objectifs sont définis, des indicateurs de suivi de l'action sont déterminés
- Comme toutes les méthodes d'amélioration, la RMM revient à comparer une pratique clinique à une démarche optimale, souvent résumée dans un référentiel de pratique



MODÈLE DE W. EDWARDS DEMING

- La RMM s'inscrit généralement dans le modèle proposé par W. Edwards DEMING dans les années 1960
- Ce modèle, souvent appelé *roue de DEMING* ou *roue de la qualité*, comprend 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment : planifier – faire – analyser – améliorer





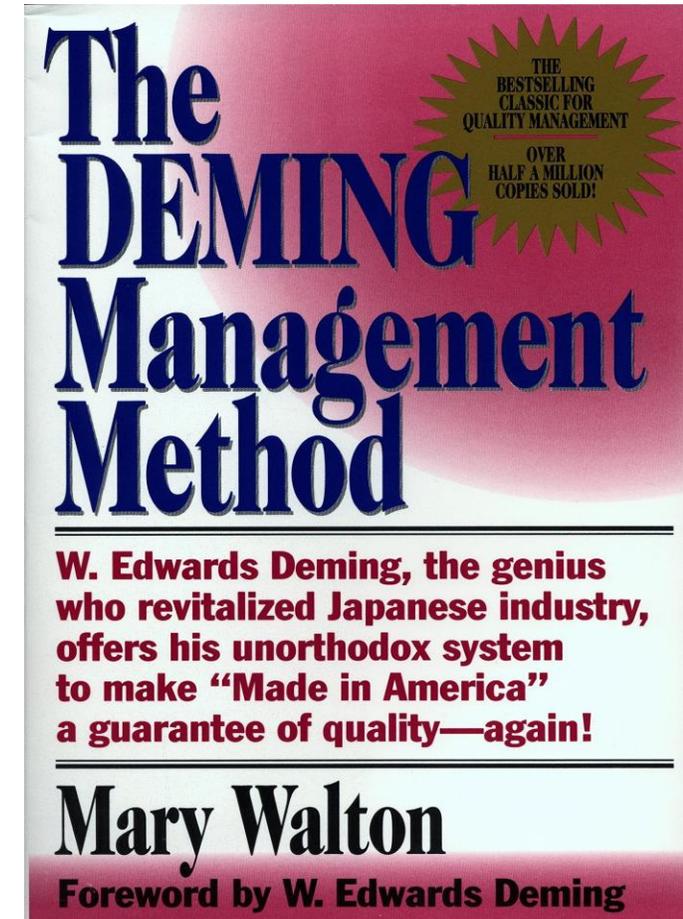
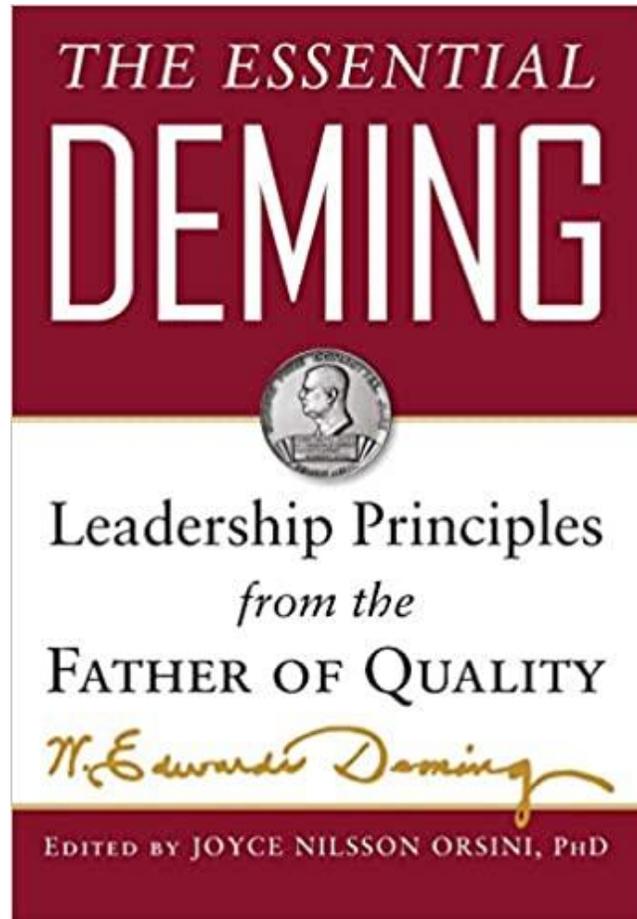
**“Quality begins
with the intent,
which is fixed
by management.”**

— Dr. W. Edwards Deming

 **SALIENT** MANAGEMENT COMPANY



MODÈLE DE W. EDWARDS DEMING



LES ÉTAPES PRINCIPALES

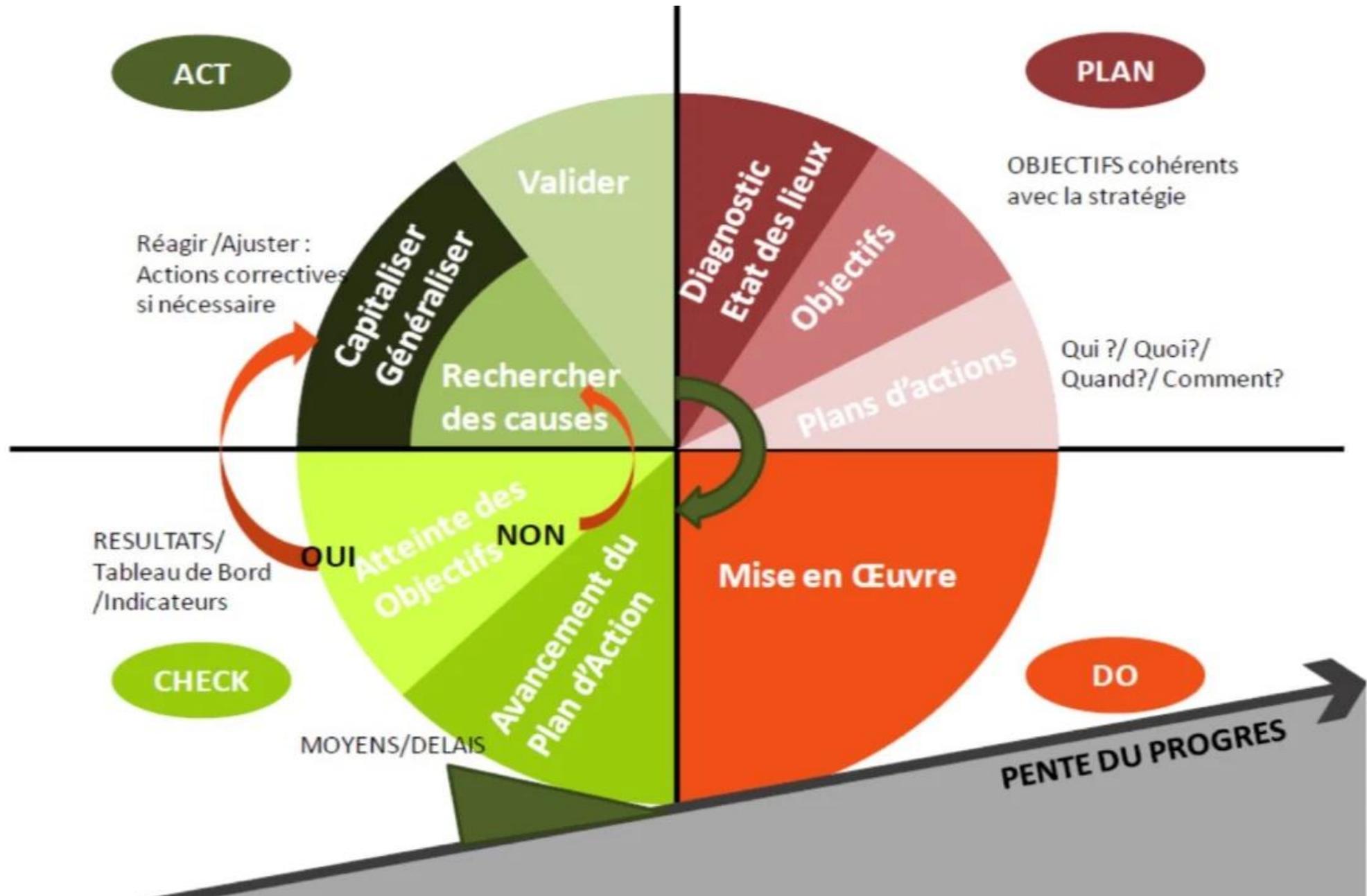
- **La planification** (PLAN ou programmation) est l'étape de définition de la démarche à mettre en œuvre, d'identification des professionnels et des structures impliquées et enfin de programmation des étapes successives de l'étude
- **Faire** (DO) est l'étape de mise en œuvre de la démarche au cours de laquelle les cas sont identifiés

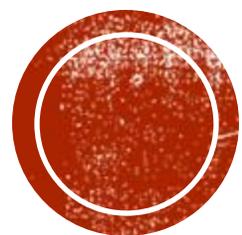


LES ÉTAPES PRINCIPALES

- **Analyser** (CHECK) est l'étape où les cas présentés sont étudiés, cette analyse s'attache à rechercher si l'événement était évitable ou non et à identifier les causes éventuelles
- **Améliorer** (ACT) est l'étape essentielle où les professionnels s'efforcent d'améliorer leur organisation du travail et leur pratique de manière à réduire les écarts observés à l'étape précédente







RÉFLEXION & ÉVALUATION



IMPLICATION & ENGAGEMENT

- Dès lors que des équipes médicales ou des soignants s'impliquent dans une démarche qualité, ils s'engagent dans la voie de l'évaluation-amélioration de leurs pratiques
- La démarche minimale pour conduire une analyse des événements mortels et/ou morbides conduit à se poser quelques questions : qu'est-il arrivé ? Pourquoi cela est-il arrivé (recherche de causes immédiates) ? Pourquoi cela est-il arrivé (recherche des causes profondes) ? Défenses prévues et prévention ?



Outil pour l'amélioration des pratiques

Réunion d'équipe post-incident

Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie

Finalité

- Après un incident violent lors d'une hospitalisation en service de psychiatrie : restaurer ou maintenir les relations thérapeutiques avec les patients, rétablir la cohésion d'équipe et améliorer les pratiques et les organisations.

Objectifs opérationnels

- Analyser sur un plan clinique et recontextualiser les comportements des patients.
- Créer les conditions favorables à la poursuite des soins.
- Reconnaître et gérer ses émotions face à une situation de violence.
- Analyser en équipe les incidents violents pour améliorer les pratiques et les organisations.

Programme

[Programme 8 - Reprendre un incident en équipe](#)

Outil pour l'amélioration des pratiques

Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel

Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie

Finalité

- Créer la dynamique d'une réponse institutionnelle en cas d'incident violent.
- Accompagner et protéger les victimes (patients, professionnels de l'établissement ou tiers) en cas d'incident violent.

Objectifs opérationnels

- Formaliser les différentes étapes de la gestion post-incident.
- Connaître les exigences légales et déontologiques.
- Maîtriser l'information dans le temps, maîtriser la communication interne et externe.
- Reconnaître l'agression, soutenir les victimes, manifester de la sollicitude.
- Informar la victime, patient, professionnel de l'établissement, ou tiers, sur ses droits et ses voies de recours.
- Impulser un travail de mise à jour des processus internes de prise en charge de la violence au niveau institutionnel.

Programme

[Programme 9 - Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel](#)



IMPLICATION & ENGAGEMENT

- **Qu'est-il arrivé ?** Quel est l'événement ? Quel est le dommage ou la conséquence ? Quelle est la chaîne des événements qui a mené à l'événement indésirable ?
- **Pourquoi cela est-il arrivé (recherche de causes immédiates) ?** La survenue est-elle liée à un produit de santé ou à une procédure de soins (intervention, acte de soins) ?
- **Y-a-t-il eu une erreur humaine à l'origine de l'événement indésirable, et notamment :** les personnes ont-elles fait ce qu'elles étaient supposées faire ? Connaissaient-elles ce qu'elles avaient à faire ? Une meilleure supervision aurait-elle été nécessaire ?



IMPLICATION & ENGAGEMENT

- Pourquoi cela est-il arrivé (recherche des causes profondes) ? L'organisation des activités et les responsabilités, étaient-elles explicitement définies ?
- La communication entre professionnels ou entre services et entre les professionnels et le patient ou son entourage, a-t-elle été suffisante ?
- La composition des équipes de soins était-elle adéquate au moment des soins liés à la survenue de l'événement, en nombre et en compétence ?



IMPLICATION & ENGAGEMENT

- Les locaux, les équipements, les fournitures et les produits de santé étaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue de l'événement indésirable ?
- Y a-t-il eu un défaut de culture qualité ou sécurité, un défaut dans la politique de l'établissement ou dans la gestion des ressources humaines ?





IMPLICATION & ENGAGEMENT

- **Défenses prévues et prévention** : Est-il nécessaire de revoir le système en question ? Des leçons ont-elles été tirées pour éviter que l'événement ne se répète ?
- **La RMM** est une démarche d'apprentissage par l'erreur non culpabilisante
- **Les documents relatifs à une RMM sont anonymes** et archivés avec les documents qualifiés du secteur d'activité ; ils ne doivent contenir aucun documents nominatif issu notamment du dossier patient (comptes rendus opératoires, résultats d'examens...)



Aide pour l'analyse d'un cas

Étape 1. Présentation du cas

Questions Qu'est-ce qui est arrivé ? Quand est-ce arrivé ? Où est-ce arrivé ?

Objet Description chronologique des faits, complète, précise et non interprétative.

Étape 2. Recherche et identification de problème(s) de soins

Questions Comment est-ce arrivé ?

- Quel(s) est (sont) le(s) problème(s) rencontré(s) ?
- Est-ce que des éléments de cette prise en charge posent question ?

Objet Identification du (des) problème(s) rencontré(s), des processus défaillants, des pratiques non optimales, des problèmes liés aux soins.

*Et dans ce cas, quelle est la cause de ce problème ?
C'est un problème de soins ?
C'est un problème de structure ?
C'est un problème de processus ?*

Étape 3. Recherche de causes et analyse de la récupération

Questions Pourquoi cela est-il arrivé ? *(appel des témoins)*
utiliser le document Analyse systémique.

- Qu'est-ce qui a été nécessaire et suffisant pour que cela arrive ?
- Quand et comment avons-nous vu, compris, réagi ? Qui a vu, compris, réagi ?

Objet Recherche des causes, des facteurs favorisants ou contributifs, pour chaque problème rencontré, et analyse de la récupération mise en œuvre pour rétablir la situation.

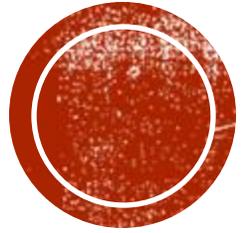
Étape 4. Proposition d'un plan d'action

Questions Qu'avons-nous appris ? Quels changements mettre en œuvre ?

- Quels enseignements tirer des étapes précédentes ?
- Quelles actions mettre en œuvre pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ? (hiérarchisation et choix)
Les actions mises en œuvre évitent-elles la récurrence du (des) problème(s) rencontré(s) (actions de prévention) et/ou réduisent-elles sa (leur) sinistralité (actions de protection) ?
Ces actions peuvent-elles être généralisables au sein de l'établissement (en lien avec la structure de gestion des risques) ?
- Comment le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre sont-ils assurés ?
- Comment saurons-nous si les actions mises en œuvre sont efficaces ?
- Comment la communication et l'information des équipes sont-elles réalisées ?

Objet Mise en œuvre et suivi d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité
utiliser le document Fiche de suivi d'action.





PROMOTION DES RMM



GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

- La HAS propose un guide méthodologique et une brochure de synthèse élaborés en collaboration avec les différentes parties prenantes (organismes professionnels, fédérations d'établissements, usagers) réunies au sein d'un groupe de travail



Établir une base solide

sur laquelle construire votre système de gestion de l'énergie. Cela implique une compréhension des enjeux et un engagement formel de la haute direction qui se reflète dans une politique énergétique cohérente. Une évaluation initiale des pratiques et infrastructures actuelles de l'organisation est aussi nécessaires afin de déterminer les besoins et les limites de votre système.

Monter un plan d'action

qui incorpore les recommandations du rapport d'évaluation des lacunes et les résultats d'une revue énergétique (consommation de référence, indicateurs de performance énergétique, objectifs et cibles, etc.).

Prendre les actions nécessaires

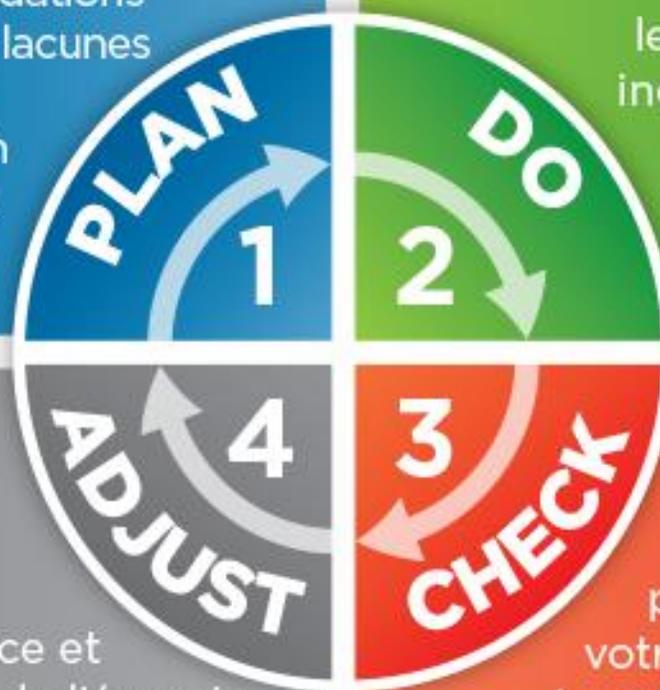
afin d'améliorer de façon continue votre performance et votre système de gestion de l'énergie.

Implanter

le plan de gestion en énergie incluant les projets en capital, les améliorations aux opérations et changements de procédés, etc.

Surveiller et mesurer

les principales caractéristiques de vos procédés desquelles dépend votre performance énergétique, les comparer aux objectifs cibles et en rapporter le résultat.



STRUCTURES FÉDÉRATIVES

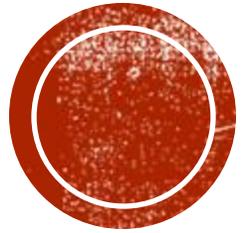
- Les collèges des bonnes pratiques sont des structures fédératives de spécialité qui réunissent dans leurs instances toutes les composantes et les modes d'exercice d'une spécialité
- Les collèges des bonnes pratiques ont la charge de développer des programmes visant l'amélioration de la qualité des pratiques



INSCRIPTION NATURELLE

- La HAS souligne le rôle des collèges des bonnes pratiques dans la promotion des RMM et dans la gouvernance professionnelle des pratiques qui en résulte et souhaite le développement de ces RMM dans tous les secteurs d'activité
- Enfin, la RMM s'inscrit naturellement dans le développement professionnel continu, la certification des établissements de santé et le système de gestion des risques d'un établissement de santé





TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPT (TCS)



TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPT

- **Le test de concordance de script** est une méthode d'évaluation des connaissances et des compétences par l'évaluation du raisonnement clinique en contexte d'incertitude par une simulation de situations
- **Cet instrument d'évaluation** a été conçu et développé dans le domaine de la santé pour mesurer la capacité à résoudre des problèmes mal définis, toutefois il peut être utilisé dans tous les domaines professionnels



TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPT

- Le raisonnement clinique sous-tendu d'une intention diagnostique, d'investigation ou de traitement, repose sur un mélange très variable de processus analytique et non analytique
- Ces processus vont s'appuyer sur l'organisation des connaissances de l'individu et la théorie des scripts définit le script comme étant une architecture de connaissances adaptée à une action spécifique



Le test de concordance de script (TCS)

- **Méthode d'évaluation du raisonnement clinique**
 - Basée sur des cas
 - Permettant l'incertitude
- **Incertain**
 - Pas assez de données cliniques
 - Au delà des données probantes
- **Standardisé**
 - Même stimuli
 - Correction automatisée et objective

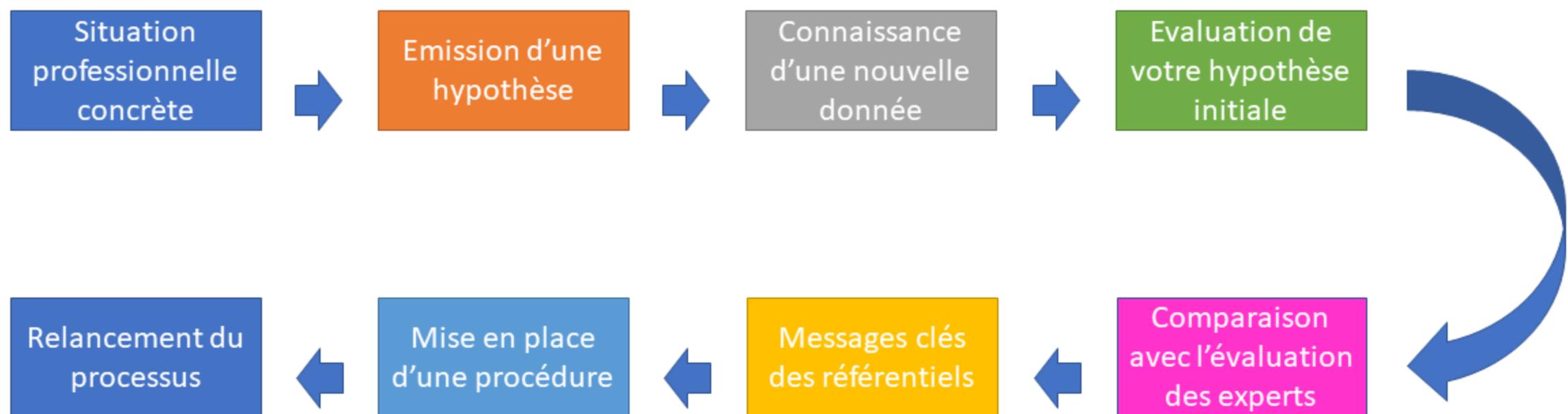


TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPT

- Le test de concordance de script est un outil d'évaluation du raisonnement clinique, il s'oppose aux techniques classiques d'évaluation des compétences qui n'interrogent (souvent) que sur le résultat du raisonnement et non le raisonnement lui-même
- Le test de concordance de script va partir d'un cas proposé, évaluer le raisonnement que ce cas suscite et non le seul résultat de ce raisonnement



Processus du test de concordance de script



TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPT

- La notion de « concordance » vient du fait que le test aura auparavant été soumis à un panel d'experts détenteurs du ou des scripts les plus adaptés à la situation
- Il est plus pédagogique de comparer son raisonnement à ceux du panel d'experts et faire alors évoluer son script
- Cette méthode prend toute sa place dans des démarches d'évaluation comportant des temps d'échanges, comme dans le Développement Professionnel Continu dont elle est une modalité retenue par la Haute Autorité de Santé



MERCI DE VOTRE ATTENTION

