

# REVUE DE MORBIDITE ET DE MORTALITE

C. QUESNEL

Clinique mutualiste de PESSAC

Clinique mutualiste de LEPARRE

CMC WALLERSTEIN ARES

Hôpital Suburbain du BOUSCAT

# Revue de Morbi-Mortalité

## Un terme nouveau?

Quality assurance and morbidity and mortality conference

J Surg Res. 1992 Feb;52(2): 97-100

Thompson JS, Prior MA.

Surgical Service Omaha VAMC, Nebraska

Etude portant sur 2 ans: 5755 interventions, 255 complications, 82 décès

Trois niveaux de conclusion:

I - Processus jugé acceptable

II - Aurait pu être géré différemment

III - Aurait dû être géré différemment

# Revue de Morbi-Mortalité

## Un terme nouveau?



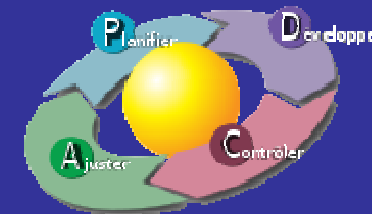
MÉTHODES ET OUTILS DES  
DÉMARCHES QUALITÉ POUR LES  
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Août 2000

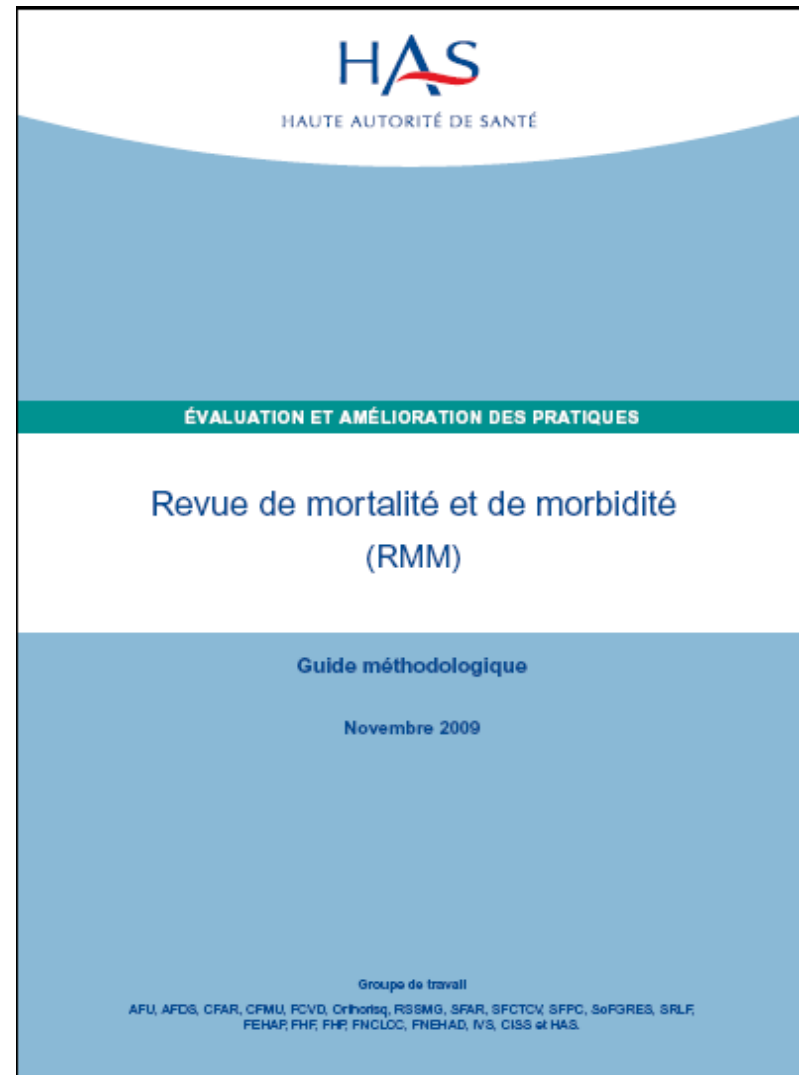
Service évaluation en établissements de santé

### Méthodes de 1<sup>ère</sup> intention

- Audit clinique
- PAQ ANAES
- HACCP
- PDCA



- Analyse de la mortalité et morbidité



## **PARTIE 5. ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.**

### **RÉFÉRENCE 28 L'Évaluation des pratiques professionnelles.**

#### **Critère 28.a Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).**

L'objectif de ce critère est double :

1\*) Évaluer le déploiement effectif des démarches d'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique et médicotechnique.

Toutes les démarches d'EPP menées par les professionnels permettent de satisfaire à ce critère :

- EPP réalisées dans le cadre d'organisations intégrées à la pratique (staff EPP, revues de mortalité et de morbidité, réunions de concertation pluridisciplinaire, etc.) ou dans le cadre de programmes médicosoignants ;
- mise en place de projets thématiques quelle que soit la méthode retenue (programme d'amélioration de la qualité, audit clinique, chemin clinique) ;
- les démarches réalisées avec l'aide d'organismes agréés d'évaluation des pratiques professionnelles ou d'accréditation seront prises en compte.

2\*) Évaluer la mise en œuvre de modalités spécifiques dans certains secteurs d'activité clinique ou médicotechnique :

Il est demandé obligatoirement :

- ~~une analyse de la mortalité-morbidité en anesthésie-réanimation, en chirurgie et en cancérologie selon une méthode validée par la HAS ;~~
- ~~des réunions de concertation pluridisciplinaires pour tous les secteurs assurant la prise en charge des patients de cancérologie.~~

(Les autres secteurs pourront valoriser dans le cadre de ce critère toute démarche d'EPP ayant pour objectif l'identification et l'analyse d'événements ou de situations ayant ou pouvant entraîner une morbidité et ou une mortalité, ainsi que les réunions de concertation pluridisciplinaire.)

Le renseignement d'un tableau descriptif des démarches d'EPP (qui sera proposé par la HAS) ainsi que la traçabilité des différentes étapes des démarches d'EPP (fiche descriptive des démarches EPP) seront demandés.

E1	E2	E3
Les différents secteurs d'activité clinique ou médicotechnique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.	Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mettent en œuvre des démarches d'EPP.	Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	L'engagement de tous les professionnels est effectif.	Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.	

*Circulaire n° DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales*

### Actions locales

Utiliser des méthodes d'analyse approfondies des causes applicables à la survenue d'évènements infectieux graves (ex: décès associé à une infection nosocomiale, infection profonde du site opératoire, infections à BMR, cas groupés...)

Donc trois leviers pour favoriser la mise en place d'une RMM:

- La certification V2010
- L'Evaluation des Pratiques Professionnelles
- Le programme national de lutte contre les infections nosocomiales

Remarque:

l'HAS insiste « pour ne pas restreindre le champ d'action de la RMM aux seuls évènements indésirables et pouvoir également étudier en RMM des décès et des complications dus à l'évolution naturelle de la maladie ou du traumatisme »

« La RMM se positionne ainsi comme une démarche d'analyse de la mortalité et de la morbidité sans jugement a priori sur la nature de l'évènement étudié »

## Définition:

« Une revue de mortalité et de morbidité est une analyse collective, rétrospective et systemique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins »

*HAS 2009*

Analyse de la situation



Apprendre et Comprendre (identifier les problèmes de soins)



Agir ensemble



Renforcer la qualité et la sécurité des soins

*Mais en aucun cas rechercher un responsable ou un coupable*

## Définition:

« Une revue de mortalité et de morbidité est une analyse collective,

83% de participation

Equipe médico soignante

## Définition:

« Une revue de mortalité et de morbidité est une analyse rétrospective,

Les faits sont actés

## Définition:

« Une revue de mortalité et de morbidité est une analyse systemique,

- Recherche des causes immédiates
- S'attacher à rechercher les défaillances latentes
  - Répérer les facteurs liés au système, d'origine souvent organisationnelle et institutionnelle (ressources humaines, procédures, conditions de travail, organisation, communication)

Oui, mais si les portes  
s'ouvraient moins  
souvent...

#### Recherche des défaillances:

- matériel non prêt (identification en amont à revoir)
- trop de visiteurs (respect des recommandations sur la qualité de l'air en bloc opératoire à revoir)
- ....

Oui, mais l'antiseptique est  
à peine sec que déjà les  
champs sont posés

Recherche des défaillances:

- Non respect du protocole
- Manque de connaissance
- Programme opératoire trop serré
- ...

## L'établissement de santé positionne la RMM dans son dispositif de gestion de la qualité et des risques

« Il est recommandé que la politique de l'établissement concernant les RMM soit **débatue dans les instances (Conférence Médicale d'Etablissement)**, inscrite dans le projet d'établissement et mentionnée dans le livret d'accueil remis aux patients » HAS

## Organisation

### Première question:

Définir le cas à étudier de façon consensuelle

Donc définir des critères de sélection

- soit la gravité (les décès systématiquement)
- soit la fréquence (les plus fréquentes)

Ces critères de sélection, une fois définis, doivent figurer dans la procédure.

A quel moment sélectionner le cas?

- Registre par service?
- Pendant le séjour ou après la sortie du patient?

## Deuxième question:

### Qui participe à cette RMM?

- Au niveau **médical**: chef de service et/ou médecin en charge du patient
- Au niveau **para médical**: 1 ou 2 personnes + le cadre de santé du service
- Le **gestionnaire des risques**
- Le **responsable assurance qualité**
- **L'EOH**
- Veiller à avoir une représentation de toutes les personnes qui ont pris en charge le cas.

**Courrier de convocation**

Troisième question:

Définir la durée de la réunion (procédure)

≤ 2 heures

Commencer à l'heure

Finir à l'heure

Quatrième question:

Définir la périodicité (procédure)

Tous les 2 mois , Une fois par semaine... Une fois par mois paraît être une bonne périodicité.

### Cinquième question:

**Définir le nombre de cas étudiés.**

Présenter chaque cas (chronologie des évènements en quelques minutes, présentation visuelle)

*(3 réunions: 1 décès, 1 infection ostéo articulaire grave, 1 cas groupé d'infections)*

### Sixième question:

**Choisir l'animateur** (quelqu'un qui fera en sorte de ne pas blâmer, qui connaît les méthodes d'analyse des EI, qui fait participer tout le monde).

La réussite de la RMM en dépend



## Déroulement:

- Nommer un secrétaire de séance (différent de l'animateur)
- Rappeler les objectifs de cette revue
- Présenter chaque cas en quelques minutes
- Ne pas remettre en cause les compétences
- Écouter
- Ne pas oublier d'engager les actions d'amélioration en conclusion de la réunion avec les personnes désignées et les échéances

7ème question:

**Faire un CR consensuel (avec relectures)**

- Précisant les conclusions de l'équipe, les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que leurs modalités de suivi.

**Attention, ce document ne fait pas partie du dossier patient.**

**C'est un processus qualité qui doit être anonyme, sans information sur l'identité des acteurs concernés**

**Ce CR est à adresser à toutes les personnes présentes lors de la RMM**

### 8ème question:

**Établir un bilan d'activités** qui sera transmis  
au président de la CME,  
à la structure de gestion des risques, à la CRUCQPC

### 9ème question:

#### **Valoriser la RMM**

- C'est une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- La RMM vient renforcer le système de gestion des risques déjà existant dans l'établissement

## Conclusion :

« Organisation simple et efficace inscrite dans une procédure, avec CR et bilan

Inscrite dans une démarche qualité structurée, ayant du sens pour les professionnels » *HAS*

## Conclusion :

- « noyau dur » pour mettre en œuvre cette RMM (l'EOH, le service qualité, le président du CLIN, etc....)
- veiller à l'aspect collectif
- chasser les vieux démons de la culpabilité
- suivre les améliorations proposées *(3 pour le décès, 2 pour l'infection grave et 6 pour les cas groupés)*

*(Le terrain)*