



Clinique Louis Pasteur

Comité d'éthique
19/12/2007

Les Revues de Morbi-Mortalité

Docteur Philippe LELARGE





DEFINITION

Analyse collective

Secret professionnel

Cas de patients décédés ou ayant présenté des complications

Évitabilité de l'événement

Identifier et corriger les causes

Différent de la notion de faute = sens juridique


HISTORIQUE

- Aviation civile : 70 % des accidents dus à des défaillances dans la communication entre les membres d'équipage.
- Equivalent américain de la HAS: 70 % des événements indésirables dus à un dysfonctionnement de la relation entre les membres de l'équipe médicale



Raisons des dysfonctionnements

- Habitudes de communication différentes entre IDE et médecins.
- Hiérarchie.
- Barrière culturelle des erreurs.

- 
- Début XXe : conférence d'analyse des décès aux Etats-Unis, outil pédagogique
 - 1917: conférences de mortalité intégrées aux standards du collège américain de chirurgie
 - 1983: activité rendue obligatoire par le conseil d'accréditation des programmes de formation médicale
 - 1987: collège royal des chirurgiens d'Angleterre



Implantation dans de nombreux pays:

Canada, Suisse, Belgique, Allemagne, Australie...

Extension à d'autres spécialités médicales:

Anesthésie, obstétrique, néonatalogie,
médecine interne, psychiatrie, radiologie

En France: apparition dans les années 1990

La RMM fait partie des méthodes d'amélioration de
la qualité proposée par l'HAS

BASE**« REFERENTIELLE »**Recommandations, consensus,
Données recherche clinique ...**EBM**

Littérature scientifique très abondante.... mais,
pas toujours adaptée, actualisée, accessible

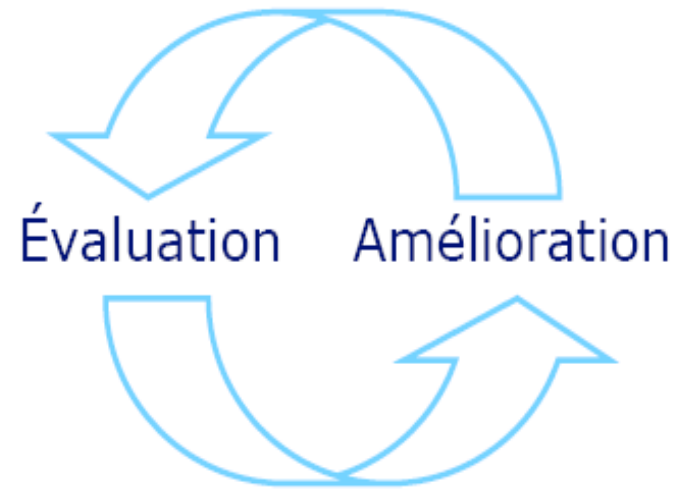
- 4 000 journaux médicaux indexés
- 400 000 références ajoutées sur *MEDLINE* chaque année
- Brian Haynes* : « 17 journaux à lire chaque jour par un interniste consciencieux »

?**PRATIQUE**
En routine

Mise en œuvre (« *Implémentation* »)
de la manière qui semble
la plus appropriée prenant en compte

- la charge de travail
- la démographie médicale
- les évolutions réglementaires
- les exigences diverses

PRATIQUE
En routine



- Registre d'infarctus SAMU
- Groupes d'échanges de pratiques
- Protocole de prise en charge de douleur
- Réseau diabète
- Revue de mortalité morbidité en réanimation
- Analyse d'accidents aux AVK
- Staffs protocolisés
-



ORGANISATION

- Selon la taille et les activités
- Responsables des structures médicales
- Adhésion des professionnels
- Définition de l'organisation des RMM dans un document écrit



PERIODICITE ET DUREE

- Hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle
- 30 min à 2 heures
- Régularité, facteur de pérennité



MODE ET CRITERES DE SELECTION

- Tous les décès
- Complications morbides:
iatrogènes, accident thérapeutique, infection nosocomiale, phlébite, embolie pulmonaire, reprise au bloc opératoire, retour inopiné en réanimation



COMPOSITION DE L' ASSISTANCE

- Médecins du service
- Autres professionnels : paramédicaux

DEROULEMENT DES REUNIONS

- Organisation et animation confiées à un médecin permanent et volontaire du service.
- Formé aux méthodes d'analyse des cas et à l'animation des réunions
- Veille à ce que chacun puisse s'exprimer
- Oriente les débats vers l'amélioration des pratiques et de l'organisation en évitant la mise en cause des personnes



DEROULEMENT DES REUNIONS

- Liste des dossiers à traiter
- Répartition des dossiers aux membres de l'équipe
- Préparation du dossier en établissant une fiche de synthèse
- Recherche collective des causes de la défaillance
- Mise en œuvre d'une action d'amélioration et suivi de l'exécution



TRACABILITE ET ARCHIVAGE

- Rédaction d'une fiche de synthèse, résumant la teneur des débats, les conclusions de l'équipe et les actions d'amélioration proposées
- Anonymisation
- Conservation indépendamment du dossier médical

Grille d'analyse

Fiche n°	
Nom / prénom	
Date du décès	
Nom du rapporteur	
Autre(s) service(s) de l'hôpital fréquenté(s) lors de ce séjour	
Date du rapport	

	OUI	NON	NA
Le décès était prévisible dès l'entrée dans l'hôpital			
La prise en charge initiale paraît elle adaptée ?			
Évaluation initiale			
Examens complémentaires			
Traitement			
La prise en charge secondaire paraît elle adaptée ?			
Évaluation			
Examens complémentaires			
Traitement			
Soins de confort			
Une autopsie a-t-elle été pratiquée ?			

Conclusion du dossier

CONCLUSION

Dossier clos :

Implications pour le service de réanimation médicale :

Discussion inter services :

DEMARCHE DE CONDUITE DE L'ANALYSE

- Qu'est il arrivé ?
- Pourquoi cela est il arrivé ? (recherche des causes immédiates)
- Pourquoi cela est il arrivé ? (recherche des causes profondes)
- Défenses prévues et prévention



Qu'est-il arrivé?

- Quel est l'événement, le dommage ou la conséquence ?
- Quelle est la chaîne des événements qui a mené à l'événement indésirable?

Pourquoi cela est-il arrivé? 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 ?**
 - **Les personnes ont-elles fait ce qu'elles étaient supposés faire ?**
 - **Connaissaient elles ce qu'elles avaient à faire ?**
 - **Une meilleure supervision aurait elle été nécessaire ?**

Pourquoi cela est-il arrivé? Causes profondes

- L'organisation des activités et les responsabilités étaient-elles clairement définies?
- La communication entre professionnels ou entre services, avec le patient ou son entourage a-t-elle été suffisante?
- La composition des équipes de soins était-elle adéquate, en nombre et en compétence ?

Pourquoi cela est-il arrivé? Causes profondes

- Les locaux, équipements, 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 ?



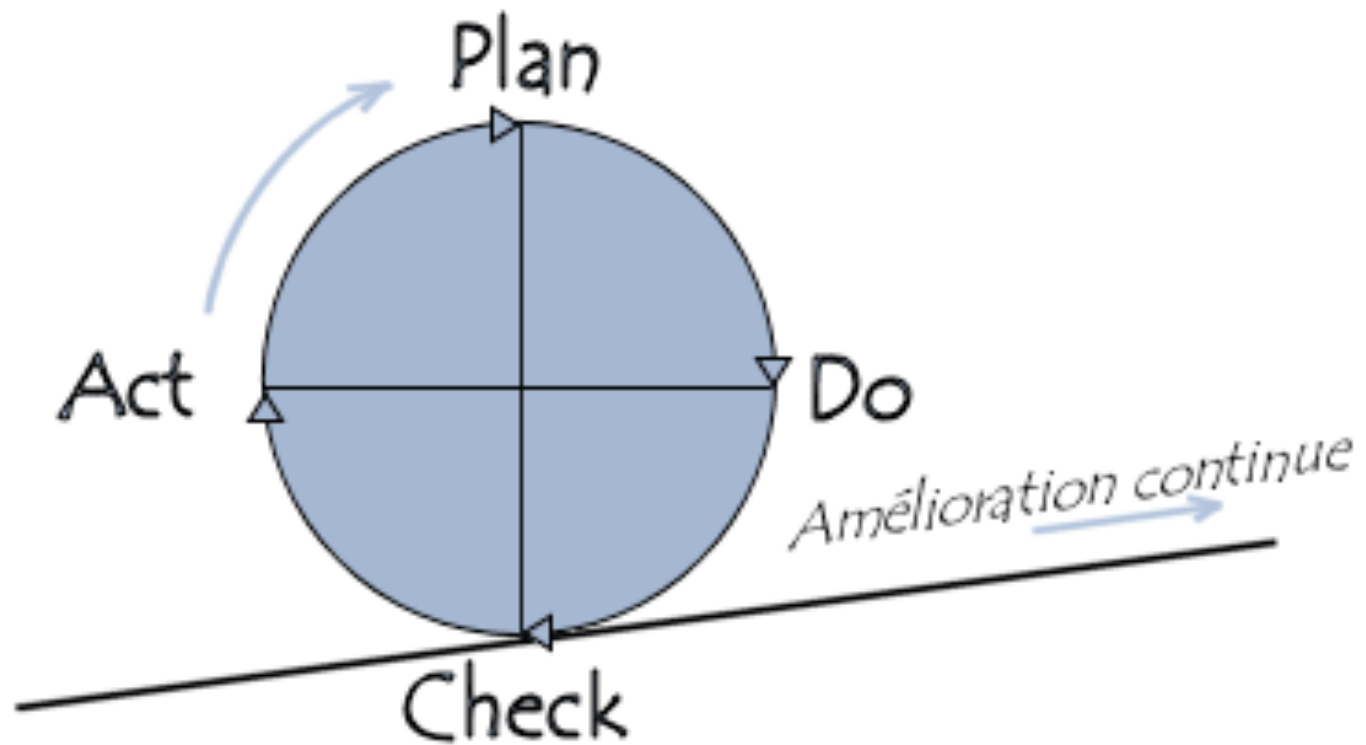
Défenses prévues et prévention

- Est-il nécessaire de revoir le système en question?
- Des leçons ont-elles été tirées pour éviter que l'événement ne se répète?

Au terme de la réunion

- Evitable ou pas (**consensus**)
 - Si évitable: analyse
- Actions correctrices
 - Et indicateur de suivi

LA RMM s'inscrit dans le modèle proposé par W. Edwards DEMING





Cycle d'actions correctives et préventives

Planifier: définition de la démarche,
identification des professionnels et des
structures impliquées , programmation des
étapes de l'étude.

Faire: mise en œuvre de la démarche au cours de
laquelle les cas sont identifiés.



Cycle d'actions correctives et préventives

Analyser: étape où les cas sont présentés et analysés.
Événement évitable ou non et identification des causes éventuelles.

Améliorer: étape essentielle au cours de laquelle les professionnels s'efforcent d'améliorer leur organisation du travail et leur pratique.

EXEMPLE : CAS CLINIQUE

- Homme de 62 ans porteur d'une prothèse mitrale mécanique, ttt par AVK
- Hospitalisé pour une septicémie à Haemophilus
- Ttt AB par C3G et Aminoside
- Surveillance de la coagulation

- INR = 3 OK
- Puis INR = 4.3 réduction de 50 % AVK
- Puis INR = 8 arrêt AVK
- Mais survenue d'une hémorragie cérébrale
- Coma et décès



- Analyse:

potentialisation AVK- AB

réponse clinique conforme mais insuffisante

- Action:

groupe de travail

nouveau protocole de suivi et de ttt des troubles de la coagulation (arrêt AVK, inj de vit K + relais par héparine)

Quelques exemples de dysfonctionnement pour le Service de réanimation

- Mauvais réglage d'un respirateur**
- Mauvaise gestion de la famille**
- Absence de documentation dans l'observation de ce qui a été fait au moment du décès:**
 - **tentative de réanimation ou pas,**
 - **heure du décès,**
 - **information de la famille...**

Quelques exemples de dysfonctionnement pour les autres Services de l'hôpital

- ❑ Mauvaise interprétation d'un scanner cérébral conduisant à un transfert retardé en neurochirurgie**
- ❑ Erreur dans l'administration d'insuline dans un autre service de l'hôpital avec hypoglycémie profonde et coma.**
- ❑ Retard à l'appel du médecin réanimateur pour la prise en charge d'un choc septique**



LIMITES DE LA METHODE


- Mise en cause personnelle et blâme
- Focaliser les revues sur des problèmes particuliers et rares
- Judicialisation de la médecine

Pour conclure

- Pas de bouc émissaire
 - Pas de recherche de culpabilité
 - Pas de donneur de leçon

- Recherche d'une prévention

- Confidentialité

- 
- Amélioration de la compétence
 - Reconnaissance de faire face à l'erreur
 - Importance dans la formation médicale

- 
- Le diaporama s'arrête à la diapo 36

Revue de morbi-mortalité

Expérience pilote en réanimation à St Antoine

- ❑ **Analyse de tous les décès du mois précédent**
 - Exhaustivité
 - Rapporteur senior par dossier
 - Tous les médecins du service participent aux réunions
 - Deux auditeurs externes (santé publique, pharmacologie)
 - Clause de confidentialité
 - 10 à 15 dossiers par séance
 - Séance mensuelle de 2 heures
- ❑ **Grille d'analyse**
- ❑ **Conclusion du dossier**
 - Dossier clos
 - Mesures à mettre en œuvre dans le service
 - Discussion à avoir avec d'autres services (RMM à l'échelon de l'hôpital)

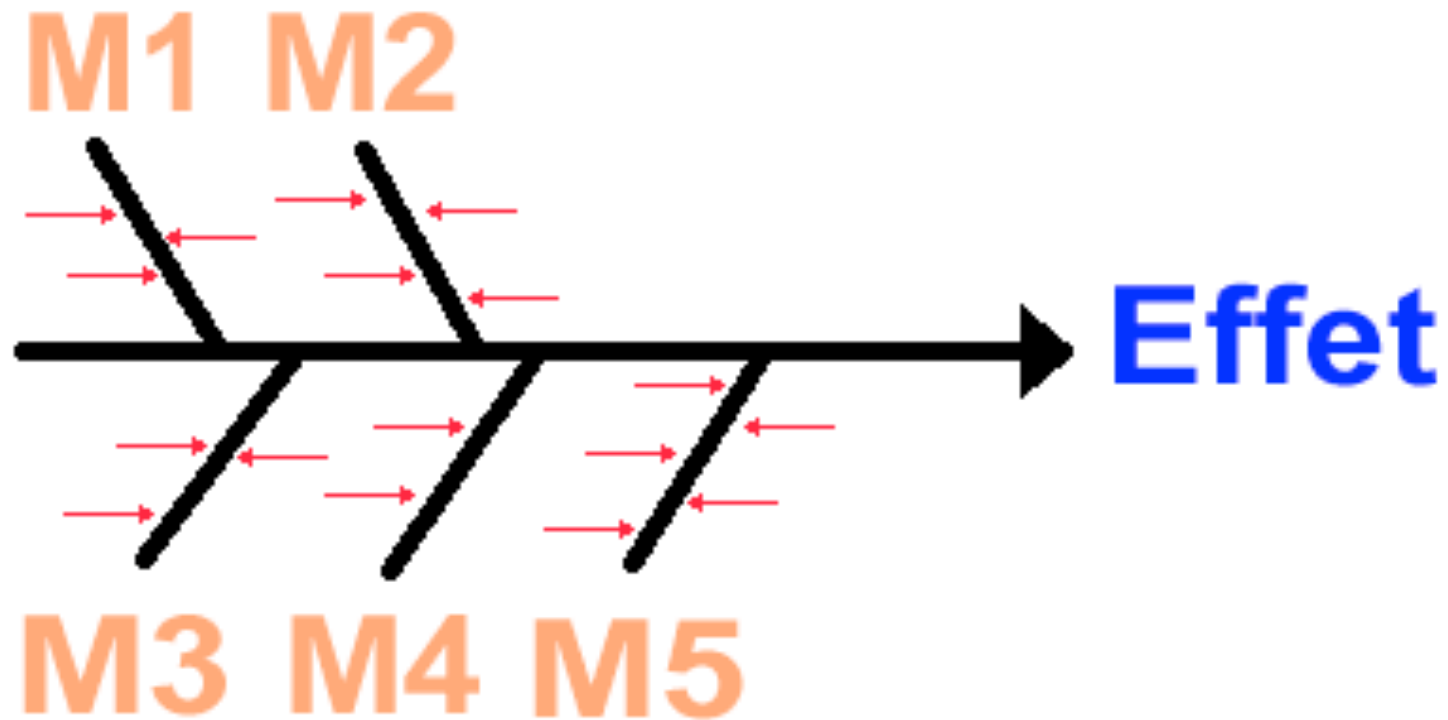
REVUE MORBIDITE MORTALITE

Séance du :
Dossier n°:

Évitable :
 Oui
 Non

	Descriptif	
Résumé de l'Observation		
Main d'œuvre Médecins		
Matériel Pince autre Tenue du dossier		
Milieu Charge de travail Durée du séjour Personnel		
Méthode Organisation de la prise en charge		
Matière Maladie		
Actions d'amélioration		
Indicateurs		

DIAGRAMME DE CAUSES A EFFET



CONSTRUCTION DU DIAGRAMME

- Flèche horizontale pointée vers le problème

- Regrouper les causes potentielles en familles appelées communément les 5 M:
 - Matière M1 : maladie
 - Main d'œuvre M2 : compétence, organisation
 - Matériel M3 : équipement, dossier
 - Méthode M4 : organisation de la prise en charge
 - Milieu M5 : charge de travail, locaux

Premier essai sur trois dossiers

- Sélection:
 - Trois premiers décès de l'année en Réanimation
- Dossier 1 *2145*
 - Syndrome occlusif sur le grêle
- Dossier 2 *1220*
 - Décompensation cardiaque gauche
- Dossier 3 *3269*
 - Amputation orteil gauche

Dossier 1 2145

Syndrome occlusif sur le grêle

- **Main-d'œuvre** (Médecins, soignants)
 - *Occlusion depuis plusieurs jours*
 - *Fuite sur la suture*
- **Méthodes** (Prescriptions, procédures, contrôles)
 - *Tenue du dossier*
 - *Délais d'intervention*
- **Milieu** (Charge de travail, environnement, durée de séjour)
- **Matériel** (Insuffisance, entretien)
- **Matière** (intervention, maladie elle même)

Dossier 2 1220

Décompensation cardiaque gauche

- **Main-d'œuvre** (Médecins, soignants)
- **Méthodes** (Prescriptions, procédures, contrôles)
 - *tranfert du CHU: délai?*
 - *Investigations? Traitements?*
- **Milieu** (Charge de travail, environnement, durée de séjour)
- **Matériel** (Insuffisance, entretien)
- **Matière** (maladie elle même)
 - *Cardiopathie hypertensive*
 - *Diabète insulino-dépendant*

Dossier 3 3269

Amputation orteil gauche

- **Main-d'œuvre** (Médecins, soignants)
- **Méthodes** (Prescriptions, procédures, contrôles)
 - *Complétude du dossier??*
- **Milieu** (Charge de travail, environnement, durée de séjour)
- **Matériel** (Insuffisance, entretien)
- **Matière** (maladie elle même)
 - *Artériopathie*
 - *Âge 95 ans*

Difficultés / Limites de l'exercice

- ❑ Extension de la démarche à l'ensemble de l'hôpital**
 - Ne pas être perçu comme « donneur de leçons »
- ❑ Transparence de la démarche ?!**
 - Difficulté à exposer ses erreurs en public.
 - Éviter la censure
 - Notre culture doit être modifiée.
 - La clause de confidentialité n'est pas une garantie.
 - Archivage du document ?