



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Revue de mortalité et de morbidité (RMM)

Guide méthodologique

Novembre 2009

Groupe de travail

AFU, AFDS, CFAR, CFMU, FCVD, Orthorisq, RSSMG, SFAR, SFCTCV, SFPC, SoFGRES, SRLF, FEHAP, FHF, FHP, FNCLCC, FNEHAD, IVS, CISS et HAS.

Ce guide et une fiche de synthèse sont téléchargeables gratuitement sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Avant-propos

La revue de mortalité et de morbidité (RMM), connue et utilisée par de nombreuses équipes (1), a pour finalité l'amélioration continue de la qualité des soins et leur sécurisation.

Elle présente un intérêt pédagogique en favorisant l'accroissement des connaissances grâce au retour d'expérience réalisé et un intérêt éthique en se préoccupant du service rendu au patient grâce à la réflexion menée sur les conséquences des actes réalisés. Enfin, elle possède une action structurante sur les équipes en mettant en place une organisation réactive et apprenante entre les professionnels de santé qui se l'approprient.

L'objectif de ce travail, à destination des équipes médico-soignantes, a été de proposer un guide opérationnel de la RMM donnant les informations nécessaires et suffisantes pour faciliter sa mise en place et valoriser cette démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Certains éléments développés dans ce document méritent d'être soulignés :

- le positionnement de la RMM comme un dispositif d'apprentissage par l'erreur non culpabilisant. « Cet engagement n'est pas en soi un facteur d'accroissement de responsabilité. Au contraire, la mise en place de cette procédure apporte la preuve de la réactivité des équipes face à une situation de risque qui pourrait se renouveler. » (2) ;
- la promotion d'une approche associant non seulement une analyse rétrospective de la mortalité-morbidité, mais aussi une démarche prospective d'amélioration de la sécurité grâce à la mise en œuvre d'un plan d'action ;
- la possibilité d'analyser en RMM des cas marqués par un décès ou une complication (mortalité-morbidité « réelle ») mais également tout évènement qui aurait pu causer un dommage au patient (mortalité-morbidité « potentielle ») ;
- la possibilité de mettre en place une RMM quel que soit le secteur d'activité ;
- l'intégration de la RMM dans le développement professionnel continu (formation continue, évaluation des pratiques professionnelles, accréditation des médecins), la certification des établissements de santé et le système de gestion des risques d'un établissement ;
- le rôle des collègues des bonnes pratiques dans la promotion des RMM et dans la gouvernance professionnelle des pratiques qui en résulte.

Notes au lecteur

L'organisation d'une RMM n'est pas définie par les textes mais doit se conformer aux dispositions législatives et réglementaires existantes notamment en matière d'échange d'informations et de traitement des données. D'autre part la littérature et les retours d'expérience font état d'une grande diversité des modes d'organisation et de fonctionnement des RMM. Du fait de ce constat il est impossible de donner des règles précises, scientifiquement validées, sur la façon de mettre en place et d'organiser cette activité. Cependant, cette diversité s'articule autour de quelques éléments stables qui définissent l'activité elle-même et sa finalité. Ce tronc commun méthodologique et les données issues de l'observation du fonctionnement de RMM permettent de dégager et de proposer dans ce document des éléments de consensus permettant l'organisation de RMM.

RMM et évènement indésirable

Le groupe de travail a été unanime pour ne pas utiliser le terme d'évènement indésirable* (EI) dans la définition de la RMM (cf. Qu'est-ce qu'une RMM ?). Cela permet de ne pas restreindre le champ d'action de la RMM aux seuls EI et de pouvoir également étudier en RMM des décès et des complications dus à l'évolution naturelle de la maladie ou du traumatisme. En effet, il peut exister des alternatives à la prise en charge utiles à analyser pour pouvoir proposer éventuellement des plans d'action ou renforcer des protections existantes qui contribueront à l'avenir à améliorer la qualité et la sécurité des soins (cf. Comment se déroule une RMM ? et annexe 2). 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.

Il appartient aux collègues des bonnes pratiques, s'ils le souhaitent, de proposer des spécificités propres aux RMM de leur spécialité, notamment en ce qui concerne les modalités de sélection des cas présentés en RMM (cf. Qui met en place une RMM ?).

RMM et notion d'évitabilité

La recherche systématique du caractère évitable ou non de l'évènement analysé en RMM, qui conditionne en cas de réponse positive l'analyse approfondie du cas étudié, n'a pas été retenue pour plusieurs raisons.

En effet, l'affirmation du caractère évitable (ou pas) d'un évènement peut être complexe à définir et sujette à discussion selon le point de vue adopté (acteurs de terrain ou management) dans une démarche RMM qui se veut collégiale et systémique. De plus ce caractère évitable est difficile à porter a priori sans la réalisation d'une analyse approfondie. Cela est conforté par l'approche systémique promue dans ce document (cf. 2^e partie : Pour en savoir plus) qui nous montre que les multiples facteurs techniques, organisationnels et humains qui sont en jeu, associés aux différentes modalités éventuelles de récupération, ne permettent pas une catégorisation « simpliste » des cas étudiés.

Porter un diagnostic d'évitabilité est également connoté très péjorativement par les professionnels qui pourraient y voir une occasion de jugement, de mise en cause directe ou de recherche de responsabilité éventuelle. Cela provoquerait inéluctablement un frein majeur au développement des RMM qui irait à l'encontre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins recherchée.

Pour pallier ce problème, la solution retenue a été celle préconisée par Charles Vincent et développée dans la méthode ALARM (29, 81) : après la présentation du cas, l'équipe se préoccupe de rechercher d'éventuels problèmes de soins (cf. Comment se déroule une RMM et annexe 2). Ce sont alors les problèmes de soins identifiés qui font l'objet d'une analyse approfondie et de plans d'actions éventuels. Il est ainsi proposé de substituer au « jugement » d'évitabilité, la recherche et l'identification « factuelle » d'un (ou plusieurs) problème(s) de soins.

Plusieurs niveaux de lecture de ce document sont proposés. La première partie (Guide méthodologique) contient les éléments nécessaires et suffisants pour mettre en œuvre une RMM de qualité par des équipes médico-soignantes. Au début de chaque chapitre les points clés sont rappelés dans un cartouche de couleur. Des annexes sont proposées en support à la démarche. La deuxième partie (Pour en savoir plus) apporte des éléments supplémentaires d'information qui permettent d'approfondir la réflexion et qui peuvent être utilisés pour aider à mener une action de communication concernant la RMM au sein d'un secteur d'activité. Les parties en italique sont des éléments d'information supplémentaires le plus souvent bibliographiques. Une brochure de synthèse de 4 pages reprenant les points clés de ce guide est également disponible sur www.has-sante.fr.

Les termes de revue de mortalité-morbidité ou de revue de morbidité-mortalité ont la même signification et peuvent être employés indifféremment.

* Évènement indésirable : situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Anaes 2003 (6).

Sommaire

Avant-propos	3
Note au lecteur	4
1^{re} partie : Guide méthodologique	7
1. Qu'est-ce qu'une RMM ?	9
2. Qui met en place une RMM ?	10
3. Comment commencer ?	11
4. Quels cas sélectionner ?	12
5. Qui participe ?	13
6. Quelle fréquence pour les réunions ?	14
7. Comment se déroule une RMM ?	15
8. Quelle traçabilité, quel archivage ?	16
9. Quelle relation entre RMM et le dispositif de gestion des risques d'un établissement de santé ?	17
10. Comment valoriser une RMM ?	18
11. RMM et médecine générale	19
12. RMM et hospitalisation à domicile	20
13. Quelques erreurs à éviter	20
Annexe 1 - Procédure RMM (en établissement de santé)	23
Annexe 2 - Aide pour l'analyse d'un cas	27
Annexe 3 - Recherche de causes et analyse de la récupération (approche systémique)	29
Annexe 4 - Fiche de suivi	31
Annexe 5 - Critères de qualité d'une RMM	33
Annexe 6 - Check-list des actions à réaliser pour mettre en œuvre une RMM	35
2^e partie : Pour en savoir plus	37
1. Historique	39
2. Les expériences françaises	40
3. Approche systémique	41
4. Place de l'anatomo-pathologiste et de l'autopsie scientifique	45
5. Compléments d'information	46
Recherche documentaire	49
Références bibliographiques	51
Remerciements	55
Participants	57

1^{re} partie

Guide méthodologique

« *Nécessité de la méthode dans la recherche de la vérité* »
René Descartes (1596 - 1650)

Extrait de :
Règles pour la direction de l'esprit, règle 4, page 215.
Œuvres de Descartes, volume XI. Trad. Victor Cousin.
Paris : Edit. F-G. Levrault ; 1824-1826.
Source : Bibliothèque nationale de France, Z-19782.

1. Qu'est-ce qu'une RMM ?

Points clés

Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique* de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement 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.

* *L'analyse systémique* menée lors de la RMM est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. Elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus. À l'issue de cette analyse, des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (3,4).

La démarche préconisée dans ce guide permet de réaliser une telle analyse systémique.

Les cas analysés sont des cas réels qui se sont effectivement déroulés.

Cette démarche collective permet de tirer profit de l'analyse des situations s'étant produites pour apprendre et comprendre, afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins.

Une RMM permet (figure 1), en réfléchissant collectivement sur les prises en charge réalisées :

- de **décrire** les pratiques et les processus de soins réalisés ;
- d'identifier, parmi ces pratiques, celles jugées non optimales, ainsi que les problèmes rencontrés lors de la prise en charge, de les **analyser** afin d'en rechercher les facteurs contributifs et les causes, d'identifier également les actions et les éléments ayant permis d'éviter des dommages chez le patient ;
- de proposer des actions d'**amélioration** visant à diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine du risque (actions préventives) ou à limiter leurs effets délétères et leur gravité (actions protectrices) ;
- de **suivre** et d'évaluer les actions entreprises.

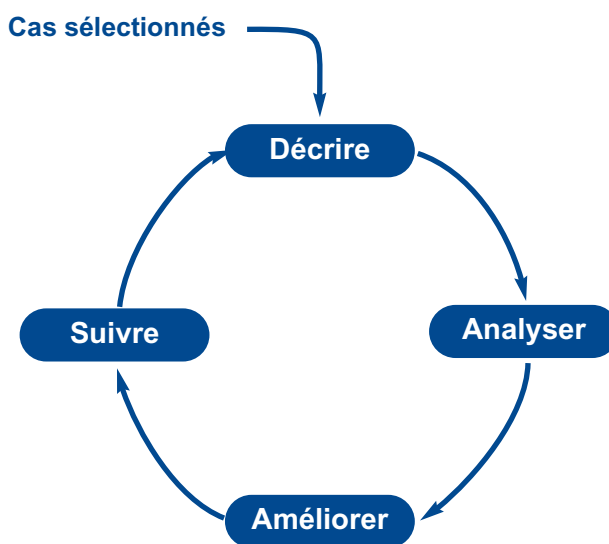


Figure 1. RMM et démarche qualité

La RMM est ainsi une méthode de première intention, c'est-à-dire une méthode à privilégier parmi les plus connues et les plus répandues, et relevant d'une approche par problème car mise en œuvre pour améliorer une situation où des problèmes ont été identifiés (5).

L'organisation mise en place pour la RMM permet une réactivité importante dans l'analyse des évènements sélectionnés, promeut une analyse des causes sous-jacentes, met en œuvre des mesures d'amélioration et assure la diffusion régulière d'une information aux professionnels des secteurs d'activité concernés.

La revue de mortalité et de morbidité est une méthode s'inscrivant naturellement dans :

- l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles ;
- le perfectionnement des connaissances ;
- l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- la maîtrise et la gestion des risques (méthode a posteriori).

Elle peut être valorisée dans le développement professionnel continu (formation continue, évaluation des pratiques professionnelles, accréditation des médecins), la certification des établissements de santé, le système de gestion des risques d'un établissement, et faire l'objet de communications scientifiques.

La question de l'incidence sur la responsabilité pénale des médecins et des soignants est souvent posée à propos de l'engagement dans une démarche de type RMM. Pierre Chevalier, magistrat chargé de mission auprès du procureur général près la Cour de cassation, apporte la réponse suivante dans un article récent : « Cet engagement n'est pas en soi un facteur d'accroissement de cette responsabilité. Au contraire, la mise en place de cette procédure (RMM) apporte la preuve de la réactivité des équipes face à une situation de risque qui pourrait se renouveler » (2). Il s'agit donc de décrire les faits et d'en comprendre les causes sans porter de jugement sur les personnes : « comprendre ce qui s'est passé ne signifie pas rechercher un responsable » (2).

2. Qui met en place une RMM ?

Points clés

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

Il appartient à chaque secteur d'activité de mettre en place des RMM.

Les collèges des bonnes pratiques peuvent promouvoir les RMM dans les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation qu'ils proposent.

Il appartient à l'**établissement de santé** de définir et d'intégrer cette activité dans son dispositif de gestion de la qualité et des risques (6), d'en faire la promotion, au besoin par des mesures incitatives, et de fournir aux professionnels les moyens de les mettre en place et de les pérenniser. Il est recommandé que la politique de l'établissement concernant les RMM soit débattue dans les instances, inscrite dans le projet d'établissement et mentionnée dans le livret d'accueil remis aux patients.

Selon sa taille et ses activités, un établissement de santé peut opter pour une organisation des RMM à l'échelle de l'établissement dans son ensemble, ou de ses différents secteurs d'activité (dans le secteur public il peut s'agir de pôles, de services ou d'unités fonctionnelles). Le niveau « établissement » sera recommandé pour les structures de petite taille et dont l'activité est relativement homogène. Dans les grands établissements, il est recommandé de laisser aux responsables des structures internes le choix du niveau de réunion qui leur paraît le plus pertinent. Pour Bertrand et al. (7), dans un même établissement, l'organisation des RMM varie effectivement d'une structure à l'autre. Il faut rappeler que des revues de mortalité et morbidité peuvent aussi être organisées à un niveau inter-établissements, en particulier dans le cadre des réseaux de soins (8). La RMM nécessitant une analyse systémique des cas sélectionnés, l'adhésion aux principes de la RMM et l'engagement du responsable de l'établissement sont également déterminants pour la réussite de la démarche.

Il appartient à chaque **secteur d'activité** de mettre en place des RMM portant sur les patients qu'il a pris en charge. Les RMM constituent une méthode d'apprentissage visant l'amélioration des pratiques professionnelles et donc des performances collectives. Le travail d'explication et d'incitation du responsable du secteur d'activité ou d'un médecin impliqué dans ces démarches est essentiel pour faire partager l'objectif et obtenir la motivation, l'adhésion et la participation active des professionnels.

Les **collèges des bonnes pratiques**, structures fédératives de spécialité réunissant dans leurs instances toutes les composantes et les modes d'exercice d'une spécialité, sont des acteurs majeurs pour la promotion de la sécurité des soins au sein de leur spécialité respective et peuvent promouvoir ces RMM dans les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et/ou d'accréditation qu'ils proposent. Ils peuvent également définir des spécificités propres aux RMM de leur spécialité.

3. Comment commencer ?

Points clés

L'organisation de la RMM est confiée à un médecin expérimenté, volontaire, impliqué dans le fonctionnement du secteur d'activité et reconnu par ses pairs.

Une procédure écrite, diffusée à tous les professionnels concernés, décrit l'organisation et le fonctionnement de la RMM.

Les modalités choisies concernant l'engagement et la participation des professionnels à une RMM sont décrites au sein de cette procédure.

L'initiative de mettre en place une RMM est soutenue par le responsable du secteur d'activité et/ou le président de la conférence/commission médicale de l'établissement.

Le secteur d'activité désigne une personne **responsable de l'organisation de la RMM** et chargée d'animer les réunions. Il est recommandé de confier cette mission à un médecin expérimenté, impliqué dans le fonctionnement du secteur d'activité concerné. Il faut qu'il soit volontaire pour cette mission, qu'il ait une certaine ancienneté dans le secteur d'activité et soit reconnu par ses collègues. Il est également important que ce responsable ait connaissance de la méthode à utiliser pour l'analyse des cas en RMM, et qu'il soit compétent dans l'animation des réunions. Il lui faudra en effet veiller à ce que chacun puisse s'exprimer et, surtout, à orienter les débats vers l'amélioration des pratiques et de l'organisation en évitant la mise en cause des personnes et la recherche de responsabilités individuelles (2).

Chaque secteur d'activité définit et rédige ses règles de fonctionnement regroupées dans un document écrit et daté : la **procédure RMM**. Un modèle de procédure que les équipes pourront s'approprier est proposé en annexe 1.

Cette procédure précisera notamment :

- l'objet et le domaine d'application de la RMM (secteur(s) d'activité concerné(s)) ;
- le responsable de la RMM et la répartition des tâches ;
- la périodicité des réunions et leur durée ;
- les professionnels invités aux réunions ;
- les modalités de recueil et de sélection des cas ;
- les modalités d'annonce, de déroulement et de suivi des réunions ;
- la traçabilité et l'archivage des documents ;
- les éléments constituant le bilan annuel d'activité.

Les conditions nécessaires d'engagement et de participation d'un professionnel à une RMM (par exemple : présence aux réunions, modalités de présentation de dossiers, mise en œuvre et suivi d'actions) sont définies préalablement par les professionnels concernés et notées dans cette procédure.

Pour faciliter la mise en œuvre d'une RMM, les différentes tâches (organisation de la RMM, sélection des dossiers, animation de la réunion, rédaction des comptes rendus...) peuvent être réparties entre plusieurs personnes. La procédure précisera alors la répartition des tâches et leurs modalités (fixes ou variables d'une réunion à l'autre).

La procédure RMM est diffusée à tous les professionnels concernés.

4. Quels cas sélectionner ?

Points clés

Les cas pouvant être présentés et analysés dans une RMM sont ceux marqués par un décès, une complication ou un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient.

Les modalités de recueil et de sélection des cas sont précisées au sein de la procédure RMM.

Trois **types de cas** peuvent être analysés en RMM :

1. Un décès ;

2. Une complication :

- une solution proposée par certains auteurs consiste à enregistrer systématiquement toutes les complications et à les aborder en RMM sous deux formes : les complications inhabituelles sont présentées et analysées au cas par cas, les complications plus banales sont simplement dénombrées et analysées en tant qu'indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins (10-14). Cette option permet d'avoir une vue d'ensemble des événements rapportés en associant l'apport de l'étude qualitative de cas informatifs et celui du suivi d'indicateurs.

3. Un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient (appelé aussi « presque accident », "near miss", "close call") (6).

- il s'agit d'un évènement survenant au cours de la réalisation d'une action et qui finit par se neutraliser (spontanément ou par une action volontaire) avant même la survenue de conséquences pour le patient (15). Pour en faciliter le repérage, ce sont des évènements dont on dit : « *J'ai eu peur ... Il s'en est fallu de peu ... Heureusement il ne s'est rien passé ... Il l'a échappé belle ...* ».

Ils sont riches d'enseignements notamment quand un dommage a été évité de justesse par la mise en œuvre d'une barrière préventive ou protectrice. Ils permettent non seulement d'identifier les causes immédiates et profondes de ces évènements, mais aussi les barrières efficaces ayant empêché la survenue de dommages (voir également la deuxième partie de ce document : Pour en savoir plus). Ils sont donc très intéressants à analyser en RMM au même titre que les décès ou les complications.

Appartiennent à cette catégorie les évènements porteurs de risque (EPR), définis dans le décret du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales pour certaines spécialités dites « à risque » et soumis à déclaration aux organismes agréés de ces spécialités (16). Il est ainsi pertinent que les professionnels suivent, sélectionnent et analysent collectivement en RMM les EPR définis par leur spécialité (cf. Comment valoriser une RMM ?).

De nombreuses **modalités de recueil et de sélection des cas** sont utilisables, on peut citer par exemple :

- la clôture du dossier, moment où le praticien responsable du patient réalise le résumé de sortie peut être choisie. Le praticien peut alors évaluer systématiquement les critères de sélection définis dans son secteur d'activité et inscrire les cas y répondant sur la liste à présenter en RMM avec l'accord des professionnels concernés ;
- le repérage et la sélection des cas peuvent être facilités par l'utilisation d'un registre, d'un observatoire, d'une base de données ou d'un système de signalement. Il faudra s'assurer alors de la conformité à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée en août 2004, de tout traitement de données à caractère personnel (17) ;
- la RMM semble également pertinente pour analyser les cas, dont l'issue/l'évolution est surprenante (inattendue) pour les professionnels chargés de la prise en charge, ainsi que pour étudier les évènements dits « sentinelles * ».
- il peut aussi être intéressant de présélectionner des cas (lors de la préparation de la RMM), présentant certains évènements dits « déclencheurs » (ou "triggers"). Ces évènements « déclencheurs » sont des évènements, pas nécessairement défavorables, définis à l'avance de manière consensuelle par les professionnels, facilement identifiables, et qui déclenchent, lorsqu'ils sont rencontrés, l'analyse d'un dossier à la recherche d'une défaillance éventuelle. Si à cette occasion un problème est découvert, alors ce cas pourra être sélectionné pour être analysé en RMM.

* Évènement sentinelle = occurrence défavorable qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée (6).

- exemples d'évènements déclencheurs : transfusion sanguine, transfert en réanimation ou en soins intensifs imprévu, prescription de vitamine K, réintubation en salles de soins post-interventionnelle (SSPI), ventilation mécanique postopératoire supérieure à 24 heures, demande de consultation spécialisée pendant l'hospitalisation, etc. Récemment plusieurs auteurs ont souligné l'intérêt de cette démarche en santé (18-23) ;
- d'autres auteurs (24) proposent d'analyser avant la réunion une série chronologique limitée de dossiers à la recherche d'un problème ou d'une défaillance. Les cas répondant aux critères de sélection définis sont alors présentés en RMM ;
- il est également possible de regrouper un certain nombre de cas à propos d'un thème ou d'une pathologie donnée, pour les analyser au cours d'une même séance de RMM afin d'en dégager des enseignements communs.

Quelles que soient les modalités de sélection choisies, la RMM réalisant une analyse *a posteriori*, les cas sélectionnés ne sont présentés que lorsque l'épisode de soins concerné est achevé.

Un point important est à signaler : le temps consacré à une séance de RMM étant par définition limité, il semble préférable de privilégier la qualité et la profondeur de l'analyse collective d'un cas plutôt que la quantité (4). À cet effet, il vaut mieux confier au responsable RMM le tri préalable des dossiers à présenter lors de la réunion proprement dite. Il peut être intéressant de noter, dans le bilan d'activité de la RMM, le nombre de dossiers présélectionnés et le nombre de dossiers effectivement présentés.

Les modalités de recueil et de sélection des cas choisis par l'équipe sont donc variées et devraient ainsi permettre de réaliser des RMM même dans des secteurs d'activité présentant une faible mortalité-morbidité. Les modalités choisies sont significatives de l'activité et de la mortalité-morbidité du secteur d'activité concerné et sont toujours précisées dans la procédure RMM.

5. Qui participe ?

Points clés

La RMM concerne au moins l'équipe médicale dans son ensemble. Il est recommandé qu'elle soit ouverte aux personnels paramédicaux de l'équipe.

Toutes les personnes qui assistent à ces réunions sont tenues au secret professionnel.

Dans la littérature, les revues sont souvent destinées aux médecins du service et aux médecins en formation initiale. Rappelons que dans de nombreux pays les RMM sont des moments pédagogiques qui font obligatoirement partie du cursus de formation de certains spécialistes, en particulier chirurgiens, anesthésistes et réanimateurs. Certaines expériences font état d'une participation des personnels de l'équipe paramédicale : cadres de santé, infirmières ou autres professionnels paramédicaux ayant participé à la prise en charge du patient (25). D'autres soulignent l'intérêt d'inviter des personnes extérieures telles que le pathologiste qui peut apporter des informations sur les cas qui ont fait l'objet d'une vérification post-mortem ou d'autres professionnels qui sont intervenus dans la prise en charge du cas discuté ou encore des professionnels pouvant apporter une expertise contributive à la compréhension du cas. Davenport et al. mettent également l'accent sur l'importance de la communication et de la coordination entre les différents membres d'une équipe (26).

La littérature ne permet pas d'opter pour un modèle particulier de participation mais il semble que la réunion doive concerner au moins l'équipe médicale dans son ensemble, y compris les médecins en formation. Cependant la RMM étant une démarche collective concernant tous les acteurs impliqués dans la prise en charge d'un patient, à travers l'analyse de cas et la mise en œuvre d'actions, il est recommandé que les personnels paramédicaux de l'équipe et, dans la mesure du possible les autres professionnels ayant participé à la prise en charge (radiologue, biologiste, médecin traitant, urgentiste, autres spécialistes médicaux, pharmacien, psychologue, etc.), participent aux revues. **L'équipe ainsi définie regroupe donc les professionnels qui travaillent habituellement ensemble au quotidien et qui contribuent à la prise en charge d'un même patient.**

L'émergence des causes profondes ou systémiques des évènements sera facilitée par une équipe reflétant la transversalité de la prise en charge d'un patient. Il faut aussi souligner l'intérêt d'inviter, régulièrement ou à l'occasion de l'examen d'un cas difficile, un professionnel expérimenté spécialisé dans la gestion des risques

sanitaires. Ce correspondant peut ainsi apporter à la RMM une expertise méthodologique et un soutien pour l'analyse approfondie d'une situation complexe. De même, en cas de besoin, la présence d'un représentant administratif de l'établissement peut être utile pour l'analyse du cas étudié (notamment en ce qui concerne les facteurs organisationnels et institutionnels) et pour appuyer la mise en œuvre ultérieure d'actions d'amélioration de la sécurité.

Cette position est motivée par l'affirmation du caractère collectif du processus de soins et du service rendu au patient. Les RMM se situent donc dans le modèle de la gestion de la qualité et des risques dont un des piliers est la multidisciplinarité.

Les professionnels invités aux réunions sont précisés dans la procédure RMM.

Dans tous les cas, toute personne assistant à ces réunions est tenue au secret professionnel. (article L. 1110-4 du Code de la santé publique et article 226-13 du Code pénal).

6. Quelle fréquence pour les réunions ?

Points clés

La périodicité et la durée des réunions sont à l'initiative de chaque secteur d'activité, et sont consignées dans la procédure RMM.

Certaines réunions peuvent être consacrées, en totalité ou en partie, au suivi et à l'évaluation des actions d'amélioration décidées lors de réunions précédentes.

Dans la littérature on retrouve une périodicité très variable, de même que la durée des réunions. Les RMM sont hebdomadaires dans des programmes de formation des chirurgiens aux États-Unis (27), elles sont plutôt mensuelles dans les quelques expériences rapportées en France (7,8).

Chaque structure doit donc déterminer la fréquence et la durée de ses réunions en fonction du nombre de cas à analyser, du fonctionnement du secteur d'activité et des objectifs fixés (la durée et la périodicité choisies étant fortement liées). Il est conseillé de privilégier un nombre limité de réunions bien préparées (6 à 8 par an) plutôt que de multiplier les réunions. Une durée de 2 heures environ semble nécessaire pour bien débattre des cas sélectionnés, proposer des actions d'amélioration et en assurer le suivi. On rappelle (cf. *supra* : Quels cas sélectionner ?) qu'il vaut mieux privilégier la qualité d'analyse d'un cas plutôt que le nombre de cas à analyser.

Afin de ne pas augmenter le nombre de réunions, on peut suggérer d'intégrer les RMM aux réunions existantes en dédiant, avec une périodicité définie, une des réunions à la RMM.

Certaines réunions peuvent être consacrées (en totalité ou en partie) au suivi et à l'évaluation des actions mises en œuvre lors de RMM précédentes ou à la préparation du bilan d'activité. Toutes les réunions RMM ne sont donc pas forcément des réunions de présentation de nouveaux cas.

Quelles que soient les modalités retenues il est conseillé d'organiser les réunions à date fixe, très régulièrement pour que les RMM s'intègrent peu à peu dans la vie du secteur d'activité et deviennent une activité naturelle d'une équipe de soins.

Dans tous les cas, les modalités choisies sont inscrites dans la procédure RMM.

7. Comment se déroule une RMM ?

Points clés

Un ordre du jour est diffusé aux participants.

Chaque cas est présenté anonymement de manière chronologique et factuelle.

Une discussion en équipe est engagée afin d'identifier les problèmes rencontrés et d'en rechercher les causes en privilégiant une approche systémique.

Des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité, visant à réduire l'occurrence de ces causes, à limiter leurs effets et à prévenir les récides, sont proposées et font l'objet d'un suivi et d'une évaluation lors de réunions ultérieures.

Le responsable de la RMM prépare l'**ordre du jour** de la réunion qui sera diffusé aux participants. Celui-ci peut contenir la liste anonyme des cas à présenter suivant les critères de choix préalablement établis avec l'accord des professionnels concernés, ou bien la liste des thèmes et/ou pathologies à discuter. Le responsable pourra aussi répartir les dossiers entre des membres de l'équipe qui les présenteront à la réunion. La réunion doit être animée par un professionnel capable de guider la discussion, susciter des commentaires et encourager l'expression des participants (28). Il doit éviter que la discussion mette en cause les professionnels et les compétences.

La présentation, l'analyse et la discussion d'un cas en RMM peuvent se réaliser selon un cadre relativement stéréotypé. Une proposition pour faciliter la démarche est exposée dans l'annexe 2.

Après désignation d'un secrétaire de séance, la **présentation** des cas se fait de manière anonyme (28). Chaque cas est présenté par un membre de l'équipe de manière chronologique, neutre et factuelle en respectant l'anonymat des patients et des professionnels ayant réalisé la prise en charge. Une discussion est ensuite animée par le responsable de la revue qui encourage les participants à s'exprimer. L'équipe est invitée tout d'abord à préciser, si nécessaire, les actions de soins réalisées, les raisons et les éléments de contexte en rapport avec ces actions de soins.

Ensuite une **analyse** du cas est réalisée par l'équipe qui porte collectivement un regard critique (points positifs et négatifs) sur la façon dont les événements se sont déroulés et sur les décisions qui ont été prises en fonction des recommandations et des références existantes (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques) et éventuellement des pratiques et des résultats (si disponibles) d'autres équipes confrontées à la même situation (benchmarking). Il faudra prendre soin d'éviter de mettre en cause les individus, ou de rechercher un coupable (2). Le responsable de la revue anime un débat au cours duquel l'ensemble des acteurs se remet en question et participe à l'analyse.

D'éventuels **problèmes rencontrés** (problèmes de soins, pratiques non optimales ou susceptibles d'amélioration, processus défaillants, barrières protectrices ou préventives ayant dysfonctionné, etc.) lors de la prise en charge sont recherchés, identifiés et listés. Dans les cas où il apparaît que la prise en charge n'a pas été optimale il convient, pour **chaque** problème rencontré, de rechercher collectivement, en utilisant une approche systémique (utiliser l'annexe 3), les **causes** ayant contribué à l'apparition du problème (29), ainsi que les barrières et les modalités de **récupération** ayant éventuellement permis d'éviter des dommages chez le patient (30).

En l'absence de problème rencontré (notamment quand la pathologie du patient, ou l'évolution naturelle de la maladie ou du traumatisme, explique le décès ou la complication), on recherchera une (des) alternative(s) possible(s) à la prise en charge.

L'objectif de cette **analyse** est d'en retirer des enseignements susceptibles d'améliorer les pratiques et d'agir sur les causes qui ont contribué à l'apparition des problèmes rencontrés afin d'éviter la récidence.

L'équipe recherche alors et propose des **actions d'amélioration** visant à corriger ces causes, à limiter leurs effets et à prévenir les récides. Des modalités de **suivi** et d'évaluation de ces actions sont proposées. Chaque fois qu'il apparaît utile de mettre en œuvre une action d'amélioration, il est recommandé de confier cette mission à un membre de l'équipe et de remplir une fiche de suivi afin d'en suivre l'exécution (une fiche de suivi type est proposée en annexe 4). Certaines actions peuvent demander l'intervention de l'établissement afin d'être pleinement efficaces. Elles nécessiteront donc un retour d'information des conclusions de la RMM (fiche de suivi) vers les instances de direction et de management.

Il est souhaitable qu'une partie de la réunion suivante soit réservée au suivi des actions décidées lors de réunions précédentes. Cependant, il est possible de consacrer une réunion entière au suivi et à l'évaluation des actions en cours, la séance pouvant alors être mise à profit pour préparer le bilan d'activité (cf. *supra* : Quelle fréquence pour les réunions ?).

Dans le cas où la discussion laisse suspecter des défaillances multiples ou complexes, il est recommandé de confier à un membre de l'équipe la mission d'instruire les problèmes en s'entourant de toutes les compétences nécessaires, en particulier en faisant appel à la structure de gestion des risques de l'établissement. Cette étude complémentaire des circonstances de survenue de l'évènement fera alors l'objet d'une présentation lors d'une réunion RMM ultérieure.

8. Quelle traçabilité, quel archivage ?

Points clés

Une procédure, des comptes rendus et un bilan annuel d'activité sont rédigés et diffusés aux participants.

Les documents relatifs à une RMM (comptes rendus et bilan d'activité annuel) sont anonymes et archivés avec les autres documents qualité du secteur d'activité.

La **procédure** écrite décrivant l'organisation de la RMM fait partie des documents qualité du secteur d'activité.

Toute RMM fait l'objet de la rédaction d'un **compte rendu**, précisant les conclusions de l'équipe, les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mises en œuvre et leurs modalités de suivi. Ce compte rendu est anonyme, c'est-à-dire qu'il ne comporte aucune information permettant d'identifier directement ou indirectement le patient et les acteurs concernés.

Il est archivé avec les autres documents qualité du secteur d'activité (c'est-à-dire avec les autres documents existants du même type, par exemple : procédures, recommandations, rapport d'audit, démarches d'EPP, démarche de certification, etc.). Il est accompagné de la liste des personnes présentes à la RMM afin qu'elles puissent faire valoir leur participation.

Il est recommandé de réaliser chaque année une synthèse des comptes rendus de réunion sous la forme d'un **bilan d'activité annuel de la RMM**. Ce bilan, qui ne peut contenir aucune information directement ou indirectement nominative, comprend :

- le nombre de réunions de mortalité-morbidité annuelles ;
- le nombre et le type (décès, complication, presque accident) de cas analysés dans l'année ;
- le nombre et le type de cas ayant donné lieu à des actions d'amélioration ;
- la liste des actions d'amélioration mises en œuvre ;
- et les modalités de suivi des actions engagées (cf. annexe 4, fiche de suivi) ;

Ce bilan est également conservé avec les autres documents qualité du secteur d'activité.

Les documents relatifs à une RMM (comptes rendus, bilan d'activité annuel) ne doivent contenir **aucun** document nominatif issu notamment du dossier patient (compte rendu de consultation, compte rendu opératoire, feuille d'anesthésie, résultats d'examens biologiques ou radiologiques, compte rendu d'autopsie, etc.).

Lorsque au cours d'une RMM, un ou des risques nouveaux sont identifiés pour un patient, celui-ci doit en être informé. « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver* » (article L.1111-2 du Code de la santé publique) ».

Pour information : dans certains pays, en particulier au Canada (31), la réalisation de RMM est une obligation pour tous les services qui doivent une fois par an adresser un bilan de cette activité à l'instance médicale de l'établissement. Il s'agit de rapports statistiques simples, décrivant le nombre de réunions, le nombre et le type de dossiers examinés et les actions d'amélioration mises en œuvre par l'équipe. Ils permettent à l'institution de s'assurer que les services organisent les RMM et que cette activité contribue à améliorer la qualité des soins. Ce type d'expérience suggère que la politique de l'établissement concernant les RMM puisse comprendre un retour d'information des services vers l'institution.

9. Quelle relation entre RMM et le dispositif de gestion des risques d'un établissement de santé ?

Points clés

Il est recommandé de favoriser une coopération active et régulière entre les RMM organisées dans les secteurs d'activité, et le dispositif transversal de gestion des risques sanitaires de l'établissement de santé.

Les établissements de santé doivent organiser leur système de gestion des risques sanitaires en mettant en place une coordination des vigilances et des dispositifs de déclaration des accidents et incidents iatrogènes (6,32-34).

Le groupe de travail a souhaité positionner les RMM par rapport à ce dispositif de gestion des risques sanitaires. Il ne faudrait pas que la mise en place de RMM dans les établissements de santé constitue un obstacle aux systèmes de déclaration des risques ou réduise leur efficacité. Il faut au contraire que ces dispositifs soient complémentaires et se renforcent, ce qui est possible si l'on considère qu'ils représentent deux niveaux du système de gestion des risques dans les établissements.

Au niveau des structures de soins, les professionnels constatant un évènement indésirable (**a**) nécessitant une déclaration doivent le signaler [**1**] auprès de la structure de gestion des risques et de coordination des vigilances de l'établissement. Ce système transversal doit venir en aide aux professionnels pour la recherche des causes des évènements indésirables et pour la mise en œuvre d'actions de prévention. Cette structure de gestion des risques doit de plus déclarer, le cas échéant, certains évènements auprès des systèmes nationaux de vigilance (figure 2a).

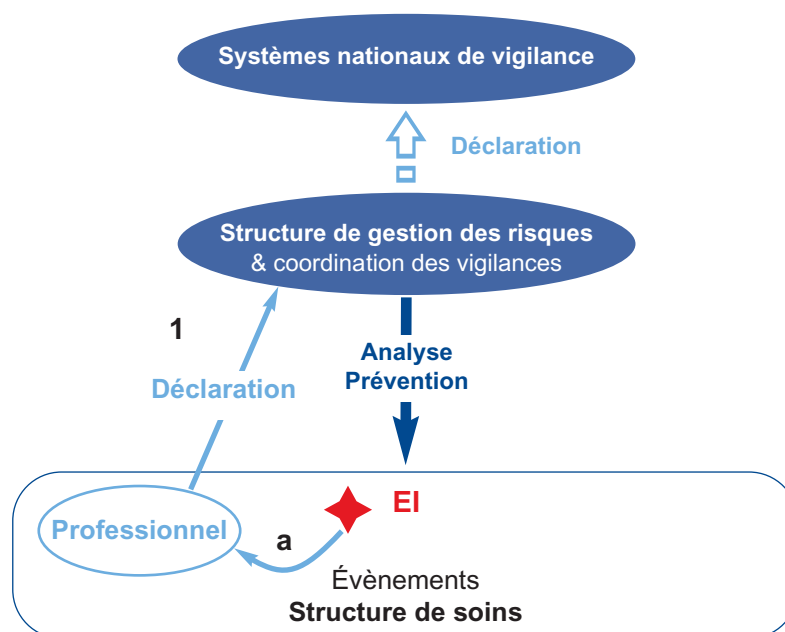


Figure 2a. Circuit d'un évènement indésirable (EI) perçu par un professionnel

La RMM, va par ailleurs identifier d'autres événements et situations (b) et permettre de les analyser pour améliorer les pratiques professionnelles au sein de l'équipe. Cependant, dans certains cas où les défaillances du processus de soins font intervenir des causes complexes et multiples, les capacités d'analyse de la RMM pourraient être dépassées. Il serait alors plus efficace de déclarer [2] le cas à la structure de gestion des risques qui pourra fournir une aide et mettre en œuvre une méthode d'analyse approfondie qui relève de l'expertise de personnes formées pour ce faire (figure 2b).

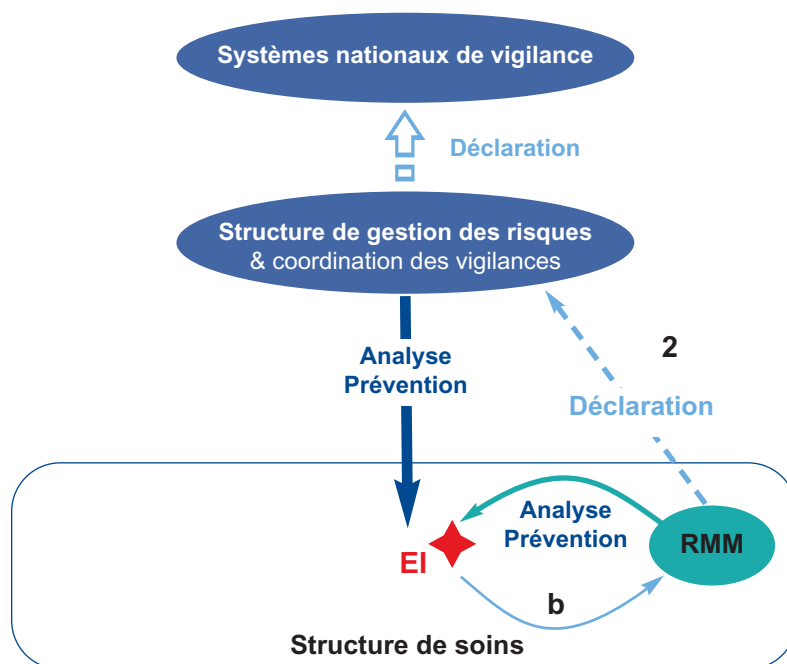


Figure 2b. Circuit d'un événement indésirable (EI) révélé par une RMM

D'autre part, dans le cadre de l'accréditation des médecins (16) les événements porteurs de risque (EPR) qui sont déclarés sont aussi des événements qui auraient pu causer un dommage au patient et qui sont donc sélectionnables pour une analyse en RMM (cf. Quels cas sélectionner ?).

On rappelle à cette occasion que cette déclaration peut être effectuée, au choix du médecin (cf. Charte médecins-établissement de santé, HAS, 2007 : www.has-sante.fr (35)) :

- soit par l'intermédiaire d'une instance créée à cet effet par le règlement intérieur de l'établissement (instance de gestion des risques médicaux). Cette instance transmet alors les EPR à l'organisme agréé pour l'accréditation (OA-Accréditation) désigné par le médecin ;
- soit directement auprès de l'OA-Accréditation du médecin. Dans ce cas, il est recommandé au médecin de communiquer à l'instance de gestion des risques médicaux les EPR qu'il déclare et les résultats de leur analyse.

10. Comment valoriser une RMM ?

Points clés

Une RMM répondant aux critères de qualité énoncés peut être valorisée dans le développement professionnel continu (formation continue, évaluation des pratiques professionnelles, accréditation des médecins), la certification des établissements de santé et le système de gestion des risques d'un établissement.

Le président de la conférence/commission médicale d'établissement, la structure de gestion des risques, la CRUQPC de l'établissement et les structures fédératives de spécialité sont des destinataires naturels des bilans d'activité des RMM.

Une RMM qui respecte les critères de qualité et de traçabilité énoncés dans l'**annexe 5** peut être prise en compte et valorisée dans le cadre des dispositifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (développement professionnel continu, certification des établissements de santé, accréditation des médecins et des équipes médicales) (cf. www.has-sante.fr).

En effet :

- la RMM est une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ;
- un organisme agréé pour l'accréditation des médecins peut, s'il le souhaite, intégrer la RMM dans les activités de son programme d'amélioration de la sécurité des pratiques de la spécialité ;
- la mise en place d'une RMM est encouragée dans la démarche de certification des établissements de santé. En effet, dans le manuel de certification V2010 (34), l'analyse de la morbidité-mortalité devient une exigence dans certains secteurs d'activité : la chirurgie, l'anesthésie-réanimation, la cancérologie.

Une RMM permet également de renforcer le système de gestion des risques déjà existant en établissement de santé (cf. chapitre précédent) : signalement des événements indésirables, vigilances sanitaires, identification et traitement a priori des risques...

Un établissement peut également valoriser les RMM au niveau de la commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) et de la commission en charge de la qualité des soins afin de démontrer la mise en place de démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il est ainsi recommandé de transmettre le bilan d'activité d'une RMM au président de la conférence/commission médicale de l'établissement, à la structure de gestion de risques et à la CRUQPC de l'établissement à titre d'information et pour appuyer, si besoin, la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les **collèges des bonnes pratiques** (cf. : Qui met en place une RMM ?) sont des destinataires naturels des bilans d'activité des RMM. Cela permet une vision multicentrique de la démarche, d'en assurer la synthèse, et de produire en retour des programmes pour la réduction des risques que mettront en œuvre les professionnels (recommandations, alertes, développement d'indicateurs, de base de données, mise en place d'enquêtes, de formations ciblées, etc.), ainsi que des communications scientifiques qui faciliteront la diffusion des informations.

11. RMM et médecine générale

Points clés

Une RMM peut être mise en œuvre en médecine générale dans le cadre de réunions entre pairs autour de cas cliniques.

Les médecins généralistes ont l'habitude d'échanger entre eux sur leurs cas cliniques. En choisissant de sélectionner des cas concernant un décès, une complication ou un événement qui aurait pu provoquer un dommage au patient, ils peuvent formaliser leurs échanges et organiser une revue de morbidité-mortalité pour améliorer leurs pratiques.

Des expériences existent en médecine générale à la satisfaction des participants. Si les objectifs de ces RMM sont identiques pour tous les professionnels de santé, la composition des groupes et le type d'événements à analyser sont spécifiques à la médecine générale.

Tous les groupes de médecins se réunissant autour de l'analyse de cas cliniques peuvent utiliser cette méthode : les groupes d'analyse de pratiques entre pairs, les réunions cliniques d'un réseau ou d'hospitalisation à domicile, de maison de santé ou des groupes de formation médicale continue (FMC)... Des groupes peuvent également se constituer sur un projet de revue de morbidité-mortalité.

Les cas choisis seront proches du quotidien des médecins généralistes : moins sur les décès et plus à propos des complications ou des événements qui auraient pu provoquer un dommage au patient.

Cette méthode permet d'analyser des cas cliniques et de mettre en place des actions d'amélioration afin d'éviter la récurrence de situations à risque ou d'événements redoutés. Elle constitue ainsi à la fois une évaluation des pratiques professionnelles et une démarche de gestion et de maîtrise des risques.

Un document à venir, spécifique à la médecine générale, développera les réflexions et les expériences actuelles ainsi que les références de la littérature française et étrangère, et des propositions d'organisation.

12. RMM et hospitalisation à domicile

Points clés

Une RMM peut s'intégrer dans la gestion des risques en hospitalisation à domicile (HAD).

Par nature la prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) est globale et permet une vision systémique autour du projet de vie du patient. La RMM permet d'analyser cette prise en charge au travers des trois projets constitutifs (projet thérapeutique, projet de soins, projet social) et des fonctions supports nécessaires à l'activité. La RMM doit faire participer autant que possible tous les acteurs et partenaires de la prise en charge (personnels salariés, professionnels libéraux et hospitaliers, prestataires de services) afin d'être pluridisciplinaire.

Les temps consacrés à ces RMM ne doivent pas être redondants avec les réunions existantes mais s'intégrer dans les pratiques de la structure.

Des spécificités sont à relever : en effet, la prise en charge à domicile génère des risques propres liés à l'environnement (culturel, social, économique, géographique, etc.) et les impératifs organisationnels des professionnels de ville doivent être pris en compte afin de faciliter leur participation.

13. Quelques erreurs à éviter

Points clés

La non-culpabilisation des personnes ayant participé à la prise en charge est indispensable à l'objectivité et au succès de la recherche des causes, ainsi qu'à la pérennité des RMM. « Comprendre ce qui s'est passé ne signifie pas rechercher un responsable » (1).

La démarche proposée dans ce guide doit ainsi permettre de réussir une analyse à la fois transparente et non culpabilisante.

La recherche d'un « coupable »

Les médecins ont parfois un enthousiasme limité pour les RMM car ils y voient une occasion de mise en cause personnelle et de sanction. Cette tendance à orienter le débat vers la mise en cause des médecins en charge du cas, en particulier des juniors, est signalée par plusieurs auteurs qui considèrent qu'il s'agit d'une transgression de l'esprit de la RMM qui peut être délétère (10,36). Si l'on veut que la RMM soit efficace en termes d'identification des causes de complications et d'amélioration des pratiques, il faut que les professionnels puissent y participer en toute confiance et dans un espace de parole organisé et libre (2). Maintenir cet esprit de transparence et de responsabilité, tourné vers l'amélioration, constitue la mission difficile de l'animateur et permet d'assurer la pérennité de la RMM.

Il est également recommandé que les cas qui font l'objet d'un recours gracieux ou contentieux soient confiés à la structure de gestion des risques de l'établissement qui définira, avec les acteurs, les modalités d'analyse les plus adaptées.

La dérive « académique »

Un défaut signalé dans la littérature est de focaliser les revues sur des problèmes particuliers et rares (10). La RMM devient ainsi graduellement une conférence de pathologie clinique traditionnelle où le débat est centré sur le raisonnement clinique et la résolution de problèmes cliniques difficiles (36).

La mise en place d'une organisation « inadaptée »

Le manque de temps et l'absence de méthode (37) sont souvent cités comme étant des freins à la mise en place des RMM (7,38). Ainsi une organisation inadaptée, sans méthode ou au contraire trop complexe, trop consommatrice de temps ou non partagée par une équipe, peut conduire à un « épuisement » rapide et à une RMM non pérenne.

Pour bien commencer, il est proposé de s'approprier ce guide et d'adopter quelques conseils inspirés de ceux édictés par Berwick (39) :

- stratégiques : faire simple, pragmatique, commencer tout de suite, valoriser et formaliser l'existant ;
- structurels : éviter le cloisonnement, favoriser la transversalité, l'équipe et la multidisciplinarité ;
- méthodologiques : favoriser la faisabilité, l'acceptabilité, le partage et l'intégration ;
- culturels : favoriser les échanges, la communication et le retour d'information pour une appropriation d'une culture de la sécurité et de la qualité.

Ces conseils seront mis en œuvre :

- dans une **organisation** simple et efficace inscrite dans une **procédure**, accompagnée de **comptes rendus** des réunions et d'un **bilan annuel** d'activité ;
- et dans une **démarche de qualité** structurée, ayant du sens pour les professionnels, qui comporte :
 - une **préparation** de la réunion et une sélection des cas selon des critères édictés au préalable dans la procédure RMM,
 - une **présentation** des cas, chronologique et factuelle,
 - une **discussion** en équipe recherchant et identifiant les problèmes et les causes rencontrés en privilégiant une approche systémique sans culpabiliser les acteurs,
 - des **actions** d'amélioration de la qualité et de la sécurité,
 - un **suivi** de ces actions.

Annexe 1. Procédure RMM (en établissement de santé)

Nota bene : le texte en italique peut être adapté/complété par les acteurs en fonction du secteur d'activité concerné.

Établissement...	Secteur(s) d'activité concerné(s) :	Référence
Revue de mortalité - morbidité (RMM)		
Date :	Rédigé par :	
Version :	Vérifié par :	
Nombre de pages :	Validé par :	

Objet de la procédure

Cette procédure vise à décrire l'organisation et le fonctionnement d'une revue de mortalité morbidité (RMM) conformément au guide proposé par la Haute Autorité de Santé.

Définition de la revue de mortalité-morbidité

Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique 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.

Cette démarche permet de tirer profit de l'analyse des situations s'étant produites pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, mais en aucun cas de rechercher un responsable ou un coupable.

Toute personne assistant à une RMM est tenue au secret professionnel (article L. 1110-4 du Code de la santé publique et article 226-13 du Code pénal).

Domaine d'application

Les secteurs d'activité (*unité, service, pôle, département, établissement, etc.*) concernés sont : (*dénomination, liste, etc.*).

Organisation

► Responsable de la RMM et répartition des tâches

- Qui est le responsable ? Comment est-il désigné ? Pour quelle durée ?
- Quelles sont ses fonctions ?

Nota bene : Pour faciliter la mise en œuvre d'une RMM, les différentes tâches (organisation de la RMM, sélection des dossiers, animation de la réunion, rédaction des comptes rendus, etc.) peuvent être réparties entre plusieurs personnes. La procédure précisera alors la répartition des tâches et leurs modalités (fixes, variables d'une réunion à l'autre ?).

► Périodicité et durée des réunions

- Fréquence des réunions
- Durée prévue des réunions ? Horaires ? Lieu ?

Les dates sont planifiées à l'avance.

► Professionnels invités aux réunions

- Qui est invité aux réunions ? (catégories de professionnels et secteur d'activité)
- Les conditions d'engagement et de participation d'un professionnel sont précisées (par exemple : présence aux réunions, présentation de dossiers, mise en œuvre d'actions, suivi, etc.).
- Autres invités possibles ? (extérieurs ? occasionnels ?).

Toutes les personnes assistant à ces réunions sont tenues au secret professionnel.

► Modalités de recueil et de sélection des cas

Les modalités de recueil et de sélection des cas sont précisées.

- Quels cas : (Quels critères de sélection ?)
 - ▶ décès, lesquels ?
 - ▶ complications, lesquelles ?
 - ▶ évènements qui auraient pu causer un dommage au patient, lesquels ? (exemples : erreur d'identification du patient arrêtée au lit du patient, évènement porteur de risque défini par un organisme agréé pour l'accréditation...).
- **Quand** les cas sont-ils sélectionnés ? (au moment de la clôture du dossier ? lors d'une revue périodique des dossiers ? automatiquement par informatique ?).
- **Comment** les cas sont-ils sélectionnés ? Des cas concernant un même thème ou une même pathologie sont-ils regroupés ? Utilisation d'évènements déclencheurs pour repérer des cas ? Lesquels ?
- **Qui** sélectionne les cas à présenter ? (le responsable assisté d'un ou deux collaborateurs ?)
- Les cas présélectionnés sont-ils répartis entre différents membres de l'équipe avant une sélection finale ?
- **Combien** de cas sont sélectionnés pour une séance de RMM ?

► Modalités d'annonce de la réunion

- Les dates prévues des réunions RMM sont fixées à l'avance (*planning prévisionnel*).
- Un ordre du jour est établi. Il comporte la liste **anonyme** des cas traités (ou des thèmes ou pathologies). Il est adressé à chaque membre concerné du secteur d'activité une semaine avant la réunion par le responsable de la RMM avec un rappel de la date, de l'horaire et du lieu de la réunion.

► Déroulement des réunions

Après désignation d'un secrétaire de séance, les cas sélectionnés sont présentés successivement (cf. annexe 2) (Veiller à ne pas surcharger une réunion en nombre de dossiers analysés).

- présentation du cas par le(s) membre(s) de l'équipe l'ayant analysé en respectant l'anonymat des patients et des professionnels ayant réalisé la prise en charge ;
- identification des problèmes rencontrés par l'équipe et/ou des alternatives de prise en charge ;
- discussion et recherche des causes, des facteurs favorisants ou contributifs, analyse éventuelle de la récupération, synthèse et enseignements à retirer de l'analyse (cf. annexe 3) ;
- décision immédiate et collective de la ou des actions correctives à réaliser si elles sont évidentes, sinon désignation d'un (ou de plusieurs) responsables chargés d'établir les causes du problème et de proposer une ou des actions correctives à la réunion suivante. Les actions entreprises sont inscrites dans le compte rendu de la réunion ;
- les modalités de suivi et d'évaluation des actions engagées sont précisées (fiche de suivi, cf. annexe 4).

Le médecin responsable anime la réunion. Il fait respecter les temps de présentation et de discussion.

Certaines réunions peuvent être consacrées en totalité ou en partie à la mise en œuvre et au suivi des actions pour améliorer la prise en charge et la sécurité des soins.

► Modalités de traçabilité et d'archivage

Un compte rendu anonyme de la réunion est rédigé (par qui ?). Il contient les conclusions de l'équipe ainsi que les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité mises en œuvre et leurs modalités de suivi. La liste des personnes présentes à la réunion est annexée au compte rendu.

Cette procédure, les comptes rendus, les listes de présence aux réunions et le bilan annuel d'activité (cf. *infra*) sont conservés avec les autres documents qualité du secteur d'activité.

Bilan annuel d'activité

Un bilan **annuel** d'activité de la RMM est rédigé. Il ne peut contenir aucune information directement ou indirectement nominative et comprend :

- le nombre de réunions dans l'année ;
- le nombre et le type de cas analysés dans l'année ;
- le nombre et le type de cas ayant donné lieu à des actions d'amélioration ;
- la liste des actions d'amélioration mises en œuvre ;
- les modalités de suivi des actions engagées (cf. annexe 4, fiche de suivi).

Ce bilan peut être préparé lors d'une réunion RMM qui lui est consacrée.

Annexe 2. Aide pour l'analyse d'un cas

Étape 1. Présentation du cas

Questions : **Qu'est-il 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.

En l'absence de problème rencontré (notamment en cas de pathologie expliquant le décès ou la complication), y avait-il une (des) alternative(s) à la prise en charge ?

*Si **Oui** passer à l'étape 4. Si **Non**, l'analyse est terminée.*

Étape 3. Recherche de causes et analyse de la récupération

Questions : **Pourquoi est-ce arrivé ? (approche systémique)** → **utiliser l'annexe 3**

- 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 l'annexe 4.**

Annexe 3. Recherche de causes et analyse de la récupération (approche systémique)

1. Recherche de causes

1.1. Pour chaque problème de soins rencontré, poser les questions

Pourquoi cela est-il arrivé ? Qu'est-ce qui a « favorisé » la survenue du problème ? Quels sont les facteurs nécessaires pour que cela arrive ?

On recherche alors les **facteurs favorisants** (ou contributifs) dans les domaines suivants :

- **facteurs liés au contexte institutionnel** : contexte réglementaire, politique et social, contraintes économiques et financières, restructuration, liens avec d'autres organisations ou établissements ;
- **facteurs liés à l'organisation et au management** : organisation et gouvernance, contraintes du secteur d'activité, moyens affectés (humains et matériels), niveau de décision, rapports hiérarchiques, gestion des ressources humaines, information, gestion des risques, culture qualité et sécurité ;
- **facteurs liés à l'environnement de travail** : matériel, sites et locaux, équipement, fournitures, maintenance, charges de travail, conditions de travail, ergonomie ;
- **facteurs liés au fonctionnement de l'équipe** : communication orale et écrite, supervision, mode de transmission des informations, aide, leadership, composition, dynamique et interactions entre les personnes ;
- **facteurs liés aux procédures opérationnelles** : conception, répartition, planification, lisibilité des tâches et activités à effectuer : existence, validation, actualisation, disponibilité, utilisation, faisabilité et acceptabilité des procédures opérationnelles ;
- **facteurs individuels (personnels)** : capacités techniques, relationnelles, compétence, formation, motivation, stress ou fatigue, état physique et psychologique, adaptations ;
- **facteurs liés au patient** : antécédents, traitements, statut (gravité, complexité, urgence), environnement social et familial, personnalité, difficultés de compréhension (âge, langue, pathologies...).

1.2. Après chaque facteur favorisant identifié, poser la question

Était-ce suffisant pour expliquer le problème rencontré ? **afin d'identifier d'autres facteurs favorisants.**

Remarque :

Une cause n'est pas décrite négativement mais factuellement et précisément.

Exemple : ne pas dire : « la procédure était mal rédigée », mais : « la procédure ne mentionnait pas l'utilisation de barrières chez tout patient agité ».

1.3. Pour chaque facteur favorisant identifié poser la question

Pourquoi ? afin de rechercher un élément de causalité explicatif supplémentaire.

- Si un élément supplémentaire explicatif est mis en évidence, poser à nouveau la question : Pourquoi ? afin de rechercher d'autres éléments explicatifs.

Exemple : devant un facteur favorisant identifié lié à l'environnement de travail = panne de matériel : Pourquoi ? réponse : maintenance non faite, Pourquoi ? réponse : maintenance reportée, Pourquoi ? réponse : problème d'effectifs, etc.

- Si aucun élément supplémentaire explicatif n'est trouvé → **passer au point 2**

Remarque :

Il convient de ne pas arrêter l'analyse lors de la découverte d'une erreur humaine ou d'un écart par rapport à une procédure, mais de toujours en rechercher une cause (en effet dans une vision systémique, c'est la cause qui peut faire l'objet d'une action correctrice et non pas l'erreur ou l'écart) (40).

2. Analyse de la récupération mise en œuvre pour « rétablir » la situation (notamment pour un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient)

- Quand et comment avons-nous vu que le processus de prise en charge déviait de son cours habituel ? (détection). Qui a détecté ?
- Quand et comment avons-nous compris ce qu'il se passait ? (identification). Qui a identifié ?
- Quand et comment avons-nous réagi ? Qu'est-ce qui a été fait ? (récupération). Qui a récupéré ?
- Quels sont les éléments (appelés aussi barrières ou défenses) qui ont empêché, ralenti ou atténué l'évolution vers une complication ou un décès ? ou qui ont dysfonctionné, cédé ? ou qui étaient absents ?
- Comment l'évènement s'est-il arrêté ? En combien de temps ?
- Qu'est-ce qui aurait pu être fait pour améliorer la récupération ?

→ puis passer au point 3

3. Synthèse

- Quelles sont les forces et les vulnérabilités du « système » (de la prise en charge) ? Est-il nécessaire de revoir le système (la prise en charge) ?
- Comment éviter une récurrence éventuelle ? Que pourrions-nous faire de mieux ?
- Quels enseignements tirons-nous de cette analyse ?

→ proposer un plan d'action (→ aller à l'étape 4 de l'annexe 2)

Nota bene : Cette analyse n'est jamais une recherche de responsabilité individuelle ou d'un coupable mais privilégie une approche "systémique" (voir 2^e partie : Pour en savoir plus). L'analyse systémique menée lors de la RMM est une analyse globale du cas sélectionné, non centrée sur l'individu, prenant en compte tous les facteurs ou éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction qui ont contribué à la prise en charge d'un patient.

Annexe 5. Critères de qualité d'une RMM

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

Annexe 6. 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 suivi 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).

2^e partie

Pour en savoir plus

« Il est beaucoup plus facile de reconnaître l'erreur que de trouver la vérité. La première est à la surface, et chacun peut aisément la saisir ; la seconde est à une profondeur où il n'est pas donné à tout le monde de pénétrer ».

Johann Wolfgang von Goethe (1749 - 1832)

Extrait de :

Maximes et réflexions, troisième partie, page 55.

Trad. Sigismond Sklower, Paris : Edit. Brockhaus et Avenarius ;1842.

Source : Bibliothèque nationale de France, Z-35820.

1. Historique

Une première étape pédagogique...

Le concept de conférence d'analyse des décès est apparu aux États-Unis au début du XX^e siècle dans le rapport sur l'éducation médicale de Flexner (41). Le plaidoyer pour une formation médicale institutionnalisée va rapidement faire de la revue de mortalité-morbidité un outil pédagogique, permettant aux médecins d'analyser, avec leurs pairs, les cas de patients décédés et de porter un regard critique sur leurs propres pratiques en dehors de toute notion de sanction. Les conférences de mortalité ont été intégrées aux standards pour les pratiques hospitalières élaborés par l'*American College of Surgeons* en 1917, qui sont à l'origine du dispositif d'accréditation des hôpitaux nord-américains (*Joint Session of Committee on Standards 1917*) (10,27,42). Les conférences de mortalité se sont implantées dans les hôpitaux nord-américains et ont pris rapidement une place devenue traditionnelle dans la formation des chirurgiens. Cette activité a même été rendue obligatoire en 1983 par l'*Accreditation Council for Graduate Medical Education* qui demande que soient organisées des « revues hebdomadaires de toutes les complications et décès » (27). De la même manière, le *Royal College of Surgeons* au Royaume-Uni exige depuis 1987 qu'un hôpital organise régulièrement des revues de mortalité et morbidité (RMM) pour être reconnu comme lieu de formation des jeunes chirurgiens. Le développement des RMM et leur utilisation s'étendront à d'autres spécialités médicales, notamment l'anesthésie. Selon Orlander et al. 90 % des programmes de formation en médecine interne, aux États-Unis en 2001, comportaient des RMM (42). La RMM est l'occasion pour les médecins en formation de présenter les cas de patients décédés ou ayant développé des complications et de focaliser la discussion sur les stratégies alternatives qui auraient pu modifier la survenue de telles complications. La RMM est alors considérée comme un **véritable dispositif d'apprentissage par l'erreur**, permettant une critique constructive des pratiques professionnelles, destiné aussi bien aux juniors (formation initiale) qu'aux seniors (formation continue) (42). Pour Orlander *et al.* (42) : « Les RMM amènent les praticiens à examiner des cas qui ont mal évolué dans un effort d'améliorer leur compétence. La réunion est aussi une reconnaissance implicite de l'importance de faire face à l'erreur. Ces deux objectifs, apprendre par l'erreur et faire face à l'erreur, sont au centre du métier de médecin et constituent la base de notre conviction que les RMM sont importantes dans la formation médicale ».

... vers une démarche moderne d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

L'émergence de la gestion de la qualité dans les établissements de santé dans les années 1990 et plus particulièrement du concept d'amélioration continue de la qualité a favorisé l'émergence d'une vision moderne des RMM qui sont alors devenues un **outil de progression des pratiques et de la sécurité des soins**. L'objectif actuel étant de s'en servir pour retrouver d'éventuels processus défectueux dans les prises en charge et d'en comprendre les causes afin de pouvoir prévenir les récurrences. O'Connell *et al.* (43) ont montré l'intérêt d'une RMM dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. L'objectif final était de rechercher les causes des décès et des complications en chirurgie (classées selon la nature de la complication et le type de complication) et de mettre en place des mesures préventives.

Les informations concernant chaque cas étaient recueillies sur une fiche standardisée, et complétées, si besoin, par un examen du dossier du patient. Sur les 3 567 interventions réalisées, 93 décès (2,6 %) ont été recensés. La cause la plus fréquente de décès, en relation avec une pathologie bénigne (ulcère gastrique), était l'hémorragie digestive massive. La revue des cas a montré que les recommandations de pratiques n'étaient pas toujours suivies et ce alors même qu'il existait un protocole standardisé. D'autres causes de décès et de complications ont pu également être mises en évidence. Les différentes revues effectuées ont permis de mettre en place des mesures correctives adaptées : adoption d'un consensus écrit sur l'utilisation de l'héparine chez le patient opéré, révision des protocoles d'antibioprophylaxie, rappel de l'importance de l'asepsie chirurgicale et de l'antisepsie du site opératoire.

Si dans l'exemple précédent la démarche concernait seulement la chirurgie, d'autres publications montrent que la RMM peut être appliquée à l'ensemble des services d'un établissement. Olt *et al.* (44) ont rapporté leur expérience d'une RMM de tous les décès survenus dans un établissement dans les 48 heures suivant le décès. De 1990 à 1993, l'analyse de 3 680 décès a permis d'identifier 110 cas de dysfonctionnements concernant directement les soins (erreur active), soit environ 3 % des décès. Dans la plupart des cas, ces dysfonctionnements étaient liés à des erreurs, des retards ou une mise en route inappropriée des traitements. Dans sept cas, des problèmes d'organisation (erreur système) étaient à l'origine du décès. Les auteurs suggéraient que les RMM avaient contribué à la baisse de 21 % de la mortalité hospitalière constatée entre 1988 et 1993.

La revue de mortalité et de morbidité est une méthode d'amélioration de la qualité des soins implantée dans de

très nombreux pays. La RMM fait partie du dispositif d'amélioration des pratiques médicales dans les hôpitaux du Canada (31), et des expériences sont rapportées en Suisse (11), en Belgique (45,46), en Allemagne (47,48), en Australie (49) et dans certains pays en voie de développement tels que la Zambie (50). On constate aussi une diffusion de l'implantation de revues de mortalité et morbidité, au-delà des disciplines initiales (chirurgie, anesthésie et réanimation), vers une grande variété de disciplines dont l'obstétrique et la néonatalogie (8,51), la médecine interne (42), la psychiatrie (52) et la radiologie (53). **La revue de mortalité et morbidité apparaît donc comme une méthode générique, applicable dans toutes sortes de contextes et à toutes les disciplines des soins de santé (54).**

Un travail a été publié par Thompson et Prior (55) dont l'objectif était de déterminer le rôle respectif d'une RMM organisée par le département de chirurgie d'un centre hospitalier universitaire et d'un programme d'assurance qualité. La RMM discutait des complications et décès volontairement soumis par le responsable de chaque unité chirurgicale. Le programme d'assurance qualité comprenait l'enregistrement systématique de certains événements indésirables par revue de tous les dossiers (reprise opératoire, réadmission dans les 30 jours après la sortie, décès dans les 48 heures après l'intervention, transfert en réanimation moins de trois jours après l'opération, infections du site opératoire). La comparaison de ces deux sources de données a montré que 74 % des événements indésirables avaient été soumis à la RMM. Les événements non discutés étant surtout les reprises opératoires au cours du séjour et les infections du site opératoire. Il y avait une bonne corrélation dans l'évaluation du niveau de qualité des soins qu'elle soit faite par la RMM ou par la revue systématique des dossiers. Ainsi la RMM restait une composante importante d'un programme global d'amélioration de la qualité, en association avec d'autres systèmes comme la surveillance d'événements sentinelles et le suivi d'indicateurs de résultats.

Pour ces auteurs, les RMM ont eu un impact positif sur la mortalité hospitalière et sur la diminution des dysfonctionnements de nature systémique (44).

Deux étapes principales jalonnent donc l'histoire des RMM. Si à l'origine les RMM se sont développées dans de nombreux pays en tant qu'outil pédagogique pour la formation initiale et continue des médecins, actuellement elles constituent une démarche majeure pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins applicables dans de nombreux secteurs d'activité.

2. Les expériences françaises

Des activités de revue de mortalité et morbidité existent, en France, dans de nombreux services hospitaliers. Une enquête sur la démarche qualité (RMM, infections nosocomiales, événements indésirables, etc.) réalisée en 2000-2001, sous l'égide de leur conférence, auprès des 29 présidents de commission médicale d'établissement (CME) de CHU, comportait plusieurs questions relatives au thème des RMM (données non publiées). Des réponses complètes ou partielles au questionnaire ont été restituées par 23 établissements. Des RMM existaient dans huit établissements et une intention de mise en place était signalée dans cinq autres établissements.

On trouve dans la littérature française le rapport d'expériences de RMM, qui sont présentées comme faisant partie du dispositif d'évaluation de la qualité des soins de certains services de chirurgie (12,13) ou de médecine (14). Ainsi, Mellièrre *et al.* (12) décrivant la mise en place d'un système d'auto-évaluation collective des résultats des soins concluaient que **« les conférences de mortalité morbidité au cours desquelles sont périodiquement analysées toutes les complications graves sont des moyens essentiels qui ont fait leurs preuves dans de nombreux pays et doivent rythmer la vie de tout bon service [...] et il est inconcevable que certains services français s'en privent »**. Une expérience assez voisine est rapportée par Visset *et al.* (13) dans un service de chirurgie générale où une fiche de synthèse est réalisée pour chaque cas et discutée collectivement au cours d'un *staff* hebdomadaire. L'étude des fiches permet d'identifier des facteurs contributifs de complications et de les corriger. Au-delà de la discussion au cas par cas, les fiches de synthèse servent à calculer des indicateurs dont le suivi périodique permet à l'équipe d'améliorer ses résultats (13). Notons que les deux expériences chirurgicales rapportées (12,13) et l'expérience décrite dans une unité d'endoscopie digestive (14) comportent toutes l'association d'une étude qualitative des complications au cas par cas et d'un suivi quantitatif par des indicateurs. Ces deux approches apparaissent complémentaires et correspondent à ce qui est décrit par Hamby *et al.* aux États-Unis (10) et par Seiler en Suisse (11).

Un autre article rapporte le recensement et l'étude du fonctionnement des RMM dans un CHU par un questionnaire adressé aux responsables médicaux des services, départements et unités fonctionnelles cliniques (7). Parmi les 48 départements ou services, 11 avaient organisé des RMM dont cinq services de chirurgie, cinq services de réanimation ou d'anesthésie et un service de médecine. Cette activité existait parfois depuis

longtemps, 20 ans pour les revues les plus anciennes, et répondait à des objectifs de formation ou d'amélioration de la qualité des soins. Les auteurs ont constaté une grande variabilité dans les modes d'organisation et de fonctionnement de ces revues. Les variations portaient sur la périodicité des réunions, d'hebdomadaire à bimestrielle, sur leur durée, de 30 minutes à 2 heures, et sur la participation qui pouvait être restreinte aux médecins (5 cas) ou étendue aux cadres de santé (2 cas), à l'ensemble des personnels paramédicaux (3 cas) ou encore à des médecins extérieurs au service (1 cas). Les médecins qui organisaient ces revues étaient enthousiastes et convaincus de leur utilité mais ils avouaient rencontrer des difficultés liées au manque de temps et au défaut de méthodes pour animer les réunions et analyser les cas. À la suite de ce travail les auteurs ont élaboré des recommandations pour l'organisation des revues de mortalité et morbidité, qui ont été validées par la commission médicale d'établissement (CME) et diffusées dans l'établissement.

Une autre expérience française d'amélioration des soins fondée sur l'analyse systématique et collective des décès est l'intervention de recherche-action réalisée en Seine-Saint-Denis sur le thème de la mortalité périnatale (8). Cette intervention a comporté d'abord une étude épidémiologique de type cas-témoins portant sur tous les décès périnataux survenus dans le département pendant 3 ans, de 1989 à 1992, avec examen par un pathologiste de la plupart des fœtus ou nouveau-nés décédés. Cet audit a permis d'identifier avec beaucoup de précision les causes de décès périnataux et d'adapter les dispositifs de prise en charge des femmes enceintes pour améliorer la prévention des causes évitables (56). Dans un deuxième temps, à partir de 1992, a été mise en place une réunion régulière des professionnels de l'ensemble des maternités du département pour analyser les cas de décès périnataux et identifier les défauts de prise en charge des femmes enceintes pouvant constituer des opportunités d'amélioration. Pendant ces « staffs inter-maternités », qui sont organisés tous les 2 mois, les cas de décès périnataux sont discutés et la question d'éventuelles défaillances du processus de soins est ouvertement évoquée (57). L'analyse des décès a permis d'améliorer la mortalité périnatale dans le département qui est passée de 10,5 0/00 en 1990 à 6,5 0/00 en 1993 selon les données de l'Insee (www.insee.fr), alors que cet indicateur était stable en Seine-Saint-Denis dans les 5 ans précédant l'intervention (8). Cette diminution de la mortalité périnatale a été plus importante en Seine-Saint-Denis que dans les autres départements français au cours de la même période.

Cette expérience d'analyse des décès périnataux en Seine-Saint-Denis paraît exemplaire à plusieurs titres :

- d'abord, la revue de mortalité est organisée à un niveau inter-établissements ce qui est original par rapport aux RMM classiques qui se déroulent au niveau d'un service hospitalier ou d'un établissement. Une telle collaboration inter-établissements sur un thème clinique correspond de fait à un réseau de santé et l'expérience de la Seine-Saint-Denis suggère qu'il puisse être pertinent d'organiser des revues de mortalité et morbidité au niveau d'un réseau de santé ;
- cette expérience a aussi l'avantage d'avoir été évaluée à l'aide d'un indicateur de résultat final, la mortalité périnatale, dont la validité est largement établie. Elle montre ainsi que le fait de s'intéresser aux décès et de débattre collectivement, entre professionnels de santé (entre pairs), des causes de ces décès a un effet mesurable et significatif sur les résultats de santé ;
- l'expérience de la Seine-Saint-Denis montre aussi l'évolution d'une collectivité de professionnels de santé qui a su adhérer à un projet de santé publique puis se doter d'un dispositif d'amélioration des pratiques professionnelles fondé sur l'analyse, en toute transparence, des cas défavorables.

3. Approche systémique

Depuis les travaux de psychologie cognitive réalisés dans les années 70, l'erreur est considérée comme inhérente au raisonnement humain et inéluctable (58-61). Selon James Reason, l'erreur est un écart de performance par rapport à la performance visée (62). Cette définition créée pour le monde industriel permet d'atténuer la responsabilité individuelle classiquement rattachée à l'erreur, et enlève la connotation péjorative associée à ce mot dans l'inconscient collectif professionnel.

La probabilité d'erreur augmente avec la complexité des situations et le contexte d'urgence (58). Les travaux consacrés à la gestion du risque ont montré que les accidents survenus dans les milieux industriels complexes (par exemple les catastrophes de Tchernobyl ou de Bhopal) ne résultent jamais de seules erreurs humaines mais de l'imbrication de nombreuses erreurs en chaîne. Ces erreurs sont aussi des défauts de la structure, appelés erreurs systémiques ou latentes. Elles sont plus difficilement identifiables que les erreurs humaines qui apparaissent comme les causes évidentes, immédiates des accidents. Ces erreurs systémiques ne créent pas d'accidents à elles seules mais sont délétères de façon synergique lorsque surviennent une ou des erreurs humaines, qu'elles

facilitent et dont elles décuplent les conséquences (63,64). Ce concept est illustré par James Reason dans un schéma appelé « dynamique de survenue d'un accident » ou encore « modèle du fromage suisse ». Chaque tranche de ce modèle représente un acteur ou une fonction du système (figure 3).

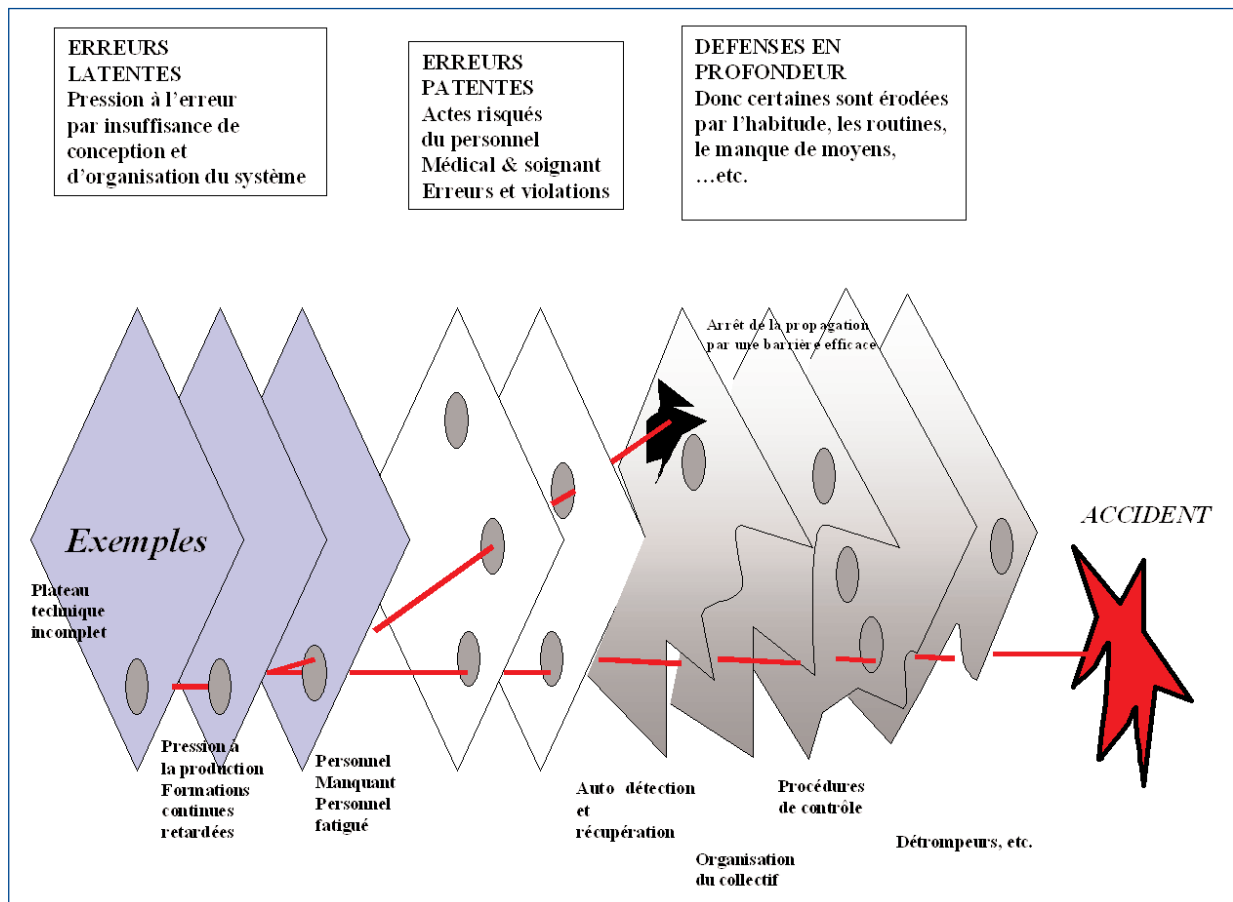


Figure 3. **Modèle de dynamique de survenue d'un accident (ou « en gruyère suisse ») de James Reason, traduit par R. Amalberti (65).**

Ce modèle peut s'appliquer précisément au fonctionnement en établissement de santé :

- au **centre se trouve la plaque des opérateurs** dits « de première ligne », ceux qui assurent la performance de l'entreprise au jour le jour. Il s'agit typiquement du personnel de l'établissement au contact du patient, médecins, infirmier(e)s, aides soignant(e)s, techniciens de tout rang. Toutes ces personnes pratiquent des actes risqués et commettent fréquemment des erreurs ;
- en **aval de l'acte risqué** se trouvent les plaques de défenses en profondeur. Les plaques aval du système sont organisées pour que les actes risqués ne connaissent pas de suites fâcheuses. Les erreurs seront détectées et récupérées, les conséquences seront atténuées. Par exemple, le pharmacien d'officine est chargé de contrôler et de récupérer les éventuelles erreurs de prescription lors de la délivrance du médicament ;
- en **amont de l'acte risqué** se trouvent les plaques relatives à l'organisation structurelle et fonctionnelle du système : on y retrouve les concepteurs et les administrateurs. Si l'outil est mal adapté, si les consignes sont mal données, si les objectifs de travail sont irréalistes, si le personnel et le plateau technique sont insuffisants en nombre ou en qualité, la plaque des opérateurs commettra plus d'actes risqués, et les défenses seront moins efficaces. Reason (63) qualifie d'erreurs latentes toutes les défaillances de ces plaques amont. Les erreurs ne sont pas immédiatement visibles, mais elles encouragent d'autres erreurs et fragilisent le système.

Au final Reason retire de son modèle trois traits qui caractérisent une **approche systémique** :

- **la sécurité d'un système ne repose pas sur l'absence d'erreur des opérateurs** (objectif irréaliste), ni sur un système (de défense en profondeur, ou d'organisation) où une plaque serait totalement sûre à elle seule. La sécurité totale est le produit de l'empilement de plaques, chacune fragile, mais dont l'assemblage est hermétique à la propagation du risque ;
- **de ce fait l'accident ne doit jamais être compris comme la défaillance d'une plaque isolée** : il est toujours la défaillance du système en entier. Inversement, les incidents révèlent la plaque en profondeur qui a réellement tenu (puisque l'accident n'est pas arrivé), et doivent remettre en question non pas tant la plaque d'origine (l'acte risqué), mais surtout toutes les plaques de défenses qui ont cédé ;

- **les défaillances latentes se révèlent presque uniquement lors des enquêtes et des analyses.** Il est difficile de les voir avant, sauf par des audits de sécurité. Elles sont pourtant pour Reason la raison principale des défaillances futures.

Dans un contexte de culture de la faute, la recherche des causes s'arrête souvent à l'étape de l'erreur immédiate, qui met en cause le plus souvent un professionnel de santé (erreur humaine). Cette approche culpabilisante et sanctionnante de l'erreur humaine est vouée à l'échec. En effet la prévention de la récurrence ne peut être efficace que si on repère les facteurs liés au système, d'origine notamment organisationnelle et institutionnelle, sans lesquels l'accident ne serait peut-être pas survenu (approche systémique). L'identification des actions préventives et correctives requiert donc une vision globale des risques et de la sécurité à l'hôpital. « **Comprendre ce qui s'est passé ne signifie pas rechercher un responsable** » (2). Cependant il ne s'agit pas de nier toute erreur humaine volontaire (négligence, sabotage, etc.), appelée faute, qui bien que rare peut exister, et d'en rejeter la responsabilité sur le système. Mais une approche systémique s'attachera à rechercher les raisons ayant conduit à l'existence de cette faute.

L'utilité de l'analyse des défauts du système repose sur un changement de paradigme. Plutôt que de chercher à diminuer le nombre d'erreurs faites par les hommes, elle s'attache à diminuer le nombre d'erreurs systémiques, c'est-à-dire à rendre infaillibles les systèmes dans lesquels travaillent des hommes par nature faillibles. Pour atteindre un niveau de sécurité acceptable, la solution consiste à protéger la chaîne de production des erreurs humaines qui surviendraient malgré tout. Ces protections intégrées dans la chaîne de production sont appelées défenses du système.

Les déclarations et les analyses d'événements qui auraient pu causer un dommage, appelés également presque accidents (ou near-miss, ou close-call dans la littérature anglo-saxonne), sont quant à elles réalisées depuis de nombreuses années dans le monde industriel (aviation et transport aérien, industrie nucléaire, transport par voie ferrée, etc.). L'étude de ceux-ci se développe en santé (66-71).

L'analyse de ces presque accidents possède en effet de nombreux avantages (72) :

- leur analyse est aussi informative que celle des accidents. Elle permet non seulement d'identifier les causes immédiates et profondes de ces événements, mais également les barrières efficaces ayant empêché la survenue de dommages ;
- les stratégies de « récupération » efficaces mises en œuvre par les professionnels (73) peuvent aussi être analysées, développées, renforcées et diffusées, contribuant à l'amélioration de la sécurité et à la prévention des récurrences ;
- les presque accidents sont beaucoup plus fréquents (de 3 à 300 fois plus) qu'un accident grave. Ils garantissent ainsi un matériel d'étude important quel que soit le secteur d'activité ;
- du fait de l'absence de dommage, il existe beaucoup moins de réticences ou de résistances à leur étude par les professionnels. Cela participe au développement d'une culture de sécurité (74,75).

Ces presque accidents sont de même nature que les événements porteurs de risque (EPR) du dispositif de l'accréditation des médecins (16,76) et qui sont définis par les spécialités dites « à risque » au sein de leur organisme agréé pour l'accréditation. Cela ouvre ainsi la possibilité d'étudier en RMM les EPR définis par une spécialité dite « à risque » et permet d'assurer un point de convergence entre un dispositif national (l'accréditation des médecins) et des démarches locales et transversales (les RMM).

L'analyse des dysfonctionnements (et la recherche des causes) fait partie intégrante des RMM depuis longtemps (77). Elle était documentée en 2001 dans au moins cinq publications (78).

Le type de méthode à utiliser dépend de la complexité du cas analysé et de la compétence des utilisateurs. La revue de la littérature permet d'en identifier plusieurs utilisables dans le secteur de la santé. Une revue systématique de la littérature sur le sujet a été réalisée récemment (79). Ces méthodes sont des adaptations des méthodes développées pour le secteur industriel (80), elles permettent une analyse très complète des événements mais nécessitent une formation à leur utilisation.

Parmi les plus connues :

- la méthode développée par le département de psychologie de l'*University College* de Londres et l'*Association of Litigation and Risk Management* (ALARM) pour l'investigation et l'analyse des incidents cliniques (29,81). Elle est utilisée pour l'analyse d'accidents médicaux graves, ou de « presque accidents » ou d'événements exemplaires en termes d'enseignements tirés à l'issue de l'analyse.

La méthode est développée par l'équipe de Charles Vincent (département de psychologie de l'*University College* de Londres) pour l'analyse d'événements iatrogènes graves lors de la revue de dossiers médicaux (81). De nombreux exemples d'utilisation de cette méthode sur des cas réels ont été décrits (82-86) ;

- la méthode développée par la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO, États-Unis) pour l'identification et l'analyse des causes des événements sentinelles qui sont des événements graves ou potentiellement graves (87-89) ;
- la méthode développée par le *National Center for Patient Safety de la Veterans Administration* (États-Unis) pour l'analyse d'événements indésirables identifiés dans le cadre d'un système de signalement qui utilise une méthode d'analyse approfondie de type recherche de causes racines (90) associée à une méthode agrégeant les causes racines pour des événements fréquents (91).

Il existe également en France des initiatives pour la promotion de démarches qui utilisent une approche systémique pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, on peut citer par exemple :

- les comités de retour d'expérience (CREX), initiés suite à un partenariat entre l'Institut national du cancer (INCa) et la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH) pour accompagner 40 centres de radiothérapie dans l'amélioration de leurs organisations en termes de sécurité et de qualité (www.meah.gouv.fr). L'approche développée dans les CREX peut également probablement s'appliquer à d'autres spécialités médicales et à toutes les étapes d'un parcours de soins (voir aussi le complément d'information en fin de chapitre).
- les revues des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés (REMED) actuellement en cours de développement par la Société française de pharmacie clinique (SFPC) (<http://adiph.org/sfpc>). Elles ciblent la prise en charge thérapeutique des patients hospitalisés, résidents ou ambulatoires, marquée par la survenue d'une erreur (voir aussi le complément d'information en fin de chapitre) (92,93).

Toutes ces méthodes « systémiques » adoptent une démarche commune avec une description de l'évènement, une recherche des causes immédiates en identifiant l'étape du processus de soins concernée et les acteurs, puis des causes latentes en explorant les différentes dimensions du système de soins (ressources humaines, procédures, conditions de travail, organisation, communication). Chaque méthode propose des outils pour faciliter et standardiser l'investigation des événements : questionnaires pour explorer les erreurs latentes, check-lists, outils de hiérarchisation des causes.

Au Québec a été développée la méthode *Recuperare-Santé*, transposition en santé du modèle *Recuperare* de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) qui associe à une recherche systémique des causes une analyse approfondie de la gestion de l'incident/accident, c'est-à-dire de la « récupération » pour rétablir la situation lorsque l'incident/accident est détecté (30). En RMM une étude de cette « récupération » (cf. annexe 3) peut apporter des éléments pertinents lors de la discussion d'un cas sélectionné. « *En effet l'importance des conséquences n'est pas seulement en lien direct avec les causes de l'erreur ou de la défaillance mais aussi avec les capacités de récupération du système technique et humain. Cette phase de récupération doit donc faire l'objet d'analyses précises car des améliorations peuvent être apportées dans ce domaine tout autant que dans la réduction des causes à l'origine des problèmes* » (communication de N. Marcellis-Warin au 3^e congrès de l'Association française des gestionnaires de risques sanitaires (Afrgris), 14 octobre 2004, Paris : <http://www.afgris.asso.univ-paris7.fr/congres2004.htm>).

Les autres outils connus de la qualité ou de gestion des risques, comme le diagramme causes effet (ou diagramme d'Ishikawa ou des 5M), le QQQQCP (qui, quoi, où, quand, comment, pourquoi), l'analyse de processus, l'arbre des causes, etc. permettent une description des processus impliqués dans la survenue des événements et sont à ce titre vraisemblablement utiles pour l'analyse des causes de la plupart des événements (5).

Cependant, les connaissances dans les domaines de la sécurité et de la compréhension des accidents progressent et les modèles théoriques explicatifs correspondants sont en constante évolution. Ainsi Hollnagel a développé une méthode appelée *Functional Resonance Accident Model* (FRAM) qui ne repose plus sur un modèle linéaire simple (modèle séquentiel de type « domino ») ou complexe (modèle dit du « fromage suisse » de Reason), mais sur un modèle non linéaire mieux adapté aux systèmes complexes qui associent des niveaux technique, humain et organisationnel. Ce modèle postule notamment que les accidents peuvent résulter d'une combinatoire inattendue (appelée aussi « résonance fonctionnelle » par analogie avec le phénomène physique de résonance stochastique) des performances normales, mais intrinsèquement variables, des fonctions humaines et organisationnelles du système concerné (94).

En conclusion, il faut retenir que la démarche systémique proposée dans la première partie de ce document (cf. Comment se déroule une RMM ? et annexes 2, 3, 4) et qui reprend les concepts développés dans les méthodes ALARM et *Recuperare-Santé* (29,30,81) sera le plus souvent suffisante pour mener à bien une analyse de bonne qualité par les équipes médico-soignantes. Par contre, si la discussion du cas laisse suspecter des défaillances multiples et/ou complexes, il est alors recommandé de faire appel à une méthode plus élaborée, mais aussi plus complexe et plus consommatrice de temps. L'aide de la structure de gestion des risques de l'établissement pour

la mise en œuvre de cette méthode peut alors être utile pour les professionnels ne maîtrisant pas, ou mal, cette méthode ou ne disposant pas du temps nécessaire pour la conduire.

Dans tous les cas, une approche systémique permet, en mettant en évidence les forces et les vulnérabilités d'un « système », d'en tirer les enseignements nécessaires pour se projeter dans l'avenir pour agir afin de prévenir les récurrences. **L'enjeu de cette approche systémique est donc double : mener une analyse rétrospective de la mortalité-morbidité réelle (décès ou complications) et/ou potentielle ("near-miss"), en y associant une démarche prospective d'amélioration de la sécurité grâce à la mise en œuvre d'un plan d'action (4).**

4. Place de l'anatomo-pathologiste et de l'autopsie scientifique

La revue d'un décès et l'interrogation sur la qualité de la prise en charge s'appuient sur la connaissance des mécanismes morbides ayant conduit au décès. Il apparaît donc légitime de se poser la question de la contribution de l'anatomo-pathologiste et de l'autopsie scientifique pour éclairer la réflexion des revues de mortalité et morbidité.

► Apport des autopsies à la compréhension d'un décès

Toutes les études montrent l'intérêt persistant des autopsies, malgré les progrès des techniques d'imagerie et d'investigation. Une revue récente des séries autopsiques rapportant le taux d'erreurs détectées et sélectionnées sur des critères très précis fait bien le point sur la question (95). Quarante-cinq études ont été identifiées. Le taux médian d'erreurs de type I (qui auraient pu, si détectées, modifier le pronostic) est de 9 %. La conclusion des auteurs est que ce taux reste encore suffisamment haut pour encourager les établissements à continuer à pratiquer des autopsies. Certaines études (77,96) ont montré en cas d'autopsie, une confirmation du diagnostic dans 83 % des cas, un nouveau diagnostic complémentaire dans 90 % des cas. La prise en charge du patient aurait été modifiée dans 25 % des cas si ce diagnostic avait été connu. Dans une étude américaine récente (97), sur 158 patients traumatisés décédés, 153 ayant eu une autopsie (97 %), le taux d'erreur dite de type I (erreur qui, si elle avait été détectée, aurait pu changer l'évolution) était de 13 %.

► Fréquence des autopsies

Si le bénéfice de l'autopsie est bien documenté, il est non moins évident que la fréquence de l'autopsie a considérablement baissé dans tous les pays développés depuis plusieurs décennies. Aux États Unis, la régression est régulière depuis 30 ans, passant selon les publications, de 16 % à 40 % d'autopsies des décès hospitaliers dans les années 60 à 6 % en 1994 (98).

En France, une statistique précise de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) montre, dans ses établissements franciliens, une diminution comparable sur une période plus récente, le taux d'autopsies passant de 13 % des décès hospitaliers en 1993 à 2 % en 2001 (99).

La diminution de la pratique des autopsies apparaît donc générale et internationale et relève de causes multiples parmi lesquelles peuvent être citées :

- la diminution du besoin ressenti par les cliniciens qui, en raison des progrès des techniques d'investigation (imagerie, biologie, etc.) disposent de plus en plus d'informations sur le patient ;
- la réticence à affronter les familles dans un processus de demande rendu nécessaire à notre époque de transparence ;
- la faible volonté des anatomo-pathologistes qui sont peu nombreux, l'autopsie étant un acte long, non valorisé et peu valorisant ;
- et accessoirement, les réticences religieuses et les cas qui font l'objet d'une procédure médico légale.

Au final il existe des arguments scientifiques en faveur de la réalisation d'autopsies, et de leur apport potentiel à des processus d'amélioration des pratiques. Plusieurs expériences ont montré l'intérêt d'impliquer un anatomo-pathologiste dans les revues d'analyse des décès (8,100). De ce fait, il pourrait être souhaité de promouvoir les autopsies hospitalières ou, au moins, de maintenir les taux d'autopsie au niveau actuel.

Dans un futur peut être proche, il est possible que des autopsies « virtuelles » effectuées au moyen de techniques d'imagerie sophistiquées (scanner 3D, résonance magnétique nucléaire (RMN), analyse des tissus, etc.) puissent remplacer, au moins partiellement, les techniques invasives actuelles (101).

5. Compléments d'information

Comité (ou cellule) de retour d'expérience (CREX)

(source : Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer : FNCLCC)

Le comité (ou cellule) de retour d'expérience – CREX est un outil de pilotage et de management interne de la sécurité, c'est une démarche dynamique de partage du retour d'expérience s'intégrant dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité.

Historiquement, en 2005 sous l'impulsion de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH) et de trois centres de lutte contre le cancer volontaires : centre Paul Papin, centre Oscar-Lambret et l'institut Gustave-Roussy, une démarche CREX inspirée des méthodes de la sécurité en transport aérien a pu être mise en œuvre et validée en radiothérapie. Depuis, plus de 50 départements de radiothérapie ont retenu le CREX comme un des outils de leur système de management de la sécurité (démarche à l'initiative de l'établissement ou accompagnée par la MeaH ou l'Institut national du cancer : INCa).

Les situations analysées sont des événements mineurs sources de dysfonctionnement organisationnel sans nécessairement de conséquence sur le patient. Ces événements parfois porteurs de risque sont qualifiés de précurseurs. La démarche CREX permet la mise en œuvre d'actions correctives à partir de l'analyse d'événements précurseurs, c'est une démarche prospective d'amélioration de la sécurité. Cette approche de gestion des risques a priori (CREX à partir de précurseurs) doit rendre l'organisation robuste et tolérante aux défaillances humaines.

La démarche CREX - instance d'écoute et de décisions doit être affirmée par le chef de service qui peut soit animer lui-même le CREX, soit en confier l'animation à un de ses confrères.

L'engagement de la direction, la modestie de l'approche, la capacité d'écoute, la collecte des événements, la pertinence de l'analyse ainsi que la capacité de l'organisation à mettre en œuvre les actions correctives sont les garants d'un CREX performant et pérenne.

L'organisation des réunions s'appuie sur des règles simples et rigoureuses.

Le (ou la) CREX se réunit sur la base d'une réunion mensuelle. Cette réunion de décision et de suivi des actions correctives fonctionne hors hiérarchie et est nécessairement pluriprofessionnelle (en radiothérapie : secrétaire, radiothérapeute, physicien, dosimétriste, manipulateurs, cadre + responsable qualité). L'outil proposé d'analyse systémique de niveau 1 (ORION®) permet de confier au pilote de l'analyse – choisi parmi les professionnels du département – l'analyse de l'événement exemplaire. L'identification des principaux facteurs contributifs techniques, organisationnels, humains ou environnementaux ainsi que des facteurs influents lui permet de proposer des actions correctives acceptables par les acteurs.

Articulation avec la RMM : le CREX peut être envisagé comme une RMM spécifiquement centrée sur les événements ayant eu (ou qui auraient pu aboutir à) une conséquence de nature médicale (impactant l'état du patient).

Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés (REMEDI)

(source Société française de pharmacie clinique : SFPC)

Équivalent anglo-saxon : Medication errors review

La revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés – REMEDI – est une méthode d'amélioration de la qualité des soins et de prévention du risque iatrogène médicamenteux. Elle concourt à optimiser l'organisation de la prise en charge thérapeutique des malades au cours de laquelle le médicament et le dispositif médical éventuellement associé sont utilisés.

Elle cible le processus et les interfaces relatifs à la prise en charge médicamenteuse des malades hospitalisés, résidents ou ambulatoires, marquée par la survenue d'une erreur. L'objectif de la REMEDI est de l'analyser ainsi que ses conséquences éventuelles chez le malade afin de mettre en place des actions évitant sa réapparition. Par conséquent, la REMEDI se distingue de la revue de morbidité-mortalité par son domaine d'investigation. Si elle en suit le principe et en adopte la démarche, elle est une méthode spécialisée plus approfondie car un ensemble d'outils facilitateurs de l'approche d'une erreur liée au médicament y sont décrits et sont utilisables par les participants à une REMEDI.

Quel que soit le mode d'institutionnalisation de la démarche dans l'établissement (EPP, gestion des risques, programme de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse), organiser une REMEDI comporte quelques passages obligés, communs aux revues de morbi-mortalité, dont la mise en œuvre constitue un facteur de réussite : adoption de modalités de repérage et de sélection des cas, identification des participants aux réunions en veillant

à leur transdisciplinarité (médecins, pharmaciens, soignants, qualitiens, etc.), désignation d'un responsable du groupe, traçabilité des analyses et des conclusions, identification des destinataires de l'information, accompagnement des professionnels impliqués dans la survenue d'une erreur, définition des règles d'archivage des documents et notamment du compte rendu d'analyse approfondie du cas, suivi de la mise en œuvre des mesures d'amélioration.

La démarche d'une REMED est détaillée dans un manuel disponible et téléchargeable sur le site de la Société française de pharmacie clinique (<http://adiph.org/sfpc/erreurmedicamenteuse.html>).

Pour rendre objective et factuelle la production du groupe de réflexion, il est recommandé d'enchaîner les étapes de la façon suivante : reconstituer la chronologie des faits par un entretien individuel ou collectif, repérer les documents utiles à l'explication des événements, caractériser l'erreur médicamenteuse, valider ces premières données pour rechercher le consensus sur le déroulement des faits, diagnostiquer les causes et les facteurs contributifs, construire le scénario qui prend en compte la chronologie, les causes profondes et les causes immédiates, les actions de rattrapage et les conséquences résiduelles pour le patient, hiérarchiser les causes, identifier, prioriser et mettre en œuvre les mesures d'amélioration, évaluer leur mise en œuvre.

Utiliser l'erreur comme un outil pédagogique apprenant est un défi culturel. La mise en œuvre d'une revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés exige une forte capacité à mener des actions de la part des directions médicales et de soins et un management de haut niveau capable d'impliquer les professionnels de santé dans la conception et la conduite du projet.

Articulation avec la RMM : la REMED peut être envisagée comme une RMM spécifiquement centrée sur les erreurs médicamenteuses avec ou sans conséquence impactant l'état du patient.

Recherche documentaire

Sources d'information

Bases de données bibliographiques automatisées :

- Medline (*National Library of Medicine*, États-Unis) ;
- Pascal (CNRS-INIST, France).

Autres sources :

- *Cochrane Library* (Grande-Bretagne) ;
- *National guideline clearinghouse* (États-Unis) ;
- *HTA Database* (*International Network of Agencies for Health Technology Assessment* - INAHTA) ;
- sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- BDSP (Banque de données en santé publique, Rennes) ;
- Internet : moteurs de recherche.

Stratégie de recherche

Tableau 1. Stratégie de recherche documentaire

Type d'étude/Sujet	Période de recherche
Termes utilisés (toutes bases confondues)	
Morbidity mortality conference OU Mortality morbidity committee* [texte] OU Revue Mortalité morbidité [texte] OU Réunion morbidité mortalité [texte]	01/2000 - 12/2008
Nombre de références obtenues	28 références

En complément :

- les revues suivantes ont été dépouillées jusqu'en janvier 2009 :BMJ, JAMA, New England Journal of Medicine, Lancet, Archives of Internal Medicine, Gestions Hospitalières, International Journal for Quality in Health Care ; Joint commission Journal on Quality Improvement, Presse Médicale, Quality and Safety in Health Care.
- la bibliographie a été enrichie par l'exploitation des articles analysés et par l'apport de documents fournis par les groupes de travail et de lecture.

Références bibliographiques

(par ordre d'apparition dans le texte)

1. Vidal-Trécan G, Christoforov B, Papiernik E. Revues de mortalité-morbidité dans un hôpital universitaire : évaluation de l'efficacité d'une intervention pour leur diffusion. *Presse Méd* 2007;36(10 pt 1):1378-84.
2. Chevalier P. Les revues d'analyse des accidents médicaux : quelles incidences sur la responsabilité pénale des médecins et soignants ? *Rev Droit Sanit Soc* 2008;(6):1080-7.
3. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320(7237):768-70.
4. Vincent CA. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes [editorial]. *Qual Saf Health Care* 2004;13(4):242-3.
5. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris: Anaes; 2000.
6. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Paris: Anaes; 2003.
7. Bertrand D, François P, Bordenet M, Labarère J, Peyrin JC. Les réunions de mortalité et morbidité à l'hôpital. Initiatives d'un hôpital universitaire et revue de la littérature. *J Econ Méd* 2000;18(2):75-84.
8. Papiernik E, Bucourt M, Zeitlin J, Senanedj P, Topuz B. Évolution de la régionalisation des soins périnataux dans le département de la Seine-Saint-Denis de 1989 à 1999. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 2001;30(4):338-43.
9. Décision n° 2007.10.035/EPP du 7 novembre 2007 relative aux modalités de mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles. *Journal officiel* 2008;3 janvier.
10. Hamby LS, Birkmeyer JD, Birkmeyer C, Alksnitis JA, Ryder L, Dow R. Using prospective outcomes data to improve morbidity and mortality conferences. *Curr Surg* 2000;57(4):384-8.
11. Seiler RW. Principles of the morbidity and mortality conference. *Acta Neurochir Suppl* 2001;78:125-6.
12. Mellièrè D, Cavillon A, Qvarfordt P, Desgranges JP, Becquemin JP. Les auto-évaluations collectives en chirurgie vasculaire. Indispensable levier de l'optimisation des résultats. *Chirurgie* 1996;121(5):387-92.
13. Visset J, Paineau J, Letessier E, Hamelin E, Hamy A, Courant O. Evaluation de la qualité des soins dans un service de chirurgie générale. *Chirurgie* 1993;119(4):216-9.
14. Denis B, Ben Abdelghani M, Peter A, Weiss AM, Bottlaender J, Goineau J. Deux années de réunions de mortalité et de morbidité dans une unité hospitalière d'endoscopie digestive. *Gastroenterol Clin Biol* 2003;27(12):1100-4.
15. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Amalberti R, Gremion C, Auroy Y, Michel P, Salmi R, et al. Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. *Études et Résultats* 2007;(584).
16. Décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé. *Journal officiel* 2006;23 juillet.
17. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. *Journal officiel* 1978;7 janvier:227.
18. Institute for Healthcare Improvement. IHI global trigger tool for measuring adverse events 2007. <<http://www.whin.org/Documents/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper2008.pdf>> [consulté le 5-12-2008].
19. Goel A, MacLean CD, Walrath D, Rubin A, Huston D, Jones MC, et al. Adapting root cause analysis to chronic medical conditions. *Jt Comm J Qual Saf* 2004;30(4):175-86.
20. Griffin FA, Classen DC. Detection of adverse events in surgical patients using the Trigger Tool approach. *Qual Saf Health Care* 2008;17(4):253-8.
21. Resar RK, Rozich JD, Simmonds T, Haraden CR. A trigger tool to identify adverse events in the intensive care unit. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;32(10):585-90.
22. Sharek PJ, Horbar JD, Mason W, Bisarya H, Thurm CW, Suresh G, et al. Adverse events in the neonatal intensive care unit: development, testing, and findings of an NICU-focused trigger tool to identify harm in North American NICUs. *Pediatrics* 2006;118(4):1332-40.
23. Rozich JD, Haraden CR, Resar RK. Adverse drug event trigger tool: a practical methodology for measuring medication related harm. *Qual Saf Health Care* 2003;12(3):194-200.
24. Marty J. Organisation - qualité - gestion du risque en anesthésie-réanimation. Paris: Masson; 2003.
25. McKenzie AG. Mortality associated with anaesthesia at Zimbabwean teaching hospitals. *S Afr Med J* 1996;86(4):338-42.
26. Davenport DL, Henderson WG, Mosca CL, Khuri SF, Mentzer RM. Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical teams but not with scale measures of teamwork climate, safety climate, or working conditions. *J Am Coll Surg* 2007;205(6):778-84.
27. Harbison SP, Regehr G. Faculty and resident opinions regarding the role of morbidity and mortality conference. *Am J Surg* 1999;177(2):136-9.

28. Campbell WB. Surgical morbidity and mortality meetings. *Ann R Coll Surg Engl* 1988;70(6):363-5.
29. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *BMJ* 2000;320:777-81.
30. De Marcellis-Warin N. Analyse des incidents-accidents liés aux soins au Québec : le modèle Recuperare-Santé. *Risques et Qualité*. 2005;2(3):145-54.
31. François P, Labarère J. Les processus d'évaluation et d'amélioration des pratiques médicales au Québec. *Presse Méd* 2001;30(5):224-8.
32. François P, Mallaret MR, Shum J, Danel V. Expérience de gestion intégrée de la qualité et des risques sanitaires. *Gest Hosp* 2003;422:72-3.
33. François P, Mallaret MR, Shum J, Danel V, Pouzol P. Une expérience de coordination de la gestion des risques sanitaires dans un centre hospitalo-universitaire [lettre]. *Risques Qualité* 2004;(2):45-7.
34. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
35. Haute Autorité de Santé. Charte médecins - établissement de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.
36. Wachter RM, Shojanian KG, Saint S, Markowitz AJ, Smith M. Learning from our mistakes: quality grand rounds, a new case-based series on medical errors and patient safety [editorial]. *Ann Intern Med* 2002;136(11):850-2.
37. Aboumatar HJ, Blackledge CG, Dickson C, Heitmiller E, Freischlag J, Pronovost PJ. A descriptive study of morbidity and mortality conferences and their conformity to medical incident analysis models: results of the morbidity and mortality conference improvement study, phase 1. *Am J Med Qual* 2007;22(4):232-8.
38. Gignon M, Pibarot ML, Sfez M, Papo F, Chainé FX, Dubois G, et al. Revue de mortalité et de morbidité (RMM) : apports et freins. *J Chir* 2008;145(4):350-4.
39. Berwick DM. Lessons from developing nations on improving health care. *BMJ* 2004;328(7448):1124-9.
40. National Center for Patient Safety, United States Department of Veterans Affairs. Triage cards™2009. <<http://www.va.gov/NCPS/CogAids/Triage/index.html>> [consulté le 19-2-2009].
41. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Boston: The Merrymount Press; 1910.
42. Orlander JD, Barber TW, Fincke BG. The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error. *Acad Med* 2002;77(10):1001-6.
43. O'Connell PR, Kirwan WO, Brady MP, O'Donnell JA. Surgical audit: the value of a morbidity and mortality conference. *Ir J Med Sci* 1988;157(4):100-3.
44. Olt F, Wilson D, Ron A, Soffel D. Quality improvement through review of inpatient deaths. *J Healthc Qual* 1997;19(1):12-8.
45. Baele PL, Veyckemans FA, Gribomont BF. Mortality and morbidity conferences in a teaching anesthesia department. *Acta Anaesth Belg* 1991;42(3):133-47.
46. Beguin C, Roger France F, Ninane J. Systematic analysis of in-patients' circumstances and causes of death: a tool to improve quality of care. *Int J Qual Health Care* 1997;9(6):427-33.
47. Pichlmaier H, Wolters U. Mortalitäts- und morbiditätskonferenz. Perioperative todesfälle. *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd* 1991;333-9.
48. Bonsanto MM, Hamer J, Tronnier V, Kunze S. A complication conference for internal quality control at the Neurosurgical Department of the University of Heidelberg. *Acta Neurochir Suppl* 2001;78:139-45.
49. Robertson S, Parker G, Byrne S, Wright M. An exploration of the quality of peer review group activities within Australasia. *Aust N Z J Psychiatry* 1996;30(5):660-6.
50. Stekelenburg J, van Roosmalen J. The maternal mortality review meeting: experiences from Kalabo District Hospital, Zambia. *Trop Doct* 2002;32(4):219-23.
51. Coria-Soto I, Zambrana-Castañeda M, Reyes-Zapata H, Salinas-Martinez AM. Comparison of two methods for the discrimination of avoidable perinatal deaths. *J Perinat Med* 1997;25(2):205-12.
52. Kinzie JD, Maricle RA, Bloom JD, Leung PK, Goetz RR, Singer CM, et al. Improving quality assurance through psychiatric mortality and morbidity conferences in a university hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43(5):470-4.
53. Berthold LD, Hoppe M, König H, Saar B, Wagner HJ, Lorenz W, et al. Mortalitäts- und morbiditätskonferenz in der radiologie. *Fortschr Röntgenstr* 1998;169(6):585-9.
54. Assistance publique-hôpitaux de Paris, Pibarot ML, Papiernik E. Optimiser la sécurité du patient. *Revue de mortalité-morbidité*. Paris: AP-HP; 2006.
55. Thompson JS, Prior MA. Quality assurance and morbidity and mortality conference. *J Surg Res* 1992;52(2):97-100.
56. Bucourt M, Papiernik E. Périnatalité en Seine-Saint-Denis : savoir et agir. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1998.
57. Papiernik E, Bucourt M. Information périnatale : intérêt du certificat de santé expérimental de Seine-Saint-Denis. *Gynécol Obstét Fertil* 2003;31(2):166-70.

58. Rasmussen J, Jensen A. Mental procedures in real-life tasks: a case study of electronic trouble shooting. *Ergonomics* 1974;17(3):293-307.
59. Gawron VJ, Drury CG, Fairbanks RJ, Berger RC. Medical error and human factors engineering: where are we now? *Am J Med Qual* 2006;21(1):57-67.
60. Hughes G, Kornowa-Weichel M. Whose fault is it anyway? A practical illustration of human factors in process safety. *J Hazard Mater* 2004;115(1-3):127-32.
61. Sheridan TB. Risk, human error, and system resilience: fundamental ideas. *Hum Factors* 2008;50(3):418-26.
62. Reason J. *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
63. Reason J. *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Ashgate; 1997.
64. Spencer FC. Human error in hospitals and industrial accidents: current concepts. *J Am Coll Surg* 2000;191(4):410-8.
65. Amalberti R, Pibarot ML. La sécurité du patient revisitée avec un regard systémique. *Gest Hosp* 2003;422:18-25.
66. Grant MJC, Larsen GY. Effect of an anonymous reporting system on near-miss and harmful medical error reporting in a pediatric intensive care unit. *J Nurs Care Qual* 2007;22(3):213-21.
67. Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19(2):145-50.
68. Kaplan HS. Getting the right blood to the right patient: the contribution of near-miss event reporting and barrier analysis. *Transfus Clin Biol* 2005;12(5):380-4.
69. Lundy D, Laspina S, Kaplan H, Rabin Fastman B, Lawlor E. Seven hundred and fifty-nine (759) chances to learn: a 3-year pilot project to analyse transfusion-related near-miss events in the Republic of Ireland. *Vox Sang* 2007;92(3):233-41.
70. Stella J, Davis A, Jennings P, Bartley B. Introduction of a prehospital critical incident monitoring system: pilot project results. *Prehosp Disaster Med* 2008;23(2):154-60.
71. Shaw R, Drever F, Hughes H, Osborn S, Williams S. Adverse events and near miss reporting in the NHS. *Qual Saf Health Care* 2005;14(4):279-83.
72. Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ* 2000;320(7237):759-63.
73. Henneman EA, Gawlinski A. A "near-miss" model for describing the nurse's role in the recovery of medical errors. *J Prof Nurs* 2004;20(3):196-201.
74. McCafferty MH, Polk HC. Addition of "near-miss" cases enhances a quality improvement conference. *Arch Surg* 2004;139(2):216-7.
75. Wagner LM, Capezuti E, Ouslander JG. Reporting near-miss events in nursing homes. *Nurs Outlook* 2006;54(2):85-93.
76. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. *Journal officiel* 2004;17 août.
77. Westerling R. Studies of avoidable factors influencing death: a call for explicit criteria. *Qual Health Care* 1996;5(3):159-65.
78. Moty C, Michel P. Organisation et méthodes de travail des comités d'analyse des décès : revue d'expériences. *Presse Méd* 2001;30(6):259-63.
79. Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S, Vincent C. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. *Health Technol Assess* 2005;9(19).
80. ElBardissi AW, Wiegmann DA, Dearani JA, Daly RC, Sundt TM. Application of the human factors analysis and classification system methodology to the cardiovascular surgery operating room. *Ann Thorac Surg* 2007;83(4):1412-8.
81. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents. The London protocol 2004. <http://www.cpssq.org/Publications/Resources/Resources%20Incident%20analysis/LP_English.pdf> [consulté le 14-1-2009].
82. Clément A, Savagner C, Abbey H, Winer N. Cas de malaise grave subit du nouveau-né en salle de naissance. *Risques Qualité* 2006;3(1):54-7.
83. Darmon MJ, Collomp R, Herrou F, Rivot N, Santini J, Quaranta JF. Une erreur de médication liée à une mauvaise technique d'administration. Une élève infirmière en grande difficulté. *Risques Qualité* 2005;2(4):249-53.
84. Darmon MJ, Canivet N, Rocher F, Auben F, Guerin O, Schneider S, et al. Voie entérale ou parentérale ? Danger !!! *Risques Qualité* 2008;5(4):231-4.
85. De Gaudemar I, Estève C, Sfez M, Hamza J. Hémorragie post-adénoïdectomie : analyse des incidents. *Risques Qualité* 2004;(2):35-40.
86. De Saint-Maurice G, Stainmesse E, Amamou N, Vacher A, Barbrel P, Auroy Y. Séquences et conséquences d'un surdosage en insuline. *Risques Qualité* 2008;5(2):103-5.
87. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Preventing adverse events in behavioral health care: a systems approach to sentinel events. Oakbrook Terrace: JCAHO; 2001.
88. Berry K, Krizek B. Root cause analysis in response to a "near miss". *J Healthc Qual* 2000;22(2):16-8.
89. Percarpio KB, Watts BV, Weeks WB. The effectiveness of root cause analysis: what does the literature tell us? *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008;34(7):391-8.

90. Bagian JP, Gosbee J, Lee CZ, Williams L, McKnight SD, Mannos DM. The Veterans Affairs root cause analysis system in action. *Jt Comm J Qual Improv* 2002;28(10):531-45.
91. Neily J, Ogrinc G, Mills P, Williams R, Stalhandske E, Bagian J, et al. Using aggregate root cause analysis to improve patient safety. *Jt Comm J Qual Saf* 2003;29(8):434-9.
92. Société française de pharmacie clinique, Schmitt E, Antier D, Bernheim C, Dufay E, Husson MC, Tissot E. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. 1^e édition. Pessac: SFPC; 2006.
93. Société française de pharmacie clinique. Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés - REMED. Une méthode d'amélioration de la qualité 2008. <http://www.adiph.org/sfpc/Manuel_de_la_REMED_Version_2008.pdf> [consulté le 19-2-2009].
94. Hollnagel E. Barriers and accident prevention. Aldershot: Ashgate; 2004.
95. Shojania KG, Burton EC, McDonald KM, Goldman L. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time. A systematic review. *JAMA* 2003;289(21):2849-56.
96. Blosser SA, Zimmerman HE, Stauffer JL. Do autopsies of critically ill patients reveal important findings that were clinically undetected? *Crit Care Med* 1998;26(8):1332-6.
97. Ong AW, Cohn SM, Cohn KA, Jaramillo DH, Parbhu R, McKenney MG, et al. Unexpected findings in trauma patients dying in the intensive care unit: results of 153 consecutive autopsies. *J Am Coll Surg* 2002;194(4):401-6.
98. Sinard JH. Factors affecting autopsy rates, autopsy request rates, and autopsy findings at a large academic medical center. *Exp Mol Pathol* 2001;70(3):333-43.
99. Faut-il mettre en place des comités d'analyse des décès dans nos hôpitaux ? (Table ronde). *Presse Méd* 2001;30(6):271-7.
100. Lozen YM, Cassin BJ, Ledgerwood AM, Lucas CE. The value of the medical examiner as a member of the multidisciplinary trauma morbidity-mortality committee. *J Trauma* 1995;39(6):1054-7.
101. Thali MJ, Yen K, Vock P, Ozdoba C, Kneubuehl BP, Sonnenschein M, et al. Image-guided virtual autopsy findings of gunshot victims performed with multi-slice computed tomography (MSCT) and magnetic resonance imaging (MRI) and subsequent correlation between radiology and autopsy findings. *Forensic Sci Int* 2003;138(1-3):8-16.

Remerciements

Le projet revue mortalité morbidité a été piloté pour la Haute Autorité de Santé par le Dr Bruno Bally et Mme Marie Erbault, chefs de projet, avec l'aide d'un groupe projet et en collaboration avec un groupe de travail (2008).

Ce document a été élaboré à partir d'une première version rédigée (mais non publiée) en 2004 par le Pr Patrice François, chargé de projet Anaes, assisté d'un groupe de travail (2004) et d'un travail de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris dirigé par le Dr Marie Laure Pibarot et le Pr Emile Papiernik (54).

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle Blondet avec l'aide de Mme Sylvie Lascols du service documentation de la HAS.

Merci à Frédérique Pothier (service évaluation et amélioration des pratiques, HAS) et à Raymond Le Moign (direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS) pour la relecture attentive de ce document et le soutien de ce projet, à Alexandre Biosse-Duplan (mission relations associations de patients et d'usagers, Haute Autorité de Santé) pour ses commentaires avisés et à Mme Karima Nicola, assistante, pour son aide à la gestion du projet RMM.

Ce guide a été approuvé, avant diffusion, par le Collège de la Haute Autorité de Santé lors de sa séance du **6 mai 2009**.

Participants

Groupe de projet

Dr Bruno Bally, chef de projet (HAS/SEVAM), pilote projet RMM

Mme Marie Erbaut, chef de projet (HAS/UPP), pilote projet RMM

Mlle Caroline Abelmann, juriste (HAS/SEVAM)

Pr René Amalberti, conseiller sécurité des soins (HAS/mission prospective et recherche)

Mme Marie Bernadi, juriste (HAS/mission juridique)

Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste (HAS/service documentation)

Dr Christian Boissier, chef de projet (HAS/SEVAM)

Pr Patrice François, responsable du département de veille sanitaire (pôle santé publique, CHU de Grenoble)

Mme Sylvie Lascols, assistante-documentaliste (HAS/service documentation)

Dr Marie-Laure Pibarot, praticien hospitalier, coordination gestion des risques (direction de la politique médicale de l'AP-HP, Paris)

Dr Isabelle Rullon, chef de projet HAS (HAS/développement de la certification)

Mlle Ariane Sachs, juriste (HAS/SEVAM)

Mlle Céline Schnebelen, chef de projet (HAS/SEVAM)

Mme Christine Vincent, juriste (HAS/mission juridique)

Dr Patrick Werner, chef de projet (HAS/SEVAM)

Groupe de travail (HAS, 2008)

Les organisations professionnelles, les fédérations, institutions et le CISS, ont désigné leurs représentants au groupe de travail.

Représentants des organismes professionnels

Dr Yves Auroy (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation)

Dr Jacques Birgé (Regroupement des Sociétés Savantes de Médecine Générale)

Dr Olivier Charrois (ORTHORISQ)

Dr Christian Delaunay (ORTHORISQ)

Mme Edith Dufay (Société Française de Pharmacie Clinique)

Mme Marie-Françoise Dumay (Société Française de Gestion des Risques en Établissement de Santé)

Mme Elisabeth Emonet (Association Française des Directeurs de Soins)

Dr Etienne Hinglais (Collège Français de Médecine d'Urgence)

Pr André Lienhart (Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs)

Pr Éric Maury (Société de Réanimation de Langue Française)

Pr Bertrand Millat (Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive)

Dr Patrick Miroux (Collège Français de Médecine d'Urgence)

Pr Jacques-Yves Nordin (ORTHORISQ)

Pr Charles de Riberolles (Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire)

Dr Evelyne Ragni-Ghazarossian (Association Française d'Urologie)

Pr Pascal-Alexandre Thomas (Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire)

Dr Emmanuel de Thomasson (ORTHORISQ)

Dr Edgar Tissot (Société Française de Pharmacie Clinique)

Dr Corinne Vons (Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive)

Représentants des fédérations et institutions

Dr Jean-Louis Blache (Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer)

Dr Francis Burbaud (Fédération Nationale de l'Hospitalisation à Domicile)

Dr Anne Buronfosse (Fédération Hospitalière Privée)

Mme Stéphanie Coudert (Fédération Nationale de l'Hospitalisation à Domicile)

Dr Catherine Grenier (Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer)

Pr Jean-François Quaranta (Fédération Hospitalière de France)

Représentants des fédérations et institutions *(suite)*

Dr Hervé Lanquetot (Fédération Hospitalière de France)

Dr Hélène Logerot (Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne)

Dr Corinne Le Goaster (Institut de Veille Sanitaire)

Dr Benoit Misset (Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne)

Représentants des usagers

Mme Annie Morin (Collectif Interassociatif sur la Santé)

Mme Martine Séné-Bourgeois (Collectif Interassociatif sur la Santé)

Représentants du groupe projet HAS

Dr Bruno Bally, pilote projet RMM

Pr Patrice François

Mme Marie Erbault, pilote projet RMM

Dr Marie-Laure Pibarot

Mlle Caroline Abelmann

Dr Isabelle Rullon

Mme Marie Bernadi

Mme Christine Vincent

Dr Christian Boissier

Groupe de travail (Anaes, 2004)

Dr Nafissa Abdelmoumène, chef de projet Anaes, Saint-Denis

Pr Patrice François, santé publique, Grenoble

Dr Jocelyne Bientz, anesthésiste-réanimateur, Strasbourg

Dr Joseph Hajjar, Valence

Dr Joseph Borgo, Nancy

M. Bernard Idoux, surveillant général, Saales

Dr Valérie Carrat, Paris

Dr Monique Lathelize, anesthésiste-réanimateur, Limoges

Dr François-Xavier Chaine, chef de projet Anaes, Saint-Denis

Dr Hervé Lecllet, radiologue, Berck-sur-Mer

Mme Marie-José Darmon, cadre de santé, Nice

Dr Alain Lepape, anesthésiste-réanimateur, Pierre-Bénite

M. Alain Deneufgermain, Saint-Quentin

Dr Catherine Mayault, chef de projet Anaes, Saint-Denis

Pr Gérard Dubois, Amiens

Dr Philippe Michel, Pessac

Pr Michel Durigon, Garches

Dr Vincent Mounic, chef de projet Anaes, Saint-Denis

Dr Florence Etori, Marseille

Dr Blandine Mulin, Besançon

Mme Marie Erbault, chef de projet Anaes, Saint-Denis

Pr Pierre Opolon, Paris

Dr Marie-Laure Pibarot, Paris



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr