

# Implication des IDE dans les réunions — Revues de morbidité : expérience de l'équipe de la réanimation du CH de Montreuil-sous-Bois

## Participation of registered nurses in meetings — Morbidity and mortality reviews: experience of the intensive care team of the Montreuil-sous-Bois hospital centre

L. Augendre · D. Marchand · Y. Sylvestre · C. Cotelle · E. Obadia · J.L. Pallot

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

### Introduction

#### Historique

En avril 1976, le Dr Dieter Kleinknecht a ouvert un service de réanimation polyvalente de sept lits à l'hôpital André-Grégoire à Montreuil. Il dirigeait également le service de néphrologie-hémodialyse dans le même hôpital.

En 1998, lors de son départ à la retraite, le service de néphrologie, hémodialyse et réanimation a été scindé en deux services ; le service de néphrologie-hémodialyse, dont le Dr Xavier Belenfant a pris la chefferie et le service de réanimation polyvalente confié au Dr Jean-Louis Pallot.

Au cours de ces 34 années de fonctionnement, la physiologie du service a changé, faisant croître en 1987 le nombre de lits à dix plus un box de déchocage. Les contraintes architecturales ne permettant pas d'y adjoindre une unité de soins continus, la construction d'un nouveau service regroupant dix lits de réanimation et huit lits de soins continus est en cours et son ouverture est programmée pour octobre 2011.

Le personnel du service de réanimation polyvalente actuelle se compose de : sept médecins ETP (cinq PH, deux assistants), trois internes, deux externes, un cadre de santé, 21,4 ETP IDE, 15,6 ETP AS, trois ASH, 1,8 ETP de secrétaires, un tiers ETP de kinésithérapeute, un tiers ETP de psychologue.

Depuis 2005, le travail en 12 heures est instauré pour l'ensemble de l'équipe paramédicale.

En plus d'accueillir des patients en détresse vitale, notre service présente deux spécificités :

- une activité uronéphrologique en rapport avec le développement de la suppléance rénale initiée par le Dr Dieter

Kleinknecht au début des années 1980 et poursuivie depuis son départ ;

- une participation active au fonctionnement du pôle Mère-Enfant en assurant une prise en charge des complications maternelles liées à une maternité de niveau III en milieu urbain défavorisé.

Au cours des années, pour assurer une meilleure qualité dans la prise en charge du patient, le service a mis en place diverses activités de service regroupant :

- le staff quotidien du matin pour les transmissions médicales et paramédicales ;
- les réunions hebdomadaires paramédical/psychologue ;
- les staffs éthiques ;
- les revues de morbidité/mortalité (RMM) auxquelles participent tous les soignants du service.

### Investissement des soignants dans les réunions de service

L'ensemble des réunions dans le service donne aux infirmières et aides-soignants l'opportunité de s'investir davantage dans une prise en charge globale du patient tout en maintenant une activité technique de soins en réanimation à un niveau optimal.

Cette participation institutionnelle déjà ancienne contribue à valoriser l'exercice de la profession de soignant et à améliorer la collaboration et la communication avec l'équipe médicale et tous les autres acteurs du service. Il est évident que ces participations favorisent une cohésion d'équipe plus forte.

Depuis de nombreuses années, les infirmiers et aides-soignants du service participent au staff quotidien du matin qui reprend les transmissions médicales au décours de la garde de nuit et qui fixe la démarche de soins élaborée de manière collégiale pour chaque patient du service.

L. Augendre · D. Marchand · Y. Sylvestre · C. Cotelle · E. Obadia · J.L. Pallot  
CH intercommunal André-Grégoire,  
56, boulevard de la Boissière,  
F-93100 Montreuil-sous-Bois, France

Les infirmiers et aides-soignants participent également aux réunions éthiques qui sont organisées pour débattre des problèmes de limitation ou d'arrêt de soins dans le cadre de la loi et selon les préconisations des sociétés savantes (SRLF).

Dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et dans un souci de maintenir une offre de soins de qualité, notre service a mis en place une RMM sur des thèmes choisis et a décidé là encore de faire participer pleinement les infirmiers et aides-soignants à cette nouvelle démarche de pilotage de l'activité de réanimation dans une approche « qualité » et « gestion des risques ».

## RMM : expérience à Montreuil

Dans le cadre de l'EPP, nous réalisons depuis 2009 une RMM. Un cadre de fonctionnement incluant l'ensemble des personnels « fixes » du service a été retenu en accord avec les préconisations émises par la HAS et par la SRLF.

L'équipe soignante est activement impliquée dans toutes les séquences des RMM, assurant une coresponsabilité organisationnelle de ces réunions avec un praticien du service et participant au choix des thèmes mis à l'étude selon divers critères établis dans le règlement écrit des RMM qui permet notamment à tout membre de l'équipe paramédicale de proposer un cas à l'étude d'une réunion de RMM ou d'en récuser l'étude si une situation conflictuelle risquait d'en découler.

Un règlement de la RMM a été défini par écrit et adopté de manière consensuelle.

Ce règlement intérieur de la RMM précise notamment que :

- la responsabilité et l'organisation de la RMM sont attribuées conjointement à un praticien du service et à une IDE pour une durée d'un an renouvelable ;
- les réunions sont trimestrielles et fixées à l'avance. Une réunion annuelle de synthèse clôture l'année de travail ;
- chaque réunion est d'une durée maximale de 1 h 30 ;
- l'ensemble des médecins, des infirmiers, des aides-soignants, des secrétaires du service sont invités au moins un mois à l'avance à chaque réunion ;
- chaque réunion donne lieu au maximum à l'étude de deux dossiers suivant la méthode d'analyse systémique « ORION » à laquelle le médecin et l'infirmière en charge de la RMM ont préalablement été formés au cours d'une formation institutionnelle ;
- le choix des dossiers est, pour les deux premières années, exclusivement réalisé :
  - sur les dossiers de patients décédés dans le service ou dans l'établissement après un séjour en réanimation

lorsque le décès est inexplicé, paraît indu ou semble être la conséquence d'un dysfonctionnement ;

- sur les dossiers de patients ayant présenté une autoextubation ;
- sur les dossiers de patients ayant justifié d'une réhospitalisation précoce en réanimation (au plus 48 heures après la sortie de réanimation) ;
- sur les dossiers de patients n'entrant pas dans les critères ci-dessus, mais proposés pour la RMM par un membre de l'équipe médicale ou paramédicale.

Chaque dossier proposé à l'étude de la RMM est « analysé » au plus tôt pour ne pas perdre d'informations importantes pour l'analyse. Il n'est cependant présenté en réunion de RMM qu'au minimum deux mois après la sortie du patient de réanimation et au maximum après six mois.

- Chaque dossier étudié est rapporté soit par un des praticiens titulaires du service de réanimation soit par un(e) infirmier(e), soit encore en binôme, de manière anonymisée. La méthode d'analyse systémique « ORION » est utilisée pour l'étude de chaque événement et les analystes des dossiers présentés ont été préalablement formés à cette méthode ;
- après la présentation du cas par l'analyste de l'événement, un débat a lieu sous la direction du praticien responsable de la RMM. L'objectif est d'évaluer de la manière la plus consensuelle possible le caractère évitable ou non de l'événement analysé. Le groupe doit alors rechercher des actions à mettre en œuvre afin d'éviter que l'événement indésirable retrouvé ne se reproduise. Le groupe doit appuyer le débat, autant que possible, sur des référentiels publiés ou sur des pratiques consensuelles ;
- pour chaque événement qualifié « d'évitable », des actions d'amélioration devront être identifiées et mises en œuvre. La proposition en incombe à l'analyste du dossier présenté, mais chaque participant peut également proposer ses pistes d'amélioration. Une synthèse, en réunion, permet de déterminer les pistes d'études qui seront travaillées par un binôme médecin-infirmier volontaire afin d'aboutir à l'élaboration de mesures correctives. Ces mesures correctives après adoption au cours d'une RMM suivante par l'ensemble des personnels présents pourront déboucher sur l'écriture de nouvelles procédures ou sur des modifications de pratiques. Un plan de suivi à six mois et à un an sera confié au présentateur du dossier pour s'assurer du bon suivi des nouvelles préconisations ;
- au cours de la discussion, des indicateurs de suivi peuvent être proposés après une sélection judicieuse et consensuelle ;
- pour chaque dossier analysé, un résumé anonyme est rédigé sous forme de fiche de synthèse comportant :
  - une description du cas ;
  - un résumé des discussions ;

- le jugement porté sur l'évitabilité de la morbimortalité ;
- les mesures correctives proposées ;
- les référentiels sur lesquels s'appuient les débats seront cités dans le compte rendu.
- L'ensemble des comptes rendus des réunions de morbimortalité sont archivés dans un classeur spécifique et confidentiel.

L'objectif principal de ces réunions est de proposer des mesures correctives à l'issue de situations problématiques, visant à l'amélioration du fonctionnement existant ou à la mise en œuvre de nouveaux protocoles de service en rapport avec les préconisations actuelles d'une médecine en constante évolution. Nous avons clairement défini ces réunions de RMM comme un moyen, non pas de supprimer la survenue de toute erreur, mais de faire en sorte que la survenue d'une erreur ou d'un dysfonctionnement reste dans un cadre de qualité de prise en charge sécuritaire optimale pour tous nos patients.

La RMM est riche d'enseignement sur un plan personnel et à l'échelle du service, car elle nécessite des recherches bibliographiques et de la méthodologie afin d'établir dans un premier temps le déroulement exact qui a conduit au dysfonctionnement étudié et dans un second temps, des pistes d'amélioration qui seront proposées et débattues en réunion plénière en prenant en compte les pratiques médicales actualisées. Elle permet une réflexion collective approfondie sur nos pratiques professionnelles. Le retour sur expérience du fonctionnement pluriprofessionnel de notre RMM a donné lieu dans l'établissement à une présentation de nos modalités de travail sur la gestion des risques, en réunion de cadres et également en CME.

## Travaux réalisés

Lors de nos RMM et après adoption par l'ensemble des personnels présents, des mesures correctives ont débouché sur l'écriture de nouvelles procédures et sur des modifications de pratiques.

Deux groupes de travail (médecins-IDE-aides-soignants) ont été créés :

- protocole de sédation : choix d'une nouvelle échelle de sédation (utilisation de l'échelle de RASS à la place de l'échelle de Ramsay) et mise en place d'un protocole de service pour la sédation des patients ;
- protocole de dilution des médicaments : tableau d'uniformisation des dilutions affiché dans chaque box de soin ;
- protocole d'utilisation des antibiotiques et des médicaments à visée cardiologique chez l'insuffisant rénal sévère.

## Conclusion

Si en réanimation à l'hôpital de Montreuil, l'implication des soignants dans les différentes réunions (staff quotidien, réunions éthiques, RMM...) date de plusieurs années, c'est évidemment grâce à la volonté du chef de service, des praticiens et du cadre du service qui ont mis en place ce type de fonctionnement décloisonné associant toutes les catégories professionnelles dans une réflexion pluriprofessionnelle sur la qualité de la prise en charge du patient. Chaque membre du personnel a sa place, son rôle et ses responsabilités dans la prise en charge du patient. Les soignants défendent et revendiquent cette politique de groupe. Ainsi, ils participent activement à une prise en charge globale des patients et au pilotage de l'activité en réanimation par des procédures « qualité-gestion des risques ».

La RMM, plus récemment mise en place, est riche d'enseignement sur la collaboration effective entre tous les acteurs du service pour une amélioration continue de nos pratiques professionnelles.

Les soignants y trouvent une valorisation de leur exercice, une optimisation de la collaboration entre les professionnels de santé et un renforcement de la cohésion d'équipe. Cet investissement collectif, une fois mis en place, se doit d'être pérenne.

« Si la santé est l'affaire de tous, notre métier est une affaire d'équipe ! ».

**Conflit d'intérêt** : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.