



Organisme Agréé de la Société de Réanimation de Langue Française (OARLF)

organisme agréé EPP

Revue de morbi-mortalité (RMM) en réanimation

Guide méthodologique

Version du 30 juin 2007

Promoteur

Organisme Agréé de la Société de Réanimation de Langue Française (OARLF)

organisme agréé EPP (décision Haute Autorité de santé du 29 novembre 2006)

<http://www.srlf.org/01-formation/OARLF/0A-ComiteGouvernance.asp>

Groupe de travail « RMM en Réanimation »

Pr. Gilles CAPELLIERCHU – Hôpital Jean Minjoz
Service de Réanimation Médicale
3, boulevard Fleming
25030 BESANÇON Cedex

Tél. : 03 81 66 81 27

Fax : 03 81 66 80 37

Email : gilles.capellier@ufc-chu.univ-fcomte.fr

Dr. Alain CARIOUGH Cochin – Saint Vincent de Paul
Service de Réanimation Médicale
27, rue du Faubourg Saint-Jacques
75679 PARIS Cedex 14

Tél. : 01 58 41 25 01

Fax : 01 58 41 25 05

Email : alain.cariou@cch.aphp.fr

Pr. Alain DUROCHERHôpital Albert Calmette
Service de Réanimation Médicale
Boulevard du Professeur Jules Leclerc
59037 LILLE

Tél. : 03 20 44 40 84/86

Fax : 03 20 44 50 94

Email : a-durocher@chru-lille.fr

Dr. Claude GERVAISCentre Hospitalier Universitaire
Département Urgence/Réanimation
Hôpital Caremeau
30029 NIMES Cedex 4

Tél. : 04 66 68 33 20

Fax : 04 66 68 37 04

Email : claude.gervais@chu-nimes.fr

Dr. Christophe GIRAULTHôpital Charles Nicolle
Service de Réanimation Médicale
1 rue de Germont
76031 ROUEN

Tél. : 02 32 88 82 61

Fax. : 02 32 88 83 14

Email : Christophe.Girault@chu-rouen.fr

Dr. Christian GOUZESCentre Hospitalier
Service de Réanimation
811, avenue du Docteur Jean Goubert
BP 20139 - 30103 ALES Cedex

Tél. : 04 66 78 32 43

Fax : 04 66 78 30 98

Email : dr.gouzes@ch-ales.fr

Dr. Marie-Claude JARS-GUINCESTREHôpital Raymond Poincaré
Service de Réanimation Médicale
104, boulevard Raymond Poincaré
92380 GARCHES

Fax. : 01 47 10 77 83

Email : marie-claude.jars-guincestre@rpc.aphp.fr

Pr. Jean-Claude RAPHAELHôpital Raymond Poincaré
Service de Réanimation Médicale
104, boulevard Raymond Poincaré
92380 GARCHES

Tél. : 01 47 10 77 76

Fax : 01 47 10 77 83

Email : jean-claude.raaphael@rpc.aphp.fr

Dr. Isabelle VINATIERCHD
Service de Réanimation Polyvalente
85025 LA ROCHE SUR YON

Tél. : 02 51 44 62 12

Fax : 02 51 44 62 94

Email : isabelle.vinatier@chd-vendee.fr

Groupe de lecture

Membres du Groupe Projet de l'OARLF :

Philippe LOIRAT
Marie-Claude JARS-GUINCESTRE
Khaloun KUTEIFAN
Jean-Claude RAPHAËL
Hervé GASTINNE
Laurence DONETTI
Gilles CAPELLIER
Hervé HOUTIN
Thierry BOULAIN
Anne HARDY
Francis LECLERC

Membre de la Commission des Référentiels et de l'Evaluation :

Hervé GASTINNE
Laurence DONETTI
Gilles CAPELLIER
Alain CARIOU
Alain DUROCHER
Claude GERVAIS
Christophe GIRAULT
Christian GOUZES
Jean-Claude RAPHAEL
Isabelle VINATIER
Nicolas BERCAULT
Thierry BOULAIN
Thierry LHERM
Marie THUONG GUYOT
Igor AURIANT
Stéphane LETEURTRE
Philippe MATEU
Marie-Claude JARS-GUINCESTRE

Experts Relecteurs invités :

Emile PAPIERNIK, Gwenaëlle VIDAL-TRECAN, Josette DALL'AVA-SANTUCCI

Qu'est-ce qu'une RMM ?

La RMM est un moment d'analyse collective d'un évènement indésirable (décès ou complication morbide) destiné à statuer sur le caractère évitable de cet évènement et, en cas d'évitabilité reconnue par le groupe, d'identifier les causes immédiates et organisationnelles. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la RMM a pour objectif « l'analyse collective de tous les décès et de certains accidents morbides prédéterminés ou non, au sein d'un groupe de professionnels. »

La pratique des RMM fait partie des méthodes décrites par la HAS pour valider l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des médecins fixée par l'article 98 de la loi du 9 août 2004, et par le décret du 14 Avril 2005. La mise en place des RMM s'inscrit aussi dans la certification des établissements de santé (V2 de l'accréditation) puisqu'elles répondent à la référence 45 du second manuel d'accréditation des établissements de santé.

En fonction de la taille de l'établissement et de celle du service de réanimation, les RMM pourront avoir lieu au niveau d'une unité fonctionnelle (service ou UF de réanimation), du pôle d'activité médicale, ou de la structure de soins dans sa globalité. L'expérience montre le plus souvent que le niveau du service est optimal.

Pourquoi faire des RMM ?

En raison des caractéristiques propres à la pratique des soins de réanimation, l'approche prospective ne peut suffire à faire disparaître tous les risques d'accidents. Leur analyse rétrospective est susceptible de révéler des défauts dans l'organisation des soins que l'approche en amont n'avait pas permis d'identifier et d'aboutir ainsi à la mise en place d'actions préventives adaptées. Une analyse « systématique » avec recherche des causes immédiates et des causes organisationnelles, sans recherche de la culpabilité individuelle, apparaît essentielle pour comprendre et organiser la prévention. Le service de réanimation qui décide d'organiser des RMM s'engage ainsi dans une démarche d'amélioration de la sécurité des soins.

La mise en place de RMM au sein d'un service permet aux personnels de s'engager dans une démarche d'EPP tout en améliorant la qualité des soins prodigués aux patients. Il s'agit d'une méthode parmi les plus simples qui concerne particulièrement la réanimation et qui devrait trouver naturellement sa place dans le fonctionnement de tout service. Le principe est de partir d'un évènement, tel qu'un décès ou une complication pour remonter à une ou plusieurs causes et à se poser la question de l'évitabilité de cette (ces) cause(s). Une analyse doit permettre de mettre en place des actions correctrices qui doivent aussi être évaluées.

La mise en place de RMM au sein d'un service participe à la structuration de ce dernier par des réunions communes et régulières auxquelles tous les membres du personnel sont invités à participer. De plus, il s'agit d'un excellent moyen de formation pour les étudiants et pour les praticiens.

Les objectifs principaux sont les suivants :

- Tirer profit des événements indésirables pour améliorer la qualité de prise en charge et la sécurité des patients ;
- Apprendre et comprendre individuellement et collectivement ;
- Créer une culture de sécurité au sein du service.

Comment faire des RMM en réanimation ?

La mise en place d'une RMM doit faire l'objet préalablement d'une procédure écrite consensuelle qui en définit le fonctionnement précis (périodicité des réunions, critères de sélection des cas, participants, déroulement, traçabilité et archivage).

▪ Périodicité et durée

Le respect de la périodicité, des horaires et des durées de réunion devra permettre à ces RMM de rentrer dans la routine. Pour faciliter l'insertion des RMM dans un planning souvent déjà surchargé, il est possible de remplacer une des réunions hebdomadaires ou mensuelles habituelles par une réunion destinée à la RMM. Dans l'idéal, les dates de réunion seront définies longtemps à l'avance (par exemple pour l'année) et des convocations individuelles avant chaque réunion seront régulièrement envoyées avec l'ordre du jour. L'heure des réunions sera choisie en fonction du maximum de disponibilité des participants (médecins et non médecins). Afin d'éviter des réunions trop prolongées (susceptibles de décourager les participants éventuels), la durée totale de chaque réunion sera prédéfinie et une durée maximale de discussion par cas pourra être préalablement fixée.

▪ Rôles du responsable des RMM

Un responsable des RMM, sera désigné et sera en charge du choix des cas à discuter et de l'organisation générale des RMM. Il peut s'agir du chef de service lui-même ou si possible d'un senior qui possède un certain recul. Il est en tout cas souhaitable qu'il s'agisse de la même personne pour toutes les réunions sur une période définie. Son rôle sera de veiller à la bonne organisation des RMM, d'animer les débats en y faisant régner un climat de confiance, d'assurer l'archivage et la traçabilité des débats et de coordonner la mise en place des actions correctrices.

▪ Participants

Tous les membres du service ou de l'unité de réanimation, médecins et non médecins, depuis les plus jeunes étudiants jusqu'aux personnels les plus confirmés, sont invités à participer aux RMM. Des personnels extérieurs au service de réanimation pourront être invités soit systématiquement, soit ponctuellement en fonction de leur implication dans les dossiers sélectionnés. Ainsi, la présence d'un animateur ou d'un intervenant extérieur expérimenté en matière de pratique des RMM est souvent souhaitable lors de l'initiation de la démarche dans un service. Il est également possible d'inviter d'autres spécialistes, dès lors que leur présence est susceptible d'enrichir les débats. Dans tous les cas, toutes les personnes qui assistent à ces réunions sont soumises au secret médical et au devoir de réserve.

▪ **Sélection des dossiers ou des cas**

Les critères de sélection peuvent différer d'un service à un autre. Les cas de décès ou les cas présentant une morbidité importante sont susceptibles de faire l'objet d'une analyse en RMM. D'autres alternatives sont possibles, telle que la sélection des « presque accidents » (« near miss ») et des événements porteurs de risque, la prise en compte de dysfonctionnements organisationnels (retard de prise en charge...) ou des dossiers de patients ayant présenté une complication inattendue. Quels que soient les critères retenus, le service (ou l'unité clinique) devra mettre en place un relevé prospectif des cas (complications, événements inattendus) qu'il veut suivre (événements sentinelles). L'identification des dossiers sera faite sur des critères précis lors d'une étape prédéterminée de l'hospitalisation (par exemple au moment de la codification PMSI des diagnostics et des actes à partir de codes prédéfinis, ou lors du compte rendu d'hospitalisation ou encore lors d'une réunion d'équipe quotidienne...).

Tous les types d'événements ayant des conséquences potentielles sur la morbidité et/ou la mortalité des patients sont susceptibles d'être retenus. Les problèmes rares ou très graves ne sont pas les seuls intéressants ; les problèmes fréquents offrent la possibilité de mettre en place des mesures correctrices dont l'impact attendu est large. Il faut ainsi tenir compte des cas rares mais graves (générateur de mortalité) et des cas peu graves (générateurs de morbidité) mais fréquents. Par ailleurs, les cas à privilégier sont ceux qui motivent le maximum de personnes, en raison par exemple de leur lien avec une thématique locale forte. Il est cependant important de distinguer les RMM des actions engagées par l'équipe dans d'autres domaines (gestion des événements indésirables, gestion d'un cas relevant d'un problème médico-légal, d'une faute professionnelle, d'un conflit dans l'équipe, revue de cas rares, réunion de « debriefing »....).

▪ **Préparation de la réunion**

Les cas à analyser seront répartis par le responsable de la RMM entre les différents membres de l'équipe en fonction de leur implication dans les soins du patient. Le choix du dossier, du présentateur et la date de présentation doivent faire l'objet d'un compromis entre la préservation de la mémoire des faits et les émotions générées par l'événement. Il est indispensable que toute la chronologie précise des événements soit disponible au moment de la présentation. Par ailleurs, il est important que tous les médecins du service participent activement à la présentation des dossiers, les médecins en formation peuvent bien entendu présenter des dossiers.

Tous les dossiers examinés lors de chaque séance devront avoir été préparés à l'avance; dans le cas contraire il est préférable de reporter les dossiers non préparés à une séance ultérieure. La personne chargée de préparer et présenter un dossier pourra s'aider d'une fiche spécifique de synthèse prédéfinie sur laquelle seront précisés les éléments essentiels du cas et les éventuels référentiels utilisables (annexe 1). Cependant, l'ensemble des éléments du dossier devra être accessible à tous les participants au cours de la RMM. Il est préférable que les cas soient présentés et préparés par la personne qui a eu la responsabilité du patient (il peut s'agir au choix du réanimateur qui a eu la charge du patient lors de l'intervention ou du médecin qui s'en est occupé lors de son séjour en réanimation, ou d'une infirmière par

exemple). Dans certains cas particuliers, la présentation du patient peut être assurée par une autre personne mais il importe qu'il s'agisse chaque fois que possible d'un des acteurs directement en charge du patient.

▪ **Déroulement de la réunion**

Après la présentation du cas, un débat sous la direction de l'animateur de la réunion doit s'engager avec l'objectif d'évaluer de la manière la plus consensuelle possible le caractère évitable ou non de l'évènement analysé. Le caractère évitable étant un concept délicat, le groupe doit s'attacher à rechercher les actions à mettre en œuvre afin d'éviter que l'évènement indésirable ne se reproduise. Les défaillances des pratiques médicales ainsi que les anomalies organisationnelles seront discutées. Si possible, il faudra appuyer le débat sur des référentiels publiés.

Pour chacun des évènements qualifiés d'évitables, des actions d'améliorations doivent être identifiées et mises en œuvre selon les mêmes modalités que dans toutes démarches d'amélioration de la qualité. Ces mesures correctrices de prévention, qui pourront déboucher sur l'écriture de nouvelles procédures, seront évoquées. Dans ce cas, un plan de suivi sera précisé et la mise en place de ces mesures correctrices sera confiée à la responsabilité d'un des membres du groupe (annexe 1). Si des indicateurs de suivi ont été choisis, leur présentation en fin de réunion peut être proposée. Il faudra veiller à ce que ces indicateurs restent simples et peu nombreux, grâce à une sélection judicieuse. Il en est de même pour le suivi des actions correctrices décidées lors des réunions précédentes. Chaque action identifiée est confiée à un membre de l'équipe qui en suivra la mise en œuvre. D'autres items pourront être renseignés pour chaque patient en fonction des desiderata locaux (par exemple : indication de réanimation, limitation des soins, respect des procédures internes, infections nosocomiales ...).

▪ **Archivage et traçabilité**

Pour chaque dossier analysé, un résumé anonyme sera rédigé sous forme d'une fiche de synthèse (annexe 1), comportant une description du cas, un résumé des discussions, le jugement porté sur l'évitabilité de la morbi-mortalité, ainsi que les mesures correctrices proposées. Les référentiels sur lesquels s'appuient les débats seront cités dans le compte-rendu. Comme l'a précisé l'HAS, ce résumé et ces décisions ne font pas partie du dossier du patient mais du dossier de fonctionnement du service. Avant d'être validé et archivé, le compte-rendu final doit être relu par la personne qui a présenté le dossier.

Toutes les RMM doivent également faire l'objet d'un compte-rendu réalisé après la réunion, si possible par la personne qui a animé les débats (annexe 2). L'organisateur relève le nom des médecins participants, pour permettre à chaque médecin de faire valoir sa participation au titre de son évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation volontaire de spécialité à risque. Ce document ne fait pas partie du dossier du patient, et doit être conservé au sein des archives du service.

▪ **Suivi des actions correctrices**

Un bilan annuel d'activité des RMM sera réalisé par le responsable. Sur ce bilan, figureront les mesures correctrices proposées (avec, si possible, un

programme d'évaluation des ces dernières et leur suivi), ainsi que la synthèse des paramètres systématiquement renseignés pour tous les dossiers (évitabilité ...). Le service mettra en place des indicateurs pour suivre les résultats de son action (annexe 3).

Quels sont les pièges à éviter ?

Outre l'inexpérience des membres de l'équipe (phénomène temporaire et facilement surmontable), les principales réticences observées appartiennent aux domaines suivants.

▪ Recherche de culpabilité individuelle

L'objectif des RMM n'est pas de rechercher une culpabilité, ni les erreurs des individus mais de comprendre le mécanisme de l'accident, d'identifier ses causes favorisantes et les raisons profondes du dysfonctionnement et de mettre en place des actions de prévention. Il est capital d'obtenir la confiance des participants qui doivent être assurés de l'absence de conséquences individuelles, quelle que soit l'issue des débats. Un des rôles importants de la personne qui anime les débats est de veiller à l'absence de mise en cause des personnes qui ont participé à la prise en charge du patient et de recentrer les débats afin d'éviter tout dérapage. Les personnes qui présentent les dossiers ne doivent pas être culpabilisées, et doivent participer en toute confiance. En cas de responsabilité individuelle patente apparaissant au cours de l'analyse du cas, le rôle de l'animateur du débat sera de clore la discussion pour une analyse ultérieure spécifique des causes racines, en dehors du cadre des RMM.

▪ Crainte d'une mise en cause juridique

Une analyse débouchant sur la mise en évidence d'une erreur évitable pourrait théoriquement encourager l'action de la justice et cette crainte constitue pour certains un argument allant à l'encontre des RMM. Transparence et communication centrées sur la sécurité sont les arguments de réponse. Les RMM s'inscrivent dans une démarche positive de sécurisation des soins. Sur un plan plus pratique, il est important de rappeler que la discussion est confidentielle et concerne les membres habituels des équipes. Les dossiers présentés doivent faire l'objet au préalable de l'accord des personnels susceptibles d'être mis en cause. Les noms des patients dont les dossiers auront été examinés devront faire l'objet d'une anonymisation. Bien entendu, il n'est pas souhaitable de programmer un dossier faisant l'objet d'une enquête de police et/ou d'une expertise judiciaire. Il est préférable d'attendre la clôture de ces procédures et d'obtenir toutes les informations qui s'y rapportent (via la direction des affaires juridiques).

▪ Conflit au sein de l'équipe

L'ambiance conflictuelle n'est pas propice à une démarche de RMM constructive. Il est de la responsabilité de l'animateur de ces réunions d'être capable de désamorcer un conflit débutant, ou, le cas échéant, de clore temporairement la discussion en reprogrammant le dossier en cause lors d'une séance ultérieure lorsque la charge émotionnelle est trop importante.

Revue de morbi-mortalité (RMM) en réanimation

Les 10 points importants

1. Il existe une procédure écrite, approuvée par les membres du service, qui définit le fonctionnement précis de ces réunions (périodicité, critères de sélection des cas, participants, déroulement, traçabilité et archivage).
2. Un responsable des RMM (chef de service ou autre permanent du service) est désigné, qui est en charge du choix des cas à discuter et de l'organisation générale des réunions.
3. Tous les membres du service ou de l'unité de réanimation, médecins et non médecins, sont invités à participer aux réunions. Des personnels extérieurs au service de réanimation peuvent être invités en fonction de leur implication dans les dossiers sélectionnés. Dans tous les cas, la discussion est confidentielle et toutes les personnes qui assistent à ces réunions sont soumises au secret médical.
4. Le(s) critère(s) de sélection des cas a (ont) été définis à l'avance. Tous les événements possédant des conséquences potentielles sur la morbidité et/ou la mortalité des patients sont susceptibles d'être retenus. Le service (ou l'unité clinique) met en place un relevé prospectif des cas qu'il veut suivre (événements sentinelles) et les dossiers sont identifiables lors d'une étape prédéterminée de l'hospitalisation.
5. Tous les dossiers examinés lors de chaque séance sont préparés à l'avance; dans le cas contraire il est préférable de reporter les dossiers non préparés à une séance ultérieure. Après la présentation du cas, un débat doit s'engager avec l'objectif d'évaluer de la manière la plus consensuelle possible le caractère évitable ou non de l'évènement analysé.
6. Pour chacun des événements qualifiés d'évitables, des actions d'améliorations doivent être identifiées et mises en œuvre selon les mêmes modalités que dans toutes démarches d'amélioration de la qualité. Un plan de suivi est précisé et la mise en place de ces mesures correctrices est confiée à la responsabilité d'un des membres du groupe qui en suivra la mise en œuvre.
7. Toutes les réunions font l'objet d'un compte-rendu, réalisé par la personne qui a animé les débats et comportant la liste des personnes présentes. Les noms des patients dont les dossiers auront été examinés font l'objet d'une anonymisation. Avant d'être validé et archivé, le compte-rendu final doit être relu par la personne qui a présenté le dossier. Un bilan annuel d'activité des RMM sera réalisé par le responsable. Le service met en place des indicateurs pour suivre les résultats de son action.

8. Pour chaque cas analysé, un résumé anonyme est rédigé et joint au compte-rendu de réunion, comportant une description du cas, un résumé des discussions, le jugement porté sur l'évitabilité de la morbi-mortalité, ainsi que les mesures correctrices proposées. Les référentiels sur lesquels s'appuient les débats sont cités dans le compte-rendu.
9. Ce résumé et ces décisions ne font pas partie du dossier du patient mais du dossier de fonctionnement du service. Le compte-rendu final est archivé en dehors du dossier médical et est conservé dans les archives du service.
10. L'objectif des RMM n'est pas de rechercher une culpabilité, ni les erreurs des individus mais de comprendre le mécanisme de l'accident, d'identifier ses causes favorisantes et les raisons profondes du dysfonctionnement afin de mettre en place des actions de prévention. Il est capital d'obtenir la confiance des participants qui doivent être assurés de l'absence de conséquences individuelles, quelle que soit l'issue des débats. L'ambiance conflictuelle n'est jamais propice à une démarche de RMM constructive. Il est préférable de désamorcer un conflit débutant, ou, le cas échéant, de clore temporairement la discussion en reprogrammant le dossier en cause lors d'une séance ultérieure.

annexe 1

Service de Réanimation de ...
Hôpital ...

Revue de morbi-mortalité (RMM)

Fiche de repérage des cas et de suivi

Le	Rédigée par :
Version	Validé par :

Cas n°

Date de l'événement :

Date de réunion :

Résumé :

Evènement évitable ou non évitable :

Action proposée :

Responsable :

Suivi :

Ce document ne doit pas être archivé avec le dossier du patient et doit être conservé dans les archives du service.

annexe 2

Service de Réanimation de ...
Hôpital ...

Revue de morbi-mortalité (RMM)

Compte-rendu de réunion

Date de la réunion :

Personnes présentes :

Listing des cas étudiés

Présentateur	Numéro fiche

Ce document doit être conservé dans les archives du service.

annexe 3

Service de Réanimation de ...
Hôpital ...

Revue de morbi-mortalité (RMM) <i>Fiche de suivi des actions correctrices</i>
--

Nom du responsable :	Membres du groupe de travail :

Objectif :

Actions proposées :

Indicateur(s) de suivi :

Evaluation :

Ce document doit être conservé dans les archives du service.