



Les comités de morbidité mortalité

Patrice BLONDEL

Marie-José DARMON

Jean François QUARANTA

CVSGDR – CPEPP

The logo for 'CHU de Nice' is centered below the text. It features the text 'CHU de Nice' in a large, bold, white font, with 'Centre Hospitalier Universitaire' written in a smaller, white font underneath. The logo is set against a blue rectangular background.



Définitions

- Analyse systématique et collégiale des décès et des complications morbides survenus pour des patients hospitalisés
- Identification des défaillances qui ont contribué à leur survenue
- Question de l'évitabilité
- Méthode de première intention relevant d'une approche par problème



Dimension gestion de la qualité et des risques

- Comprendre et non rechercher un "coupable"
- Apprendre ensemble et en multidisciplinarité
- Agir sur:
 - les protocoles,
 - la formation,
 - les structures,
 - l'organisation des soins



Un état d'esprit

- Transparence
- Confiance et confidentialité
- Responsabilité et place de l'erreur
- Pédagogie
- Amélioration des prises en charge et prévention des récidives



Une structuration requise

- Politique de la CME
- Réalisation à une taille adaptée
- Périodicité définie
- Mode et critères de sélection
- Durée adaptée à l'activité
- Composition pluriprofessionnelle
- Traçabilité



Mise en oeuvre

- Politique de la CME
 - Démarche d'EPP
 - Règlement intérieur
- Réalisation à une taille adaptée
 - Ensemble de professionnels qui ont l'habitude de travailler ensemble
- Périodicité définie
 - Mensuel, bimensuel



Mode de sélection des dossiers

- Fiche de repérage ou registre
- Clôture des dossiers

- Complications banales = indicateurs qualité et sécurité des soins



Critères de sélection = évènements sentinelles

- Décès
- Complications
- Réinterventions
- Évènements indésirables
- Quasi-incidents

- Rareté



Critères de sélection en Neurochirurgie

- Décès
- Ré hospitalisations dans un délai < 8 jours
- Reprises chirurgicales
- Infections du site opératoire
- Autres infections liées à des actes techniques
- Complications thromboembolique
- Accidents transfusionnels
- Complications *per* ou *post* opératoires
- Délai de prise en charge inadapté

- Les événements iatrogènes liés aux actes techniques suivants :
- Intubation
- Abords vasculaires veineux ou artériels
- Sondes nasogastriques
- Sonde vésicale
- Drain thoracique
- Trachéotomie
- Pression intracrânienne / dérivation externe LCR
- Ventilation mécanique



Critères de sélection en Gynécologie-obstétrique

- Décès maternel ou fœtal
- Transfert en réanimation
- HPP immédiat ayant nécessité une embolisation, une transfusion ou une hystérectomie d'hémostase
- Embolie amniotique
- Arrêt cardiaque ou défaillance cardiaque
- Choc septique
- Ré hospitalisations dans un délai < 8 jours
- Reprises chirurgicales
- Infections du site opératoire
- Complications thromboemboliques
- Accidents transfusionnels
- Complications *per* ou *post* opératoires, notamment placenta accreta
- Délai de prise en charge inadapté
- Allo immunisation maternelle : échec de la prévention

- Les événements iatrogènes liés aux actes techniques suivants :
- Intubation
- Voie veineuse périphérique
- Sonde vésicale
- Épisiotomie
- Extraction instrumentale
- Plexus brachial
- Déchirure périnéale avec sphincter



Critères de sélection en Gériatrie

- Décès
- Ré hospitalisations dans un délai < 8 jours
- Infections du site opératoire ou sur implants
- Autres infections liées à des actes techniques
- Complications thromboemboliques
- Accidents transfusionnels
- Iatrogénie médicamenteuse
- Escarres
- Chute
- Fugue
- Orientation inadaptée

- Les événements iatrogènes liés aux actes techniques suivants :
- Abords vasculaires veineux superficiels ou profonds
- Sonde nasogastrique
- Sonde vésicale



Organisation (2)

- Durée adaptée
 - 1 heure à 2 heures
- Composition pluriprofessionnelle
 - Médecins, Infirmiers
 - Guide d'analyse





Guide d'analyse

- **Qu'est-il arrivé ?**
- 1. Quel est l'événement ? Quel est le dommage ou la conséquence ?
- 2. Quelle est la chaîne des événements qui a mené à l'événement indésirable ?
- **Pourquoi cela est-il arrivé (recherche de causes immédiates) ?**
- 3. La survenue est-elle liée à un produit de santé ou à une procédure de soins (intervention, acte de soins) ?
- 4. Y a-t-il eu une erreur humaine à l'origine de l'événement indésirable, et notamment : les personnes ont-elles fait ce qu'elles étaient supposées faire ? Connaissaient-elles ce qu'elles avaient à faire ? Une meilleure supervision aurait-elle été nécessaire ?
- **Pourquoi cela est-il arrivé (recherche de causes profondes) ?**
- 5. L'organisation et la réalisation des tâches et des activités, et les responsabilités, étaient-elles clairement et explicitement définies ?
- 6. La communication entre professionnels ou entre services, et entre les professionnels et le patient ou son entourage, a-t-elle été suffisante ?
- 7. La composition des équipes de soins était-elle adéquate au moment des soins liés à la survenue de l'événement, en nombre et en compétence ?
- 8. Les locaux, les équipements, les fournitures et les produits de santé étaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue de l'événement indésirable ?
- 9. Y a-t-il eu un défaut de culture qualité ou sécurité, un défaut dans la politique de l'établissement ou dans la gestion des ressources humaines ?
- **Défenses prévues et prévention :**
- 10. Est-il nécessaire de revoir le système en question ? Des leçons ont-elle été tirées pour éviter que l'événement ne se répète ?



Traçabilité: fiche de synthèse conservée indépendamment du dossier

FICHE 6

FICHE DE PRESENTATION ET DE SUIVI DE DOSSIER DECES / COMPLICATIONS

IDENTITE DU PATIENT			
Nom		Date d'admission au CHU	
Prénom		Service initial	
Age		Date d'admission dans le service	
Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nom du médecin en charge du patient	
Diagnostic / Motif d'hospitalisation			
FACTEURS DE RISQUE	OUI	NON	Précisions
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ATCD AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traitement anticoagulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traumatisme cervical récent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BPCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Score ASA	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	Déficit neurologique OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Score de Glasgow			
INTERVENTIONS AU COURS DE L'HOSPITALISATION			
Date	Type d'intervention		
DESCRIPTION DE L'EVENEMENT			
<i>Quoi ?</i> Qu'est-il arrivé ?			
<i>Quand ?</i> Date et heure			
<i>Où ?</i> Lieu			
<i>Qui ?</i> Personne ayant observé l'événement			
<i>Comment ?</i> Cause(s) immédiate(s)	<input type="checkbox"/>	Ressources humaines	Evolution naturelle de la pathologie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/>	Ressources matérielles	
	<input type="checkbox"/>	Gestion de l'information	
	<input type="checkbox"/>	Organisation, procédures, protocoles	
	<input type="checkbox"/>	Thérapeutique	
<i>Conséquence de(s) l'événement(s)</i>			

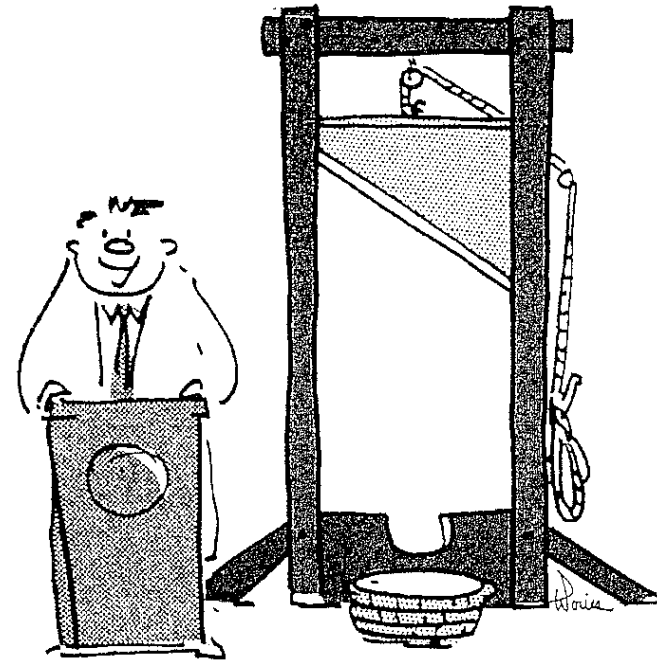
FICHE 6 (suite)

<i>Résumé chronologique de(s) événement(s) :</i>	
<i>Conséquence de l'événement (d'après échelle OMS)</i>	<input type="checkbox"/> Niveau 1 : Absence de menace vitale immédiate ou à long terme
	<input type="checkbox"/> Niveau 2 : Morbidité à long terme
	<input type="checkbox"/> Niveau 3 : Menace vitale immédiate
	<input type="checkbox"/> Niveau 4 : Décès
<i>Si décès : Classification du décès</i>	
<input type="checkbox"/> Mortalité attendue ou prévisible au moment de l'admission	
<input type="checkbox"/> Mortalité inattendue lors de l'admission mais évolution naturelle de la maladie pouvant expliquer le décès	
<input type="checkbox"/> Mortalité inattendue à l'admission du patient et non expliquée par l'évolution naturelle de la maladie	
Evénement évitable <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<i>Action(s) immédiate(s) entreprise (s)</i>	
<i>Action(s) proposée (s) / Responsable(s) du suivi</i>	
<input type="checkbox"/> Déclenchement d'une analyse des causes (si décès ou événement grave)	Nom du (des) responsable(s) (clinicien + méthodologiste)



A éviter...

- Analyses de situations exceptionnelles
- Ambiance conflictuelle
- Évènements d'autres secteurs ou en l'absence des professionnels concernés
- Analyse sans chronologie précise des faits
- Arrêt à la cause première
- Absence de décision de prévention



“Good morning! Thank you for coming to our M&M Conference.....”



Pour le succès !!!

- Implication du chef de service et des médecins seniors
- Accompagnement méthodologique facilitateur
- Démarche non punitive et confidentielle
- Climat d'apprentissage et objectifs clairs
- Accent sur les actions de prévention ou de récupération
- Valorisation des actions correctives des premiers cas



Bilan de mise en oeuvre

- 2 ans de suivi en Neurochirurgie
- Démarche JACIE (revue systématique des résultats)
- 50% de services cliniques engagés
- Extension à l'ensemble des secteurs fin 2007
- Exportation vers la CIPE Paca Est
- "Standardisation" des "performances" pour un tableau de bord institutionnel



Séance du 00 00 2004

Patient	Critère de sélection	Origine patient	Facteurs de risque	Diagnostic	Type d'intervention	Cause(s) immédiat(e)	Conséquences cliniques	Conséquence de l'événement	Classification décès	Evitabilité

Nombre de séances :

Période : de à

Nombre de dossiers analysés :

CONSEQUENCES DE L'EVENEMENT (items non mutuellement exclusifs)

Décès	Infection	Reprise chirurgicale	Prolongation hospitalisation	Réhospitalisation
n1	n2	n3	n4	n5
n1A Mortalité attendue ou prévisible au moment de l'admission				
n1B Mortalité inattendue lors de l'admission mais évolution naturelle de la maladie pouvant expliquer le décès				
n1C Mortalité inattendue à l'admission du patient et non expliquée par l'évolution naturelle de la maladie				

CARACTERE D'EVITABILITE DE L'EVENEMENT

Oui	Non	Non déterminée
n6	n7	n8



Conclusion

- « ...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. » *Orlander, 2002*



Bibliographie

- P. François, RMM: une méthode d'amélioration des pratiques professionnelles; risques et qualité. 2005, Vol. II, n°3.
- HAS, Revue de mortalité et morbidité; www.has-sante.fr
- Anaes, Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé; 2000, www.has-sante.fr