

1. Définitions

Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systématique (*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*) de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient.

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, 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.

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

2. Cadre

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).

3. Politique institutionnelle

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, 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 en CME et inscrite dans le projet d'établissement. Il peut être mentionnée dans le livret d'accueil remis aux patients.

4. Méthode

1. 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.
2. 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.
3. 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

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 sélections 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, sélections 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.

5. Cas Cliniques

Les cas pouvant être présentes 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 sélections 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 :
 - 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 .
3. Un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient (appelé aussi « presque accident », "near miss", "close call")

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

6. Participants

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

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

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).

7. Déroulement

1. Un ordre du jour est diffusé aux participants.
Chaque cas est présenté anonymement de manière chronologique et factuelle.
2. Une discussion en équipe est engagée afin d'identifier les problèmes rencontrés et d'en rechercher les causes en privilégiant une approche systémique.
3. 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 récurrences, sont proposées et font l'objet d'un suivi et d'une évaluation lors de réunions ultérieures.
4. 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.

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.

5. Après désignation d'un secrétaire de séance, la présentation des cas se fait de manière anonyme

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.

D'éventuels problèmes rencontrés (problèmes de soins, pratiques non optimales ou susceptibles d'amélioration, processus défaillants, barrières 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, les causes ayant contribué à l'apparition du problème, ainsi que les barrières et les modalités de récupération ayant éventuellement permis d'éviter des dommages chez le patient.

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 récurrence. L'équipe recherche alors et propose des actions d'amélioration visant à corriger ces causes, à limiter leurs effets et à prévenir les récurrences. 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

8. Traçabilité

Certaines actions peuvent demander l'intervention de l'établissement (instance de direction ou autres) afin d'être pleinement efficaces, cela nécessite donc un retour d'information des conclusions de la RMM (fiche de suivi) vers les instances si nécessaire.

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

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.

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 en savoir plus :
SRA Grand Est – Avril 2019

Fiche 1 – Livret de bord de la réalisation d'une RMM

Fiche 2 – Se former à la réalisation d'une RMM

Fiche 4 – Check list des actions à réaliser pour mettre en œuvre une RMM

Fiche 5 – Fiche d'analyse approfondie des causes d'une EIGS

Fiche 6 – Recherche des causes et analyse de la récupération (approche systémique)

Fiche 7 – Trame type de compte-rendu de réunion RMM

Fiche 8 – Charte d'incitation à la déclaration

Source : Revue de mortalité et de morbidité – Guide méthodologique – HAS – 2009