

## Comment organiser une revue de morbi-mortalité ?

M. VAN TRICHT<sup>1</sup>, C. PAILLÉ<sup>2</sup>, L. MORET<sup>2</sup>, I. ARNAUDET<sup>1</sup>,  
E. LEGEARD<sup>1</sup>, E. BATARD<sup>1</sup>, P. LE CONTE<sup>1</sup>, G. POTEL<sup>1</sup>

### Points essentiels

- La RMM est un moment d'analyse collective, rétrospective, chronologique et systémique d'événements indésirables survenus dans un secteur d'activité, selon une méthodologie rigoureuse.
- L'objectif d'une RMM est la mise en œuvre d'actions d'amélioration et leur suivi pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- La RMM s'intègre dans la démarche qualité du secteur d'activité : EPP (bientôt DPC), accréditation des praticiens exerçant une spécialité à risque, certification des établissements de santé.
- Chaque secteur d'activité doit rédiger une charte des RMM qui lui est propre.
- Instaurer un climat de confiance, de confidentialité et de non culpabilisation est un préalable indispensable à la mise en œuvre d'une démarche RMM.
- La sélection des cas nécessite la participation de l'ensemble des professionnels concernés par le secteur d'activité selon une méthode définie dans la charte des RMM : décès, complications ou presque accident.
- La RMM s'adresse à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale du secteur d'activité concerné ainsi qu'à tout professionnel de santé ayant participé à la prise en charge du patient.

1. Pôle Urgence, CHU Nantes, 8, quai Moncouso, 44093 Nantes.

E-mail : [myriam.vantricht@chu-nantes.fr](mailto:myriam.vantricht@chu-nantes.fr)

2. Pôle d'Information Médicale, d'Évaluation et de Santé Publique, CHU Nantes.

Correspondance : Myriam Van Tricht, Pôle Urgence, CHU Nantes, 8, quai Moncouso, 44093 Nantes cedex 1. Tél. : Secrétariat : 02 40 08 45 91. E-mail : [myriam.vantricht@chu-nantes.fr](mailto:myriam.vantricht@chu-nantes.fr)

- Pour assurer la pérennité d'une RMM, il faut fixer un calendrier des réunions et garantir l'anonymat des patients et des professionnels concernés.
- La transversalité de la médecine d'urgence rend plus difficile la mise en œuvre et le suivi des plans d'action d'amélioration de la qualité.
- Le choix d'un interlocuteur privilégié par service et l'aide éventuelle d'un ingénieur qualité de l'établissement peut aider au suivi des plans d'action mis en œuvre.

## 1. Introduction

Les premières revues de dossiers organisées analysant les causes de décès ont vu le jour aux États-Unis au début du 20<sup>e</sup> siècle dans des services de chirurgie. Ces conférences de mortalité ont rapidement fait partie de la formation obligatoire des chirurgiens. Cette démarche pédagogique, positive, non culpabilisante et non punitive a permis d'analyser la cause des décès dans un objectif d'amélioration des pratiques professionnelles et sans recherche d'un coupable. Peu à peu, ce principe de revue de dossiers des patients décédés ou ayant présenté des complications s'est étendu à d'autres disciplines comme l'anesthésie, et à d'autres pays (1). Il permet un apprentissage par l'erreur, et la mise en œuvre d'actions d'amélioration pour éviter leur récurrence ou limiter la gravité des événements indésirables.

En France, au début des années 90, la mise en place de démarches qualité au niveau national a été un levier pour aider au déploiement des Revues de Mortalité et de Morbidité (RMM) visant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour beaucoup de secteurs d'activité. Depuis le décret d'avril 2005, les médecins ont une obligation individuelle d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), et leur participation régulière à des RMM permet de répondre en partie à cette obligation (2). Il s'agit dans ce cas d'une démarche EPP intégrée à la pratique clinique. On parle encore actuellement d'EPP et de Formation Médicale Continue (FMC), mais la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) de juillet 2009 regroupe sous le terme de « développement professionnel continu » (DPC) l'EPP et la FMC (3).

De plus, les RMM rentrent dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé. Pour la certification V2010, la mise en œuvre de RMM dans des secteurs à risque comme la chirurgie, l'anesthésie et l'oncologie est obligatoire, la médecine d'urgence ne doit pas encore répondre à cette obligation (mais il est probable que cela ne saurait tarder).

L'intérêt des médecins de participer à des RMM est certain (4), mais le manque de temps et de méthodologie semblent être les obstacles principaux (5). Selon une étude de 2008, après un sondage de 150 établissements de soins du Nord de la France, sur les 29 établissements ayant répondu, seulement 11 % faisaient des RMM, mais 70 % des médecins souhaitaient s'engager dans une démarche de RMM (5).

## 2. Pourquoi monter une RMM ?

Le risque zéro n'existe pas. Toute activité humaine est génératrice d'erreurs (1). Le fait de garder cette notion à l'esprit permettra à chacun de prendre le recul nécessaire pour analyser les complications et les événements indésirables liés à sa pratique médicale, non pas dans une analyse personnelle et culpabilisante, mais dans une démarche plus globale, « systémique », d'analyse d'événements indésirables, d'en comprendre les différentes causes tant organisationnelles qu'humaines ou techniques qui, présentes en même temps dans une situation donnée, ont entraîné l'événement indésirable (6). En effet, il est rare qu'un événement indésirable soit dû à une erreur individuelle unique, mais plutôt à de nombreuses erreurs en chaîne. On cherche donc plutôt l'ensemble des facteurs ayant entraîné l'erreur individuelle, et on cherche à comprendre ce qui s'est passé pour améliorer la prise en charge (7). C'est l'objectif des RMM qui permettent une réflexion collective sur une prise en charge d'un patient, selon une méthodologie dont les modalités ont été précisées en juin 2009 par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans un « guide méthodologique » afin d'en structurer l'élaboration et le suivi.

Reconnaître nos erreurs, les analyser, chercher leurs causes, mettre en œuvre des actions d'amélioration et évaluer l'efficacité des actions entreprises permet d'améliorer la qualité des soins et de diminuer le risque de récurrence (6).

La culture constituant à trouver un responsable et de le punir est fortement ancrée dans notre société (8), et la démarche d'une RMM est totalement à l'opposé : elle gomme l'erreur individuelle en analysant les causes multifactorielles d'une complication en instaurant une culture positive de l'erreur pour l'amélioration de pratiques. On parle d'un apprentissage par l'erreur. Si une équipe est convaincue de l'utilité d'une analyse objective, factuelle et non culpabilisante d'un événement indésirable, avec la recherche d'axes d'amélioration pour sa pratique, la porte est ouverte à la mise en place d'une RMM. Il faut que ce soit une démarche volontaire et participative de l'ensemble de l'équipe. Pour assurer le succès et la pérennité d'une RMM, il est important d'instaurer un climat de confidentialité et d'assurer l'anonymat tant des soignants que des soignés. De plus, on retrouve dans une RMM des intérêts pédagogiques et éthiques. D'un point de vue pédagogique, l'amélioration de nos connaissances grâce à un retour d'expérience et à la revue de la littérature sur un sujet donné permet de mettre en place des actions d'amélioration dans la prise en charge des malades. D'un point de vue éthique, la remise en question permanente de la qualité du service rendu au patient pour les actes posés est gage d'une démarche active dans l'amélioration de la qualité des soins (1).

Une RMM permet donc une réflexion collective sur une prise en charge. On y décrit les soins réalisés, on identifie les pratiques non optimales, on analyse les défauts de soins pour rechercher les facteurs contributifs et les causes de ceux-ci,

on identifie éventuellement ce qui a permis d'éviter une complication, on propose des axes d'amélioration qui seront par la suite mis en œuvre, suivis et évalués (1).

Toute cette démarche est standardisée par l'élaboration de recommandations par la HAS, dont les principaux points sont repris ci-dessous.

### 3. Méthode des RMM, HAS, Juin 2009 (1)

« 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'action pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins ».

On entend par analyse systémique une analyse globale de la situation en tenant compte des éléments organisationnels, techniques et humains.

Les grands points de la méthode décrite répondent aux questions :

- Qui met en place une RMM ?
- Comment instaurer une RMM ?
- Quels cas sélectionner ?
- À qui s'adresse la RMM ?
- Quelle est la fréquence des réunions ?
- Comment se déroule une RMM ?
- Quels sont la traçabilité et l'archivage des RMM ?

#### 3.1. Qui met en place une RMM ?

Tout d'abord l'établissement de santé doit intégrer cette démarche dans son dispositif de gestion de la qualité et des risques (9). Ensuite, il incombe à chaque secteur d'activité volontaire (service, pôle, unité, partie d'une unité,...) de mettre en place une RMM. Le secteur d'activité est choisi en fonction de la pertinence des bénéfices attendus de la RMM par rapport à l'activité, il faut en effet que ce soient des professionnels qui aient l'habitude de travailler ensemble et que l'activité analysée les concerne tous. Un médecin senior, expérimenté, motivé et volontaire du secteur d'activité concerné sera nommé responsable de la RMM. Il doit être impliqué dans le fonctionnement du secteur d'activité et être reconnu par ses pairs. Il sera responsable de l'organisation des réunions de RMM au niveau du secteur d'activité et entre autres, il entreprendra un travail de sensibilisation auprès de ses collègues, essentiel pour partager les objectifs, pour motiver, pour faire adhérer au projet et pour y faire participer. Enfin, les collègues de bonnes pratiques de spécialité peuvent promouvoir la mise en place de RMM en définissant certains critères spécifiques à leur spécialité, et avoir également une

vision globale multicentrique de ce qui se fait dans les différents secteurs de leur spécialité.

### 3.2. Comment instaurer une RMM ?

Une procédure ou charte de fonctionnement de la RMM doit être rédigée et diffusée à tous les professionnels concernés. Cette procédure mentionnera :

- le secteur d’activité concerné par la RMM ;
- 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 différentes tâches en lien avec la RMM peuvent être réparties entre plusieurs personnes selon la procédure établie et sous la supervision du médecin responsable.

### 3.3. Quels cas sélectionner et selon quelles modalités ?

Les événements indésirables pouvant être analysés en RMM sont les décès, les complications et les événements potentiellement indésirables (les « presque accidents » ou événements porteurs de risque (EPR)) mais qui ont été corrigés à temps, par des barrières préventives ou protectrices, pour ne pas causer de dommage au patient. Les cas seront également choisis en fonction de leur intérêt pédagogique et des possibilités d’axes d’amélioration à proposer par une action collective au niveau du secteur d’activité (nouveaux protocoles, nouvelles organisations,...). Il n’y a par ailleurs pas d’intérêt à analyser des complications rarissimes. La diversité des dossiers sélectionnés est importante, il est recommandé d’analyser tant des dossiers avec que sans conséquence grave pour le malade.

Les modalités de recueil des dossiers pouvant faire l’objet d’une analyse en RMM doivent être décrites dans la procédure RMM du service. Chaque praticien du service devrait participer au recueil des cas en cours ou en fin d’hospitalisation en se basant sur des critères prédéfinis dans la procédure RMM tels que par exemple des décès inattendus, des admissions non prévues en réanimation, des complications inattendues, des évolutions surprenantes, une iatrogénie médicamenteuse, des accidents transfusionnels,... On peut également définir des événements potentiellement à risque, facilement identifiables, qui méritent une analyse du dossier à la recherche d’une défaillance éventuelle qui, si elle est confirmée, mènera à une RMM (par exemple : transfert en urgence au bloc opératoire ou en réanimation, réadmission aux urgences dans les 24 heures suivant la sortie, délai de prise en charge supérieur à autant d’heures,...). On parle

dans ce cas d'« événements déclencheurs ». Il peut également s'agir d'événements indésirables ayant fait l'objet d'un signalement interne dans l'établissement, ou d'EPR identifiés par les praticiens, exerçant une spécialité à risque, engagés dans une procédure individuelle d'accréditation.

Il faudra par la suite analyser les cas recueillis, vérifier s'il y a eu une défaillance quelconque et valider s'ils rentrent bien dans le cadre d'une RMM. Le nombre de dossiers analysés en RMM doit être limité afin de privilégier la qualité sur la quantité.

Les dossiers ainsi recueillis devront être consignés dans un registre ou une base de données qui permettra au médecin responsable de la RMM de les passer en revue et de décider s'ils feront ou non l'objet d'une analyse approfondie dans le cadre d'une RMM. Ce registre peut être un document papier ou un document informatisé et sécurisé ce qui semble être l'outil le mieux adapté actuellement.

### **3.4. À qui s'adresse la RMM ?**

La RMM d'un secteur d'activité s'adresse à toute l'équipe médicale du service y compris aux membres de l'équipe en formation, et il est recommandé d'y convier également l'équipe soignante, ainsi que les autres professionnels de santé ayant participé à la prise en charge du patient. Aux urgences, la prise en charge multidisciplinaire d'un patient est fréquente et une RMM impliquera souvent d'autres services de l'hôpital. Il est également recommandé, à l'occasion de l'analyse d'un cas difficile, d'inviter un professionnel spécialisé et expérimenté dans la gestion des risques liés aux soins. Tous les participants à une RMM sont tenus au secret professionnel.

### **3.5. Quelle est la fréquence des réunions ?**

Dans la charte de fonctionnement d'une RMM d'un service, il y sera défini la fréquence et la durée des réunions. Elle peut être hebdomadaire (c'est plus souvent le cas en chirurgie par exemple), mensuelle ou semestrielle. Il semble que la fréquence de 4 à 6 réunions par an soit réalisable. Le calendrier doit être fixé à l'avance et respecté. Pour améliorer la participation de l'équipe aux réunions, il est possible d'intégrer les réunions de RMM à des réunions déjà existantes dans le service (réunions de service,...). Certaines réunions peuvent être entièrement ou partiellement consacrées au suivi et à l'évaluation des actions mises en œuvre lors des revues de dossiers précédentes.

### **3.6. Comment se déroule une RMM ?**

Un ordre du jour doit être diffusé à l'équipe médicale et paramédicale du service. En début de réunion, le médecin responsable de la RMM en rappellera les principes : confidentialité, analyse factuelle des faits, pas de recherche de responsabilité individuelle ou de mise en cause des compétences des professionnels, discussion en équipe pour dégager des axes d'amélioration.

Le cas est d'abord présenté de façon anonyme, chronologique et factuelle. Une discussion en équipe est ensuite engagée par le médecin qui anime la RMM. Celui-ci doit être capable de guider la discussion, d'encourager les participants à s'exprimer, et d'éviter la recherche d'un coupable (10).

Chaque étape de la prise en charge est analysée en se basant sur les référentiels et les recommandations disponibles. Pour chaque problème de soin rencontré, il faut se poser les questions : Pourquoi est-ce arrivé ? Quels sont les facteurs nécessaires ou qui ont favorisé la survenue du problème ? L'analyse doit être systémique, et passer en revue pour chaque problème lié aux soins identifié les 7 catégories suivantes (7) :

- facteurs liés au contexte institutionnel (règlements, contexte politique et social, contraintes économiques, organisation avec d'autres établissements) ;
- facteurs liés à l'organisation et au management (contraintes du secteur d'activité, moyens affectés humains et matériels, rapports hiérarchiques, gestion des ressources humaines, gestion des risques, culture qualité et sécurité,...) ;
- facteurs liés à l'environnement de travail (matériel, locaux, maintenance, charge de travail, conditions de travail,...) ;
- facteurs liés au fonctionnement de l'équipe (communication orale et écrite, supervision, transmissions, interactions entre les membres de l'équipe,...) ;
- facteurs liés aux procédures opérationnelles (répartition et planification des tâches à effectuer, faisabilité et acceptabilité des procédures opérationnelles existantes,...) ;
- facteurs liés aux soignants (compétence, capacité relationnelle, fatigue, état psychologique,...) ;
- facteurs liés au patient (antécédents, situation clinique complexe ou urgente, environnement social et familial, difficultés de compréhension,...).

Pour chaque facteur identifié, on doit se poser la question : était-ce suffisant pour entraîner le problème rencontré ? Si non, il faut rechercher d'autres facteurs favorisants et les analyser.

La méthode ALARM (Association of Litigation And Risk Management), développée par une équipe de recherche britannique à la fin des années 90 permet cette analyse systémique (6, 7), et un outil informatique est disponible pour l'appliquer facilement lors des réunions de RMM, disponible sur <http://ingarj.pagesperso-orange.fr/>.

Il s'agit là de l'analyse « systémique » d'un cas et de la recherche de causes patentes (causes immédiates dans l'étape du processus de soin concerné) et de causes latentes (ensemble du système de soins) (7, 11). Il est également intéressant d'analyser les actions de récupération mises en œuvre pour éviter l'accident, cela permet de pointer certains dysfonctionnements qui ont été récupérés par des barrières de sécurité existantes et qui ont été efficaces.

Enfin, un plan d'action doit être proposé afin d'éviter une récurrence, de proposer des améliorations dans la prise en charge tant d'un point de vue organisationnel qu'humain ou technique. Ces actions d'amélioration doivent bénéficier d'un suivi et d'une évaluation à l'occasion d'une prochaine réunion de RMM. Il est recommandé de confier la mise en œuvre et le suivi des différentes actions d'amélioration à un ou plusieurs membres de l'équipe.

### 3.7. Quels sont la traçabilité et l'archivage des RMM ?

Chaque année, un bilan d'activité annuel doit être rédigé. Il comprend le nombre de réunions organisées par an, le nombre et le type de cas analysés (décès, complication, presque-accident), la liste des actions d'amélioration effectivement mises en œuvre, le nombre et le type d'actions ayant entraîné une amélioration, les modalités de suivi des actions engagées.

La procédure, les comptes rendus des réunions RMM, le bilan annuel doivent être archivés dans le service avec les autres documents « qualité » du service et doivent être diffusés. Tous les documents sont anonymisés (patient et professionnel). Il doit être joint une feuille d'émargement des participants aux réunions.

Les destinataires des comptes-rendus de RMM sont bien sûr tous les membres de l'équipe soignante du secteur d'activité, mais ils devraient aussi être adressés au minimum au comité de gestion des risques et de la qualité des soins dans l'établissement, au président de la Commission Médicale d'Établissement (CME), à la Commission des Relations des Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC). Cela devient indispensable lorsque les axes d'amélioration dépassent l'organisation interne même d'un service. Enfin, les collèges de bonnes pratiques devraient être informés des actions réalisées dans les secteurs de leur spécialité dans le cadre des RMM.

Les documents relatifs à la RMM ne doivent pas figurer dans le dossier médical du patient. En effet, l'objectif de la RMM est l'amélioration de la qualité des soins et des pratiques en général, et non pas l'amélioration ponctuelle de l'état de santé d'un malade. Par contre, si au cours d'une RMM, un ou plusieurs nouveaux risques sont identifiés pour le patient, les professionnels de santé sont dans l'obligation de l'informer en application de l'article L 111-2 du Code de la Santé Publique (12).

## 4. Particularité et intérêt des RMM en structures d'urgence : transversalité, outil de communication et d'élaboration de procédure avec les autres services de l'hôpital

La médecine d'urgence présente quelques particularités qui lors d'une RMM devront être prises en compte, et qui par ailleurs donnent toute la place aux RMM dans la démarche qualité de cette spécialité pluridisciplinaire et à risque.



La médecine d'urgence est une spécialité transversale. En effet, elle prend en charge un patient dans sa globalité avec des pathologies relevant tant de spécialités médicales, chirurgicales que médico-techniques. L'urgentiste est donc régulièrement amené à prendre des décisions avec d'autres spécialistes ou à les solliciter pour la prise en charge d'un malade (chirurgien, radiologue, biologiste,...).

En outre, aux urgences, les médecins sont amenés à réaliser une multiplicité d'actes dont la fréquence peut être très variable (12). Le nombre d'intervenants pour la prise en charge d'un même patient est souvent élevé de par le côté transversal de cette pratique médicale, mais aussi en raison des changements réguliers des équipes médicales et paramédicales. La transmission d'information comporte toujours un risque de perte d'information.

Une structure d'urgence fonctionne 24 heures sur 24, l'activité est non programmée et le risque d'être en sous-effectif pour la prise en charge de patients à un moment donné est réel, d'autant plus sur les périodes de garde où l'effectif médical et paramédical est réduit. La demande de soins peut dépasser les moyens disponibles et engendrer un risque accru d'erreurs et d'événements indésirables. La prise en charge d'un malade peut être complexe, peut nécessiter des soins urgents et intensifs dans un service déjà surchargé, et le risque d'erreur peut encore ainsi se majorer. La mise en place de protocoles et de recommandations écrits tend à diminuer ce risque, mais faut-il encore avoir le temps et les moyens de les appliquer (12).

Le recueil des cas susceptibles d'être analysés en RMM en médecine d'urgence est certainement plus compliqué que dans d'autres spécialités comme la chirurgie par exemple, pour plusieurs raisons : le nombre d'intervenants différents pour la prise en charge d'un malade, une prise en charge limitée dans le temps, et un manque de retour sur les complications ou les événements indésirables décelés ultérieurement mais qui découlent de la prise en charge initiale. La mise en place d'un registre de morbidité pour les urgences au niveau des différents services de l'hôpital peut être une solution. Le médecin responsable des RMM analyserait ce registre et pourrait sélectionner certains dossiers pour une RMM. Enfin, l'appartenance d'un SAU à une structure plus large répondant à une logique de filière favorise sans aucun doute l'identification, le recueil et la sélection des dossiers.

Les différentes modalités de recueil citées plus haut peuvent être appliquées. Au CHU de Nantes, un registre est mis à disposition des médecins du service pour tout cas qui leur semblerait pouvoir être analysé collectivement en RMM, et la sélection est faite par le médecin responsable. Au CHU de Grenoble, selon une publication de 2009, la RMM mise en place sélectionne les cas selon 4 modalités : les décès au Service d'Accueil des Urgences (SAU), les décès en Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) (excluant les décès avant l'arrivée du SMUR), les transferts en réanimation, unité de soins intensifs, ou déchocage moins de trois heures après l'arrivée au SAU ou un dysfonctionnement mis en évidence lors de la prise en charge des patients (13).

En cas d'événements indésirables identifiés, la RMM permet d'analyser ces dysfonctionnements de façon systémique et de relever les axes d'amélioration tant par des améliorations internes au service (qui nécessiteront parfois de faire remonter l'information à l'établissement (CME,...) afin de mettre en adéquation les moyens disponibles avec la demande de soins), que par l'élaboration de procédures avec les autres spécialités.

Une des principales difficultés consiste à élaborer des procédures avec d'autres services de l'hôpital et à les appliquer. Les autres professionnels impliqués dans la prise en charge du patient seront invités à participer à la RMM, à réfléchir à des axes d'amélioration dans la prise en charge commune de certains patients et aussi à trouver des moyens de diffuser l'information dans chacun des services à propos d'une prise en charge commune qui aurait été décidée. Les outils de communication peuvent être multiples : l'intranet, un référentiel donné aux internes et aux externes en début de stage avec des conduites à tenir précises pour certains types de prise en charge, des courriers explicatifs donnés aux patients sortants avec des consignes de surveillance claires, une transmission des informations au personnel paramédical par l'intermédiaire du cadre de santé du secteur d'activité,...

Enfin, la multiplicité des intervenants dans la prise en charge des patients aux urgences complique l'organisation des RMM, et notamment en réduit la fréquence (difficulté à trouver des créneaux communs du fait de la charge de travail, nouveaux invités à chaque RMM,...). La fréquence de 3 à 4 réunions par an semble le plus adapté à la réalité de la vie d'un service d'urgence.

## 5. Limites en terme de mise en œuvre des plans d'action

Les facteurs limitants pour mettre en œuvre une RMM et les plans d'action choisis pour améliorer la qualité et la sécurité des soins semblent être principalement le manque de temps et l'absence de méthodologie (1, 5, 13). En réponse à ce dernier point, le guide méthodologique de l'HAS a été édité en 2009.

De par la multiplicité des unités de soins, des services et des spécialités impliqués dans une prise en charge d'un patient aux urgences, la circulation de l'information est plus complexe et plus difficile à organiser et à maintenir dans le temps. Les plans d'action proposés doivent convenir et être adaptés à plusieurs spécialités dont le mode de fonctionnement peut-être très différent, et ceci peut également constituer un frein à la mise en œuvre de plans d'action. Le suivi des plans d'amélioration est souvent difficile, et le sera d'autant plus que plusieurs spécialités sont concernées. La RMM est en effet organisée par un secteur d'activité, et il faudra une collaboration étroite avec les autres secteurs d'activité pour permettre un suivi à long terme des actions entreprises. D'où probablement l'intérêt d'un interlocuteur privilégié dans chaque autre service concerné par nos RMM. Cela permettrait de faciliter la diffusion de l'information, la communication

sur les améliorations mises en œuvre et les retours d'expérience sur l'analyse des cas qui restent des objectifs difficiles à atteindre lorsque plusieurs services sont impliqués.

Une difficulté supplémentaire rencontrée dans un SAU est le turn-over important et la multiplicité du personnel soignant (médical ou non médical, nouveaux internes et externes, nouveaux médecins séniors,...), qui nécessitera une formation-information systématique des nouveaux arrivants. Plus la structure est importante, plus le nombre d'intervenants sera grand. L'aide d'un ingénieur qualité de l'établissement, s'il est disponible, peut être précieuse, entre autre pour le suivi des plans d'actions issus de la RMM.

## 6. Conclusion

La médecine d'urgence est une activité à haut risque. Une démarche qualité rigoureuse est indispensable pour limiter les événements indésirables, pour proposer des actions d'amélioration dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

La RMM répond à cet objectif par une analyse factuelle, systémique et non culpabilisante des événements indésirables relevés au sein d'un secteur d'activité.

La mise en place de plans d'action, leur maintien et leur suivi dans le temps fait partie intégrante de la démarche RMM. De par la transversalité de la médecine d'urgence, il est d'autant plus difficile d'atteindre cet objectif qu'il nécessite l'implication, dans ces plans d'actions, des autres spécialités concernées.

## Références bibliographiques

1. Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM), Guide 2009, HAS, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
2. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
3. Loi HPST n° 2009-879 du 21/07/09, article 59, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
4. Bal G., David S., Sellier E., François P. Intérêt des revues de mortalité et de morbidité pour la formation des médecins et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : revue de la littérature. La Presse Médicale 2010 ; 39 (2) : 161-8.
5. Gignon M., Pibarot M.-L., Sfez M., Papo F., Chaine F.-X., Dubois G., Braillon A. Revue de mortalité et de morbidité (RMM) : apports et freins. Journal de Chirurgie 2008 ; 145 (4) : 350-4.
6. Vincent C., Taylor-Adams S., Chapman E.J., 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.
7. Vincent C., Taylor-Adams S., Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. BMJ 1998 ; 316 : 1154-7.

8. Chabot J.-M., Le Moign R. Évaluation des pratiques professionnelles : vers des collègues de bonnes pratiques ?. JEUR 2009 ; 22 (4) : 131-3.
9. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Paris : Anaes ; 2003.
10. Campbell W.B. Surgical morbidity and mortality meetings. Ann R Coll Surg Engl 1988 ; 70 (6) : 363-5.
11. Raux M., Dupont M., Devys J.-M. Analyse systémique de deux incidents d'anesthésie consécutifs selon la méthode ALARM. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2007 ; 26 : 805-9.
12. Cariou A. Table ronde RMM - Rencontre HAS 10 et 11 décembre 2009, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
13. Ladwig M., Menthonnex E., Carpentier F., Mingat J., Perrin S., Schmidt M.-H., Loizzo F., Danel V. Mise en place d'une revue de mortalité morbidité au sein d'un pôle urgence Samu-Smur : une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles. JEUR 2009 ; 22, suppl 2 : A148.