



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Une méthode d'amélioration de la qualité

REVUE DE MORTALITÉ MORBIDITÉ

La revue de mortalité morbidité permet de répondre à la référence 45 du manuel de la 2^e procédure de certification (accréditation).

La **revue de mortalité morbidité (RMM)** a pour objectif l'**analyse de tous les décès et de certains accidents morbides** pré-déterminés ou non, au sein d'un service. L'analyse se fait avec au moins l'ensemble des médecins du service, la participation d'autres membres de l'équipe est la règle dans certains services. L'ouverture des groupes à des professionnels externes au service est rare. Utilisée en routine elle est un très bon outil d'amélioration des pratiques professionnelles.

Une RMM peut être mise en œuvre à l'échelle d'un établissement, d'un pôle, d'un département, d'un service ou d'une unité.

L'organisation d'une RMM est définie dans un document écrit qui, précise au minimum :

- la périodicité des réunions et leur durée
- le mode et les critères de sélection des cas
- les participants aux réunions
- les règles de traçabilité et d'archivage des débats et des conclusions.

Dans chaque structure où est organisée la RMM un responsable est désigné.

Chaque dossier devant être présenté en réunion est identifié dès lors que le malade quitte le service. Il est présenté par un membre de l'équipe qui en a réalisé la synthèse.

L'objectif est de :

- **porter un regard critique** sur la façon dont le patient a été pris en charge ;
- **s'interroger sur le caractère évitable** de l'événement (morbide ou léthal) ;
- **rechercher collectivement les causes** de la défaillance survenue lors de la prise en charge.

Si l'événement est complexe ou survient à la suite de défaillances multiples, il est recommandé de s'entourer des professionnels qui peuvent apporter une aide pour l'analyse, les membres de la structure de gestion des risques par exemple.

Lors des réunions de RMM, le groupe doit rechercher les actions à mettre en œuvre afin d'éviter que l'événement indésirable ne se reproduise.

Des **actions d'amélioration** peuvent être identifiées, elles devront être mises en œuvre selon les mêmes modalités que dans toute démarche d'amélioration de la qualité.

Un **responsable de l'action** est nommé, des **objectifs** sont définis, des **indicateurs de suivi** de l'action sont déterminés.

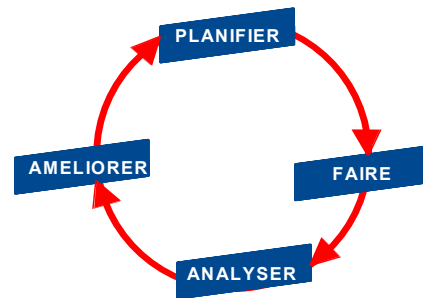
Comme **toutes les méthodes d'amélioration**, la **RMM** revient à **comparer** une **pratique clinique** à une démarche optimale, souvent résumée dans un **référentiel de pratique**.

Plus généralement, la **RMM** s'inscrit dans le modèle proposé par W. Edwards DEMING dans les années 60.

Ce modèle, souvent appelé **roue de DEMING** ou **roue de la qualité**, comprend **4 étapes** distinctes qui se succèdent indéfiniment, **Planifier, Faire, Analyser, Améliorer** (en anglais *Plan, Do, Check et Act*, d'où le modèle *PDCA*).

Ces quatre étapes constituant la base d'une démarche qualité, sont figurées ci-contre :

1. **Planifier (ou Programmer) :** c'est l'étape de **définition** de la démarche à mettre en œuvre, puis d'**identification** des professionnels et des structures impliquées et enfin, de **programmation** des étapes successives de l'étude ;



2. **Faire :** c'est l'étape de mise en œuvre de la démarche au cours de laquelle les cas sont identifiés ;

3. **Analyser :** c'est l'étape où les cas présentés sont analysés. Cette analyse s'attache à rechercher si l'événement était évitable ou non et à identifier les causes éventuelles ;

4. **Améliorer :** c'est l'étape **essentielle**, au cours de laquelle les professionnels s'efforcent d'améliorer leur organisation du travail et leur pratique de manière à **réduire les écarts** observés à l'étape précédente.

Dès lors que des équipes médicales ou des soignants s'impliquent dans une démarche qualité, ils s'engagent dans **la voie de l'évaluation/amélioration de leurs pratiques**.

La démarche minimale pour conduire une analyse des évènements mortels ou morbides conduit à se poser ces questions

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 des causes profondes) ?

5. L'organisation des activités, et les responsabilités, étaient-elles 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 ?

Haute Autorité de santé
Service évaluation des pratiques professionnelles
2 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

Document disponible et téléchargeable sur le site :
www.has-sante.fr