

Compte-rendu

Expérimentation RMM PPa



Rédacteurs :

Dr Marielle Lafont
Dr Jean-Michel Oriol

>>> RMM Pluriprofessionnelles ambulatoires 8 points clés

- ❖ **Des évènements indésirables liés aux soins de ville** surviennent tous les jours. Leur analyse méthodologique, systémique, en RMM, par des groupes pluriprofessionnels, au moyen d'outils validés, permet de mettre en place des actions d'amélioration qui tendent à les éviter.
- ❖ L'expérience menée par des groupes pilotes met en exergue les **problèmes de communication entre professionnels** de santé comme cause à une majorité d'évènements indésirables.
- ❖ **Les groupes** doivent intégrer en priorité des médecins généralistes, infirmiers pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, biologistes et des représentants de patients ; est associé par ailleurs, selon la situation, tout autre professionnel de santé impliqué dans l'évènement analysé.
- ❖ Le groupe pluriprofessionnel permet de mieux appréhender le métier et les problématiques spécifiques des autres professionnels de santé concernés par le patient, de **reconnaître la place de chacun dans le parcours de soins**, de déculpabiliser les acteurs impliqués dans l'évènement indésirable et d'ouvrir la discussion. L'analyse faite par la complémentarité et la richesse des regards et échanges pluriprofessionnels croisés permet de trouver des **solutions partagées**, par exemple l'élaboration de **protocoles de prises en charge coordonnées**.
- ❖ Il faut savoir être modeste et non exhaustif ; la faisabilité, l'applicabilité et l'utilité impliquent de cibler **les points les plus critiques** dans lesquels l'ensemble des professionnels se reconnaissent et pour lesquels une amélioration est attendue et réalisable par tous, chacun dans son champ d'exercice. **La motivation à continuer passe par l'atteinte des objectifs fixés**.
- ❖ Il semble plus facile de créer un **groupe pluriprofessionnel de novo** que d'étendre un groupe mono professionnel existant. Pour des **groupes d'analyses de pratiques existants**, mono professionnels, il est suggéré de rentrer dans la démarche en programmant dans l'année quelques réunions ciblées sur l'analyse des évènements indésirables, en associant à cette occasion d'autres professionnels de santé, impliqués dans les prises en charge analysées.
- ❖ La qualité de l'animation, le respect de la méthodologie, une confidentialité absolue, un outil d'analyse systémique stabilisé et le respect réciproque des différents professionnels entre eux sont les garants de **l'efficacité et de la pérennité de ces RMM pluriprofessionnelles**.
- ❖ **Pour participer à un groupe RMM PPa**, il peut être utile de se renseigner auprès des instances ressources pour connaître l'existence de groupes déjà constitués et/ou pour en initier des nouveaux. Citons notamment les ARS, les URPS, les Ordres professionnels, les Structures Régionales d'Appui (SRA), les Organismes de DPC.

SOMMAIRE

| | | |
|-------------|---|-----------|
| I. | COMPTE-RENDU DE L'EXPERIMENTATION RMM PPA..... | 4 |
| | LE CONTEXTE..... | 4 |
| | LES OBJECTIFS | 5 |
| | LES REGIONS ENGAGEES | 5 |
| | LA RMM..... | 6 |
| | CADRE DE L'EXPERIMENTATION | 6 |
| | LE CALENDRIER : | 8 |
| | LES RESULTATS : | 8 |
| | LES CONCLUSIONS DE L'EXPERIMENTATION | 12 |
| | POINTS FORTS RMM-PPA | 14 |
| II. | RESSOURCES EXISTANTES /PUBLICATIONS, PRODUCTIONS, EXPERTS..... | 16 |
| | HAS : | 16 |
| | SRE : | 16 |
| | AUTRES RESSOURCES : | 16 |
| | GLOSSAIRE..... | 17 |
| III. | LES ANNEXES | 18 |
| | QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION..... | 19 |
| | RAPPORT D'ACTIVITE (20XX)..... | 20 |
| | PROCEDURE RMM PLURI PROFESSIONNELLE AMBULATOIRE | 23 |
| | GRILLE CADYA (COMPLETE) | 28 |
| | FEUILLE D'EMARGEMENT | 31 |
| | EXEMPLE DE CAS CLINIQUES ANALYSES | 32 |

I. Compte-rendu de l'Expérimentation RMM PPa

LE CONTEXTE

La **sécurité des soins et la gestion des risques** deviennent des préoccupations majeures et récurrentes en santé, avec une emphase particulière en 2013 avec la publication du Plan national pour la sécurité du patient (PNSP).

Ces thèmes développés jusque là surtout en établissement de santé (notamment par l'accréditation des médecins dans le cercle des spécialités dites à risque et par la diffusion et la promotion des revues Morbi-mortalité et de la check-list) commencent à diffuser dans le monde libéral « **en ville** » (médecins généralistes, autres spécialistes, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes...).

L'emphase mise sur ce thème par le Développement Professionnel Continu (DPC) est l'occasion de développer une réflexion et de proposer des actions pour améliorer la sécurité des soins en ville dans la continuité d'une réflexion déjà amorcée. Il s'agit de générer un changement dans la culture de sécurité en ville, notamment en sensibilisant les professionnels à ce questionnement et à des actions possibles autour de l'amélioration de la sécurité des patients.

Les événements indésirables graves (EIG) en ville existent mais sont encore mal connus car souvent non déclarés et probablement différents de ceux rencontrés en établissements de santé^{1,2}. Des spécificités propres aux soins de ville sont à prendre en compte³. Citons notamment des publications récentes s'appuyant sur des **données assurantielles** qui traitent de la sécurité des soins en médecine générale (Jean Brami/René Amalberti).

Des initiatives ponctuelles se développent, via des supports divers (formation, groupes de pairs...). Certaines **publications** existent (référentiels de bonnes pratiques notamment), portant sur **l'hygiène au cabinet médical** ayant permis la réalisation d'évaluations de pratiques par des professionnels en ville (médecins de l'URML Bretagne, l'URML Rhône Alpes, chirurgiens-dentistes par exemple...). Une approche commence à se développer d'une part autour de la reconnaissance des **événements indésirables en ville**, d'autre part autour de la **pédagogie par l'erreur** (Eric GALAM) et la prise en compte de la souffrance des soignants (communications dans des colloques ou congrès, séminaires de FMC...). Une sensibilisation des **futurs médecins généralistes** est faite dans le cadre du troisième cycle d'études médicales. Quelques thèses sur ces thèmes notamment ont été soutenues depuis quelques années par des étudiants en médecine, encadrés par des médecins généralistes enseignants. (cf. références infra, Thèses dirigées par P. Darmon et J. Birgé)

En pratique, souvent avec l'appui de médecins habilités ou autres experts de la HAS, des **groupes d'analyse de pratiques** (GAP) en médecine générale, autour de professionnels en exercice et/ou d'internes en médecine générale, ont formalisé depuis quelques années des **temps d'analyse de la morbi-mortalité**, le plus souvent en **mono disciplinaire**.

¹ Rapport EVISA Les événements indésirables liés aux soins extrahospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes. CCECQUA, août 2009.

² Wensing, Harmsen, Grol. National study on safety in primary care. 2009. Institute for Quality of Healthcare. UMC-St Radboud, Nijmegen, Netherlands.

³ Gaal, Verstappen, Wensing. Patient safety in primary care: a survey of general practitioners in the Netherlands. BMC Health Services Research 2010, 10:21.

Même si des freins nombreux persistent, les mentalités commencent à évoluer et une dynamique est en train de s'amorcer. La publication de la brochure de synthèse HAS « *RMM et Médecine Générale* » en 2009 a marqué une évolution dans la réflexion et impulsé la mise en place formalisée de certains groupes de RMM en médecine générale (Jacques Birgé).

Toutefois, l'approche mono professionnelle montre ses limites quand il s'agit d'analyser les causes des événements rencontrés. Pour plus d'utilité et d'efficacité de l'analyse, une **approche systémique** est souhaitable autour de groupes pluri professionnels de premier recours, médecins généralistes (MG), pharmaciens d'officine, biologistes, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers notamment.

La littérature est limitée sur le sujet ; notamment il manque des données françaises sur la culture sécurité en soins de ville et sur l'opportunité de favoriser le développement des **groupes de proximité pluri professionnels centrés sur le sujet de la sécurité des soins ambulatoires et plus particulièrement mais pas exclusivement de premier recours**.

Une expérimentation est donc apparue nécessaire en 2011 pour tester la faisabilité/acceptabilité, l'utilité/efficacité de groupes type RMM, de proximité, pluriprofessionnels, centrés sur l'analyse des événements indésirables (EI), en pratique ambulatoire.

A cet effet, la HAS a passé une convention avec le CEPPrAL pour réaliser cette expérimentation en précisant que cette **expérimentation est ouverte à d'autres groupes** demandeurs.

LES OBJECTIFS

Il s'agissait de tester la faisabilité/acceptabilité, l'utilité/efficacité de groupes type RMM, de proximité, pluriprofessionnels, centrés sur l'analyse des événements indésirables (EI), en pratique ambulatoire. L'expérimentation était aussi l'occasion de tester des outils d'analyse des EI, adaptés aux soins ambulatoires, tels que la grille ALARM, l'analyse de causes...

Dans un premier temps en 2011/2012 il s'agissait de mettre en place une **expérimentation** pour enrichir les données disponibles et alimenter la réflexion. L'expérimentation portait sur la faisabilité, l'acceptabilité, l'utilité de **groupes de proximité pluri professionnels** : obstacles, leviers, participation/adhésion des professionnels, événements indésirables ou porteurs de risques analysés au sein des groupes.

Cette expérimentation devrait servir de test et/ou de mesure de suivi pour la mise en œuvre ultérieure généralisée de tels groupes.

LES REGIONS ENGAGEES

| | |
|---|---|
| Aquitaine (CCECQUA) resté à l'état de projet | Ile de France 1 groupe |
| Lorraine 1 groupe | Nord Pas de Calais (RSQ) resté à l'état de projet |
| PACA (Pôle de santé de Roquefort les Pins) 1 groupe | Rhône Alpes (CEPPrAL) 5 groupes |

LA RMM

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, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

L'expérimentation est l'occasion d'adapter la procédure RMM à la pratique ambulatoire, de tester des outils inspirés d'outils utilisés en ES, la grille ALARM notamment.

CADRE DE L'EXPERIMENTATION

1. **UN COMITE DE PILOTAGE HAS/CEPPRAL/représentants des autres régions engagées** avait pour rôle notamment de :

- **Cordonner l'expérimentation :**
 - définir la méthodologie de l'expérimentation
 - définir la méthode de suivi de l'expérimentation et les indicateurs de suivi avec une grille de recueil
 - définir la stratégie de communication afin de faciliter le développement des RMM en ville et communiquer sur les résultats
- **Suivre, évaluer l'expérimentation** en cours lors de réunions du groupe de pilotage tous les six mois et ses résultats :
 - identifier les thèmes le plus fréquemment analysés dans le cadre de ces RMM
 - identifier les outils d'analyse des EI utilisables en ville
 - analyser les résultats de l'expérimentation en termes de faisabilité, acceptabilité, utilité et efficacité de groupes type RMM, de proximité, pluri professionnels
 - identifier les leviers pour favoriser le développement des RMM en ville
- **Communiquer sur la RMM** pluri professionnelle **en ville**, la valoriser et encourager son développement
- **S'informer** régulièrement de l'état **d'avancement des travaux communs** en cours,
- **S'informer** des **financements** mobilisés pour l'organisation des projets,
- **S'assurer qu'était exclu tout financement provenant de l'industrie** des produits de santé pour la réalisation et la diffusion des travaux développés dans le cadre de ce partenariat.

Composition du Copil :

Au titre du CEPPRAL – Rhône Alpes

Marie-Dominique BLANC (Denis TESTE) ◇ IDE
Claire CHABLOZ (Cyrille COLIN) ◇ CEPPRAL
Marc CHANELIERE (Maud KERIEL-GASCOU) ◇ MG
Jean-Michel ORIOL ◇ MG, chef de projet
Camille PETIT (Hervé FANJAT) ◇ MK

Au titre de la HAS

Bruno BALLY
Rémy BATAILLON
Marielle LAFONT
Ariane SACHS/Caroline ABELMANN
Pierre TRUDELLE
Frédéric VILLEBRUN (Jean BRAMI)

Au titre de la FORAP

Philippe MICHEL/JP Joseph - Aquitaine
Isabelle VERHEYDE/Philippe Bouche – Nord Pas de Calais – SRE/URPS

Au titre de leur expertise

Jacques BIRGE - Lorraine
David DARMON – PACA (Pôle de santé de Roquefort les Pins)
Isabelle DUPIE – Ile de France

- 2. LES PRINCIPES METHODOLOGIQUES DE BASE** sont ceux d'une RMM en MG (cf. le 4 pages HAS), qui ont été adaptés à l'approche pluriprofessionnelle, en soins ambulatoires (cf. Procédure en annexe).

Un principe partagé est d'avoir de la souplesse pour la méthodologie et de s'appuyer sur l'existant. Ne pas chercher à standardiser, plutôt **laisser faire et observer**. Toutefois, d'emblée, l'accent a été mis sur certains éléments incontournables.

Les groupes, composition : le groupe pluriprofessionnel est la condition **incontournable**. Dans un groupe d'une dizaine, participation au moins de trois ou quatre professions dans le groupe, MG, infirmier, MK, pharmacien, biologiste... ?

Recrutement du groupe : accord de tous pour l'ouverture à toutes les méthodes possibles, groupe préexistant, réseau formel ou informel, groupe de novo constitué à cet effet, cooptation. Tous s'accordent pour **s'appuyer sur l'existant** pour la faisabilité et l'acceptabilité.

Calendrier : quatre réunions dans l'année étaient attendues.

Méthode de recueil de EI : ouverture ici aussi ; **approche thématique** et/ou sélection dans un recueil d'EI **tout venant**, apportés par les participants dans un groupe type GAPP, réseau...

Outils d'analyse des EI : pluralité avec avis du comité de pilotage autour de **l'adaptation d'outils** existants à partager entre les groupes engagés.

Enquête sur la culture sécurité organisée par la HAS : **incontournable**, elle utilise le questionnaire expérimental (3 cibles : médecins généralistes, IDE et pharmaciens) utilisé dans le cadre de l'enquête IPSOS réalisée par la HAS en 2011. La HAS avait besoin de connaître le nombre de participants et leur typologie. Un item région et groupe était rajouté au questionnaire. Tous les groupes avaient à remplir le questionnaire avant/après ; les résultats étaient également fournis au CEPPrAL.

Rapport d'activité : **incontournable** pour les groupes, avec description de leur organisation, procédure de mise en place et composition du groupe, présence des participants, calendrier des réunions, cas présentés et EI analysés, améliorations proposées.

Un **canevas type**, le plus simple possible, a été proposé par le comité de pilotage pour permettre la faisabilité par les groupes. Une **approche qualitative** a complété ce canevas pour identifier la satisfaction des participants, les obstacles, les limites, les leviers et facteurs facilitant (cf. Annexes)...

Un **outil électronique commun** à tous était envisagé pour le recueil. Par manque de temps, il n'a pu être réalisé.

LE CALENDRIER :

Année 2011 :

Mise en œuvre de l'expérimentation des RMM pluri professionnelles en ville

- **Organisation de journées d'initialisation/action** RMM pour les participants des groupes de proximité
- **Mise en œuvre de l'expérimentation** : mise en place des groupes : 5 groupes dans la région Rhône-Alpes, d'une dizaine de participants, se réunissant 4 fois ainsi que des groupes provenant des autres régions participant à l'expérimentation. L'adaptation des outils se faisait conjointement pendant l'expérimentation.

Année 2012 :

Début 2012 : fonctionnement des groupes en routine

- **Suivi des groupes** engagés dans un programme RMM
- **Recueil et synthèse (rapport) des bilans d'activité** des RMM, partage et communication des résultats
- **Résultat du suivi** des indicateurs testés
- **Sélection d'outils d'analyse des EI** pour les RMM en ville
- **Election d'évènements indésirables**, ou de thèmes prioritaires à suivre plus particulièrement

Fin 2012 : Analyse et compilation des rapports d'activité. Bilan de l'expérimentation début 2013.

LES RESULTATS :

Les résultats quantitatifs ont porté seulement sur les 5 groupes Rhône-Alpes qui ont fonctionné (4 sur les 2 ans et 1 sur 1 an), du fait de la disponibilité des questionnaires de satisfaction et des rapports d'activités.

Il n'a pas toujours été simple de récupérer toutes les données.

1. Analyse des rapports d'activité

➤ Typologie des groupes :

- Nombre de participants / assiduité : entre 6 et 14, avec une moyenne de participation de 70-75 % des inscrits à chaque réunion
- Composition des groupes : 2 complètement pluri professionnels (création de novo), 3 de MG (déjà existants) avec intégration progressive d'autres PS (infirmières essentiellement)

Le groupe expérimental comporte : MG, IDE, kiné, pharmacien, biologiste, prestataire de santé, représentant de patient, +/- observateur extérieur

- Mode de recrutement : variable : appel à candidatures institutionnelles (en fait peu efficace), cooptation, groupe existant élargi
- Nombre de sortants : 1 seul et dans le groupe expérimental (mutation), remplacé par le même type de professionnel
- Nombre d'entrants : 2 dans le groupe expérimental (1 remplaçant du PS sortant, 1 représentant de patient qui étoffe le groupe), 2 dans les autres groupes (pour passer de mono, à pluri professionnel)
- Procédure écrite disponible et connue des participants : dans tous les cas (la procédure mise en annexe et validée par le Copil laisse la possibilité à quelques adaptations ce qui en facilite l'appropriation)

➤ **Analyse des questionnaires de satisfaction :**

(Suivant le canevas de la dernière mouture du Questionnaire de Satisfaction validée par le Copil, les résultats ont été mis sur un tableur Excel pour les compiler)

- Nombre de questionnaires analysés/ attendus : (25/30)
- Connaissez-vous la procédure utilisée ? (100% de oui)
- Disposez-vous de cette procédure ? (100% de oui)
- Suivez-vous la procédure définie ? (95% de oui)
- La fréquence des réunions est adaptée à la pratique ? (100% de oui)
- Temps de travail adapté ? (100% de oui)
- Satisfaction de la qualité des débats ? (100% de oui)
- Satisfaction du travail pluri professionnel ? (100% de oui)
- Satisfaction de l'outil d'analyse proposé ? (80% de oui)
- Avez-vous présenté au moins un cas clinique dans l'année ? (90% de oui)
- Satisfaction des comptes-rendus élaborés ? (100% de oui)
- La participation à la RMM-PPa a-t-elle modifié votre pratique ? (100% de oui / en quoi ? → communication avec les autres PS, protocolisation d'actions)
- Avez-vous mis en place des actions d'amélioration ? (95 % de oui)
- Points positifs de l'expérience ?
 - partage avec d'autres professionnels de santé (pluriprofessionnel)
 - déculpabilisation
- Points négatifs de l'expérience ?
 - quelques digressions au cours des analyses de cas qui demandent à l'animateur de recadrer
 - problème de mise en place et de suivi des actions d'amélioration (réunion dédiée ?)
- Obstacles rencontrés ? :
 - très peu : essentiellement problème de disponibilités individuelles, outil d'analyse non stabilisé
- Leviers à la promotion définis ?
 - les leviers préétablis sont avalisés : méthodologie bien cadrée et suivie, qualité des outils d'analyse, qualité de l'animation et des comptes-rendus, fréquence et durée du temps de travail optimaux
- Envie de poursuivre l'expérience ? (95% de oui, les seuls non reflètent un problème de disponibilité aux dates prévues)
- Envie d'appliquer la méthode à un thème défini ? (non à 80 %, oui à 20 %, essentiellement relations ville-hôpital)

➤ **Synthèse des réunions RMM :**

- Existence d'une procédure écrite : **oui**
- Connaissance de la procédure : **oui**
- Nombre effectif de réunions / an : (4)
- Nombre de participants moyen / réunion (10)
- Nombre de cas traités / an (8), par réunion (2)
- Modalité de sélection des cas : (*au fil du temps, en privilégiant l'intervention de chacun pour présenter un cas dans l'année*)
- Sélection préalable des cas (**non, initialement voulue mais jamais réalisée**)
- Existence d'un compte-rendu à chaque réunion ? (**oui**)
- Criticité des E.I. analysés : **non évaluée, souvent EI bénins mais potentiellement graves**
 - ➔ Gravité des E.I. rapportés (échelle de 1 à 5) : **non évaluée**
 - ➔ Fréquence des EI rapportés : **non évaluée**
- Types d'E.I. abordés : (taxonomie de Makeham) : **trop peu de cas pour analyser, mais problèmes de communication récurrents**

Il était prévu comme rubriques :

- latrogénie (%)
- *retard au diagnostic (%)*
- *défaut de technique(%)*
- *défaut de communication(%)*
- *défaut de formation(%)*

- Méthode d'analyse existante : (**oui, grille CaDyA, dérivée d'ALARM**), en annexe, mais canevas non stabilisé
- Chaque analyse a été l'objet d'une action d'amélioration ? (**oui**)
- Définition d'actions d'amélioration : **oui, 1 / réunion, au moins**
- Combien d'actions d'amélioration ont été effectivement retenues dans les 2 années ? (**20**)
- Liste des actions d'amélioration retenues :
 - **Protocole**
 - **Amélioration du Système d'information**
 - **Echange avec les autres professionnels de santé (et modalités)**
 - ...
- Nombre d'actions d'amélioration effectivement mises en place (**15**)
- Suivi des actions d'amélioration : **pas effectué**

Il était prévu comme rubriques :

- *Fiches de suivi d'action (nombre)*
- *Indicateurs de **suivi** mis en place et type*
- *Indicateurs de **résultat** mis en place et type*
- *Implication du groupe dans le suivi (réunion dédiée ?)*

➤ **L'apport des autres groupes régionaux au Copil a permis :**

- de par leurs résultats qualitatifs surtout, de confirmer l'acceptabilité et la faisabilité de la méthode ainsi que de mettre l'accent sur l'importance de la création d'emblée de groupes nouveaux sur territoire de santé commun (expérience de Roquefort les Pins en PACA).
- de confirmer également que l'extension d'un groupe déjà constitué en direction des autres professionnels de santé s'avère ardue (Rhône-Alpes, Lorraine, Ile de France)

- de donner des renseignements sur un rythme optimal de RMM (4 à 6 / an)
- de montrer la possibilité pour un GAP, de prévoir de temps en temps de façon formelle des réunions autour de l'analyse d'EI avec d'autres professionnels de santé
- de retravailler les outils : essentiellement la procédure, le questionnaire et le rapport d'activité qui en découle ainsi que la grille d'analyse (celle-ci mérite d'être affinée, voire d'être modifiée dans sa présentation .Elle nécessitera d'être validée)
- de constater qu'il existe une réelle appétence des professionnels de santé pour ce genre de travail
- de signaler des pistes de travail pour d'autres travaux pluri professionnels

2. Adaptation des outils :

- **La feuille d'émergence** convient (elle rappelle bien le caractère confidentiel des travaux)
- **La procédure RMM-PPa** est stabilisée et offre suffisamment de souplesse pour aider à son appropriation
- **L'outil d'analyse : Grille CADYA**, dérivée de la grille ALARM déclinée en 4 sous rubriques a été facilement adoptée et utilisée par les groupes. Elle est suffisamment concise et toutefois exhaustive. Il reste deux écueils : l'intitulé de certaines sous rubriques pour que tout les participants soient d'accord (particulièrement le niveau cognitif à mieux définir) et la présentation finale avec les sous rubriques sous forme de questions
- Il convient peut-être à chaque groupe de se l'approprier
- Elle existe également sous une forme de grille heuristique.
- Elle nécessite probablement d'être validée au même titre que les autres méthodes d'analyse systémique utilisées en établissement de santé.
- Sa déclinaison sous forme d'outil électronique n'a jamais vu le jour, mais est à travailler pour une diffusion plus pertinente de la méthode.
- **Le questionnaire de Satisfaction** a été validé en Copil, il est assez aisé à remplir et donne des renseignements quantitatifs et qualitatifs
- **Le rapport d'activité** a également été validé en Copil. Il est articulé avec le questionnaire de satisfaction
- **Les fiches d'action d'amélioration et de suivi d'action** sont encore à créer. Elles seront sûrement à adapter aux divers groupes, car le travail pluriprofessionnel met en évidence une difficulté d'adapter les actions d'amélioration à chacune des professions de santé représentées

LES CONCLUSIONS DE L'EXPERIMENTATION

➤ Acceptabilité/utilité/efficacité des RMM :

- L'expérience prouve que les RMM pluriprofessionnelles sont largement **faisables** sans difficulté pour exposer des EI devant d'autres professionnels de santé et que chacun est satisfait de comprendre le métier (avec ses difficultés propres) de l'autre, et se sent **déculpabilisé**.
- **L'éclairage** des autres professions peut apporter un plus à chacun (façon différente d'envisager la démarche qualité en fonction de chacun des métiers).
- Il faut bien définir d'emblée ce qu'est l'EI (pour éviter les polémiques ultérieures). Par contre les presque accidents sont aussi intéressants à analyser que les EI graves (et évitent des interférences émotionnelles de culpabilité ou même de réaction de déculpabilisation du groupe envers le rapporteur de cas)
- Les divers cas analysés mettent l'accent à chaque fois sur la **communication déficiente** entre professionnels de santé (hôpital/ville, spécialiste/généraliste, Médecin G ou Spé / biologiste ; MG/IDE ; MG /kiné ; MG/pharmacien, IDE/ prestataires de service) et aussi **Professionnel de santé/patient**
- **En ce qui concerne l'efficacité des RMM-PPa** : Il faut avoir une ambition modeste concernant les actions d'amélioration si on vise l'applicabilité de la méthode (1 ou 2 actions sur l'année définies de façon temporelles et avec un suivi assuré semblent déjà un objectif raisonnable. On est encore loin des indicateurs de suivi et surtout de résultat !)
- **Pour ce faire** : Il faut se poser 2 questions – non spécifiques au travail en RMM-PPa :
 - Qu'est-ce que je mets en œuvre pour que l'EI ne se reproduise pas ?
 - Comment je m'assure que ce que je mets en place sert à quelque chose ?

➤ Caractère pluriprofessionnel

Si le travail pluri professionnel fait l'unanimité, on a constaté qu'il était plus facile de constituer un groupe de novo, que d'enrichir un groupe existant mono professionnel Faut-il constituer le groupe pluriprofessionnel sur un même territoire de santé ?

Il y a 2 éclairages :

- la qualité d'analyse des cas d'EI n'est pas obérée par le fait que les PS n'exercent pas sur le même territoire (c'est l'aspect méthodologique).
- a contrario la pertinence des actions d'amélioration et leur suivi a plus de sens sur un territoire commun.

➤ Leviers /obstacles :

- Les **Difficultés** rencontrées sont :
 - la **disponibilité de chacun**, même avec 4 réunions / an
 - la connaissance et l'appropriation de **l'outil d'analyse** (dont il faut bien reconnaître que même s'il est pragmatique, il n'a pas été encore stabilisé).
 - **le suivi des actions d'amélioration** (calendrier, fiche de suivi)
 - Quand un groupe est mono professionnel, il est difficile de l'étendre, donc **il vaut mieux créer d'emblée des groupes pluri professionnels**

- L'évaluation de la modification de la Culture Sécurité des participants a été limitée (outil sur lien internet difficile à manipuler, relativement peu de réponses analysables sur les 2 ans malgré les relances, niveau élevé d'emblée des participants à l'expérimentation). Les 3 modifications notables sont la participation à des réseaux formels, la moindre réticence à déclarer les EI et l'importance portée sur le management et la formation des équipes en cabinet de groupe.
- Les **Leviers** : on retrouve les leviers précédemment avalisés
 - **Méthodologie bien définie** (procédure et grille d'évaluation)
 - **Logistique adaptée** (salle dédiée fixe, jour et heures fixes, collation prévue)
 - Groupe préexistant / « noyau dur »
 - **Promotion de la communication** entre professionnels de santé
 - **Qualité de l'animation** (d'où formation initiale essentielle) : déculpabiliser, respect du temps de parole de chacun, respect de la méthodologie, éviter les digressions dans la discussion, recentrer sur les actions d'amélioration possibles et faisables
 - **Satisfaction des participants**_pour la méthode et l'envie de poursuivre l'expérience au terme de l'expérimentation
 - **Qualité des compte-rendus et leur diffusion**
 - **Anonymisation** des dossiers et **engagement de confidentialité**
- Dans quasi **100 % des cas les participants souhaitent poursuivre l'expérience**, en général sans thématique précise pour les EI.
Pour la petite minorité (20 %) qui envisage un thème c'est la **relation Ville-Hôpital** qui revient.

➤ **Les Perspectives :**

- **Poursuivre** l'expérimentation en cours, pour accentuer la maturité des groupes (en cours avec le CEPPRAL)
- **Etendre** l'expérimentation à des groupes ville-hôpital (quelques balbutiements en Rhône-Alpes)
- Le **Copil** a suggéré que la classification des EI identifiés lors de ces RMM Pluri professionnelles pourrait faire l'objet du travail d'un autre groupe.
- **Démarche** à promouvoir dans le cadre du DPC ; La méthode RMM-PPa est d'ailleurs une proposition retenue par la DGOS dans le cadre du PNSP (action n°38).

POINTS FORTS RMM-PPA

L'analyse des évènements indésirables (EI) en RMM Pluri Professionnelle ambulatoire (RMM-PPa) est une complémentarité de la démarche RMM en médecine générale.

Il s'agit d'un véritable travail d'équipe rassemblant les divers professionnels de santé impliqués autour du patient.

Nous abordons ici les résultats de l'expérimentation HAS-CEPPRAL menée entre 2011 et 2012 sur ce thème.

Pourquoi travailler en RMM-PPa ?

- ❖ Des évènements indésirables arrivent tous les jours et dans toutes les professions. Personne n'est à l'abri.
- ❖ Prendre en compte le risque dans nos pratiques est une nécessité, au bénéfice des patients et des professionnels de santé. Il faut savoir identifier ce risque, le prévenir et le gérer.
- ❖ L'analyse d'un cas (EI) au travers de la vision d'un seul type de professionnel est incomplète d'autant que la prise en charge des patients est de plus en plus multi professionnelle (par exemple pour la prise en charge de personnes âgées à domicile, de patients atteints de pathologies chroniques, de patients en fin de vie...).
- ❖ Les réunions pluriprofessionnelles permettent de se rencontrer, de se découvrir, d'échanger. La connaissance des métiers des autres professionnels de santé permet d'optimiser la coordination des prises en charge, élément-clé de la qualité et la sécurité.
- ❖ Au cours des RMM pluriprofessionnelles en ville, l'échange autour d'un cas crée un espace de parole qui permet de rompre l'isolement des professionnels de santé et de prendre conscience que tout professionnel peut être un jour confronté à un évènement indésirable. L'analyse qui en est faite, par la complémentarité et la richesse des regards et échanges pluriprofessionnels croisés, permet de trouver des solutions partagées ; au-delà, par l'identification d'actions d'amélioration, cette analyse permet de prendre du recul, de se déculpabiliser et de déculpabiliser les autres par une gestion positive de l'évènement qui permettra de prévenir et gérer le risque pour la pratique à venir.
- ❖ L'analyse pratiquée par des professionnels d'un même territoire est très riche car elle permet la production de protocoles de prises en charge coordonnés pour ce territoire. Toutefois, l'analyse par des professionnels qui ne sont pas du même territoire présente elle aussi des avantages car elle est facilitée par la distance des professionnels vis-à-vis de l'EI ; la prise de recul permet d'identifier des actions d'amélioration collectives que chacun va s'approprier et pourra décliner dans son propre territoire.
- ❖ La satisfaction totale des professionnels de santé impliqués est une constante, ainsi que l'envie de poursuivre le travail commun.
- ❖ Cette méthode permet de valider son DPC (sous réserve que l'activité d'analyse des pratiques soit complétée de manière intégrée ou externalisée d'une activité d'acquisition des connaissances /compétences – cf la liste des méthodes et modalités de DPC validée par la HAS)

Comment travailler en RMM-PPa ?

- ❖ Il est plus simple de créer un groupe pluri professionnel de novo (appel institutionnel, cooptation) que d'essayer d'étendre un groupe mono professionnel existant.
- ❖ Pour participer à un groupe RMM PPa nouveau, il peut être utile de se renseigner auprès des instances ressources pour connaître l'existence de groupes déjà constitués et/ou pour en initier des nouveaux. Citons notamment les ARS, les URPS, les Ordres professionnels, les Structures Régionales d'Appui (SRA), les Organismes de DPC.
- ❖ Une procédure écrite, validée et admise par tous, est indispensable. Elle fait office de règlement intérieur.
- ❖ Il n'y a pas de groupe type ; néanmoins la représentation des médecins généralistes (MG), des infirmiers (IDE), des masseurs kinésithérapeutes, des pharmaciens et des biologistes, semble un socle incontournable. L'apport de représentants de patients, de radiologues, voire de spécialistes d'organes, peut être discutée et envisagée selon les cas analysés, par exemple selon la proximité et la motivation de ces professionnels à participer de manière régulière ou ponctuelle.
- ❖ Le travail sur un même territoire de santé peut être un atout mais ne change rien au regard méthodologique de chacun.
- ❖ Il faut s'assurer de l'engagement de confidentialité des participants (signature de la procédure et/ou de la feuille d'émargement qui renforce la confidentialité).
- ❖ Il faut s'adjoindre la coopération d'un animateur formé, rompu à la méthode et reconnu par tous. C'est un élément essentiel pour porter les valeurs du groupe, notamment le respect et la reconnaissance de chacun des professionnels impliqués, avec leur compétence métier propre. De plus, il permet d'éviter de tomber dans l'écueil du jugement en favorisant, tout au contraire, une analyse systémique partagée qui va servir à tous.
- ❖ Si le groupe n'est organisé qu'en RMM, il peut se réunir environ 4 fois/an. Souvent l'analyse type RMM est faite dans le cadre de GAP plus traditionnels...qui deux à trois fois par an s'organisent en RMM.

II. Ressources existantes /publications, productions, experts

HAS :

- Guide méthodologique : RMM et médecine générale, (janvier 2010)
- Guide pratique : « Annonce d'un dommage lié aux soins » (2011)
- La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique, Ocelli P. (2011)
- Enquête Culture sécurité avec l'IPSOS de 2011 (Lettre HAS n° 28 de Septembre-Octobre 2011)

SRE :

- ENEIS 1. (CCECQA ,2005)
- ENEIS 2. (CCECQA ,2009)

AUTRES RESSOURCES :

- Amalberti R. et Bami J. « La sécurité du patient en médecine générale » Springer Verlag, Paris, 2009
- Amalberti R., Bons- Letouzey C., Sicot C. (2008) Les risques en médecine générale, un secteur encore mal connu. Responsabilité 8,32 :5-12
- Amalberti R., Bons- Letouzey C., Sicot C. (2009) Trois ans de sinistralité en médecine générale : le rôle clé des « compétences non techniques » et des « tempos » dans le contrôle du risque. Responsabilité
- Birgé J. + GLAM (Groupe Lorrain d'Audit Médical), Thèses Nancy + résultats d'audit, Site internet : glam-sante.org
- Chanelière M. : « Impact des évènements indésirables sur la pratique des médecins généralistes, étude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes ». Thèse Faculté Médecine Lyon Nord (2005)
- Charles R., Colas C.E., Meyrand B. : Les revues de morbi-mortalité sont-elles utilisables en soins primaires ? ; Médecine, de la médecine factuelle à nos pratiques 2010, 6(1)
- Chevalier P. : « Les revues d'analyse des accidents médicaux : quelle incidence sur la responsabilité pénales des médecins et soignants ? », RDSS, 2008 n°6
- DRESS, Etudes et Résultats, Les systèmes de signalement des évènements indésirables en médecine (2007), n° 584
- Galam E. : « L'erreur médicale, le burn out et le soignant, de la seconde victime au premier acteur », Springer Verlag, Paris (2011)
- Keriél-Gascou M. : « Définition et taxonomie des évènements indésirables en soins primaires : une synthèse de la littérature de 2000 à 2007 », Thèse Médecine Lyon 1(2008)
- Kostopoulou O. , Delaney B. : Confidential reporting of patient safety events in primary care :results of a multilevel classification of cognitive and system factors , Qual. Saf.Health Care 2007;16:95-100
- Léopold Y. CNOM, APPS, « Le suicide du médecin » (2011)

- Marzer-Arlotto L.: « Revue de Morbi-Mortalité pluriprofessionnelle en soins primaires : Expérience du pôle de santé de Roquefort les Pins concernant la iatrogénie des anti-vitamines K chez les personnes de plus de 65 ans », Thèse médecine Nice (2011)
- OMS : brochure « La recherche pour la sécurité des patients, de meilleures connaissances pour des soins plus sûrs » (2008)
- Revue Prescrire (2003) : Erreurs en médecine ambulatoire : une recherche balbutiante 23,241 :543-4
- Revue Prescrire (2005) Eviter l'évitable. Tirer partie des erreurs pour mieux soigner 25 :267(Suppl.) :881-945
- Revue Prescrire (2008) Signaler les effets indésirables des soins : enjeux et limites .Des pratiques à développer ; 301 :864-6
- SFTG : « Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical », Recommandation professionnelle avec le partenariat de la HAS (Juin 2007)
- Vincent Charles : »The essentials of patient safety”, CPSSQ Publications ;2011

GLOSSAIRE

CADYA : Catégorisation des DYsfonctionnements en Ambulatoire

CCECQA : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine

CEPPRAL : Coordination pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles en Rhône-Alpes

DPC : Développement Professionnel Continu

EI : Evénement Indésirable

FORAP : Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé

GAP : Groupe d'Analyse des Pratiques

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat

MG : Médecin Généraliste

PS : Professionnels de Santé

RMM : Revue de Morbi Mortalité

RMM-PPA : Revue de Morbi mortalité Pluri Professionnelle ambulatoire

RSQ : Réseau santé Qualité

SRE : Structure Régionale d'Evaluation (OU SRA : Structure Régionale d'Appui)

III. Les annexes

Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction

Annexe 2 : Rapport d'activité (20xx)

Annexe 3 : Procédure RMM Pluri Professionnelle ambulatoire

Annexe 4 : Grille CaDyA (complète)

Annexe 5 : Feuille d'émargement

Annexe 6 : Exemple de compte-rendu de réunion

CEPPRAL

Qualité et sécurité en santé

RMM Pluri professionnelle Bilan annuel

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

GROUPE :

NOM :

PRENOM :

PROFESSION :

1. Vos impressions et critiques sur le travail annuel du groupe :

- | | | | |
|---|---|---|---|
| Connaissez-vous la procédure RMM-PPa utilisée ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Êtes-vous satisfait de la qualité des débats ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Suivez-vous la procédure définie lors des réunions ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Appréciez-vous le travail pluri professionnel ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| La méthodologie vous semble-t-elle explicite ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Êtes-vous satisfait de l'outil d'analyse proposée ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Le temps de travail (2h30) est-il adapté ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Avez-vous pu présenter au moins un cas clinique ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| La fréquence des réunions (4/an) est-elle satisfaisante ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Êtes-vous satisfait des comptes-rendus élaborés ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| La participation aux réunions a-t-elle modifié votre pratique ? en quoi : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Résultat de soins ou de prise en charge du patient : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Connaissances : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Communication avec les autres professionnels de santé : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Exercice de la pratique : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | |
| Avez-vous mis en place dans votre exercice une ou des actions d'amélioration de la pratique ? | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
- Remarques sur les notations :** (précisions, en cas de réponse négative)
-
-
-

2. Quelles sont à votre avis les points positifs et négatifs de cette expérience ?

Points positifs 😊

Points négatifs ☹️

- | | |
|---------|---------|
| + ----- | - ----- |
| + ----- | - ----- |

3. Quels sont à votre sens les obstacles rencontrés ?

Logistique adaptée ?

Méthodologie bien définie ?

Parler avec d'autres professionnels de santé ?

Existence d'un groupe au préalable ?

Autres...

5. Avez-vous envie de poursuivre l'expérience et pourquoi ?

Oui Non

Expliquez :

6. Souhaitez-vous appliquer la démarche à un thème particulier et lequel ?

Oui Non

Si oui, lequel :

CEPPRAL

Qualité et sécurité en santé

RMM Pluri professionnelle Bilan annuel

RAPPORT D'ACTIVITE (20xx)

(Rédigé par : XXX)

1. Typologie du groupe :

Nombre de participants :

Inscrits : (x)

en moyenne / réunion : (x)

Composition du groupe :

mono ou pluriprofessionnel :

si pluriprofessionnel : nombre de MG (x), de pharmaciens (x), d'IDE (x), de kiné (x), de biologistes (x), de prestataires de service (x), d'autres professionnels de santé (x) et lesquels (*réponse libre*), représentants de patients (x)

Participants invités : O/N, lesquels ? , Pourquoi ?

Tableau

| <u>Année</u> <u>20xx</u> | <i>MG</i> | <i>Pharmaciens</i> | <i>IDE</i> | <i>Kinés</i> | <i>Bio-logistes</i> | <i>Prestataires</i> | <i>Représentants Patients</i> | <i>Invités (préciser)</i> |
|---|-----------|--------------------|------------|--------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Réunion 1 | | | | | | | | |
| Réunion 2 | | | | | | | | |
| Réunion 3 | | | | | | | | |
| Réunion 4 | | | | | | | | |

Mode de recrutement : groupe existant (O/N), groupe existant élargi (O/N), création de novo (O/N) et modalités d'appel à candidature ? (*réponse libre*)

Procédure écrite et disponible ; O/N

Nombre de sortants dans l'année: (x)

Nombre d'entrants dans l'année: (x)

2. Questionnaire de satisfaction :

- Nombre de questionnaires analysés/ attendus : (x/X)
- Connaissez-vous la procédure utilisée (% de oui)
- Disposez-vous de cette procédure ? (% de oui)
- Suivez-vous la procédure définie ? (% de oui)
- La fréquence des réunions est adaptée à la pratique:(% de oui)
- Temps de travail adapté :(% de oui)
- Satisfaction de la qualité des débats ? (% de oui)
- Satisfaction du travail pluri professionnel (% de oui)
- Satisfaction de l'outil d'analyse proposé ? (% de oui)
- Avez-vous présenté au moins un cas clinique dans l'année ? (% de oui)
- Satisfaction des comptes-rendus élaborés ? (% de oui)
- La participation à la RMM-PPa a-t-elle modifié votre pratique ? (% de oui / en quoi ?)
- Avez-vous mis en place des actions d'amélioration ? (% de oui)
- Points positifs de l'expérience ? (réponse libre)
- Points négatifs de l'expérience ? (réponse libre)
- Obstacles rencontrés ? : (réponse libre)
- Leviers à la promotion définis ? (réponse libre)
- Envie de poursuivre l'expérience ? (% de oui)
- Envie d'appliquer la méthode à un thème défini ? (O/N, lequel)

3. Synthèse des réunions :

- Existence d'une procédure écrite : O/N
- Connaissance de la procédure : O/N
- Nombre effectif de réunions / an : (x)
- Nombre de participants moyen / réunion (x)
- Nombre de cas traités / an (x), par réunion (x)
- Modalité de sélection des cas : (au fil du temps, par urgence, par thème, par gravité – réelle ou potentielle?)
- Sélection préalable des cas (O/N ? dans quelle mesure ?)
- Existence d'un compte-rendu à chaque réunion ? (O/N)
- Criticité des E.I. analysés :
 - ➔ Gravité des E.I. rapportés (échelle de 1 à 5)
 - ➔ Fréquence des EI rapportés
- Types d'E.I. abordés : (taxonomie de Makeham)
 - latrogénie (%)
 - retard au diagnostic (%)
 - défaut de technique(%)
 - défaut de communication(%)
 - défaut de formation(%)
 - ...
- Méthode d'analyse existante (O/N ? laquelle ?)
- Chaque analyse a été l'objet d'une action d'amélioration ? (O/N)

Définition d'actions d'amélioration : O/N, combien/ réunion ?

Combien d'actions d'amélioration ont été effectivement mises en place dans l'année ? (nb)

Liste des actions d'amélioration retenues :

- *Protocole*
- *Recommandation professionnelle*
- *Signalement*
- *Amélioration du Système d'information*
- *Echange avec les autres professionnels de santé (et modalités)*
- *...*

Nombre d'actions d'amélioration effectivement mises en place (x)

Suivi des actions d'amélioration

- *Fiches de suivi d'action (nombre)*
- *Indicateurs de **suivi** mis en place et type*
- *Indicateurs de **résultat** mis en place et type*
- *Implication du groupe dans le suivi (réunion dédiée ?)*

4. Rapport spécifique à l'animateur :

Faisabilité

Difficultés rencontrées (niveau de formation personnelle, gestion du groupe, logistique, élaboration des pistes d'amélioration, mise en œuvre des actions d'amélioration)

Leviers

PROCEDURE RMM PLURI PROFESSIONNELLE AMBULATOIRE

| | | |
|--|--|---|
| Établissement : CEPPRAL | Secteur(s) d'activité concerné(s) : milieu ambulatoire | Références : guide HAS, Conférences Paul Savy – Marc CHANELIERE |
| Revue de mortalité – morbidité pluri professionnelle en ambulatoire (RMM-PPa) | | |
| Date : 06/12/2011 Version : 5 Nombre de pages : 6 | Rédigé par : J.M. ORIOL Vérifié par : le groupe « Sécurité du patient en médecine ambulatoire » Validé par : le Copil RMM-PPa | |

Objet de la procédure

Cette procédure vise à décrire l'organisation et le fonctionnement d'une revue de mortalité morbidité pluri professionnelle en ambulatoire (RMM-PPa). La procédure est conforme aux guides proposés par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour les RMM standard et est amendée par l'expérience de divers groupes de RMM en médecine générale et de groupes de RMM pluri professionnelles en ambulatoire.

La procédure RMM-PPa peut s'utiliser dans n'importe quelle structure professionnelle travaillant déjà, par exemple en groupe d'échange de pratique ou en groupe qualité et à ce titre enrichir une activité déjà existante. Elle n'est point exclusive alors comme dans un groupe de RMM.

Définition de la revue de mortalité-morbidité

Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un événement indésirable grave (décès, complication, handicap, hospitalisation ou prolongation d'une hospitalisation) ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient (« presque accident »). Outre l'analyse de ou des dysfonctionnements avérés –ou potentiels- qui ont produit ou auraient pu produire un événement indésirable, la RMM vise à la mise en œuvre et au suivi d'actions d'amélioration de la prise en charge des patients et de la sécurité des soins.

Cette démarche doit permettre de tirer profit de l'analyse de situations parfois délicates pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins. En aucun cas il ne s'agira d'être stigmatisant et de rechercher un responsable ou un coupable.

Toute personne assistant à une RMM est tenue au secret professionnel (article L. 1110-4 du Code de la santé publique et article 226-13 du Code pénal).

Domaine d'application

Le secteur d'activité concerné est celui des soins ambulatoires (de premier recours) dans sa dimension transversale avec des représentants de toutes les professions médicales et paramédicales qui interviennent dans le parcours du patient : (*médecin généraliste, infirmier(e), kinésithérapeute, pharmacien, biologiste, prestataire de santé , radiologue, dentiste et- si le besoin s'en fait sentir -d'autres professions en fonction du thème traité : urgentiste, pédicure, ergothérapeute, spécialiste d'organe ...*)

En fonction des données de l'EI, une analyse d'interface peut être utile entre le monde ambulatoire et les autres domaines (établissement de santé, administratif...)

Organisation

► Responsable de la RMM et répartition des tâches

- Le responsable de la RMM-PPa, créée sous l'égide du [CEPPRAL](#), est le [Dr Jean-Michel ORIOL](#)

Ses fonctions sont d'organiser matériellement les réunions : choix de date en fonction des possibilités des membres ; choix de salle, convocations, matériel éventuel (vidéoprojecteur, ordinateur), restauration éventuelle, [en accord avec le CEPPRAL](#).

Son rôle est également de centraliser et d'archiver les comptes-rendus de réunion, les fiches action, les feuilles d'émargement et les bilans annuels [en s'aidant de la logistique du CEPPRAL](#).

Certaines de ces tâches pourront être déléguées à des membres du groupe en fonction des contraintes matérielles ou temporelles.

- Le responsable ou l'animateur de ces réunions doit avoir été formé et expérimenté dans cet exercice dans le contexte ambulatoire.

Nota bene : Pour faciliter la mise en œuvre d'une RMM, les différentes tâches (organisation de la RMM, sélection des dossiers, animation de la réunion, rédaction des comptes rendus, etc.) peuvent être réparties entre plusieurs personnes. La procédure précisera alors la répartition des tâches et leurs modalités (fixes, variables d'une réunion à l'autre ?).

Ces propositions seront valables selon les groupes et peuvent faire l'objet d'un règlement intérieur annexé à la présente charte de RMM-PPa.

► Périodicité et durée des réunions

- Fréquence des réunions : [Une réunion / trimestre \(un jeudi de préférence\)](#)
- Durée prévue des réunions : [2h30 ; de 20h30 à 23h00](#)
- Lieu : [URPS Rhône-Alpes, 20, rue Barrier 69006 LYON \(suite à une convention passée avec le CEPPRAL, à adapter en fonction des disponibilités de la salle\)](#)
- Les dates sont planifiées à l'avance.

► Professionnels invités aux réunions

- Sont invités aux réunions : les membres du groupe de travail du CEPPRAL « Sécurité du patient en médecine de ville » (Liste en annexe avec coordonnées). Ce groupe est appelé à être évolutif, si certains membres de professions médicales ou paramédicales manquantes veulent se joindre à l'expérimentation. Sont également invités comme observateurs les membres du CEPPRAL ou de la HAS intéressés par l'expérimentation (2 personnes maximum).
- Les membres s'engagent idéalement à être présents à toutes les réunions et à présenter potentiellement un cas à chaque fois, cas issu de leur exercice professionnel (incident ou presqu'incident).
- Chaque membre peut être amené à chaque séance à jouer le rôle d'animateur ou de secrétaire de réunion. L'animateur doit gérer temporellement la réunion et aider à l'analyse exhaustive des cas et à l'élaboration des actions d'amélioration. Le secrétaire doit prendre des notes et fournir au décours au responsable du groupe et aux membres un compte-rendu détaillé (présentation du cas, analyse critique au travers d'une grille, actions d'amélioration envisagées et leur mise en place logistique). Un des objectifs du groupe projet est, - en s'aidant des outils déjà existants - d'élaborer des outils d'analyse adaptés à l'exercice pluri professionnel ambulatoire.
- D'autres invités occasionnels sont possibles- sur proposition d'un des membres -, au vu des thèmes traités et si leur expertise peut amener un enrichissement de la réflexion du groupe.
- Le nombre optimal de participants est de 8 à 10 pour la qualité des échanges et la production du groupe

Toutes les personnes assistant à ces réunions sont tenues au secret professionnel (Article L110-4 du Code de la Santé Publique et article 226-13 du Code Pénal).

► Modalités de recueil et de sélection des cas

• Quels cas :

La RMM-PPa s'engage à analyser tout cas qui a :

- Soit causé un dommage au patient : décès, complication iatrogène, hospitalisation non programmée, handicap fonctionnel...
- Soit qui aurait pu causer un dommage au patient (« presqu'accident » - souvent autant porteur d'information),

▸ Quand les cas sont-ils sélectionnés pour analyse ? :

Un cas clinique peut faire l'objet d'une analyse en RMM-PPa à partir du moment où est ressenti -ou rapporté- à un moment quelconque du contact avec le patient un dysfonctionnement réel ou potentiel. Il n'est pas nécessaire que la conséquence soit avérée. Même les cas les plus anodins, ceux ayant trouvé une solution immédiate sont porteurs d'enseignement pour l'ensemble du groupe. Cette définition est certes assez large mais correspond à la réalité de terrain en évitant toute autocensure.

Il n'y a pas de délai à respecter avant une présentation en RMM.

• Comment des cas sont-ils sélectionnés pour analyse ? :

- Soit en fonction des problématiques énoncées au début du paragraphe

- Soit à partir de thématiques prédéfinies : p.ex. iatrogénicité de telle ou telle classe thérapeutique (AVK, diurétiques, antidépresseurs, etc....), procédures, défaut de communication etc....
- Soit par relevé systématique au fil de l'exercice professionnel

- **Combien de cas sont sélectionnés pour une séance de RMM ?**

- Chaque participant apporte un cas à chaque RMM-PPa (qu'il a rédigé et transmis au préalable au responsable), mais sans qu'ils soient nécessairement tous traités au cours de la réunion .Le temps imparti est contraint et si on veut favoriser le temps d'analyse (fondamental pour l'amélioration des pratiques et la dynamique du groupe), on ne peut traiter qu'un nombre limité de cas à chaque réunion.

- **Sélection des cas à présenter :**

Les cas à présenter peuvent être sélectionnés de différentes manières ; Chaque groupe de RMM-PPa déterminera la méthode qui lui convient le mieux.

- Soit sélection par le responsable de la RMM-PPa, assisté d'un ou deux collaborateurs ; en ayant soin de varier les thématiques et les proposants .Cela permettra d'éviter les cas redondants-même s'ils peuvent être l'objet d'une analyse spécifique- et permettra à chaque participant / type de professionnel de santé d'être sélectionné au moins une fois dans l'année).
- Soit sélection aléatoire des cas en fonction de l'évolution temporelle de la réunion, dans un panel de cas préparés.

► **Modalité d'annonce de la réunion**

- Les dates prévues des réunions RMM sont fixées à l'avance (*planning prévisionnel, au moins la réunion suivant celle du jour, en fonction des disponibilités de chacun*).
- Un ordre du jour est établi. Il comporte la liste **anonyme** des cas traités (ou des thèmes ou pathologies). Il est adressé à chaque membre concerné du secteur d'activité une semaine avant la réunion par le responsable de la RMM avec un rappel de la date, de l'horaire et du lieu de la réunion.

► **Déroulement des réunions**

Après désignation d'un secrétaire de séance, les cas sélectionnés sont présentés successivement (Veiller à ne pas surcharger une réunion en nombre de dossiers analysés).

Pour chaque cas :

- Présentation du cas par le professionnel de santé l'ayant analysé en respectant l'anonymat des patients et des autres professionnels ayant réalisé la prise en charge ; la présentation chronologique détaillée semble la plus à même à initier l'analyse. Au cours de cette présentation, le rapporteur précisera le(s) dysfonctionnement(s) qu'il a mis en évidence et la (les) piste(s) d'amélioration qu'il propose.
- Ensuite analyse collective PP des problèmes rencontrés et/ou des alternatives de prise en charge ;
- Et discussion et recherche des causes (selon une méthode explicite et tracée), des facteurs favorisants ou contributifs, analyse éventuelle de la récupération, synthèse

et enseignements à retirer de l'analyse, L'analyse du cas doit comprendre l'avis de chacun des professionnels de santé impliqué, quitte à prendre l'avis ultérieur d'un professionnel non présent à la réunion, ou faire une analyse de la littérature tout en respectant les préférences du patient et l'expérience du professionnel (EBM) ;

- Décision immédiate et collective de la ou des actions correctives à réaliser si elles sont évidentes, sinon désignation d'un (ou de plusieurs) responsables chargés d'établir les causes du problème et de proposer une ou des actions correctives à la réunion suivante. Les actions entreprises sont inscrites dans le compte rendu de la réunion ;
- Les modalités de suivi et d'évaluation des actions engagées sont précisées (fiche de suivi, cf. annexe).

L'animateur fait respecter les temps de présentation et de discussion.

Certaines réunions peuvent être consacrées en totalité ou en partie à la mise en œuvre et au suivi des actions pour améliorer la prise en charge et la sécurité des soins.

► **Modalités de traçabilité et d'archivage**

Un compte rendu anonyme de la réunion est rédigé par le secrétaire de la séance. Il contient les conclusions de l'équipe ainsi que les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité mises en œuvre et leurs modalités de suivi. La liste des personnes présentes à la réunion est annexée au compte rendu (feuille d'émargement).

Cette procédure, les comptes rendus, les listes de présence aux réunions et le bilan annuel d'activité (cf. *infra*) sont conservés avec les autres documents qualité [du CEPPRAL](#).

Bilan annuel d'activité

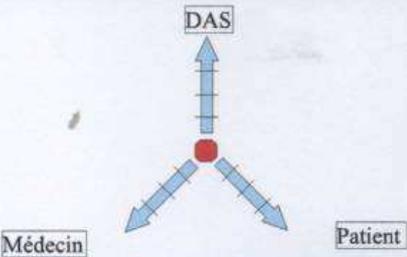
Un bilan annuel d'activité de la RMM-PPa est rédigé. Il ne peut contenir aucune information directement ou indirectement nominative et comprend :

- le nombre de réunions dans l'année ;
- le nombre de participants par réunion et leur profession ;
- le recrutement des professionnels engagés ;
- le nombre et le type 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 ;
- les modalités de suivi des actions engagées (cf. annexe, fiche de suivi).
- Le questionnaire de satisfaction.

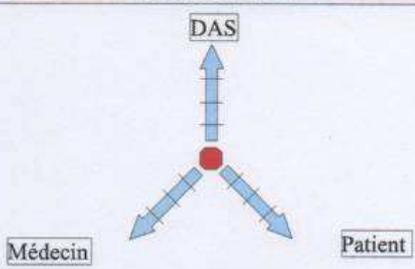
Ce bilan peut être préparé lors d'une réunion RMM-PPa qui lui est consacrée.

N.B. : [en bleu](#) les zones d'anonymisation du groupe pour permettre l'appropriation du document

GRILLE CADYA (COMPLETE)

| ANALYSE PPa & PROJET DE PISTE D'AMELIORATION | |
|--|--|
| RESUME DE L'EI RETENU | PISTE(S) D'AMELIORATION PROPOSEE(S) [Rapporteur] |
| EIG <input type="checkbox"/> EIB <input type="checkbox"/> EIP <input type="checkbox"/> EI évitable <input type="checkbox"/> EI non évitable <input type="checkbox"/> | PA interne possible <input type="checkbox"/> PA externe/groupe possible <input type="checkbox"/> PA d'interface <input type="checkbox"/> PA impossible <input type="checkbox"/> |
| ANALYSE EBM (Analyse groupe PP) | PISTE(S) D'AMELIORATION RETENUES(S) [Groupe PP] |
|  | |
| ANALYSE CADYA (Analyse groupe PP) | PA interne possible <input type="checkbox"/> PA externe/groupe possible <input type="checkbox"/> PA d'interface <input type="checkbox"/> PA impossible <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Facteur technique <ul style="list-style-type: none"> * Lié au matériel <ul style="list-style-type: none"> + Matériel en panne / défectueux / indisponible + Fiche d'utilisation manquante / erronée + Procédure non suivie / usage inadapté * Lié au système d'information <ul style="list-style-type: none"> + Donnée erronée / manquante + Défaut système communication + Défaut utilisation / bogue logicielle - Processus de soin <ul style="list-style-type: none"> * Dimension cognitive <ul style="list-style-type: none"> + Défaut de formation + Défaut d'exploration + Défaut de restitution + Défaut de synthèse * Protocole de soin <ul style="list-style-type: none"> + Inexistant ou manquant + Non appliqué ou de manière partielle + Inadéquat / non actualisé * Coordination et suivi <ul style="list-style-type: none"> + Défaut de communication entre soignants + Défaut de transfert / délégation de soins + Suivi absent / inadéquat + Absence rétro action malgré un suivi - Facteur humain <ul style="list-style-type: none"> * Lié au patient * Lié au soignant * Lié aux autres soignants impliqués * Lié à la famille / autres personnes - Environnement de soin <ul style="list-style-type: none"> * Contexte d'Action du soignant <ul style="list-style-type: none"> + Gestion de la charge de travail + Lieu de soin * Éléments perturbateurs contextuels <ul style="list-style-type: none"> + Téléphone ou autre vecteur + Lié aux conditions locales * Lié au système de soins <ul style="list-style-type: none"> + Offre locale de soins + Considérations administratives ou financières * Contexte social du patient | SUIVI DES INTENTIONS D'AMELIORATION |

CANEVAS DE DESCRIPTION D'UN EVENEMENT INDESIRABLE

| RAPPORTEUR | RESUME DE L'EI |
|---|--|
| Rapporteur (Id/fct) : | |
| Date de la séance : | |
| Unité formation : | |
| PATIENT | |
| Initiales : Sexe : <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> | |
| Age (ans) : Med traitant : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Lieu : Cabinet <input type="checkbox"/> Domicile – lieu de vie <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> | |
| Contexte : Urgence vitale <input type="checkbox"/> Urg. simple <input type="checkbox"/> Non urgent <input type="checkbox"/> | |
| ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX | |
| | |
| ALLERGIES | |
| | |
| TRAITEMENTS EN COURS | |
| | |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> EIG <input type="checkbox"/> EIB <input type="checkbox"/> EIP <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> EI évitable <input type="checkbox"/> EI non évitable <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> ANALYSE EBM </div>  |
| | ANALYSE CADYA |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Facteur technique <ul style="list-style-type: none"> * Lié au matériel <ul style="list-style-type: none"> + Matériel en panne / défectueux / indisponible + Fiche d'utilisation manquante / erronée + Procédure non suivie / usage inadapté * Lié au système d'information <ul style="list-style-type: none"> + Donnée erronée / manquante + Défaut système communication + Défaut utilisation / bogue logicielle - Processus de soin <ul style="list-style-type: none"> * Dimension cognitive <ul style="list-style-type: none"> + Défaut de formation + Défaut d'exploration + Défaut de restitution + Défaut de synthèse * Protocole de soin <ul style="list-style-type: none"> + Inexistant ou manquant + Non appliqué ou de manière partielle + Inadéquat / non actualisé * Coordination et suivi <ul style="list-style-type: none"> + Défaut de communication entre soignants + Défaut de transfert / délégation de soins + Suivi absent / inadéquat + Absence rétro action malgré un suivi - Facteur humain <ul style="list-style-type: none"> * Lié au patient * Lié au soignant * Lié aux autres soignants impliqués * Lié à la famille / autres personnes - Environnement de soin <ul style="list-style-type: none"> * Contexte d'Action du soignant <ul style="list-style-type: none"> + Gestion de la charge de travail + Lieu de soin * Éléments perturbateurs contextuels <ul style="list-style-type: none"> + Téléphone ou autre vecteur + Lié aux conditions locales * Lié au système de soins <ul style="list-style-type: none"> + Offre locale de soins + Considérations administratives ou financières * Contexte social du patient |

EXEMPLE DE CAS CLINIQUES ANALYSES

Sont repris dans cette annexe, extraits de compte-rendus de réunions, différents cas analysés au cours de réunions du GAP AMRH/RMM. Ils sont présentés ici à l'état brut, tel que transcrits dans les comptes-rendus de réunions.

✚ Cas clinique n° 1 :

- 21 mars 2012 : Mr G. N., 65 ans, greffé rénal, vient avec une ordonnance standard préétablie du service de Néphrologie du CHLS pour son bilan rénal.
 - Cette ordonnance comporte un dosage de ciclosporinémie
 - Ce dosage n'est pas effectué in situ et est donc sous traité (envoyé au laboratoire BIOMNIS)
 - Résultat faxé par Biomnis dans l'après-midi : taux indétectable !
 - Prise de contact par le laboratoire préleveur avec le patient (difficultés linguistiques en plus) : celui-ci dit bien prendre tous ses médicaments (mais n'a pas notion des molécules qui lui sont prescrites !)
 - Demande alors au laboratoire spécialisé de vérifier le dosage
 - Réponse : dosage ciclosporine à 0 !
 - Contact alors est pris avec le clinicien prescripteur qui confirme son ordonnance : mais dosage de ciclosporine n'est pas correct car le patient est sous PROGRAF ! (un autre médicament antirejet).
 - Nouveau contact téléphonique avec le laboratoire spécialisé (et confirmation par fax au décours) pour lui demander de doser le PROGRAF sur le prélèvement en leur possession!
 - (Il faut savoir que d'après les nouvelles normes COFRAC, c'est le laboratoire préleveur qui est responsable du dosage, même s'il le sous-traite)
 - Demande au clinicien de renvoyer une nouvelle ordonnance au patient (la précédente était renouvelable 4 mois/ A noter que celle-ci était cohérente car elle stipulait : « dosage le matin à jeun avant la prise de NEORAL ...)
 - Une fiche d'anomalie est établie
 - Le mois suivant même problème → le biologiste corrige manuellement l'ordonnance et remplace ciclosporinémie par dosage de PROGRAF !
- Quel est l'EI ? : Multiples dosages inutiles (quid de la facturation pour un coût non négligeable / et facturé à qui ?). Inquiétude du patient ?, perte de temps.
 - Pas de caractère de gravité
 - Découverte de l'EI : par le biologiste
 - Caractère évitable : hautement probable
 - Analyse CADYA : facteur technique (ordonnance standard préétablie), au processus de soin, (ordonnance non relue, laboratoire qui rend un résultat à 0 sans

sourciller !), au soignant (relecture ordonnance /connaissance du patient et de son traitement); On peut discuter du facteur patient (qui ne connaît pas son ordonnance / mais défaut d'éducation thérapeutique)

- Quelles sont les pistes d'amélioration proposées par le groupe (après analyse du cas et tour de table) ?
 - Relecture des ordonnances préétablies informatiquement (source systématique d'erreur, confirmé par d'autres soignants)
 - Transmission du traitement en cours au laboratoire par le patient ou l'IDE
 - Interrogation systématique devant un résultat non attendu (observance bien sûr / classique pour les INR et les dosages médicamenteux), mais également impliquer le prescripteur)

🚩 Cas Clinique n°2 :

- 22/03/12 : Enfant de 8 ans sous chimiothérapie pour leucémie
 - Prélèvement sanguin à domicile par IDE. L'ordonnance utilisée est une copie de l'ordonnance à renouveler utilisée pour le 1er prélèvement. Mais le prescripteur rajoute parfois manuellement des analyses complémentaires
 - Le biologiste effectue une NF figurant sur l'ordonnance renouvelable transmise antérieurement et trouve une hémoglobine hautement pathologique à 5.4 g/100ml qu'il transmet au médecin. Celui-ci demande les autres résultats (mais qui n'ont pas été effectués- car non marqués sur l'ordonnance en possession du laboratoire)
 - Le reste du bilan est alors effectué en urgence, heureusement avec les tubes restant (exigences pré-analytiques conformes)
- Découverte de l'EI : par le biologiste, défaut de transmission
 - Analyse CADYA : **facteur technique** (ordonnance non conforme, non complète), processus de soin (mauvaise transmission de la bonne ordonnance avec les éléments manuscrits surajoutés, facteurs humains (parents peu vigilants ; mais sont-ils bien informés, liés à l'IDE qui ne relit pas l'ordonnance ou parfois utilise les tubes non adaptés), lieu de soins (problème des prélèvements à domicile, que le biologiste ne peut contrôler
 - EI bénin (a priori) : mais qui aurait pu nécessiter un nouveau prélèvement sanguin chez un enfant
 - Propositions d'action du groupe :
 - Rédaction de l'ordonnance par le médecin plus précise et actualisée
 - Relecture de l'ordonnance par le prescripteur et l'IDE (surtout si préétablie informatiquement et qu'il y a des « rajouts » manuels)

🚩 Cas clinique n° 3 :

- Homme de 57 ans
- Atcd de : IM, HTA , RCH et polypes intestinaux

- Est ss Indapamide + FIVASA
- Son épouse est suivie pour cancer du sein
- Il se plaint d'asthénie depuis plusieurs mois avec perte d'appétit et nausées depuis quelques jours
- Ex. clinique : TA : 13/8, Pds stable (95 Kg) , CPA : RAS (souffle d'IM connu) ; RAS par ailleurs
- Bio demandée ; Gly à 1,33 g/l et RAS par ailleurs (pas de consommation d'alcool, pas d'erreur de régime / demandé téléphoniquement après réception des résultats)
- Revient au bout d'une semaine, toujours aussi fatigué. Mis ss Metformine dans l'idée que le DNID était responsable de l'état clinique
- Bilan bio complémentaire demandé : Hbglyquée à 5,3% ! Arrêt Metformine
- Revu récemment : va mieux Trouble du moral ?
- EI bénin : Traitement injustifié
- Analyse : processus de soin (défaut d'analyse et de restitution des connaissances) , Facteur humain (lié au soignant)
- Action d'amélioration : Reprendre les nouvelles recos HAS sur le DNID

Cas clinique n° 4 :

- Garçon de 3ans en famille d'accueil sans atcd particulier
- Vu pour t° à 40°C et boiterie droite, Examen clinique NI (pas de limitation articulaire)
- Conclusion : grippe + rhume de hanche
- Le lendemain en début d'AM, appel de la maman (réceptionné par un autre membre du cabinet) pour douleurs exacerbées et ne peut pas poser le pied par terre ; conseil de rajouter NIFLURIL suppo
- Nouvel appel, en fin d'AM car la maman constate une cheville droite gonflée et toujours les mêmes douleurs ; Conseil de montrer l'enfant aux Urgences pédiatriques
- Aux urgences CRP à 190 qui confirme la suspicion d'ostéoarthrite septique, les hémocultures ne pousseront pas
- La scinti objective la fixation cheville droite mais également 2 autres localisations (fémur dt et humérus dt)

- L'enfant a une biopsie ostéo-articulaire dans la foulée qui n'objectivera pas de germe,
- Il est mis Gentalline®+ Kefandol® pour 10 jours avec une bonne évolution
- EI potentiellement grave (retard de diagnostic évoqué, mais il était impossible de penser au diagnostic le 1^{er} jour !)
- Analyse : défaut d'exploration (CRP plus précoce ?)
- Action d'amélioration : plus de vigilance sur les « rhumes de hanche » dans cette tranche d'âge ? : répéter l'ex. clinique, CRP plus systématique ?

✚ Cas clinique n° 5 :

- Homme de 85 ans, ss PREVISCAN pour une ACFA
- Réception un soir d'un INR à 6 mais hématomes diffus
 - Hospitalisation aux urgences : Vitamine K + 4 PGR (grosse déglobulisation)
- EI grave : surdosage aux AVK
- Analyse : défaut surveillance ? Bonne connaissance par la famille des AVK en général
- Action d'amélioration : surveillance plus rapprochée à la moindre modif du Ttt

✚ Cas clinique n° 6 :

- Homme de 33 ans, suivi depuis 9 mois, d'origine tunisienne, parlant mal le français
- Retour à domicile en HAD suite à un grave accident de circulation en Tunisie : fracture cotyle, Dissection Aortique ayant nécessité une endoprothèse aortique, escarre sacrée compliquée d'ostéite et POAN des 2 hanches . Il a bénéficié d'une arthrolyse de hanche G avec un bon résultat. L'arthrolyse de hanche dte est prévue pour le 30/01
- Il est ss TEMERIT®, LAROXYL®, Paracétamol
- Il revient à domicile le 18/02 et son épouse appelle pour VAD le 20/02
- Examen N avec cicatrice propre mais petit écoulement superficiel sur le pansement (Pb de langage , l'épouse n'est pas présente ce jour là), Il est ss LOVENOX® et Tramadol 100 mg , t° à 37°C, pas de douleur.
- Mis ss PYOSTACINE® de sécurité
- Revu 48 heures après à la demande de l'IDE car écoulement sero-hématique ++ par la plaie
- Tentative laborieuse de joindre le chirurgien qui n'est pas disponible et réponse en fin de journée de l'Interne de Garde !

- Il conseille d'arrêter l'ATB et de faire une biologie le lendemain
- Le lendemain, la CRP est à 70 mg/l
- Ré hospitalisation car en fait il y avait pose de PTH (mais CR non encore disponible et le patient était incapable de le dire). Il a eu lavage articulaire + prélèvements avec ATB adaptés
 - Bonne évolution depuis, Le CR O est enfin parvenu !
- EI grave : infection prothétique
- Analyse : Processus de soin : défaut d'exploration, défaut de communication entre soignants, Elément perturbateur (langage)
- Action d'amélioration : courrier qui suit le patient ?

✚ Cas clinique n° 7 :

- Cas tiré de l'expérience personnelle
- Bébé de 7 jours , sous GAVISCON pour RGO
 - Au moment de donner la vitamine D ss forme UVESTEROL ADEC, se rend compte qu'elle ne donnait pas la bonne dose
- EI bénin
- Analyse : Problème technique (notice d'utilisation de mauvaise qualité) ; processus de soin (mauvaise restitution) , élément contextuel perturbateur (manque de sommeil, état émotionnel en tant que parent)
- Action d'amélioration : se méfier des pipettes, non interchangeables malgré leur ressemblance. Lettre au fabricant (ou à Prescrire) pour le défaut de conditionnement

✚ Cas clinique n° 8 :

- Homme de 75 ans, patient usuel, vu au cabinet

- Lourds atcd chirurgicaux(appendicectomie , Dupuytren, PTG à gauche , évidemment ggaire cervical pour carcinome epidermoïde sans primitif retrouvé(2009) et médicaux (Tuberculose pulmonaire , hépatite ss Rimifon ®, ACFA idiopathique(ttt par PREVISCAN®) , adénome hypophysaire silencieux). Tabagisme à 1 PA arrêté en 1976

- Vu le 11/01/13 pour RO ; à l'examen systématique perception d'un foyer de râles crépitants de la base pulm. Dte demande de bio + scanner d'emblée au vu des atcd

-17/01 : Bio N

- 28/01 : Scanner thoracique montrant un nodule pulmonaire dans le lobe moyen droit en para cardiaque RV pris en urgence avec pneumologue

- 01/02 : consultation chez le pneumologue qui organise : Fibroscopie bronchique +LBA le 05/02 : RAS, puis Pet Scan le 18/02 : lésion hyper métabolique suspecte de tumeur agressive, cette lésion semble inaccessible à une ponction guidée vue la proximité du cœur (avis du radiologue interpellé).

- RV est pris avec le chirurgien thoracique pour le 28/03

- Le 20/02 : apparition d'un aspect cyanique de la distalité des 3 derniers doigts à gauche (avait même eu transitoirement un aspect cyanique du visage au froid !). L'INR est à 2,1 le jour même. Le patient décrit en même temps des épisodes d'hématurie macroscopique ; pas de BAM ou de PK, TA normale , pls périphériques tous retrouvés y compris aux MS, symétriques. La douleur est gérée par l'IXPRIM® ; UN RV rapide est pris avec l'urologue qui le connaît

- Le 21/02 : coup de téléphone du fils (infirmier SP) qui note la persistance ou l'aggravation de la cyanose de ces 3 doigts. Conseil d'aller au SAU ; ce qui est refusé

- Reconsulte le 25/02 au matin pour l'accentuation de la cyanose des 3 doigts ; douleur +/- bien calmée par l'IXPRIM®, et apparition de cyanose des 1ers orteils + talons. On constate que plus aucun vasodilatateur n'est disponible en ville.

- 25/02 AM : bilan urologique N (uro scanner + cystofibroscopie)

-01/03: L'ischémie se confirme de plus en plus avec aspect noirâtre : on réussit à convaincre le patient d'aller au SAU (et on explique la situation à l'interne qui va le recevoir)

- Bilan complet au SAU sans diagnostic précis (micro-emboles , sd paranéoplasique ?). Essai de vasodilatateurs IV sans grand résultats et mal supportés. Décision amputations le 20/03 avant le passage en chirurgie thoracique (lobectomie envisagée)

EI grave (conséquences fonctionnelles de l'amputation)

- Analyse : Processus de soin (défaut de restitution. Facteur humain (lié au soignant /volonté de gérer seul le Pb , liés au patient/ un peu réfractaire

Action d'amélioration : passer la main si doute ? Trahir l'excès de confiance du pati