

Outil pour l'amélioration des pratiques

Exemples de démarches d'analyse et d'amélioration des pratiques

Un modèle, la revue de mortalité et de morbidité (RMM)

Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie

→ Finalité

- Mettre en place une démarche collective pour recueillir, analyser, comprendre les incidents violents en psychiatrie et proposer des actions d'amélioration.

→ Objectifs opérationnels

- Amener les équipes à organiser des réunions pluriprofessionnelles et à y participer pour réaliser une analyse globale, systémique, des événements indésirables et de leur contexte (par exemple revues de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), Staff-EPP, à distance de l'évènement ;
- Mener ses analyses, non pour rechercher des responsabilités, mais dans la perspective d'une action commune pour renforcer la qualité et la sécurité des soins.

→ Programmes et outils

[Programme 8 - Reprendre un incident en équipe](#)

[Programme 9 - Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel](#)

[Programme 10 - Mettre en place, en continu, une gestion des risques](#)

[Outil 9 - Réunions d'équipe post-incident](#)

[Outil 10 - Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel](#)

Exemples de démarches d'analyse et d'amélioration des pratiques - Un modèle, la revue de mortalité et de morbidité (RMM)

→ Définition de l'outil 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, 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'analyse systémique, menée lors de la revue de mortalité et de morbidité (RMM), est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus.

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 ;
- rechercher collectivement les causes profondes de la défaillance survenue lors de la prise en charge ;
- rechercher les actions à mettre en œuvre afin d'éviter que l'événement indésirable se reproduise.

À l'issue de cette analyse, des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Caractéristiques de la méthode

Il s'agit :

- d'une démarche mise en place promue et encouragée au niveau de l'établissement direction et commission/conférence médicale d'établissement (CME), relayée par l'encadrement, et mise en place avec la participation des professionnels au niveau des secteurs d'activité ;
- d'une analyse pluriprofessionnelle d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS) ;

- de l'analyse d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS) dont la sélection fait l'objet d'une justification explicite.

Il s'agit d'une réunion à périodicité régulière et planifiée à l'avance dont l'organisation fait l'objet d'une **procédure ou règlement intérieur** qui en détaille les modalités d'organisation dont notamment : le responsable de la revue de mortalité et de morbidité (RMM), les professionnels invités, la périodicité et la durée des réunions, les modalités de recueil et de sélection des cas, les modalités d'annonce de la réunion et de son déroulement et enfin les modalités de traçabilité et d'archivage. La Haute Autorité de Santé (HAS) propose un modèle de procédure qui peut être adapté au secteur d'activité : [modèle de procédure RMM](#).

Les conditions de réussite :

C'est avant tout de travailler en commun dans certaines conditions :

- partager la même idée d'une culture positive de l'erreur. L'erreur humaine est inévitable, elle est le prix à payer de la performance humaine. Il s'agit de l'analyser pour comprendre ce qui s'est passé et non pas de blâmer le professionnel en cause ;
- adopter une approche « systémique ». La démarche la plus efficace consiste donc à approfondir en équipe [et en revue de mortalité et de morbidité (RMM)] l'analyse, dite systémique, des événements indésirables associés aux soins (EIAS) survenus, afin d'identifier toutes les causes et les facteurs organisationnels, techniques et humains ayant contribué à la survenue de l'événement. Il est important de noter que le compte rendu de RMM est anonyme, c'est-à-dire qu'il ne comporte aucune information permettant d'identifier directement ou indirectement le patient et les acteurs concernés. Il n'a ainsi pas vocation à faire partie du dossier du patient ;
- avoir une participation multiprofessionnelle et multidisciplinaire qui permet d'enrichir la démarche par le croisement complémentaire des regards des différents professionnels ;
- assurer la confidentialité des données personnelles des professionnels : la confiance des professionnels est ainsi renforcée ;

- un responsable de la revue de mortalité et de morbidité (RMM) qui connaisse la démarche et soit respecté de chacun afin d'éviter les éventuels dérapages et de veiller à ne pas tomber dans le piège du jugement et de la recherche d'un « coupable » ; ce responsable peut être aidé par un expert en gestion des risques en cas de besoin (méthode d'analyse systémique).
- Un temps de préparation nécessaire ; il est précieux pour garantir un bon déroulé de la réunion qui suit.

Intérêt de la méthode

Elle permet :

- une approche par les résultats, grâce à une meilleure compréhension des causes des incidents/accidents ;
- une pédagogie basée sur la « formation par l'erreur » et le développement d'une culture de sécurité ;
- une harmonisation des pratiques de l'équipe ;
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La démarche suivie en RMM lors de l'étude d'un cas est structurée et comporte quatre étapes successives :

1. Qu'est-il arrivé ? (présentation du cas)

Il s'agit de décrire de manière chronologique, complète, précise et non interprétative tous les faits (présentation du cas).

- Quel est l'événement ?
- Quel est le dommage ou la conséquence ?
- Quelle est la chaîne des événements qui a conduit à l'événement indésirable ?

2. Comment cela est-il arrivé ? (identification du problème)

Il s'agit d'identifier le(s) problème(s) de soins, le(s) dysfonctionnement(s) directement à l'origine de l'événement indésirable associé aux soins (EIAS).

- La survenue est-elle liée à un produit de santé ou à une procédure de soins (intervention, acte de soin) ?
- 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 ?

3. Pourquoi cela est-il arrivé ? (recherche des causes profondes ou facteurs contributifs)

C'est l'analyse approfondie (systémique) proprement dite qui recherche toutes les causes et facteurs favorisants explicatifs, qu'ils soient organisationnels, techniques ou humains, des problèmes de soins identifiés à l'étape précédente.

Des grilles de questionnement exhaustives existent pour réaliser cette analyse approfondie. La plus connue est la grille **ALARM** qui propose sept catégories de causes/facteurs contributifs. La Haute Autorité de Santé (HAS) propose un support pédagogique pour l'utiliser : le [Journal de l'accréditation des médecins](#) (JAM).

Enfin la récupération éventuellement mise en œuvre pour rétablir la situation est également analysée.

4. Quelles actions mettre en œuvre ?

Il s'agit dans cette dernière étape de tirer les enseignements de ce qui a été appris à travers les étapes précédentes, d'en faire la synthèse et de proposer un plan d'action accompagné de modalités de suivi.

Les informations et enseignements tirés doivent être également communiqués, diffusés et partagés :

- au niveau du secteur d'activité (retour d'expérience) ;
- et sous la forme d'un bilan annuel d'activité, au niveau de l'établissement, en veillant à sa communication au président de la conférence/commission médicale de l'établissement, à la structure de gestion des risques ainsi qu'à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

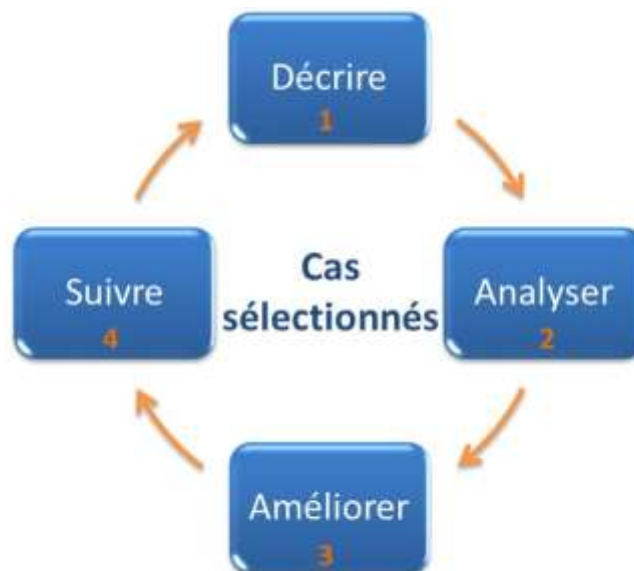
En synthèse, la revue de mortalité et de morbidité (RMM)

C'est une :

- analyse approfondie systémique d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS) complétée d'actions correctrices (les deux temps sont indissociables) ;
- méthode d'analyse systémique, en quatre étapes pouvant utiliser la grille ALARM ;
- organisation associant trois outils indispensables : procédure, compte rendu et bilan d'activité. annuel ;

La RMM participe au développement d'une culture de sécurité au sein du secteur d'activité qui la met en œuvre.

RMM et démarche qualité



La RMM est un outil performant pour la gestion et la maîtrise des risques.

L'enquête sur un accident ou un incident a pour objectif fondamental la prévention de futurs accidents ou incidents. Cette activité ne vise nullement à la détermination de fautes ou de responsabilités.

L'efficacité de ces Revues de mortalité et de morbidité (RMM) tient à leur intégration dans la politique globale de l'établissement et à la bonne organisation de la méthode (planification des séances, relevé des présences, comptes rendus structurés systématiques, déroulement encadré des séances). La rigueur méthodologique assure à la fois l'efficacité immédiate des séances et leur impact institutionnel.

Exemple : Monsieur J

Préparation de la réunion, choix du thème

Au sein de l'établissement L (établissement public de santé mentale EPSM), dans le cadre d'une démarche générale de gestion des risques en lien avec la cellule d'analyse des événements indésirables, un groupe de professionnels associant médecins, cadres, qualifié a récemment été mis en place dans une organisation type Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Le groupe étudie régulièrement, différentes situations « à risques » : fugues, suicides, violences, réhospitalisations multiples non programmées.

La réunion du XX-XX-XXXX de ce groupe a été préparée et animée par deux professionnels sur le thème des incidents violents en unité d'hospitalisation et à partir de l'exploitation des données concernant les événements indésirables recueillis au niveau de l'établissement.

Les animateurs ont choisi de s'intéresser cette fois à un incident violent impliquant un patient, qui a été sans conséquence somatique pour lui, un autre patient ou un soignant, mais qui a marqué les esprits dans l'unité concernée. Cet événement est survenu dans l'unité S du secteur X, une unité de crise d'un service d'accueil. Les animateurs, en lien avec les responsables de l'unité et du pôle, proposent un travail d'analyse de l'incident pour aider l'équipe concernée à comprendre ce qui s'est passé, notamment en recherchant les causes profondes et pour s'efforcer de mettre en place des mesures pour l'avenir.

Des représentants de l'équipe concernée sont invités à participer à la réunion : infirmiers, cadres et médecins.

Description et analyse, en cours de réunion, de l'évènement et de son contexte

1. Qu'est-il arrivé ? Présentation du cas

L'événement date du XX-XX-XXXX

Il a été causé par Monsieur J.

Il s'agit d'un patient bipolaire, connu depuis plusieurs années dans l'établissement. Il est admis dans l'unité S du secteur X pour une rechute sur le versant maniaque. Il est reçu à son entrée par le médecin de garde qui prescrit notamment un traitement sédatif et anxiolytique, le médicament YY.

Le médecin doit quitter l'unité, une infirmière, Madame A, propose à Monsieur J, qui est agité et angoissé, de prendre son traitement YY. Mr J. demande quel est exactement le traitement prescrit. En entendant le nom du médicament, il refuse de le prendre. L'infirmière n'insiste pas et cherche à apaiser le patient en lui parlant. Elle prévoit d'en discuter avec le médecin qui doit repasser dans la matinée. Peu après, un infirmier, Monsieur B. récemment diplômé, s'approche du patient pour s'assurer que tout va bien. Brutalement, Monsieur J. attrape une chaise proche de lui et la jette sur le jeune soignant qui l'évite de justesse.

D'autres membres de l'équipe interviennent pour gérer la situation, le psychiatre de garde est rappelé. Mr J. crie qu'il ne veut pas le traitement proposé YY car « il n'est pas bon pour lui; d'ailleurs, le médecin devrait le savoir ». Un infirmier, Monsieur C. connaît ce patient et se souvient d'un incident similaire lors d'une hospitalisation antérieure : le refus du patient de prendre le médicament YY avait été suivi d'un incident (insultes) lié à une agitation grandissante. Un autre médicament sédatif et anxiolytique, XX, avait été proposé et bien accepté et toléré par le patient. C'est ce médicament que le psychiatre appelé sur les lieux choisit de prescrire, après avoir évalué le patient et discuté avec les soignants qui connaissent ce patient.

La situation s'apaise. Le lendemain, le patient exprime qu'il comprend que l'infirmier Monsieur B. soit perturbé et lui présente des excuses.

Le jeune infirmier qui a été la cible de l'agression est néanmoins très choqué et ne comprend pas le geste de Monsieur J., alors même qu'il s'est approché du patient très calmement pensait-il. A-t-il eu des mots ou un geste inadaptés ? Il se sent coupable.

2. Comment cela est-il arrivé ? Identification du problème

Le groupe analyse dans un premier temps les interventions de Madame A et de Monsieur B mais s'oriente rapidement vers d'autres pistes.

En effet, il apparaît que lors de l'accueil du patient :

- le médecin de garde ne disposait pas d'informations sur les hospitalisations antérieures, notamment le problème posé par le médicament YY. Aucune trace de l'incident précédent lié au refus du patient de prendre le médicament YY ni de la prescription alternative n'est retrouvée dans le dossier. L'incident antérieur n'a pas été déclaré.
- le patient n'a pas été interrogé sur son expérience et sa tolérance des traitements sédatifs et anxiolytiques. L'agitation grandissante de Monsieur J n'a pas été traitée. Cet état d'agitation, renforcé par sa colère et son incompréhension devant le manque d'écoute et de communication de l'équipe, le conduit à un geste violent, sans conséquence somatique, mais ayant des conséquences psychologiques négatives pour le patient et pour un infirmier récemment diplômé. L'équipe prend conscience que l'incident aurait pu être plus grave si l'infirmier n'avait pu éviter la chaise et se protéger.

La connaissance des souhaits du patient, des incidents antérieurs et des prescriptions adéquates n'est détenue que par un tout petit nombre de professionnels et n'a fait l'objet que d'une transmission orale. Elle ne peut donc être mobilisée que lorsqu'ils sont présents, malheureusement tardivement. La manière dont le patient aborde sa pathologie et sa prise en charge ne paraît pas avoir été recueillie et prise en compte.

3. Pourquoi cela est-il arrivé ? Analyse approfondie de la situation

Le questionnement du groupe s'oriente vers l'analyse :

- de la traçabilité et de la transmission des informations cliniques ;
- des pratiques de déclaration des événements indésirables,
- de la prise en compte du point de vue du patient.

Des facteurs complexes sont identifiés à l'origine du défaut de traçabilité dans le dossier et de déclaration des événements indésirables : le souhait de ne pas stigmatiser le patient, la tendance à la banalisation des violences verbales, la perception de l'enregistrement dans le dossier et de la déclaration comme des obligations administratives, une culture de service valorisant la transmission verbale.

Les pratiques cliniques au sein de l'unité donnent une place importante au vécu du patient et à son analyse mais les informations précises transmises par le patient ne sont pas toujours tracées. Les stratégies de désamorçage des montées de tension travaillées au sein du service ne mettent pas l'accent sur l'intérêt de poser des questions ouvertes au patient et de rechercher des solutions avec lui.

Sont abordées alors longuement au sein du groupe les questions :

- Quelles données tracer dans le dossier, sans stigmatiser le patient en traçant les informations utiles pour le suivi du patient, afin d'éviter de ruptures de prise en charge et mieux prévenir les moments de violence ? Le dossier doit rester synthétique pour avoir la chance d'être lu; trop d'informations nuit à l'information... aussi ce travail de synthèse est très important et doit pouvoir pointer facilement des éléments importants pour la suite de la prise en charge.
- Quels événements déclarer ? Le groupe identifie, selon les unités ou les personnes des tendances à la sous ou à la surdéclaration et une difficulté à bien définir les événements qu'il convient de déclarer. On ne peut limiter la déclaration aux seuls événements ayant entraîné un dommage physique mais toute manifestation apparaissant au décours des troubles mentaux présentés par les patients n'a pas vocation à faire l'objet d'une déclaration.
- Comment mieux prendre en compte le point de vue du patient, à l'accueil, en cours d'hospitalisation et lorsque des tensions apparaissent ?

4. Actions mises en œuvre

Le groupe RMM propose des actions mises en place dans les semaines suivantes :

- La mise en place des réunions de l'équipe de soins de l'unité concernée par l'incident pour définir une procédure à suivre quand un événement se produit et élaborer une « grille » des éléments à tracer dans le dossier, à pointer spécialement, pour assurer une bonne continuité des prises en charge et prévenir autant que possible d'autres moments de violence ; ce travail de synthèse est guidé par la préoccupation de réaliser une analyse clinique de la situation qui prenne en compte le patient et sa pathologie, en veillant à ne pas stigmatiser le patient. Cette grille devrait être proposée et étendue aux autres services et validée au sein de l'établissement. Pour ce faire, le groupe RMM propose qu'un groupe de travail élargi soit mis en place associant les différents chefs de pôle, les cadres supérieurs de santé, les animateurs du groupe RMM en lien avec la CME.
- La mise en place au niveau de l'établissement d'une réflexion et d'actions de sensibilisation sur le sens et l'intérêt de la déclaration des événements indésirables;
- La mise en place d'un groupe de travail associant les représentants des usagers, patients et famille, sur les modalités concrètes de l'implication du patient et de la prise en compte de son point de vue dans les soins.

Exemples de démarches d'analyse et amélioration des pratiques - Un modèle, la revue de mortalité et de morbidité (RMM)

011

→ Références

- 1 - Haute Autorité de Santé. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. Revue de mortalité et de morbidité (RMM), Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm?xtmc=&xtcr=3
- 2 - Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu (DPC). Fiche méthode. Gestion des risques en équipe. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014_06/fiche_dpc_gdr_equipe_2014-06-24_11-13-56_822.pdf
- 3 - Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu (DPC). Fiche méthode. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

→ Pour en savoir plus

[Le guide méthodologique](#)

[Les 14 outils](#)

[Les 15 programmes](#)

[Le rapport bibliographique](#)



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr