

# 1. Qu'est-ce qu'une RMM ?

## Points clés

Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique\* de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

\* *L'analyse systémique* menée lors de la 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. Elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus. 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 (3,4).

La démarche préconisée dans ce guide permet de réaliser une telle analyse systémique.

Les cas analysés sont des cas réels qui se sont effectivement déroulés.

Cette démarche collective permet de tirer profit de l'analyse des situations s'étant produites pour apprendre et comprendre, afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins.

Une RMM permet (figure 1), en réfléchissant collectivement sur les prises en charge réalisées :

- de **décrire** les pratiques et les processus de soins réalisés ;
- d'identifier, parmi ces pratiques, celles jugées non optimales, ainsi que les problèmes rencontrés lors de la prise en charge, de les **analyser** afin d'en rechercher les facteurs contributifs et les causes, d'identifier également les actions et les éléments ayant permis d'éviter des dommages chez le patient ;
- de proposer des actions d'**amélioration** visant à diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine du risque (actions préventives) ou à limiter leurs effets délétères et leur gravité (actions protectrices) ;
- de **suivre** et d'évaluer les actions entreprises.

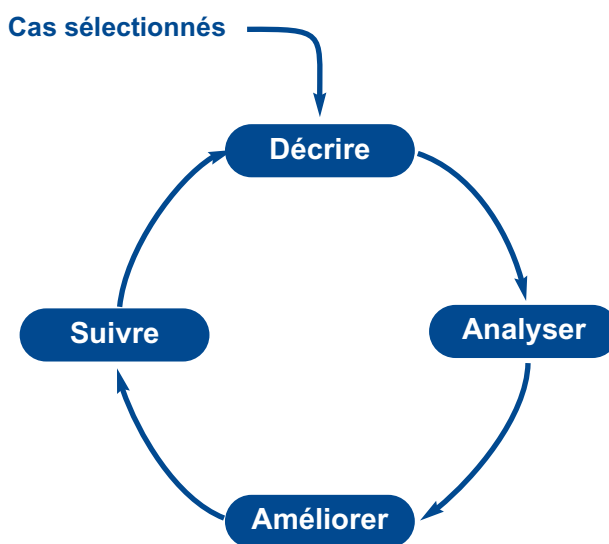


Figure 1. RMM et démarche qualité

La RMM est ainsi une méthode de première intention, c'est-à-dire une méthode à privilégier parmi les plus connues et les plus répandues, et relevant d'une approche par problème car mise en œuvre pour améliorer une situation où des problèmes ont été identifiés (5).

L'organisation mise en place pour la RMM permet une réactivité importante dans l'analyse des évènements sélectionnés, promeut une analyse des causes sous-jacentes, met en œuvre des mesures d'amélioration et assure la diffusion régulière d'une information aux professionnels des secteurs d'activité concernés.

La revue de mortalité et de morbidité est une méthode s'inscrivant naturellement dans :

- l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles ;
- le perfectionnement des connaissances ;
- l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- la maîtrise et la gestion des risques (méthode a posteriori).

Elle peut être valorisée dans le développement professionnel continu (formation continue, évaluation des pratiques professionnelles, accréditation des médecins), la certification des établissements de santé, le système de gestion des risques d'un établissement, et faire l'objet de communications scientifiques.

La question de l'incidence sur la responsabilité pénale des médecins et des soignants est souvent posée à propos de l'engagement dans une démarche de type RMM. Pierre Chevalier, magistrat chargé de mission auprès du procureur général près la Cour de cassation, apporte la réponse suivante dans un article récent : « Cet engagement n'est pas en soi un facteur d'accroissement de cette responsabilité. Au contraire, la mise en place de cette procédure (RMM) apporte la preuve de la réactivité des équipes face à une situation de risque qui pourrait se renouveler » (2). Il s'agit donc de décrire les faits et d'en comprendre les causes sans porter de jugement sur les personnes : « comprendre ce qui s'est passé ne signifie pas rechercher un responsable » (2).

## 2. Qui met en place une RMM ?

### Points clés

**L'établissement de santé positionne les RMM dans son dispositif de gestion de la qualité et des risques.**

**Il appartient à chaque secteur d'activité de mettre en place des RMM.**

**Les collèges des bonnes pratiques peuvent promouvoir les RMM dans les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation qu'ils proposent.**

Il appartient à l'**établissement de santé** de définir et d'intégrer cette activité dans son dispositif de gestion de la qualité et des risques (6), d'en faire la promotion, au besoin par des mesures incitatives, et de fournir aux professionnels les moyens de les mettre en place et de les pérenniser. Il est recommandé que la politique de l'établissement concernant les RMM soit débattue dans les instances, inscrite dans le projet d'établissement et mentionnée dans le livret d'accueil remis aux patients.

Selon sa taille et ses activités, un établissement de santé peut opter pour une organisation des RMM à l'échelle de l'établissement dans son ensemble, ou de ses différents secteurs d'activité (dans le secteur public il peut s'agir de pôles, de services ou d'unités fonctionnelles). Le niveau « établissement » sera recommandé pour les structures de petite taille et dont l'activité est relativement homogène. Dans les grands établissements, il est recommandé de laisser aux responsables des structures internes le choix du niveau de réunion qui leur paraît le plus pertinent. Pour Bertrand et al. (7), dans un même établissement, l'organisation des RMM varie effectivement d'une structure à l'autre. Il faut rappeler que des revues de mortalité et morbidité peuvent aussi être organisées à un niveau inter-établissements, en particulier dans le cadre des réseaux de soins (8). La RMM nécessitant une analyse systémique des cas sélectionnés, l'adhésion aux principes de la RMM et l'engagement du responsable de l'établissement sont également déterminants pour la réussite de la démarche.

Il appartient à chaque **secteur d'activité** de mettre en place des RMM portant sur les patients qu'il a pris en charge. Les RMM constituent une méthode d'apprentissage visant l'amélioration des pratiques professionnelles et donc des performances collectives. Le travail d'explication et d'incitation du responsable du secteur d'activité ou d'un médecin impliqué dans ces démarches est essentiel pour faire partager l'objectif et obtenir la motivation, l'adhésion et la participation active des professionnels.

Les **collèges des bonnes pratiques**, structures fédératives de spécialité réunissant dans leurs instances toutes les composantes et les modes d'exercice d'une spécialité, sont des acteurs majeurs pour la promotion de la sécurité des soins au sein de leur spécialité respective et peuvent promouvoir ces RMM dans les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et/ou d'accréditation qu'ils proposent. Ils peuvent également définir des spécificités propres aux RMM de leur spécialité.

### 3. Comment commencer ?

#### Points clés

**L'organisation de la RMM est confiée à un médecin expérimenté, volontaire, impliqué dans le fonctionnement du secteur d'activité et reconnu par ses pairs.**

**Une procédure écrite, diffusée à tous les professionnels concernés, décrit l'organisation et le fonctionnement de la RMM.**

**Les modalités choisies concernant l'engagement et la participation des professionnels à une RMM sont décrites au sein de cette procédure.**

L'initiative de mettre en place une RMM est soutenue par le responsable du secteur d'activité et/ou le président de la conférence/commission médicale de l'établissement.

Le secteur d'activité désigne une personne **responsable de l'organisation de la RMM** et chargée d'animer les réunions. Il est recommandé de confier cette mission à un médecin expérimenté, impliqué dans le fonctionnement du secteur d'activité concerné. Il faut qu'il soit volontaire pour cette mission, qu'il ait une certaine ancienneté dans le secteur d'activité et soit reconnu par ses collègues. Il est également important que ce responsable ait connaissance de la méthode à utiliser pour l'analyse des cas en RMM, et qu'il soit compétent dans l'animation des réunions. Il lui faudra en effet veiller à ce que chacun puisse s'exprimer et, surtout, à orienter les débats vers l'amélioration des pratiques et de l'organisation en évitant la mise en cause des personnes et la recherche de responsabilités individuelles (2).

Chaque secteur d'activité définit et rédige ses règles de fonctionnement regroupées dans un document écrit et daté : la **procédure RMM**. Un modèle de procédure que les équipes pourront s'approprier est proposé en annexe 1 ([voir Ressource 3](#)).

Cette procédure précisera notamment :

- l'objet et le domaine d'application de la RMM (secteur(s) d'activité concerné(s)) ;
- le responsable de la RMM et la répartition des tâches ;
- la périodicité des réunions et leur durée ;
- les professionnels invités aux réunions ;
- les modalités de recueil et de sélection des cas ;
- les modalités d'annonce, de déroulement et de suivi des réunions ;
- la traçabilité et l'archivage des documents ;
- les éléments constituant le bilan annuel d'activité.

Les conditions nécessaires d'engagement et de participation d'un professionnel à une RMM (par exemple : présence aux réunions, modalités de présentation de dossiers, mise en œuvre et suivi d'actions) sont définies préalablement par les professionnels concernés et notées dans cette procédure.

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

## 4. Quels cas sélectionner ?

### Points clés

Les cas pouvant être présentés et analysés dans une RMM sont ceux marqués par un décès, une complication ou un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient.

Les modalités de recueil et de sélection des cas sont précisées au sein de la procédure RMM.

Trois **types de cas** peuvent être analysés en RMM :

#### 1. Un décès ;

#### 2. Une complication :

- une solution proposée par certains auteurs consiste à enregistrer systématiquement toutes les complications et à les aborder en RMM sous deux formes : les complications inhabituelles sont présentées et analysées au cas par cas, les complications plus banales sont simplement dénombrées et analysées en tant qu'indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins (10-14). Cette option permet d'avoir une vue d'ensemble des évènements rapportés en associant l'apport de l'étude qualitative de cas informatifs et celui du suivi d'indicateurs.

#### 3. Un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient (appelé aussi « presque accident », "near miss", "close call") (6).

- il s'agit d'un évènement survenant au cours de la réalisation d'une action et qui finit par se neutraliser (spontanément ou par une action volontaire) avant même la survenue de conséquences pour le patient (15). Pour en faciliter le repérage, ce sont des évènements dont on dit : « *J'ai eu peur ... Il s'en est fallu de peu ... Heureusement il ne s'est rien passé ... Il l'a échappé belle ...* ».

Ils sont riches d'enseignements notamment quand un dommage a été évité de justesse par la mise en œuvre d'une barrière préventive ou protectrice. Ils permettent non seulement d'identifier les causes immédiates et profondes de ces évènements, mais aussi les barrières efficaces ayant empêché la survenue de dommages (voir également la deuxième partie de ce document : Pour en savoir plus). Ils sont donc très intéressants à analyser en RMM au même titre que les décès ou les complications.

Appartiennent à cette catégorie les évènements porteurs de risque (EPR), définis dans le décret du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales pour certaines spécialités dites « à risque » et soumis à déclaration aux organismes agréés de ces spécialités (16). Il est ainsi pertinent que les professionnels suivent, sélectionnent et analysent collectivement en RMM les EPR définis par leur spécialité (cf. Comment valoriser une RMM ?).

De nombreuses **modalités de recueil et de sélection des cas** sont utilisables, on peut citer par exemple :

- la clôture du dossier, moment où le praticien responsable du patient réalise le résumé de sortie peut être choisie. Le praticien peut alors évaluer systématiquement les critères de sélection définis dans son secteur d'activité et inscrire les cas y répondant sur la liste à présenter en RMM avec l'accord des professionnels concernés ;
- le repérage et la sélection des cas peuvent être facilités par l'utilisation d'un registre, d'un observatoire, d'une base de données ou d'un système de signalement. Il faudra s'assurer alors de la conformité à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée en août 2004, de tout traitement de données à caractère personnel (17) ;
- la RMM semble également pertinente pour analyser les cas, dont l'issue/l'évolution est surprenante (inattendue) pour les professionnels chargés de la prise en charge, ainsi que pour étudier les évènements dits « sentinelles \* ».
- il peut aussi être intéressant de présélectionner des cas (lors de la préparation de la RMM), présentant certains évènements dits « déclencheurs » (ou "triggers"). Ces évènements « déclencheurs » sont des évènements, pas nécessairement défavorables, définis à l'avance de manière consensuelle par les professionnels, facilement identifiables, et qui déclenchent, lorsqu'ils sont rencontrés, l'analyse d'un dossier à la recherche d'une défaillance éventuelle. Si à cette occasion un problème est découvert, alors ce cas pourra être sélectionné pour être analysé en RMM.

\* Évènement sentinelle = occurrence défavorable qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée (6).

- exemples d'évènements déclencheurs : transfusion sanguine, transfert en réanimation ou en soins intensifs imprévu, prescription de vitamine K, réintubation en salles de soins post-interventionnelle (SSPI), ventilation mécanique postopératoire supérieure à 24 heures, demande de consultation spécialisée pendant l'hospitalisation, etc. Récemment plusieurs auteurs ont souligné l'intérêt de cette démarche en santé (18-23) ;
- d'autres auteurs (24) proposent d'analyser avant la réunion une série chronologique limitée de dossiers à la recherche d'un problème ou d'une défaillance. Les cas répondant aux critères de sélection définis sont alors présentés en RMM ;
- il est également possible de regrouper un certain nombre de cas à propos d'un thème ou d'une pathologie donnée, pour les analyser au cours d'une même séance de RMM afin d'en dégager des enseignements communs.

Quelles que soient les modalités de sélection choisies, la RMM réalisant une analyse *a posteriori*, les cas sélectionnés ne sont présentés que lorsque l'épisode de soins concerné est achevé.

Un point important est à signaler : le temps consacré à une séance de RMM étant par définition limité, il semble préférable de privilégier la qualité et la profondeur de l'analyse collective d'un cas plutôt que la quantité (4). À cet effet, il vaut mieux confier au responsable RMM le tri préalable des dossiers à présenter lors de la réunion proprement dite. Il peut être intéressant de noter, dans le bilan d'activité de la RMM, le nombre de dossiers présélectionnés et le nombre de dossiers effectivement présentés.

Les modalités de recueil et de sélection des cas choisis par l'équipe sont donc variées et devraient ainsi permettre de réaliser des RMM même dans des secteurs d'activité présentant une faible mortalité-morbidité. Les modalités choisies sont significatives de l'activité et de la mortalité-morbidité du secteur d'activité concerné et sont toujours précisées dans la procédure RMM.

## 5. Qui participe ?

### Points clés

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

**Toutes les personnes qui assistent à ces réunions sont tenues au secret professionnel.**

*Dans la littérature, les revues sont souvent destinées aux médecins du service et aux médecins en formation initiale. Rappelons que dans de nombreux pays les RMM sont des moments pédagogiques qui font obligatoirement partie du cursus de formation de certains spécialistes, en particulier chirurgiens, anesthésistes et réanimateurs. Certaines expériences font état d'une participation des personnels de l'équipe paramédicale : cadres de santé, infirmières ou autres professionnels paramédicaux ayant participé à la prise en charge du patient (25). D'autres soulignent l'intérêt d'inviter des personnes extérieures telles que le pathologiste qui peut apporter des informations sur les cas qui ont fait l'objet d'une vérification post-mortem ou d'autres professionnels qui sont intervenus dans la prise en charge du cas discuté ou encore des professionnels pouvant apporter une expertise contributive à la compréhension du cas. Davenport et al. mettent également l'accent sur l'importance de la communication et de la coordination entre les différents membres d'une équipe (26).*

La littérature ne permet pas d'opter pour un modèle particulier de participation mais il semble que la réunion doive concerner au moins l'équipe médicale dans son ensemble, y compris les médecins en formation. Cependant la RMM étant une démarche collective concernant tous les acteurs impliqués dans la prise en charge d'un patient, à travers l'analyse de cas et la mise en œuvre d'actions, il est recommandé que les personnels paramédicaux de l'équipe et, dans la mesure du possible les autres professionnels ayant participé à la prise en charge (radiologue, biologiste, médecin traitant, urgentiste, autres spécialistes médicaux, pharmacien, psychologue, etc.), participent aux revues. **L'équipe ainsi définie regroupe donc les professionnels qui travaillent habituellement ensemble au quotidien et qui contribuent à la prise en charge d'un même patient.**

L'émergence des causes profondes ou systémiques des évènements sera facilitée par une équipe reflétant la transversalité de la prise en charge d'un patient. Il faut aussi souligner l'intérêt d'inviter, régulièrement ou à l'occasion de l'examen d'un cas difficile, un professionnel expérimenté spécialisé dans la gestion des risques

sanitaires. Ce correspondant peut ainsi apporter à la RMM une expertise méthodologique et un soutien pour l'analyse approfondie d'une situation complexe. De même, en cas de besoin, la présence d'un représentant administratif de l'établissement peut être utile pour l'analyse du cas étudié (notamment en ce qui concerne les facteurs organisationnels et institutionnels) et pour appuyer la mise en œuvre ultérieure d'actions d'amélioration de la sécurité.

Cette position est motivée par l'affirmation du caractère collectif du processus de soins et du service rendu au patient. Les RMM se situent donc dans le modèle de la gestion de la qualité et des risques dont un des piliers est la multidisciplinarité.

Les professionnels invités aux réunions sont précisés dans la procédure RMM.

Dans tous les cas, toute personne assistant à ces réunions est tenue au secret professionnel. (article L. 1110-4 du Code de la santé publique et article 226-13 du Code pénal).

## 6. Quelle fréquence pour les réunions ?

### Points clés

**La périodicité et la durée des réunions sont à l'initiative de chaque secteur d'activité, et sont consignées dans la procédure RMM.**

**Certaines réunions peuvent être consacrées, en totalité ou en partie, au suivi et à l'évaluation des actions d'amélioration décidées lors de réunions précédentes.**

*Dans la littérature on retrouve une périodicité très variable, de même que la durée des réunions. Les RMM sont hebdomadaires dans des programmes de formation des chirurgiens aux États-Unis (27), elles sont plutôt mensuelles dans les quelques expériences rapportées en France (7,8).*

Chaque structure doit donc déterminer la fréquence et la durée de ses réunions en fonction du nombre de cas à analyser, du fonctionnement du secteur d'activité et des objectifs fixés (la durée et la périodicité choisies étant fortement liées). Il est conseillé de privilégier un nombre limité de réunions bien préparées (6 à 8 par an) plutôt que de multiplier les réunions. Une durée de 2 heures environ semble nécessaire pour bien débattre des cas sélectionnés, proposer des actions d'amélioration et en assurer le suivi. On rappelle (cf. *supra* : Quels cas sélectionner ?) qu'il vaut mieux privilégier la qualité d'analyse d'un cas plutôt que le nombre de cas à analyser.

Afin de ne pas augmenter le nombre de réunions, on peut suggérer d'intégrer les RMM aux réunions existantes en dédiant, avec une périodicité définie, une des réunions à la RMM.

Certaines réunions peuvent être consacrées (en totalité ou en partie) au suivi et à l'évaluation des actions mises en œuvre lors de RMM précédentes ou à la préparation du bilan d'activité. Toutes les réunions RMM ne sont donc pas forcément des réunions de présentation de nouveaux cas.

Quelles que soient les modalités retenues il est conseillé d'organiser les réunions à date fixe, très régulièrement pour que les RMM s'intègrent peu à peu dans la vie du secteur d'activité et deviennent une activité naturelle d'une équipe de soins.

Dans tous les cas, les modalités choisies sont inscrites dans la procédure RMM.

## 7. Comment se déroule une RMM ?

### Points clés

**Un ordre du jour est diffusé aux participants.**

**Chaque cas est présenté anonymement de manière chronologique et factuelle.**

**Une discussion en équipe est engagée afin d'identifier les problèmes rencontrés et d'en rechercher les causes en privilégiant une approche systémique.**

**Des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité, visant à réduire l'occurrence de ces causes, à limiter leurs effets et à prévenir les récurrences, sont proposées et font l'objet d'un suivi et d'une évaluation lors de réunions ultérieures.**

Le responsable de la RMM prépare l'**ordre du jour** de la réunion qui sera diffusé aux participants. Celui-ci peut contenir la liste anonyme des cas à présenter suivant les critères de choix préalablement établis avec l'accord des professionnels concernés, ou bien la liste des thèmes et/ou pathologies à discuter. Le responsable pourra aussi répartir les dossiers entre des membres de l'équipe qui les présenteront à la réunion. La réunion doit être animée par un professionnel capable de guider la discussion, susciter des commentaires et encourager l'expression des participants (28). Il doit éviter que la discussion mette en cause les professionnels et les compétences.

La présentation, l'analyse et la discussion d'un cas en RMM peuvent se réaliser selon un cadre relativement stéréotypé. Une proposition pour faciliter la démarche est exposée dans l'annexe 2 ([voir Ressource 3](#)).

Après désignation d'un secrétaire de séance, la **présentation** des cas se fait de manière anonyme (28). Chaque cas est présenté par un membre de l'équipe de manière chronologique, neutre et factuelle en respectant l'anonymat des patients et des professionnels ayant réalisé la prise en charge. Une discussion est ensuite animée par le responsable de la revue qui encourage les participants à s'exprimer. L'équipe est invitée tout d'abord à préciser, si nécessaire, les actions de soins réalisées, les raisons et les éléments de contexte en rapport avec ces actions de soins.

Ensuite une **analyse** du cas est réalisée par l'équipe qui porte collectivement un regard critique (points positifs et négatifs) sur la façon dont les événements se sont déroulés et sur les décisions qui ont été prises en fonction des recommandations et des références existantes (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques) et éventuellement des pratiques et des résultats (si disponibles) d'autres équipes confrontées à la même situation (benchmarking). Il faudra prendre soin d'éviter de mettre en cause les individus, ou de rechercher un coupable (2). Le responsable de la revue anime un débat au cours duquel l'ensemble des acteurs se remet en question et participe à l'analyse.

D'éventuels **problèmes rencontrés** (problèmes de soins, pratiques non optimales ou susceptibles d'amélioration, processus défaillants, barrières protectrices ou préventives ayant dysfonctionné, etc.) lors de la prise en charge sont recherchés, identifiés et listés. Dans les cas où il apparaît que la prise en charge n'a pas été optimale il convient, pour **chaque** problème rencontré, de rechercher collectivement, en utilisant une approche systémique (utiliser l'annexe 3 => [voir Ressource 3](#)), les **causes** ayant contribué à l'apparition du problème (29), ainsi que les barrières et les modalités de **récupération** ayant éventuellement permis d'éviter des dommages chez le patient (30).

En l'absence de problème rencontré (notamment quand la pathologie du patient, ou l'évolution naturelle de la maladie ou du traumatisme, explique le décès ou la complication), on recherchera une (des) alternative(s) possible(s) à la prise en charge.

L'objectif de cette **analyse** est d'en retirer des enseignements susceptibles d'améliorer les pratiques et d'agir sur les causes qui ont contribué à l'apparition des problèmes rencontrés afin d'éviter la récurrence.

L'équipe recherche alors et propose des **actions d'amélioration** visant à corriger ces causes, à limiter leurs effets et à prévenir les récurrences. Des modalités de **suivi** et d'évaluation de ces actions sont proposées. Chaque fois qu'il apparaît utile de mettre en œuvre une action d'amélioration, il est recommandé de confier cette mission à un membre de l'équipe et de remplir une fiche de suivi afin d'en suivre l'exécution (une fiche de suivi type est proposée en annexe 4 ==> [voir Ressource 3](#)). Certaines actions peuvent demander l'intervention de l'établissement afin d'être pleinement efficaces. Elles nécessiteront donc un retour d'information des conclusions de la RMM (fiche de suivi) vers les instances de direction et de management.

Il est souhaitable qu'une partie de la réunion suivante soit réservée au suivi des actions décidées lors de réunions précédentes. Cependant, il est possible de consacrer une réunion entière au suivi et à l'évaluation des actions en cours, la séance pouvant alors être mise à profit pour préparer le bilan d'activité (cf. *supra* : Quelle fréquence pour les réunions ?).

Dans le cas où la discussion laisse suspecter des défaillances multiples ou complexes, il est recommandé de confier à un membre de l'équipe la mission d'instruire les problèmes en s'entourant de toutes les compétences nécessaires, en particulier en faisant appel à la structure de gestion des risques de l'établissement. Cette étude complémentaire des circonstances de survenue de l'évènement fera alors l'objet d'une présentation lors d'une réunion RMM ultérieure.

## 8. Quelle traçabilité, quel archivage ?

### Points clés

**Une procédure, des comptes rendus et un bilan annuel d'activité sont rédigés et diffusés aux participants.**

**Les documents relatifs à une RMM (comptes rendus et bilan d'activité annuel) sont anonymes et archivés avec les autres documents qualité du secteur d'activité.**

La **procédure** écrite décrivant l'organisation de la RMM fait partie des documents qualité du secteur d'activité.

Toute RMM fait l'objet de la rédaction d'un **compte rendu**, précisant les conclusions de l'équipe, les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mises en œuvre et leurs modalités de suivi. Ce compte rendu est anonyme, c'est-à-dire qu'il ne comporte aucune information permettant d'identifier directement ou indirectement le patient et les acteurs concernés.

Il est archivé avec les autres documents qualité du secteur d'activité (c'est-à-dire avec les autres documents existants du même type, par exemple : procédures, recommandations, rapport d'audit, démarches d'EPP, démarche de certification, etc.). Il est accompagné de la liste des personnes présentes à la RMM afin qu'elles puissent faire valoir leur participation.

Il est recommandé de réaliser chaque année une synthèse des comptes rendus de réunion sous la forme d'un **bilan d'activité annuel de la RMM**. Ce bilan, qui ne peut contenir aucune information directement ou indirectement nominative, comprend :

- le nombre de réunions de mortalité-morbidité annuelles ;
- le nombre et le type (décès, complication, presque accident) de cas analysés dans l'année ;
- le nombre et le type de cas ayant donné lieu à des actions d'amélioration ;
- la liste des actions d'amélioration mises en œuvre ;
- et les modalités de suivi des actions engagées (cf. annexe 4, fiche de suivi ==>[\[voir Ressource 3\]](#)) ;

Ce bilan est également conservé avec les autres documents qualité du secteur d'activité.

Les documents relatifs à une RMM (comptes rendus, bilan d'activité annuel) ne doivent contenir **aucun** document nominatif issu notamment du dossier patient (compte rendu de consultation, compte rendu opératoire, feuille d'anesthésie, résultats d'examen biologiques ou radiologiques, compte rendu d'autopsie, etc.).

Lorsque au cours d'une RMM, un ou des risques nouveaux sont identifiés pour un patient, celui-ci doit en être informé. « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver* » (article L.1111-2 du Code de la santé publique) ».



Pour information : dans certains pays, en particulier au Canada (31), la réalisation de RMM est une obligation pour tous les services qui doivent une fois par an adresser un bilan de cette activité à l'instance médicale de l'établissement. Il s'agit de rapports statistiques simples, décrivant le nombre de réunions, le nombre et le type de dossiers examinés et les actions d'amélioration mises en œuvre par l'équipe. Ils permettent à l'institution de s'assurer que les services organisent les RMM et que cette activité contribue à améliorer la qualité des soins. Ce type d'expérience suggère que la politique de l'établissement concernant les RMM puisse comprendre un retour d'information des services vers l'institution.

## 9. Quelle relation entre RMM et le dispositif de gestion des risques d'un établissement de santé ?

### Points clés

Il est recommandé de favoriser une coopération active et régulière entre les RMM organisées dans les secteurs d'activité, et le dispositif transversal de gestion des risques sanitaires de l'établissement de santé.

Les établissements de santé doivent organiser leur système de gestion des risques sanitaires en mettant en place une coordination des vigilances et des dispositifs de déclaration des accidents et incidents iatrogènes (6,32-34).

Le groupe de travail a souhaité positionner les RMM par rapport à ce dispositif de gestion des risques sanitaires. Il ne faudrait pas que la mise en place de RMM dans les établissements de santé constitue un obstacle aux systèmes de déclaration des risques ou réduise leur efficacité. Il faut au contraire que ces dispositifs soient complémentaires et se renforcent, ce qui est possible si l'on considère qu'ils représentent deux niveaux du système de gestion des risques dans les établissements.

Au niveau des structures de soins, les professionnels constatant un évènement indésirable (a) nécessitant une déclaration doivent le signaler [1] auprès de la structure de gestion des risques et de coordination des vigilances de l'établissement. Ce système transversal doit venir en aide aux professionnels pour la recherche des causes des évènements indésirables et pour la mise en œuvre d'actions de prévention. Cette structure de gestion des risques doit de plus déclarer, le cas échéant, certains évènements auprès des systèmes nationaux de vigilance (figure 2a).

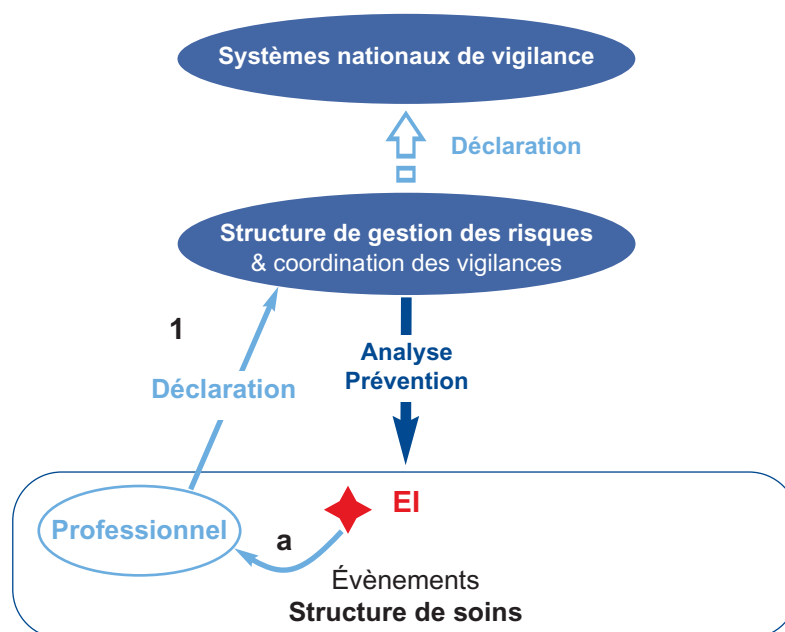


Figure 2a. Circuit d'un évènement indésirable (EI) perçu par un professionnel

La RMM, va par ailleurs identifier d'autres événements et situations (**b**) et permettre de les analyser pour améliorer les pratiques professionnelles au sein de l'équipe. Cependant, dans certains cas où les défaillances du processus de soins font intervenir des causes complexes et multiples, les capacités d'analyse de la RMM pourraient être dépassées. Il serait alors plus efficace de déclarer [2] le cas à la structure de gestion des risques qui pourra fournir une aide et mettre en œuvre une méthode d'analyse approfondie qui relève de l'expertise de personnes formées pour ce faire (figure 2b).

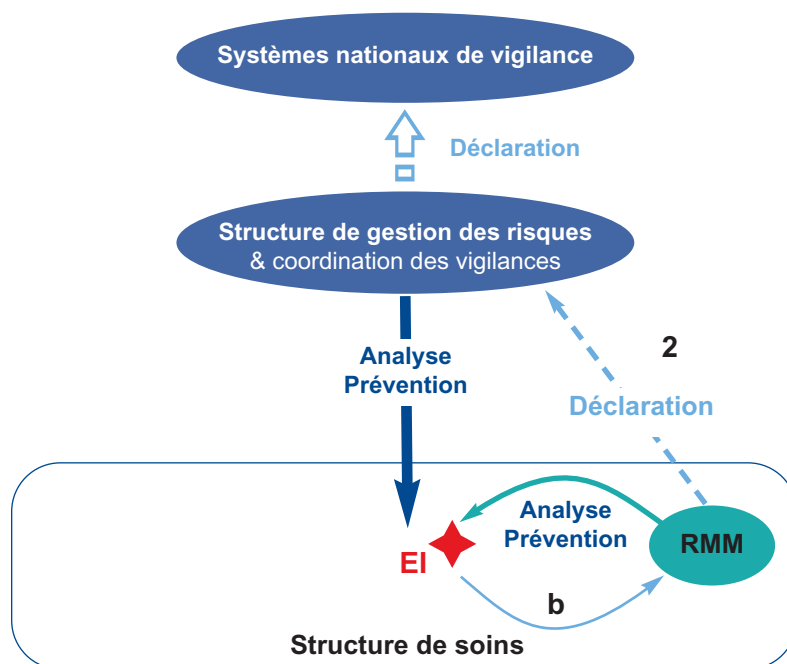


Figure 2b. Circuit d'un événement indésirable (EI) révélé par une RMM

D'autre part, dans le cadre de l'accréditation des médecins (16) les événements porteurs de risque (EPR) qui sont déclarés sont aussi des événements qui auraient pu causer un dommage au patient et qui sont donc sélectionnables pour une analyse en RMM (cf. Quels cas sélectionner ?).

On rappelle à cette occasion que cette déclaration peut être effectuée, au choix du médecin (cf. Charte médecins-établissement de santé, HAS, 2007 : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) (35)) :

- soit par l'intermédiaire d'une instance créée à cet effet par le règlement intérieur de l'établissement (instance de gestion des risques médicaux). Cette instance transmet alors les EPR à l'organisme agréé pour l'accréditation (OA-Accréditation) désigné par le médecin ;
- soit directement auprès de l'OA-Accréditation du médecin. Dans ce cas, il est recommandé au médecin de communiquer à l'instance de gestion des risques médicaux les EPR qu'il déclare et les résultats de leur analyse.

## 10. Comment valoriser une RMM ?

### Points clés

**Une RMM répondant aux critères de qualité énoncés peut être valorisée dans le développement professionnel continu (formation continue, évaluation des pratiques professionnelles, accréditation des médecins), la certification des établissements de santé et le système de gestion des risques d'un établissement.**

**Le président de la conférence/commission médicale d'établissement, la structure de gestion des risques, la CRUQPC de l'établissement et les structures fédératives de spécialité sont des destinataires naturels des bilans d'activité des RMM.**

Une RMM qui respecte les critères de qualité et de traçabilité énoncés dans l'**annexe 5 [voir Ressource 3]** peut être prise en compte et valorisée dans le cadre des dispositifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (développement professionnel continu, certification des établissements de santé, accréditation des médecins et des équipes médicales) (cf. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

En effet :

- la RMM est une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ;
- un organisme agréé pour l'accréditation des médecins peut, s'il le souhaite, intégrer la RMM dans les activités de son programme d'amélioration de la sécurité des pratiques de la spécialité ;
- la mise en place d'une RMM est encouragée dans la démarche de certification des établissements de santé. En effet, dans le manuel de certification V2010 (34), l'analyse de la morbidité-mortalité devient une exigence dans certains secteurs d'activité : la chirurgie, l'anesthésie-réanimation, la cancérologie.

Une RMM permet également de renforcer le système de gestion des risques déjà existant en établissement de santé (cf. chapitre précédent) : signalement des événements indésirables, vigilances sanitaires, identification et traitement a priori des risques...

Un établissement peut également valoriser les RMM au niveau de la commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) et de la commission en charge de la qualité des soins afin de démontrer la mise en place de démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il est ainsi recommandé de transmettre le bilan d'activité d'une RMM au président de la conférence/commission médicale de l'établissement, à la structure de gestion de risques et à la CRUQPC de l'établissement à titre d'information et pour appuyer, si besoin, la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les **collèges des bonnes pratiques** (cf. : Qui met en place une RMM ?) sont des destinataires naturels des bilans d'activité des RMM. Cela permet une vision multicentrique de la démarche, d'en assurer la synthèse, et de produire en retour des programmes pour la réduction des risques que mettront en œuvre les professionnels (recommandations, alertes, développement d'indicateurs, de base de données, mise en place d'enquêtes, de formations ciblées, etc.), ainsi que des communications scientifiques qui faciliteront la diffusion des informations.

## 13. Quelques erreurs à éviter

### Points clés

La non-culpabilisation des personnes ayant participé à la prise en charge est indispensable à l'objectivité et au succès de la recherche des causes, ainsi qu'à la pérennité des RMM. « Comprendre ce qui s'est passé ne signifie pas rechercher un responsable » (1).

La démarche proposée dans ce guide doit ainsi permettre de réussir une analyse à la fois transparente et non culpabilisante.

### La recherche d'un « coupable »

Les médecins ont parfois un enthousiasme limité pour les RMM car ils y voient une occasion de mise en cause personnelle et de sanction. Cette tendance à orienter le débat vers la mise en cause des médecins en charge du cas, en particulier des juniors, est signalée par plusieurs auteurs qui considèrent qu'il s'agit d'une transgression de l'esprit de la RMM qui peut être délétère (10,36). Si l'on veut que la RMM soit efficace en termes d'identification des causes de complications et d'amélioration des pratiques, il faut que les professionnels puissent y participer en toute confiance et dans un espace de parole organisé et libre (2). Maintenir cet esprit de transparence et de responsabilité, tourné vers l'amélioration, constitue la mission difficile de l'animateur et permet d'assurer la pérennité de la RMM.

Il est également recommandé que les cas qui font l'objet d'un recours gracieux ou contentieux soient confiés à la structure de gestion des risques de l'établissement qui définira, avec les acteurs, les modalités d'analyse les plus adaptées.

### La dérive « académique »

Un défaut signalé dans la littérature est de focaliser les revues sur des problèmes particuliers et rares (10). La RMM devient ainsi graduellement une conférence de pathologie clinique traditionnelle où le débat est centré sur le raisonnement clinique et la résolution de problèmes cliniques difficiles (36).

### La mise en place d'une organisation « inadaptée »

Le manque de temps et l'absence de méthode (37) sont souvent cités comme étant des freins à la mise en place des RMM (7,38). Ainsi une organisation inadaptée, sans méthode ou au contraire trop complexe, trop consommatrice de temps ou non partagée par une équipe, peut conduire à un « épuisement » rapide et à une RMM non pérenne.

Pour bien commencer, il est proposé de s'approprier ce guide et d'adopter quelques conseils inspirés de ceux édictés par Berwick (39) :

- stratégiques : faire simple, pragmatique, commencer tout de suite, valoriser et formaliser l'existant ;
- structurels : éviter le cloisonnement, favoriser la transversalité, l'équipe et la multidisciplinarité ;
- méthodologiques : favoriser la faisabilité, l'acceptabilité, le partage et l'intégration ;
- culturels : favoriser les échanges, la communication et le retour d'information pour une appropriation d'une culture de la sécurité et de la qualité.

Ces conseils seront mis en œuvre :

- dans une **organisation** simple et efficace inscrite dans une **procédure**, accompagnée de **comptes rendus** des réunions et d'un **bilan annuel** d'activité ;
- et dans une **démarche de qualité** structurée, ayant du sens pour les professionnels, qui comporte :
  - une **préparation** de la réunion et une sélection des cas selon des critères édictés au préalable dans la procédure RMM,
  - une **présentation** des cas, chronologique et factuelle,
  - une **discussion** en équipe recherchant et identifiant les problèmes et les causes rencontrés en privilégiant une approche systémique sans culpabiliser les acteurs,
  - des **actions** d'amélioration de la qualité et de la sécurité,
  - un **suivi** de ces actions.