

FICHE 1

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES REVUES DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ

1. Les revues de mortalité et de morbidité ont pour finalité la progression des connaissances, l'évaluation des pratiques et l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Leur mise en œuvre relève d'une démarche volontaire des services et de l'établissement de santé.
2. Les revues de mortalité et de morbidité ne dégagent pas les professionnels des obligations d'information des patients.
3. Les revues de mortalité et de morbidité ne dégagent pas les professionnels et les établissements de santé des obligations d'information des autorités administratives.
4. Les revues de mortalité et de morbidité ne dégagent pas les professionnels des règles éthiques et déontologiques, notamment en ce qui concerne l'application des principes propres au respect du secret professionnel et médical.
5. Les revues de mortalité et de morbidité ne peuvent à elles seules faire l'objet de décisions mettant en cause la responsabilité des professionnels ou des services concernés.
6. L'organisation mise en place garantit une réactivité importante dans l'analyse des événements graves, promeut une analyse systémique des causes sous jacentes par des personnels compétents, assure le suivi des mesures correctives et la diffusion régulière d'une information aux personnes et services concernés et à la direction.
7. Les comptes rendus des revues de mortalité et de morbidité ne constituent pas en tant que tel une pièce du dossier patient. Ils constituent des documents de travail, correspondant à une analyse des causes, visant à améliorer les connaissances scientifiques et à s'inscrire dans une évaluation des pratiques dans le cadre d'une démarche qualité.
8. La version finale du compte rendu des revues de mortalité et de morbidité est anonymisée (nom du patient, identification des personnels, etc.) et ne comporte pas de critères discriminants ou identifiants qui violeraient le respect du secret médical. Les versions antérieures sont détruites.
9. La conservation et l'archivage de ces comptes rendus de revues de mortalité et de morbidité répondent aux règles régissant les archives administratives.

Au total, la mise en œuvre, dans le cadre défini ci-dessus, des revues de mortalité et de morbidité et des écrits qui en émanent, ne modifie en rien les principes généraux et les règles prévalant à la mise en cause de la responsabilité civile, pénale, administrative ou disciplinaire.

FICHE 2

CHU de Nice / Hôpital Pasteur	Service de Neurochirurgie
Procédure d'organisation des réunions de Mortalité - Morbidité (RMM) dans le service de Neurochirurgie	
Date de création : 22/06/2004 Rédigé par : CPEPP/CVSGDR	Date de validation : 01/08/2004 Validé par : Chef du Service de Neurochirurgie, et le responsable de la CPEPP/CVSGDR
Version n° 2	Date de mise à jour : 10/09/2004

1. OBJET DU DOCUMENT

Ce document définit les modalités de fonctionnement des réunions de mortalité/morbidité dans le service de Neurochirurgie selon le guide méthodologique proposé par l'ANAES (Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – revue de mortalité et de morbidité – Février 2004 - document en cours de validation).

Les modalités de fonctionnement décrites ci-dessous ont été établies et validées le 21 mai 2004 au cours d'une réunion de lancement.

2. DOMAINE D'APPLICATION

La réunion de mortalité-morbidité a pour objectif d'**analyser collectivement les événements cliniques indésirables** (décès, complications) survenues dans le service de Neurochirurgie en présence des professionnels concernés (médical et paramédical).

L'analyse de l'événement doit engager une réflexion voire la définition du **caractère évitable** de l'événement ou du décès (Critères de jugements du caractère évitable à formaliser – Création d'un groupe d'experts dans la mesure où l'évènement à analyser l'impose). Cette analyse sera poursuivie pour **déterminer les causes potentielles**, puis engager des **actions de prévention des récives**. Il ne s'agit en aucun cas d'une recherche de responsabilité.

3. MODALITES DE FONCTIONNEMENT

a Responsable de revue :

Le Chef de Service (suppléant : l'adjoint au Chef de Service)

b Périodicité et durée des réunions : tous les 2 mois, les vendredis à 14 h 00 durant 1 à 2 heures (en fonction du nombre de dossiers attendus).

c Composition de l'assistance aux réunions : Personnel médico-soignant et assistance méthodologique (CVSGDR/CPEPP).

d Mode et critères de sélection des cas :

- ❑ Tous les événements indésirables et les décès survenus durant le séjour des patients et qui l'affectent directement seront consignés dans deux registres (un registre médical, un registre infirmier).
- ❑ Des **outils d'aide à la sélection des dossiers** ont été élaborés (*liste des critères de sélection* - voir annexe 1) en se basant sur les points suivants : accident iatrogène, accident thérapeutique, infection nosocomiale, passage en réanimation, réhospitalisations des patients dans un délai à définir, plainte des patients ou des familles..
- ❑ Une **fiche de repérage des décès et des complications morbides** (voir annexe 2) a été réalisée et est utilisée en routine. Elle permet de repérer les cas à étudier lors des revues.
- ❑ **Déroutement des réunions** : Les registres seront revus lors des réunions au cours desquelles on procèdera à une analyse collective et immédiate.

Un **guide d'entretien** (voir annexe 3) permet de guider les équipes de soins au cours des RMM lors de la recherche des causes et ceci afin d'éviter que le résultat se limite à l'identification de la cause immédiate.

Cette analyse vise la recherche des causes profondes de l'évènement et à déterminer si l'accident était évitable ou non. Les événements ayant été identifiés comme évitable feront l'objet d'une analyse précise qui permettra d'envisager des mesures correctives et préventives adéquates.

Un responsable du suivi des actions à réaliser sera identifié. Il sera assisté par une aide méthodologique apportée par la Cellule d'Assistance à Projets du CHU.

- ❑ **La traçabilité et l'archivage des débats et conclusions** : Une fiche de synthèse (« fiche de présentation et de suivi des cas ») (voir annexe 4) sera rédigée après chaque réunion : résumé des débats (description de l'évènement, classement du cas en « évitable » ou « inévitable »), des conclusions, des actions d'améliorations suscitées.
- Cette fiche doit être *anonyme* (pas d'information permettant d'identifier le patient ou les acteurs concernés) et conservée dans les archives de la CVSGDR en dehors du dossier médical.

FICHE 3

CHU de Nice / Hôpital Pasteur	Service de Neurochirurgie
Mise en place de réunions de Mortalité – Morbidité (RMM) dans le Service de Neurochirurgie Critères de sélection des dossiers à analyser lors des RMM	
Date de création : 22/06/2004 Rédigé par : CPEPP/CVSGDR	Date de validation : 01/08/2004 Validé par : Chef du Service de Neurochirurgie
Version n ° 2	Date de mise à jour : 10/09/2004

Liste des critères de sélection des dossiers à analyser lors des RMM :

Cette liste n'est ni définitive ni exhaustive.

- Décès
- Réhospitalisations dans un délai < 8 jours
- Reprises chirurgicales
- Infections du site opératoire (*À décliner*)
- Autres infections liées à des actes techniques
- Complications thrombo-embolique
- Accidents transfusionnels
- Complications *per* ou *post* opératoires
- Délai de prise en charge inadapté (*à définir en fonction des recommandations issues du projet COMPAQH – INSERM / ANAES*)

Les événements iatrogènes liés aux actes techniques suivants :

- Intubation
- Voie veineuse centrale
- Voie veineuse périphérique
- Sondes nasogastriques
- Sonde vésicale
- Drain thoracique
- Cathéter artériel
- Trachéotomie
- Pression intracrânienne / dérivation externe LCR
- Ventilation mécanique

FICHE 4

FICHE DE REPERAGE DES DECES/COMPLICATIONS		
Service de Neurochirurgie CHU de Nice / Hôpital Pasteur		Liste validée par : Chef de Service
Période d'inclusion :/...../.....		Du...../...../.....au/...../.....
A analyser au cours de la réunion de mortalité morbidité		Du/...../..... Réunion n°.....

N°	Patient/ N° dossier	Diagnostic	Rapporteur	Type d'événement	Date de survenue
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

CHU de Nice / Hôpital Pasteur	Service de Neurochirurgie
Mise en place de réunions de Mortalité – Morbidité (RMM) dans le Service de Neurochirurgie Guide pratique pour l'analyse des causes par les équipes de soins	
Date de création : 22/06/2004 Rédigé par : CPEPP / CVSGDR	Date de validation : 01/08/2004 Validé par : Chef de Service de Neurochirurgie), et le responsable de la CPEPP / CVSGDR
Version n ° 2	Date de mise à jour : 10/09/2004

Ce document a pour but de guider la recherche des causes par les équipes de soins lors des RMM et ceci afin d'éviter que le résultat se limite à l'identification de la cause immédiate. (Document de référence : Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – revue de mortalité et de morbidité – Février 2004 - document en cours de validation)

Préalable : Une première question permet de suspecter l'existence de cause latente :

- ***A-t-on la certitude que l'événement ne se reproduira pas si la cause immédiate identifiée est supprimée ?***

Si la réponse est négative, une rapide analyse des causes peut être conduite sans recours systématique à une aide externe ni à l'utilisation d'un outil. A cet effet, une liste de 10 questions pour guider l'analyse succincte des causes est proposée :

• **Qu'est-il arrivé ?**

1. Quel est l'événement ? Quel est le dommage ou la conséquence ?
2. Quelle est la chaîne des événements qui a mené à l'événement indésirable ?

• **Pourquoi cela est-il arrivé (recherche de causes immédiates) ?**

3. La survenue est-elle liée à un produit de santé ou à une procédure de soins (intervention, acte de soins) ?
4. Y a-t-il eu une erreur humaine à l'origine de l'événement indésirable, et notamment : les personnes ont-elles fait ce qu'elles étaient supposées faire ? Connaissaient-elles ce qu'elles avaient à faire ? Une meilleure supervision aurait-elle été nécessaire ?

• **Pourquoi cela est-il arrivé (recherche de causes profondes) ?**

5. L'organisation et la réalisation des tâches et des activités, et les responsabilités, étaient-elles clairement et explicitement définies ?
6. La communication entre professionnels ou entre services, et entre les professionnels et le patient ou son entourage, a-t-elle été suffisante ?
7. La composition des équipes de soins était-elle adéquate au moment des soins liés à la survenue de l'événement, en nombre et en compétence ?
8. Les locaux, les équipements, les fournitures et les produits de santé étaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue de l'événement indésirable ?
9. Y a-t-il eu un défaut de culture qualité ou sécurité, un défaut dans la politique de l'établissement ou dans la gestion des ressources humaines ?

• **Défenses prévues et prévention :**

10. Est-il nécessaire de revoir le système en question ? Des leçons ont-elle été tirées pour éviter que l'événement ne se répète ?

**FICHE DE PRESENTATION ET DE SUIVI DE DOSSIER
DECES / COMPLICATIONS**

IDENTITE DU PATIENT			
Nom		Date d'admission au CHU	
Prénom		Service initial	
Age		Date d'admission dans le service	
Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Nom du médecin en charge du patient	
Diagnostic / Motif d'hospitalisation			
FACTEURS DE RISQUE	OUI	NON	Précisions
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ATCD AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traitement anticoagulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traumatisme cervical récent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BPCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Score ASA 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	Déficit neurologique OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Score de Glasgow			
INTERVENTIONS AU COURS DE L'HOSPITALISATION			
Date	Type d'intervention		
DESCRIPTION DE L'EVENEMENT			
<u>Quoi</u> : Qu'est -il arrivé ?			
<u>Quand</u> : Date et heure			
<u>Où</u> : Lieu			
<u>Qui</u> : Personne ayant observé l'événement			
<u>Comment</u> ? : Cause (s) immédiate(s)	Evolution naturelle de la pathologie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON, alors →	<input type="checkbox"/>	Ressources humaines
		<input type="checkbox"/>	Ressources matérielles
		<input type="checkbox"/>	Gestion de l'information
		<input type="checkbox"/>	Organisation, procédures, protocoles
		<input type="checkbox"/>	Thérapeutique
<u>Conséquence de(s) l'événement(s)</u>			

FICHE 6 (SUITE)

Résumé chronologique de(s) événement(s) :

<u>Conséquence de l'événement (d'après échelle OMS)</u>	<input type="checkbox"/> Niveau 1 : Absence de menace vitale immédiate ou à long terme <input type="checkbox"/> Niveau 2 : Morbidité à long terme <input type="checkbox"/> Niveau 3 : Menace vitale immédiate <input type="checkbox"/> Niveau 4 : Décès
<i>Si décès : Classification du décès</i>	
<input type="checkbox"/>	Mortalité attendue ou prévisible au moment de l'admission
<input type="checkbox"/>	Mortalité inattendue lors de l'admission mais évolution naturelle de la maladie pouvant expliquer le décès
<input type="checkbox"/>	Mortalité inattendue à l'admission du patient et non expliquée par l'évolution naturelle de la maladie

Événement évitable : OUI NON

<i>Action(s) immédiate(s) entreprise (s)</i>	
<i>Action(s) proposée (s) / Responsable(s) du suivi</i>	
<input type="checkbox"/> Déclenchement d'une analyse des causes (si décès ou événement grave)	Nom du (es) responsable (s) (clinicien + méthodologiste)

FICHE 6 (SUITE)

Résumé chronologique de(s) événement(s) :	
<u>Conséquence de l'événement</u> (d'après échelle OMS)	<input type="checkbox"/> Niveau 1 : Absence de menace vitale immédiate ou à long terme <input type="checkbox"/> Niveau 2 : Morbidité à long terme <input type="checkbox"/> Niveau 3 : Menace vitale immédiate <input type="checkbox"/> Niveau 4 : Décès

<i>Si décès : Classification du décès</i>	
<input type="checkbox"/>	Mortalité attendue ou prévisible au moment de l'admission
<input type="checkbox"/>	Mortalité inattendue lors de l'admission mais évolution naturelle de la maladie pouvant expliquer le décès
<input type="checkbox"/>	Mortalité inattendue à l'admission du patient et non expliquée par l'évolution naturelle de la maladie

Événement évitable	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--------------------	---

<i>Action(s) immédiate(s) entreprise (s)</i>	
<i>Action(s) proposée (s) / Responsable(s) du suivi</i>	
<input type="checkbox"/> Déclenchement d'une analyse des causes (si décès ou événement grave)	Nom du (des) responsable(s) (clinicien + méthodologiste)

FICHE 7

TABLEAU DE BORD REVUE DE MORTALITÉ MORBIDITÉ

Séance du 00 00 2004

Patient	Critère de sélection	Origine patient	Facteurs de risque	Diagnostic	Type d'intervention	Cause(s) immédiat(e)	Conséquences cliniques	Conséquence de l'événement	Classification décès	Evitabilité

Nombre de séances :

Période : de à

Nombre de dossiers analysés :

CONSÉQUENCES DE L'ÉVÉNEMENT (items non mutuellement exclusifs)

Décès	Infection	Reprise chirurgicale	Prolongation hospitalisation	Réhospitalisation
n1	n2	n3	n4	n5
n1A Mortalité attendue ou prévisible au moment de l'admission				
n1B Mortalité inattendue lors de l'admission mais évolution naturelle de la maladie pouvant expliquer le décès				
n1C Mortalité inattendue à l'admission du patient et non expliquée par l'évolution naturelle de la maladie				

CARACTÈRE D'ÉVITABILITÉ DE L'ÉVÉNEMENT

Oui	Non	Non déterminée
n6	n7	n8