



La RMM reloaded : instauration à l'échelle de l'hôpital d'une revue morbidité-mortalité structurée

61

Kwok ESH, Calder LA, Barlow-Krelina E et al.: Implementation of a structured hospital-wide morbidity and mortality rounds model

BMJ Quality and Safety 2016; doi:10.1136/bmjqs-2016-005459

La revue morbidité-mortalité (RMM) existe de longue date dans les hôpitaux comme instrument de formation continue des médecins. Cette réunion pluridisciplinaire permet une discussion critique des événements et des décès inattendus survenus lors de la prise en charge médicale. Elle a notamment pour objectif de favoriser l'apprentissage collectif chez les professionnels, d'identifier les améliorations potentielles et d'accroître ainsi la qualité des soins aux patients. Dans de nombreuses institutions, la RMM a évolué ces dernières années pour dépasser le cadre du simple « enseignement clinique ». Des aspects liés à la sécurité des patients sont explicitement abordés et davantage d'attention est accordée aux événements indésirables potentiellement évitables. La RMM a plus souvent un caractère interdisciplinaire et interprofessionnel et on cherche à y intégrer la perspective systémique. Cet instrument doit aujourd'hui contribuer à l'apprentissage organisationnel. Par conséquent, une revue « de qualité » est manifestement plus complexe et plus exigeante dans sa préparation, sa réalisation et son suivi. Si la RMM est un instrument très bien établi, les modèles susceptibles d'en assurer ou d'en améliorer la qualité sont encore rares. L'« Ottawa M&M Modell » (OM3) est l'un d'eux. Il prévoit des consignes claires concernant la sélection des cas (p.ex. caractère évitable) et leur analyse structurée (p.ex. identification d'aspects cognitifs et systémiques), la formulation de conclusions concrètes pour le service (en particulier au niveau organisationnel) et la diffusion des résultats. Ce modèle définit aussi la participation à la RMM de différentes disciplines et professions et le rôle de la personne chargée d'animer la revue.

Kwok et al. ont introduit l'OM3 dans un hôpital universitaire canadien. Dans cet établissement, 30 groupes cliniques ont effectué des RMM, 24 en utilisant l'OM3 nouvellement adopté et 6 en appliquant la procédure usuelle jusque-là. Les 24 groupes avec l'OM3 représentaient 1584 médecins. L'introduction de ce nouveau modèle a été soutenue par plusieurs éléments : du matériel de formation, des ateliers et des rencontres d'échanges ainsi que la définition commune du plan de mise en œuvre. Les auteurs ont observé l'évolution des RMM dans les groupes cliniques sur une période d'environ 1,5 an. Les changements ont été évalués d'une part en menant différentes enquêtes auprès des participants aux revues et, d'autre part, en relevant pour chaque groupe clinique le déroulement des RMM afin de calculer un score de qualité avant et après l'introduction de l'OM3. Ce score comprenait 8 éléments notés de 0 à

3 points, le nombre maximal de points étant égal à 24 (tous les critères parfaitement remplis). Pour les 24 groupes cliniques appliquant l'OM3, le score de qualité a augmenté de 12/24 à 20/24 (médiane). La qualité s'est sensiblement améliorée en particulier au niveau de la sélection et de l'analyse des cas. En revanche, la fréquence des RMM n'a pas changé. Dans les 6 groupes cliniques n'ayant pas utilisé le nouveau modèle, le score de qualité initial de 12/20 n'a pas évolué durant la période d'observation. Selon les résultats de l'enquête réalisée après l'intervention, les aspects cognitifs et systémiques ont beaucoup plus souvent été abordés dans les RMM suite à l'introduction de l'OM3. Ce constat est confirmé par les questionnaires écrits remplis à la sortie des revues : respectivement 85 % et 87 % des participants ont déclaré que les aspects cognitifs et les aspects systémiques du cas avaient été traités (p.ex. biais cognitifs et erreurs de diagnostic). En outre, les représentants des groupes cliniques ont affirmé à une large majorité (96 %) lors des entretiens que l'OM3 remplissait efficacement ou très efficacement les exigences spécifiques du groupe à l'égard de la RMM. Tous recommanderaient ce modèle aux groupes cliniques désirant améliorer la qualité et les processus de leurs revues. Le caractère structuré de l'OM3, qui favorise des discussions efficaces, est considéré comme un point essentiel de son succès. L'étude fait état de 45 mesures d'amélioration issues directement des revues (p.ex. introduction d'un protocole pour l'étiquetage des échantillons de laboratoire, formation du personnel infirmier à la manipulation des pompes à perfusion). La RMM en tant qu'instrument est déjà établie et reconnue dans la plupart des hôpitaux. Toutefois, de nombreuses cliniques ont des difficultés à l'utiliser au profit de l'apprentissage organisationnel et à améliorer la qualité des discussions de cas. Les premières expériences montrent que l'OM3 est un modèle applicable et accepté susceptible d'optimiser la RMM et de favoriser sa mise en œuvre homogène grâce à une structure et des consignes claires.

Prof. David Schwappach, MPH

Directeur recherche et développement de Sécurité des patients Suisse – Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne

Lien vers le résumé :

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005459>

Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité.