

Les revues de morbi-mortalités sont-elles efficaces ?

Professeur Vincent PIRIOU

Service d'Anesthésie Réanimation

Centre Hospitalier Lyon Sud – Hospices Civils de Lyon

69495 Pierre-Bénite Cedex

mail : vincent.piriou@chu-lyon.fr

Les revues de morbi-mortalité sont une formidable méthode d'évaluation des pratiques professionnelles qui a été développée en France dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie de 2004 et dans le cadre de la loi HPST de 2010.

En 1910, aux Etats-Unis, Abraham Flexner a pris conscience de l'hétérogénéité importante de la formation des médecins qui étaient formés de façon très aléatoire dans des conditions approximatives, par rapport à leurs collègues européens. Il a étudié la question de l'enseignement médical et rédigé un rapport sur l'éducation médicale aux Etats-Unis et au Canada connu sous le nom de rapport Flexner. Au sein de ce rapport, il a retenu le principe des conférences d'analyse des décès, les étudiants analysaient avec leurs pairs les cas marqués par une issue défavorable et portaient alors un regard critique sur leurs propres pratiques. Ces revues de mortalité ont été intégrées aux standards des pratiques hospitalières des Etats-Unis élaborées en 1917 et sont à l'origine du dispositif d'accréditation des hôpitaux nord-américains (*Joint Session of Committee on Standards, 1917*). Depuis, les revues de morbi-mortalité se sont développées, notamment dans le domaine de la chirurgie où elles ont été obligatoires dès 1983 aux Etats-Unis (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) et dès 1987 au Royaume-Uni (*Royal College of Surgeons*). Ces revues de morbi-mortalité ont été développées dans un but éducationnel.

En France, les revues de morbi-mortalité ont été développées essentiellement dans le cadre d'une politique de qualité et de sécurité. Dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie de 2004 et de son décret d'application du 14 avril 2005 rendant obligatoire les programmes d'évaluation des pratiques professionnelles pour tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice, les revues de morbi-mortalité qui représentent une méthode d'EPP à partir de problème, ont été développées de façon concomitantes à la certification des établissements de santé qui exigeait dans sa version 2 un certain nombre de programmes d'EPP rapporté au nombre de lits MCO. En 2010, la nouvelle version de la certification des établissements de santé rend obligatoire la mise en œuvre des revues de morbi-mortalité dans les services de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et dans les secteurs qualifiés en cancérologie (ref 28b du manuel de certification). De façon parallèle, la loi HPST impose le développement professionnel continu (DPC) pour tous les professionnels de santé. La mise en place du DPC consiste en une analyse des pratiques professionnelles (EPP) associée à un perfectionnement des connaissances et des compétences (FMC) (figure 1). Les revues de morbi-mortalité font clairement partie des différents outils proposés pour réaliser le DPC.

I- Qu'est-ce qu'une revue de morbi-mortalité ?

Une revue de morbi-mortalité (RMM) consiste en l'analyse systématique et collégiale des décès et des complications morbides chez des patients hospitalisés. Il s'agit d'une étude rétrospective des cas qui doit être réalisée de façon organisée selon des règles prédéfinies¹. Ces revues de morbi-mortalité doivent être construites à partir d'une charte de fonctionnement, de rendez-vous réguliers de réunions assortis de compte-rendu.

Il est important que les organisateurs des RMM prédéfinissent la sélection des cas. L'objectif est de déterminer le caractère évitable ou non évitable de l'évènement afin de déterminer les causes des évènements indésirables dans le cadre d'une analyse des causes racines, la méthode ALARM étant souvent préconisée dans ce cas. Lorsque des causes, qui peuvent être des facteurs humains, des facteurs organisationnels ... sont identifiées, il convient alors de mettre en place des mesures d'amélioration des pratiques, ou mesures correctrices, qui

devront être évaluées. La boucle de la qualité est ainsi bouclée et, on peut alors s'attendre à un impact sur les pratiques cliniques et sur la qualité des soins (figure 2).

II- Quel est l'impact des RMM ?

La littérature, analysée jusqu'à fin 2010, sur l'impact potentiel des revues de morbi-mortalité est pauvre, relatant seulement quelques expériences.

- 1- En hépatogastroentérologie interventionnelle, Denis et coll rapportent que les revues de morbi-mortalité permettent de classer et de quantifier les évènements indésirables, permettent d'évaluer la proportion de complications évitables et le suivi de mesures correctrices. Cependant, malgré l'implémentation de mesures correctrices, les auteurs n'ont pas pu montrer de différence significative en ce qui concerne les complications entre la 1^{ère} et la 2^e année suite à la mise en place des revues de morbi-mortalité. Les auteurs insistent cependant sur certains points positifs liés à la mise en place d'une revue de morbi-mortalité : une meilleure cohésion de l'équipe médicale, une harmonisation des pratiques, une amélioration de la culture sécurité-qualité-risque, une autoévaluation des pratiques².

- 2- En obstétrique, dans le cadre d'un réseau de périnatalité, le réseau AURORE (*Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrical REgional*), qui regroupe 33 maternités de la région Rhône-Alpes, l'analyse des décès périnataux a permis de montrer que le taux de prise en charge inadaptée variait entre 12 et 13%. Malgré des revues de morbi-mortalité systématiques devant tout décès périnatal, le taux de prise en charge inadapté est resté stable durant les 3 années d'étude. Il en est de même de la prise en charge des malformations intra-utérines et des décès per-partum. Cependant, ces revues morbi-mortalité ont permis d'améliorer les transmissions entre les équipes, d'améliorer la description des dysfonctionnements observés et de mettre en place un certain nombre de protocoles de prise en charge. Parmi les facteurs qui peuvent expliquer la dissociation entre les mesures d'amélioration des pratiques préconisées suites aux revues de morbi-

mortalité et l'impact sur les résultats, se trouvent les résistances au changement malgré les différents protocoles mis en place. Dans cette étude, les auteurs ont constaté que les mêmes erreurs avaient tendance à se répéter d'une année sur l'autre, malgré les revues de morbi-mortalité et les protocoles de prise en charge implémentés. Les problèmes les plus fréquemment rapportés étaient associés le plus souvent à un non respect des protocoles³.

3 - En neurochirurgie, dans un hôpital universitaire de Düsseldorf, un service de neurochirurgie a analysé l'impact des revues de morbi-mortalité qui avaient lieu à un rythme mensuel sur une durée de 5 ans. La sélection des cas a été réalisée par codage électronique lors de la sortie. Les auteurs décrivent la classification des complications ainsi que leur répartition. Ils trouvent une mortalité liée à la chirurgie de 0,38%. Les auteurs décrivent un certain nombre de recommandations de bonnes pratiques liées aux incidents. Cependant, bien qu'ils notent une diminution de la morbidité et du taux d'infection lors de la dernière année, ils ne retrouvent pas d'effet sur la mortalité.⁴

4- En ce qui concerne l'anesthésie-réanimation, nous avons peu de données sur l'impact des revues de morbi-mortalité.

- Aux Etats-Unis, un groupe d'infirmières de réanimation organise une revue de morbi-mortalité spécifiquement sur les pneumopathies acquises sous ventilateur. Il est noté grâce aux RMM une meilleure adhésion au protocole, et il apparaît une diminution des pneumopathies acquises avec un nombre de jours de ventilation et de durée de séjour inchangé.⁵
- Enfin, un travail provenant d'une équipe française de réanimation de l'hôpital Georges Pompidou décrit une revue de morbi-mortalité analysant tous les décès, les arrêts cardiaques inexplicables, les auto-extubations, les réintubations et les réadmissions dans les 48 heures. Sur 260 décès et 100 événements indésirables, il y avait 6% des décès et 36% des événements indésirables qui étaient potentiellement évitables. Les auteurs ont analysé les différentes causes des erreurs évitables (causes organisationnelles, facteurs humains, facteurs liés au matériel, facteurs de management...). Suite à l'analyse des

cas, ils ont émis un certain nombre de recommandations de standardisation des soins ou de management. Dans leur travail, les auteurs soulignent qu'il n'y a pas eu de récurrence d'accidents similaires, sans donner plus de détail⁶. Les auteurs insistent sur les aspects positifs de la revue de morbi-mortalité : description des complications, approches pédagogiques positives, liberté d'expression des plus jeunes.

- En anesthésie, il y a quelques expériences de revue de morbi-mortalité, mais aucune ne s'est intéressée à leur impact potentiel.

III- Difficultés à la mise en évidence d'un impact positif des RMM sur la mortalité

Les revues de morbi-mortalité représentent un facteur important de signalement des effets indésirables. Ce système a cependant une mauvaise performance macro-épidémiologique du fait de l'absence d'exhaustivité du recensement des événements indésirables et de la sous-déclaration inhérente. Cependant, au niveau local, elles permettent de détecter des problèmes locaux pour lesquels les praticiens ont une sensibilité importante, et participent à une boucle courte d'amélioration et de suivi. D'autre part, les revues de morbi-mortalité permettent la surveillance d'événements sentinelles définis localement. Pour montrer réellement un impact des revues de morbi-mortalité sur la mortalité ou la morbidité, il faudrait réaliser des études randomisées, ce qui est extrêmement complexe, au vu de l'hétérogénéité des complications parmi les services. De fait, la plupart des études s'intéressant à ce sujet sont des études type avant – après, comparant deux périodes, avec un effet temps difficile à évaluer. D'autre part, la morbidité est difficile à évaluer ; par exemple, si on veut évaluer la iatrogénie, on sait très bien qu'il existe une sous-déclaration des événements, soit parce que ceux-ci ne sont pas connus, soit lorsqu'ils sont connus, ils ne sont pas déclarés.

Lorsqu'on veut mesurer l'impact d'une revue de morbi-mortalité sur la morbidité ou la mortalité, il importe de savoir si l'on souhaite mesurer l'impact de la déclaration des cas, de l'analyse des cas, de la mise en place de la revue de morbi-mortalité, ou bien l'impact des mesures correctrices qui sont susceptibles de faire évoluer la morbidité ou la mortalité. D'autre part, on ne connaît pas le lien entre mesures correctrices, morbidité et mortalité.

Une autre difficulté provient de l'hétérogénéité des revues de morbi-mortalité⁷. En effet, la sélection des patients est très variable d'une RMM à l'autre, de même que les modes d'analyse systémique et le suivi des mesures correctrices.

Les revues de morbi-mortalité permettent de faire remonter un certain nombre de dysfonctionnements, cependant, parmi toutes les mesures correctrices proposées, seule une faible partie est mise en place et encore une plus faible partie est évaluée.⁸

IV- Autres effets positifs des revues de morbi-mortalité

Les RMM permettent de développer une conscience de la sécurité et d'entretenir la motivation à déclarer les événements indésirables⁹. Elles participent en effet, et la plupart des études le montre, à développer une culture de sécurité⁷. D'autre part, la mise en place des revues de morbi-mortalité dans un service permet de répondre aux obligations de DPC individuelles dans le cadre de la loi HPST et à la certification des établissements de santé. Ces revues de morbi-mortalité ont un rôle majeur dans l'enseignement, que ce soit dans le cadre de la formation médicale initiale ou de la formation médicale continue⁷. Lorsqu'un accident grave survient, les revues de morbi-mortalité, lorsqu'elles ont acquis une maturité au sein d'un service, sont un lieu privilégié pour débriefer l'accident et discuter de façon collective des mesures correctrices. Il s'agit d'un formidable outil de communication au sein d'un service.

Conclusion :

La RMM est un outil qui permet d'améliorer la culture de la sécurité et la transparence. Grâce aux RMM, les différents services peuvent bâtir une cartographie de leur risque, et mettre en place un certain nombre d'actions correctrices locales. Cependant, l'impact sur la qualité et la sécurité des soins reste à démontrer par des études ultérieures.

Bibliographie

1. Bretonniere C, Capellier G, Cariou A, Eon B, Jars-Guinestre MC, Kuteifan K, Leone M, Lienhart A, Mertes PM, Piriou V, Verheyde I: Revues de morbimortalité (RMM) en réanimation : guide méthodologique. Ann Fr Anesth Reanim; 2010;29: 259-63

2. Denis B, Ben Abdelghani M, Peter A, Weiss AM, Bottlaender J, Goineau J: Two years of morbidity and mortality conferences in a hospital gastrointestinal endoscopy unit. *Gastroenterol Clin Biol* 2003; 27: 1100-4
3. Carrabin N, Huissoud C, Dupont C, Colin C, Rudigoz RC: Impacts des revues de morbidite-mortalite. Experience du reseau Aurore de 2005 a 2007. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2009; 38: 328-34
4. Steiger HJ, Stummer W, Hanggi D: Can systematic analysis of morbidity and mortality reduce complication rates in neurosurgery? *Acta Neurochir (Wien)* 2010; 152: 2013-9
5. Nolan SW, Burkard JF, Clark MJ, Davidson JE, Agan DL: Effect of morbidity and mortality peer review on nurse accountability and ventilator-associated pneumonia rates. *J Nurs Adm* 2010; 40: 374-83
6. Ksouri H, Balanant PY, Tadie JM, Heraud G, Abboud I, Lerolle N, Novara A, Fagon JY, Faisy C: Impact of morbidity and mortality conferences on analysis of mortality and critical events in intensive care practice. *Am J Crit Care* 2010; 19: 135-45
7. Aboumatar HJ, Blackledge CG, Jr., Dickson C, Heitmiller E, Freischlag J, Pronovost PJ: A descriptive study of morbidity and mortality conferences and their conformity to medical incident analysis models: results of the morbidity and mortality conference improvement study, phase 1. *Am J Med Qual* 2007; 22: 232-8
8. Bechtold ML, Scott S, Nelson K, Cox KR, Dellsperger KC, Hall LW: Educational quality improvement report: outcomes from a revised morbidity and mortality format that emphasised patient safety. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 422-7
9. Szekendi MK, Barnard C, Creamer J, Noskin GA: Using patient safety morbidity and mortality conferences to promote transparency and a culture of safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010; 36: 3-9

Figure 1: Le DPC

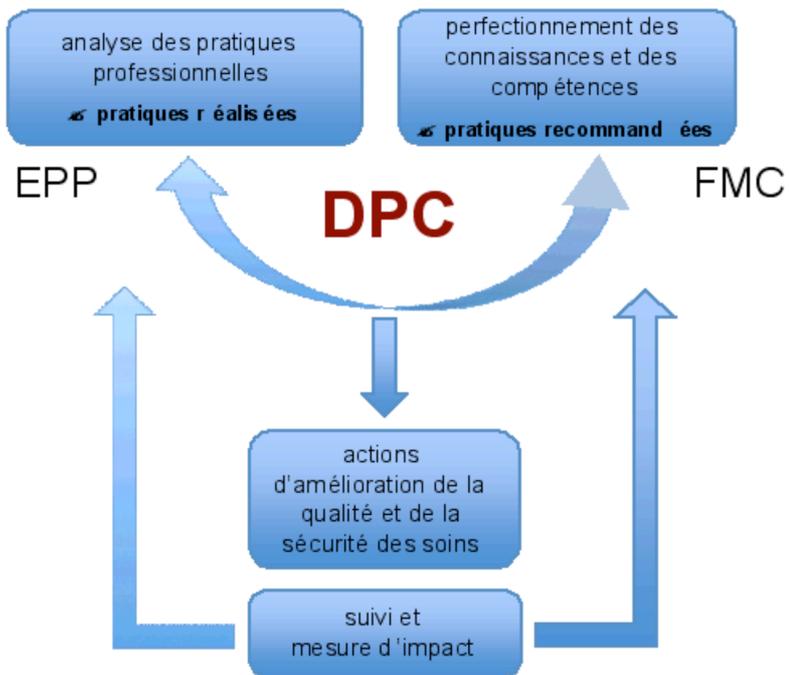


Figure 2:

- Culture de sécurité
- Lieu de discussion
- Enseignement formation continu / initiale

