



HAL
open science

Observation des réunions mortalité-morbidité d'un centre hospitalier universitaire : modalités de fonctionnement et issues de la discussion

Gaëlle Bal

► **To cite this version:**

Gaëlle Bal. Observation des réunions mortalité-morbidité d'un centre hospitalier universitaire : modalités de fonctionnement et issues de la discussion. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00630576

HAL Id: dumas-00630576

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00630576>

Submitted on 17 May 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2011

N°

**OBSERVATION DES REUNIONS MORTALITE-MORBIDITE D'UN CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE :
MODALITES DE FONCTIONNEMENT ET ISSUES DE LA DISCUSSION**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Gaëlle BAL
Née le 30 Mai 1982 à CHAMBERY (73)

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble
Le 05 Octobre 2011

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur Patrice FRANCOIS
Monsieur le Professeur Robert JUVIN
Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU
Madame le Docteur Elodie SELIER

Président du jury

Directrice de thèse

**La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

NOM	PRENOM	DISCIPLINE
ALBALADEJO	Pierre	ANESTHESIE - REANIMATIONS
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE
BACONNIER	Pierre	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE SANTE PUBLIQUE
BAGUET	Jean-Philippe	CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE CANCEROLOGIE
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINO DIABETO
BERGER	François	CANCEROLOGIE
BLIN	Dominique	CHIRURGIE CARDIAQUE
BOLLA	Michel	CANCEROLOGIE
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE
BOSSON	Jean-Luc	SANTE PUBLIQUE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE
BRAMBILLA	Elisabeth	ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE
BRIX	Muriel	CHIR. MAXILLO-FACIALE
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE
CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE
CARPENTIER	Françoise	SAMU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE
CHABARDES	Stephan	NEUROCHIRURGIE
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE
CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE
CHIQUET	Christophe	OPHTALMOLOGIE
CHIROSEL	Jean-Paul	ANATOMIE
CINQUIN	Philippe	SANTE PUBLIQUE
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise)
COUTURIER	Pascal	GERIATRIE
CRACOWSKI	Jean-Luc	PHARMACOLOGIE
DE GAUDEMARIS	Régis	MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL
DEBILLON	Thierry	PEDIATRIE

NOM	PRENOM	DISCIPLINE
DEMATTEIS	Maurice	Médecine légale et d'Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	SANTE PUBLIQUE
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
FAGRET	Daniel	MEDECINE NUCLEAIRE
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE
FAVROT	Marie Christine	BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE
FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
FRANCOIS	Patrice	VEILLE SANITAIRE SANTE PUBLIQUE
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE
GRIFFET	Jacques	CHIRURGIE INFANTILE
HALIMI	Serge	DIABETOLOGIE
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	GENETIQUE ET PROCREATION
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE
KAHANE	Philippe	NEUROLOGIE
KRACK	Paul	NEUROLOGIE
KRAINIK	Alexandre	NEURORADIOLOGIE & IRM
LANTUEJOUL	Sylvie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LE BAS	Jean-François	NEURORADIOLOGIE & IRM
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE
LECCIA	Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE
LEROUX	Dominique	BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
LEROY	Vincent	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE
MAURIN	Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE
MERLOZ	Philippe	ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE

NOM	PRENOM	DISCIPLINE
MORAND	Patrice	VIROLOGIE
MOREL	Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MORO-SIBILOT	Denis	PNEUMOLOGIE
MOUSSEAU	Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
PASSAGIA	Jean-Guy	NEUROCHIRURGIE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANESTHESIE-REANIMATION
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	PHYSIOLOGIE SOMMEIL
PERENNOU	Dominique	REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERNOD	Gilles	MEDECINE VASCULAIRE-
PIOLAT	Christian	CHIRURGIE INFANTILE
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE
PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE
PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE
REYT	Emile	O.R.L.
RIGHINI	Christian	O.R.L.
ROMANET	J. Paul	OPHTALMOLOGIQUE
SARAGAGLIA	Dominique	ORTHOPEDIE
SCHLATTNER	Uwe	UFR de BIOLOGIE
SCHMERBER	Sébastien	O.R.L.
SEIGNEURIN	Daniel	ANATOMIE & CYTOLOGIE
SEIGNEURIN	Jean-Marie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE, HYGIENE
SELE	Bernard	GENETIQUE & PROCREATION
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE
STAHL	Jean-Paul	INFECTIOLOGIE
TIMSIT	Jean-François	REANIMATION MEDICALE
TONETTI	Jérôme	ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZAOUI	Philippe	NEPHROLOGIE
ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrice François, pour me faire l'honneur de présider cette thèse et pour tout ce que vous m'avez appris pendant mon internat. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Robert Juvin, A Madame le Professeur Mireille Mousseau, pour avoir accepté de juger mon travail.

A Madame le Docteur Elodie Sellier, à l'aide que tu m'as apportée tout au long de la réalisation de ce travail mais aussi tout au long de mon internat, tu as toujours assuré ton rôle de co-interne et d'assistante avec brio, à tes conseils avisés en matière de statistique et de méthodologie, et surtout à ta grande disponibilité.....

A Monsieur le Docteur José Labarère, à tes précieux conseils statistiques...

A Magali Fourny, à l'équipe du CAREPS, à tous ceux qui m'ont accompagnée aux cours de mes différents stages au CIC et au DIM de Grenoble

A l'équipe du DIM de Chambéry, travailler avec vous est un réel plaisir,

A Madame le Docteur Sandrine Mercier qui a fait en sorte que cela soit possible

A mes parents, aux valeurs qu'ils m'ont transmises et auxquelles je tiens à rester fidèle, qu'elles soient bretonnes ou savoyardes, à l'enfance qu'ils m'ont offerte

A mon frère, qui tient son rôle de grand frère à merveille depuis bientôt trente ans et à qui je souhaite tout le bonheur possible

A mes beaux parents qui m'ont accueilli dans leur famille

A Marion, Val, Nana, Clairotte, Lud, Luciole, Deydey, Sophie, Anne-Cé, aux grands médecins et chirurgiens que vous êtes devenues

Et à toi Aurelien, qui sait me redonner le sourire dans les moments difficiles, qui sait me faire rire de toutes petites choses et qui est un soutien sans faille...à tout ce que nous construisons ensemble.

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE.....	8
ARTICLE	11
RESUME.....	12
ABSTRACT	14
INTRODUCTION.....	15
METHODS.....	16
RESULTS.....	18
DISCUSSION	26
REFERENCES	29
CONCLUSION	31
ANNEXES	34
SERMENT D'HIPPOCRATE	40

PREAMBULE

Une RMM (mortality and morbidity conferences des anglophones) est une revue collective des dossiers de patients dont l'hospitalisation a été marquée par un événement indésirable, cet événement pouvant être une complication plus ou moins grave ou même le décès du patient.

Idéalement, une RMM doit offrir aux différents acteurs impliqués dans la prise en charge d'un patient un lieu de discussion libre afin de permettre l'identification des défaillances ayant potentiellement contribué à la survenue d'un événement indésirable. Il convient alors d'identifier le(s) facteur(s) explicatif(s) de cette défaillance et de mettre en place des actions correctrices permettant de lutter contre leur récurrence.

Les premières RMM sont apparues aux Etats-Unis au début du XXe siècle. Elles étaient alors organisées dans un objectif pédagogique pour la formation initiale des chirurgiens. Fondée sur le concept d'apprentissage par l'erreur, la RMM amène les participants à poser un regard critique sur leurs pratiques dans le but de s'améliorer. Le succès de la méthode a conduit à son développement dans d'autres disciplines et d'autres pays. Dans les années 1990, l'émergence de la « culture de sécurité » dans le secteur de la santé a modifié le regard porté sur les RMM. Elles sont alors apparues comme un outil d'amélioration de la qualité des soins et de gestion du risque.

En France, des RMM sont apparues sporadiquement, dans les années 1990, à l'initiative d'équipes de chirurgie ou de réanimation. Les expériences qui ont été publiées présentent les RMM comme un dispositif d'évaluation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Plus récemment des incitatifs nationaux ont accéléré le développement des

RMM dans les hôpitaux. La Haute Autorité de Santé a publié, en 2009, un guide méthodologique consacré aux RMM et a reconnu cette méthode pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles et la Certification des établissements. Elle est même devenue obligatoire dans certains secteurs d'activité (chirurgie, réanimation, oncologie) pour répondre à certains critères de la version 2010 de la certification.

Une étude menée au CHU de Grenoble en 2004 a permis de montrer que les RMM étaient une démarche privilégiée. Une revue récente de la littérature nous a permis d'identifier une grande diversité des modalités d'organisation et de fonctionnement. Du fait de l'adhésion préférentielle des médecins et de la mise en place de mesures incitatives nationales, les RMM sont appelées à se développer au sein du CHU et il nous paraissait indispensable de comprendre le fonctionnement et les issues des différentes RMM déjà mises en place.

Cette thèse, rédigée sous la forme d'un article scientifique présente les résultats d'une étude d'observation des RMM organisées par différents services du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble entre novembre 2007 et mai 2008.

ARTICLE

**Improving quality of care and patient safety through
morbidity and mortality conferences**

RESUME

Contexte : La revue de mortalité et morbidité (RMM) est une analyse collective des dossiers de patients dont l'évolution a été marquée par un événement indésirable : le décès ou une complication. L'exercice consiste à examiner la prise en charge du patient pour en discuter la pertinence et identifier les éventuelles défaillances qui ont pu contribuer à la survenue de l'événement. La RMM est un outil reconnu d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients et validé par la Haute Autorité de Santé pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles et la Certification des établissements.

Méthodes : Parmi les 27 RMM identifiées au CHU de Grenoble, deux observateurs indépendants ont pu observer 24 RMM distinctes entre Novembre 2007 et Mai 2008. Chaque observateur renseignait une fiche décrivant la RMM et leur perception de la réunion ainsi qu'une fiche descriptive par cas présenté (type de cas, modalités de présentation et de discussion, issues de la discussion).

Résultats : Cent quarante six dossiers ont été présentés et discutés au cours de 24 RMM. La majorité des médecins seniors présents (87,7%) participait à la discussion des cas; la participation des internes était plus faible (32,6%) et variait en fonction des secteurs d'activité ($p < 0,001$). Le personnel paramédical participait parfois au débat. Des dysfonctionnements étaient recherchés dans 91% des cas, cependant une méthode structurée était utilisée dans moins de 10% des cas. Une analyse des facteurs contributifs à la survenue de ces dysfonctionnements était observée dans 75% des cas, dont 4% selon une méthode structurée et approfondie. Quarante-cinq décisions ou actions d'amélioration de la qualité des soins ont été listées, dont 28 (33%) avec une réelle planification pour leur mise en place.

Conclusions : Cette étude témoigne de la variabilité des modalités de fonctionnement expliquée par l'absence de cadre méthodologique précis. Un recensement approfondi et méthodique des dysfonctionnements, de même qu'une analyse systémique des facteurs contributifs n'étaient réalisés que dans une minorité des cas. Nous ne pouvons pas pour autant exclure un impact positif sur la qualité des soins. En effet, la plupart des RMM observées semblaient offrir un moment favorisé pour la communication et la cohésion des équipes en était renforcée. Les objectifs d'une RMM peuvent donc varier et il paraît restrictif de mesurer la qualité d'une RMM par le nombre d'actions correctrices mises en place à la suite de celle-ci. Des études sont nécessaires pour identifier les modalités associées à un impact positif sur la qualité des soins et la sécurité des patients.

ABSTRACT

Background: Morbidity and mortality conferences are used as a tool to promote healthcare quality and safety. The objectives of the study were to evaluate the analysis of adverse events and the decisions for quality improvement decided during morbidity and mortality conferences (MMCs).

Methods: A prospective observational study of MMCs was conducted in a university-affiliated hospital in France between November 2007 and May 2008. Two observers attended the conferences and collected data on the structure of MMCs, the discussion between attendees, and the decisions or actions for quality improvement.

Results: Twenty-four MMCs were studied including 146 cases. A majority of the senior physicians present (87.7%) took part in debating the cases; the participation of residents was lower (32.6%) and varied between departments ($p < 0.001$). Few paramedical professionals and other attendees participated in the debate. Shortcomings were sought in 91% of cases, but a structured method was used in less than 10% of cases. An analysis of underlying factors contributing to these shortcomings was observed in 75% of cases, with 4% considered structured and thorough. Eighty-five decisions or actions to improve quality of care or patient safety were listed, with 28 of them (33%) planned for implementation.

Conclusion: Discussion of adverse events appears to lack a structured method and although a large number of decisions for quality improvement were declared, fewer actions were planned with a timeline.

INTRODUCTION

Morbidity and mortality conferences have been used since the early 1900s as a cornerstone of medical education, first in surgical departments ^{1,2}, later spreading throughout internal medicine and other specialties. Over the past few decades, with a growing focus on patient safety and quality assurance policies ³, some departments have used MMCs as a tool to promote healthcare quality and safety ⁴. Nevertheless, in practice it appears that the exploration of medical errors and adverse outcomes is often missed ^{5,6}.

Principles for effective MMCs have been recommended ⁶. For example, they should identify events resulting in adverse patient outcomes, foster discussion of adverse events, as well as identify and disseminate information and insights into patient care that are drawn from experience. Unless one focuses on a specific outcome in a specific discipline, the efficacy of MMCs in improving patient safety is difficult to assess because highly diverse morbidity outcomes are discussed in these conferences. Nevertheless, decisions or actions to improve the quality or safety of care that are decided during MMCs could provide a good indicator of efficacy.

The aims of this study were to evaluate how adverse events were analyzed and to assess to what extent MMCs are useful in making decisions and implementing actions designed to improve the quality and safety of patient care. We also attempted to examine the characteristics of MMCs associated with making decisions or planning actions for quality improvement.

METHODS

Study design and setting

We conducted a prospective observational study of MMCs organized between November 2007 and May 2008 in a teaching hospital. The study was described to all MMC leaders during a short interview when the permission to attend the next meeting was requested. Two independent observers attended one of the MMCs held by a department during the study period. The two observers were a board-certified physician in public health, head of the hospital's quality department, and a resident in public health.

They both collected data on the conference itself and all the cases presented during the meeting. Data on the conference included the moderator's profession, the presence of a clerk, the follow-up of previous actions, the total duration of the MMC, the number of participants and their position, and the number of cases presented. Senior physicians were defined as all qualified physicians (MDs), including academic physicians (professors and assistant professors) and full-time nonacademic physicians. Paramedical professionals included nurses, head nurses, auxiliary nurses, physiotherapists, psychologists, and midwives. The clerk was defined as the person noting information of interest during the meeting, the moderator was defined as the person leading the meeting observed, and the leader was defined as the person responsible for the MMC. The two observers were asked to give their opinion on the MMC's organization (positive and negative aspects).

Data on the cases included the type of case, the features of the presentation and the ensuing discussion, and the issues raised. We measured the extent to which members of the audience got involved in the discussion using a four-point Likert scale (all, most, a few or none of the attendees). We evaluated how the participants looked for shortcomings or human errors, how they analyzed the underlying factors, and how they formulated decisions or

actions to improve quality of care and patient safety. The analysis of the underlying factors was defined as structured and thorough when it was conducted in a standardized way (e.g., use of a standardized form to analyze the cases). Decisions were defined as suggested measures, i.e., when participants collectively agreed on a change in medical practice, but that did not imply a concrete action (e.g., no written document). Actions were defined as concrete measures (e.g., writing a new protocol, buying new material) with the designation of a person in charge of implementation and/or a timeline. Human error was categorized as “none,” “possible” (when participants used terms such as “might be” or “possible”) and “certain.” We finally evaluated the discussion of errors when a human error was highlighted, using four categories: open and objective discussion, aggressiveness or blame, minimization of the error, avoidance of the error. The two observers did not participate in the conferences.

Data analysis

The kappa coefficient was used to measure interobserver agreement. The descriptive statistics are presented as numbers and percentages for categorical variables, the median and 25th and 75th percentiles for continuous variables.

Differences in conference characteristics were tested using the χ^2 statistic or the Fisher exact test for categorical variables and the Wilcoxon rank sum test for continuous variables. Two sided *P*-values of less than 0.05 were considered statistically significant. Statistics were generated using Stata statistical software (version 10.0, Stata Corp, College Station, TX, USA).

Corrective measures and observers' perceptions were classified into recurrent themes.

RESULTS

Twenty-four of the 27 departments organizing MMCs in the chosen setting scheduled at least one conference during the study period, including eight surgical departments, eight medical departments, and eight intensive care units for a total of 24 MMCs attended by the two observers. Three other departments organized MMCs but none was scheduled during the 7-month study period. The interobserver agreement was substantial to perfect (Kappa values from 0.60 to 1) for all variables except “amount of time spent on one case” and “level of organization of the discussion” with values of 0.43 and 0.48, respectively.

The median duration of a conference was 70 min (interquartile range, 58–84). The moderator was the MMC leader in 22 MMCs (91.7%) and the clerk in 17 cases (77.3%). The median number of attendees was ten (interquartile range, 8–15). All MMCs had a senior physician present and the attendance was high for residents (87.5%) and less frequent for physicians from outside the department (37.5%) or paramedical staff (33.3%). The attendance of medical students was observed in three meetings (Table 1).

Throughout the 24 MMCs, a total of 146 cases were reviewed. The median number of cases per conference was five, significantly lower in medical departments than in other wards ($p=0.04$). Overall, 52.7% of cases presented were morbidities and 47.3% were mortalities, with differences between departments ($p<0.001$) (Table 2). Case presenters and the modalities of presentation varied between departments ($p<0.001$). Nonelectronic means were used in 30% of cases, including brief case reports, a standardized notification form, and a brief literature review.

Most senior physicians present (87.7%) took part in debating the cases (Table 2), which was consistent between departments. The participation of residents was lower (32.6%) and varied greatly between departments ($p<0.001$). Few paramedical professionals and other attendees participated in the debate. Shortcomings to explain the case were sought in 91% of cases but a structured method was used in less than one out of ten cases. An analysis of the underlying factors contributing to shortcomings was observed in 75% of cases, with 4% considered structured and thorough.

Teams attributed failures to factors that were beyond their control in 31.5% of cases, less often in surgical departments than in other wards ($p=0.046$) (Table 3). In 52% of cases, a team member's error was suspected or highlighted. The management of errors differed between specialties. In surgical and medical departments, the discussion was mostly open and objective, whereas in intensive care departments the discussion centered more often on minimizing the event and the debate led to blaming or aggressiveness in two cases ($p=0.03$).

Eighty-five decisions or actions to improve the quality of care or patient safety were listed in 68 cases (Table 3). Fifty-seven (67.1%) concerned measures with no person in charge or timeline for implementation defined during the conference. Most of them were reminders of recommendations for good practice in a team ($n=34$) followed by writing or reviewing protocols ($n=11$). Others included the need to organize a training session ($n=3$) or to assess the team's current practices ($n=3$), to improve the communication with the patient ($n=2$), to increase resources ($n=2$) and to plan a study ($n=1$) or a meeting ($n=1$). Twenty-eight measures (32.9%) were planned, defined with a timeline or a person in charge of implementation, more often in intensive care units than in medical and surgical wards (72.7% v 33.3% and 14.6%, respectively; $p<0.001$). They included writing ($n=8$) or reviewing ($n=4$) protocols, setting up

practice guidelines ($n=5$), evaluating current practice ($n=4$), planning a training session ($n=3$), exchanging with other teams on practices ($n=3$), and writing a document for patient information ($n=1$). Measures were related to practices in 75.3% of cases (medical practice [61.2%], paramedical practice [5.9%], or both [8.2%]), organization in 18.8% of cases and patient information in 5.9% of cases.

Making decisions or planning actions was significantly associated with the participants in the debate. At least one measure was taken in 50% of cases (64/128) when most or all senior physicians present participated in the debate versus 22% of cases where no or only a few senior physicians participated (4/18), $p=0.03$. Moreover, one or more measures were identified in 82% of cases (14/17), where paramedical professionals took part in the debate in comparison with 42% (54/129) of cases where they did not intervene during the debate ($p=0.002$). Other factors were associated with making decisions or implementing actions: morbidity cases (57.1% [44/77]) rather than mortality cases (34.8% [24/69], $p=0.007$), the use of a structured method for identifying shortcomings (61.8% [21/34] ν 42.0% [47/112], $p=0.04$), a systematic analysis of contributing factors (62.5% [35/56] ν 36.7% [33/90], $p=0.002$), and the potential or appointed responsibility of a team member (68.4% [52/76] ν 22.9% [16/70], $p<0.001$).

Table 1. Characteristics of the 24 morbidity and mortality conferences

	All departments <i>n</i> =24	Surgical departments <i>n</i> =8	Medical departments <i>n</i> =8	Intensive care departments <i>n</i> =8	<i>P</i> -value
Delay, <i>n</i> (%)	16 (66.7)	7 (87.5)	5 (62.5)	4 (50)	0.42
Median duration of MMC (IQR)	70 (58–84)	80 (57–87)	58 (45–70)	72 (69–87)	0.14
Median number of attendees (IQR)	10 (8–15)	10 (6–15)	11 (9–14)	11 (8–19)	0.78
Senior physicians	5 (4–8)	5 (3–8)	4.5 (2–7)	6 (4–9)	0.40
Residents	3 (2–4)	3 (2–5)	3.5 (2–4)	2 (1–5)	0.85
Paramedical staff	0 (0–2)	0 (0–0)	1 (0–6)	0 (0–1)	0.22
Students	0 (0–0)	0 (0–0)	0 (0–0)	0 (0–0)	0.99
Physicians from outside department	0 (0–1)	0 (0–0)	0 (0–0.5)	1 (0.5–1.5)	0.04
Follow-up of previous actions, <i>n</i> (%)	6 (25)	1 (12.5)	2 (25)	3 (37.5)	0.84
Median number of cases per MMC (IQR)	5 (4–7)	7 (4–13)	4 (1–5)	6 (4–7)	0.03
Mortality	2 (1–5)	1 (0–1)	1 (0–2)	6 (4–6)	0.002
Morbidity	2 (0–4)	5 (2–10)	2 (1–4)	0 (0–0)	0.001
Median time spent on one case (IQR)	14 (8–22)	8 (5–20)	18 (13–34)	14 (10–21)	0.20

Abbreviation: MMC, morbidity and mortality conference; IQR, interquartile range

Table 2. Characteristics of the analysis of the 146 cases

Characteristics, <i>n</i> (%)	All departments <i>n</i> =146	Surgical departments <i>n</i> =72	Medical departments <i>n</i> =28	Intensive care departments <i>n</i> =46	<i>P</i> -value
Type					<0.001
Mortality	69 (47.3)	16 (22.2)	10(35.7)	43 (93.5)	
Morbidity	77 (52.7)	56 (77.8)	18 (64.3)	3 (6.5)	
Presentation					
Case presenter					<0.001
Senior physician involved in the care of the patient	59 (40.4)	15 (20.8)	14 (50.0)	30 (65.2)	
Resident	81 (55.5)	55 (76.4)	12 (42.9)	14 (30.4)	
Moderator	5 (3.4)	2 (2.8)	2(7.1)	1 (2.2)	
Other ^a	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.2)	
Modalities					
Presentation slides	40 (27.4)	6 (8.3)	10(35.7)	24 (52.2)	<0.001
Patient file available	80 (54.8)	32 (44.4)	15 (53.6)	33 (71.7)	0.01
Discussion					
Participation in discussion					
All or most seniors	128 (87.7)	62 (86.1)	27 (96.4)	39 (84.8)	0.32
All or most residents	44 (32.6)	35 (51.5)	3 (11.1)	6 (15.0)	<0.001
All or most paramedical staff	6 (11.5)	1 (7.1)	2 (11.8)	3 (14.3)	0.87
All or most other professionals ^b	9 (18.4)	2 (11.8)	1 (14.3)	6 (24.0)	0.69

Table 2. Characteristics of the analysis of the 146 cases (count)

Characteristics, <i>n</i> (%)	All departments (<i>n</i> =146)	Surgical departments (<i>n</i> =72)	Medical departments (<i>n</i> =28)	Intensive care unit departments (<i>n</i> =46)	<i>P</i>
Types of shortcomings					0.29
No research	13 (8.9)	6 (8.3)	1 (3.6)	6 (13.0)	
Superficial, obvious shortcomings	85 (58.2)	45 (62.5)	16 (57.1)	24 (52.2)	
In-depth but without method	34 (23.3)	18 (25.0)	7 (25.0)	9 (19.6)	
Structured	14 (9.6)	3 (4.2)	4 (14.3)	7 (15.2)	
Analysis of underlying factors					0.77
No analysis	36 (24.7)	19 (26.4)	6 (21.4)	11 (23.9)	
Nonstructured (care practice)	54 (37.0)	28 (38.9)	8 (28.6)	18 (39.1)	
Structured but partial	50 (34.2)	23 (31.9)	13 (46.4)	14 (30.4)	
Structured and thorough	6 (4.1)	2 (2.8)	1 (3.6)	3 (6.5)	

^a Physician not involved in the care of the patient

^b Other professionals included physicians from outside departments and medical students

Table 3. Results of the analysis of the 146 cases

Characteristics, <i>n</i> (%)	All departments <i>n</i> =146	Surgical departments <i>n</i> =72	Medical departments <i>n</i> =28	Intensive care departments <i>n</i> =46	<i>P</i> -value
Error of a team member					
Inventory					0.43
None	70 (47.9)	32 (44.4)	16 (57.1)	22 (47.8)	
Possible	54 (37.0)	26 (36.1)	8 (28.6)	20 (43.5)	
Certain	22 (15.1)	14 (19.4)	4 (14.3)	4 (8.7)	
Management					0.03
Shunning	13 (17.1)	8 (20.0)	1 (8.3)	4 (16.7)	
Minimization	16 (21.1)	4 (10.0)	3 (25.0)	9 (37.5)	
Open and untroubled discussion, objective	45 (59.2)	28 (70.0)	6 (66.7)	9 (37.5)	
Aggressiveness, blame	2 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (8.3)	
Dysfunction from outside department					
Inventory	46 (31.5)	16 (22.2)	10 (35.7)	20 (43.5)	0.046
Management					0.34
None	28 (60.9)	13 (81.25)	5 (50.0)	10 (50.0)	
Contact	8 (17.4)	1 (6.25)	3 (30.0)	4 (20.0)	
Presence of a team member	7 (15.2)	1 (6.25)	1 (10.0)	5 (25.0)	
Collaboration for corrective measure	3 (6.5)	1 (6.25)	1 (10.0)	1 (5.0)	
Decisions or actions for quality improvement*					
Suggested	44 (30.1)	30 (41.7)	8 (28.6)	6 (13.0)	0.004
Defined with a timeline or a person in charge	27 (18.5)	7 (9.7)	4 (14.3)	16 (34.8)	0.002

* Number of cases where at least one decision or action was declared

Observers' perceptions

From the perspective of the observers, the atmosphere was particularly friendly and conducive to an open discussion in 62% of meetings. In contrast, a lack of motivation was observed in two MMCs, particularly monotonous, where attendees seemed to be bored. Preparing the case to present seemed to influence the effectiveness of the presentation. In one-third of the conferences, the presentation was judged to be good quality by the observers who thought that it made the analysis easier. On the contrary, in another third of the cases, unprepared presentation of cases made the observers feel that time was wasted during the meeting. Indeed, in such cases, participants had to request information on the patient's medical history during the meeting, which shortened the time allowed for discussion. In 45.8% of meetings, the observers commented on the attitude of the moderator during the discussion. Six moderators were perceived as having a positive impact on the discussion (e.g., they were active and engaging) versus five with a negative impact (e.g., overly interventionist).

Five teams (20.8%) were perceived as easily challenging their practices. According to the observers, the lack of caregiver input to the case description was seen in one-quarter of the conferences and appeared to be a barrier to an effective understanding of the event. Hospital duties (an emergency, being paged, etc.) were very disruptive in 20% of the meetings. In three conferences, the shortcomings were listed prior to discussion, which was perceived by the observers as a limitation in the debate.

DISCUSSION

The core purpose of MMCs is to call attention to the shortcomings in an organization or patient care that potentially contributed to a complication or the death of a patient and to implement actions aimed at avoiding the reoccurrence of such events. In this study, we showed that only 10% of discussions were well structured in their search for shortcomings and that the analysis of the underlying factors was considered structured and thorough in only 5% of the cases discussed.

These low figures resulted essentially from the lack of a structured method rather than an unfavorable climate for discussion. Indeed, the lack of method seems to be an obstacle to the quality of MMCs ⁷ and accordingly we found a positive association between structuring the discussion and decisions made or actions planned for improvement. Avoidance or minimization seen in approximately one out of five meetings may also have impoverished the quality of the discussion ⁶. The use of a systematic approach may be a valuable and supportive tool and should occur in all meetings ⁸. One preliminary step is probably to provide patient files or well-documented presentation slides so that all possible underlying contributing factors are brought up ⁹. One of the moderator's tasks is to lead an organized discussion ¹⁰. In this study, the observers perceived that the moderators might have a positive or negative impact on the discussion. Leading MMCs is a difficult task and moderators need both training ^{11, 12} and experience ¹³. In our study, they were also involved in writing the meeting reports and it seems likely that holding several posts concurrently is an obstacle to moderator efficiency. We did not specifically study the barriers that prevent adoption of a systematic approach. However, it can be hypothesized that lack of time or lack of training may be barriers.

Half of the cases were discussed without a decision being made. In other cases, decisions or actions for improvement were for the most part simply brought up (67.1%) and a person in charge and a timeline were rarely designated (32.9%). Although talking about potential corrective measures remains insufficient², in a large majority of cases, observers were not sure whether these measures could be carried out and only 25% of departments started off the meeting with a review of how previous corrective measures had been implemented. As was reported in previous studies^{14, 15}, physicians from outside departments and paramedical staff attended one-third of the conferences. Eliciting input from all staff involved in the care of the patient has been described as essential to an investigation of quality due to the clinical course overview^{14, 16-18} given that a multidisciplinary approach might foster a culture of team work². Accordingly, we showed that participation of senior physicians and paramedical professionals in the debate was associated with higher probability of making decisions or planning actions for quality improvement. Several processes have been developed for reviewing MMCs, such as POCMA (Phase of Care Mortality Analysis), which could help the teams standardize the analysis of events (Prager et al. 2009).

The limitations of this study deserve mention. First, we did not follow up whether the decisions made or the actions for improvement decided during the conferences led to real actions. Second, as participants were aware of the study being conducted, a Hawthorne effect could not be excluded. This may have had an effect on the atmosphere during the meetings, but we do not think that it modified the way the debate was conducted. Third, this study was conducted in a single university-affiliated hospital and the results may not apply to other settings with different referral patterns.

The definition used for decisions or actions for improvement was broad and included all quality topics, although they are likely to have different impacts. Furthermore, the MMC format varied among the teams and they did not have the same main goal, some of them focusing on education, whereas others focused on quality improvement. Even if few actions were programmed, it is obvious that MMCs are a valued opportunity to promote a culture of safety and quality of care among physicians.¹⁹

Conclusion

In addition to their educational goal, MMCs have been put forward as a means for quality improvement in hospitals. Nevertheless, discussion of adverse events appears to lack a structured method and although many decisions for quality improvement are declared, fewer actions are planned with a definite timeline. Whether these actions or decisions for improvement are followed and are efficient needs to be assessed in further studies.

REFERENCES

References

1. Harbison SP, Regehr G. Faculty and resident opinions regarding the role of morbidity and mortality conference. *American journal of surgery*. Feb 1999;177(2):136-139.
2. Kravet SJ, Howell E, Wright SM. Morbidity and mortality conference, grand rounds, and the ACGME's core competencies. *J Gen Intern Med*. Nov 2006;21(11):1192-1194.
3. Kohn L. To err is human: an interview with the Institute of Medicine's Linda Kohn. *Jt Comm J Qual Improv*. Apr 2000;26(4):227-234.
4. Gore DC. National survey of surgical morbidity and mortality conferences. *American journal of surgery*. May 2006;191(5):708-714.
5. Pierluissi E, Fischer MA, Campbell AR, Landefeld CS. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. *The journal of the American Medical Association*. Dec 3 2003;290(21):2838-2842.
6. Orlander JD, Barber TW, Fincke BG. The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error. *Academic medicine*. Oct 2002;77(10):1001-1006.
7. Orlander JD, Fincke BG. Morbidity and mortality conference: a survey of academic internal medicine departments. *Journal of general internal medicine*. Aug 2003;18(8):656-658.
8. Vincent C, Simon R, Sutcliffe K, Adams JG, Biros MH, Wears RL. Errors conference: executive summary. *Acad Emerg Med*. Nov 2000;7(11):1180-1182.
9. Rosenfeld JC. Using the Morbidity and Mortality conference to teach and assess the ACGME General Competencies. *Curr Surg*. Nov-Dec 2005;62(6):664-669.
10. Murayama KM, Derossis AM, DaRosa DA, Sherman HB, Fryer JP. A critical evaluation of the morbidity and mortality conference. *American journal of surgery*. Mar 2002;183(3):246-250.
11. 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. *Quality & safety in health care*. Dec 2007;16(6):422-427.

12. Friedman JN, Pinard MS, Laxer RM. The morbidity and mortality conference in university-affiliated pediatric departments in Canada. *J Pediatr.* Jan 2005;146(1):1-2.
13. Prince JM, Vallabhaneni R, Zenati MS, et al. Increased interactive format for Morbidity & Mortality conference improves educational value and enhances confidence. *J Surg Educ.* Sep-Oct 2007;64(5):266-272.
14. Aboumatar HJ, Blackledge CG, 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. *American journal of medical quality.* Jul-Aug 2007;22(4):232-238.
15. Seigel TA, McGillicuddy DC, Barkin AZ, Rosen CL. Morbidity and Mortality conference in Emergency Medicine. *The Journal of emergency medicine.* May 2010;38(4):507-511.
16. Denis B, Ben Abdelghani M, Peter A, Weiss AM, Bottlaender J, Goineau J. Two years of mortality and morbidity conferences in a hospital gastrointestinal endoscopy unit. *Gastroenterologie clinique et biologique.* Dec 2003;27(12):1100-1104.
17. Kim C, Fetters MD, Gorenflo DW. Residency education through the family medicine morbidity and mortality conference. *Family medicine.* Sep 2006;38(8):550-555.
18. Risucci DA, Sullivan T, DiRusso S, Savino JA. Assessing educational validity of the Morbidity and Mortality conference: a pilot study. *Current surgery.* Mar-Apr 2003;60(2):204-209.
19. 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.* Jan;36(1):3-9.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : BAL GAELLE

TITRE : Observation des réunions mortalité-morbidité d'un CHU : modalités de fonctionnement et issues de la discussion

CONCLUSION :

La revue de mortalité et morbidité (RMM) est une analyse collective des dossiers de patients dont l'évolution a été marquée par un événement indésirable : le décès ou la survenue d'une complication. L'exercice consiste à examiner la prise en charge du patient pour en discuter la pertinence et identifier d'éventuelles défaillances qui ont pu contribuer à la survenue de l'événement. La RMM est un outil reconnu d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients et validé par la Haute Autorité de Santé pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles et la Certification des établissements. La littérature fait état d'une importante variabilité des modalités de fonctionnement et les données existantes sont principalement déclaratives.

Sur les 27 RMM identifiées au sein du CHU de Grenoble, les deux observateurs indépendants ont assisté à 24 RMM distinctes entre Novembre 2007 et Mai 2008 (8 secteurs médicaux, 8 chirurgicaux et 8 d'urgence et de réanimation). Cent quarante six dossiers ont été présentés et discutés au cours de 24 RMM. La majorité des médecins seniors présents (87.7%) participait à la discussion des cas; la participation des internes était plus faible (32.6%) et variait en fonction des secteurs d'activité ($p < 0.001$). La participation du personnel paramédical était plus rare. Des dysfonctionnements étaient recherchés dans 91% des cas, cependant une méthode structurée était utilisée dans moins de 10% des cas. Une analyse des facteurs contributifs à la survenue de ces dysfonctionnements était observée dans 75% des cas, dont 4% selon une méthode structurée et approfondie.

Des mesures correctives étaient évoquées dans 47% des réunions. Quarante-vingt cinq décisions ou actions d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients ont été listées, dont 28 (33%) avec une réelle planification pour leur mise en place. Ces mesures étaient mieux planifiées en réanimation que dans les autres secteurs ($P < 0,001$).

L'atmosphère était jugée favorable à la discussion dans 62% des RMM. L'absence des personnes impliquées dans la prise en charge paraissait être un obstacle majeur à la compréhension et l'analyse des évènements.

Cette étude témoigne de la variabilité des modalités de fonctionnement expliquée par l'absence de cadre méthodologique précis. Un recensement approfondi et méthodique des dysfonctionnements, de même qu'une analyse systémique des facteurs contributifs n'étaient réalisés que dans une minorité des cas. Nous ne pouvons pas pour autant exclure un impact positif sur la qualité des soins. En effet, la plus part des RMM observées semblaient offrir un moment favorisé pour la communication et la cohésion des équipes en était renforcée. Les objectifs d'une RMM peuvent donc varier et il paraît restrictif de mesurer la qualité d'une RMM par le nombre d'actions correctrices mises en place à la suite de celle-ci. Des études sont nécessaires pour identifier les modalités associées à un impact positif sur la qualité des soins et la sécurité des patients.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 25 août 2011

LE DOYEN
Professeur Jean-Pierre ROMANET



LE PRÉSIDENT DE THESE
Professeur Patrice FRANCOIS

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several sweeping strokes.

ANNEXES

Fiche d'observation RM&M

Intitulé RM&M / responsable :

Date du jour :

1/ Modalités de fonctionnement de la RM&M :

En début de séance / demander à chaque participant : qualité et service

Début de la RM&M : |__|__| Heure |__|__| minutes Retard ? Oui Non

Participants : Médecin senior |__|__| Internes |__|
|__| Cadres de santé |__| Paramédicaux

.....Etudiants |__| :

.....Autres |__| :

Total |__| |__|

.....
.....
Animateur de séance :

Secrétaire de séance :

Y a-t-il suivi des actions formalisées en RMM antérieures Oui Non

En fin de séance / demander le CR de la réunion

Fin de la RM&M : |__|__| Heure |__|__| minutes

Combien de cas ont été présenté : |__|__|

2/ Perception de la RM&M par l'enquêteur

Points positifs :

.....
.....
Points négatifs :

.....
.....
.....
3/ Présentation et discussion des cas fiche « cas » (cf. annexe 1) pour chaque cas présenté

4/ Synthèse par les enquêteurs fiche « synthèse » (cf. annexe 2), une par RMM

Annexe 1 : Fiche « CAS » n°

PRESENTATION

Décès Morbidité

Présenté par : Médecin qui a pris en charge le cas Interne
 Animateur Autres :

Comment : diapo orale Autre :

Dossier médical (DM) à disposition Autres DM à disposition :

Temps de « présentation-discussion » : |__| |__| minutes

DISCUSSION

Participation des professionnels au débat :

Seniors

Tous	/	Majorité	/	Minorité	/	Aucun
------	---	----------	---	----------	---	-------

Internes

Tous	/	Majorité	/	Minorité	/	Aucun
------	---	----------	---	----------	---	-------

Paramédicaux

Tous	/	Majorité	/	Minorité	/	Aucun
------	---	----------	---	----------	---	-------

Autres

Tous	/	Majorité	/	Minorité	/	Aucun
------	---	----------	---	----------	---	-------

Niveau d'organisation de la discussion par l'animateur de séance :

Tour de table	/	Distribution de la prise de parole	/	aucun
---------------	---	------------------------------------	---	-------

Recensement des dysfonctionnements :

Recherche méthodique	/	Recherche approfondie mais anarchique	/	Recherche superficielle : Dysfonctionnement « évident »	/	Pas de recherche
----------------------	---	---------------------------------------	---	---	---	------------------

Niveau de profondeur de l'analyse :

Analyse globale systémique	/	Analyse partielle systémique	/	Analyse superficielle (pratique de soins)	/	Pas d'analyse
----------------------------	---	------------------------------	---	---	---	---------------

Dysfonctionnement attribué à un acteur extérieur au service oui non

Si oui, mode de gestion :

Proposition de collaboration	/	Invité présent à la réunion	/	Simple prise de contact	/	Aucune
------------------------------	---	-----------------------------	---	-------------------------	---	--------

Niveau de formalisation des actions correctrices ?

Action 1 (type et thème) :

Action définie, échéancier	/	Action définie, responsable	/	Action évoquée...	/	Aucune
----------------------------	---	-----------------------------	---	-------------------	---	--------

Action 2 (type et thème) :

Action définie, échéancier	/	Action définie, responsable	/	Action évoquée...	/	Aucune
----------------------------	---	-----------------------------	---	-------------------	---	--------

Autres :

Existence d'une **erreur humaine**

Certaine	/	Probable	/	Possible	/	Aucune	/	?
----------	---	----------	---	----------	---	--------	---	---

Si oui, mode de gestion :

Agressivité, blâme	/	Débat serein sur les causes de l'erreur	/	Minimisation de l'erreur	/	Evitement de l'erreur
-----------------------	---	--	---	-----------------------------	---	--------------------------

Recherche de l'**évitabilité** de l'évènement indésirable :

Formalisé	/	Evoqué	/	Pas évoqué du tout
-----------	---	--------	---	--------------------

Annexe 2 : Fiche « SYNTHÈSE RM&M »

PRESENTATION GENERALE

Décès |__|__| Morbidité |__|__|

Présenté par : Médecin qui a pris en charge le cas |__|__| Interne |__|__|
Animateur |__|__| Autre |__|__| :

Comment : diapo |__|__| orale |__|__| Autre |__|__| :

Dossier médical à disposition |__|__| Autres documents médicaux à disposition |__|__|

NOTES :

Temps de « présentation-discussion » moyen par cas : |__|__| minutes

DISCUSSION GENERALE

Participation des professionnels au débat :

Seniors :

Tous	/	Majorité	/	Minorité	/	Aucun
------	---	----------	---	----------	---	-------

Internes :

Tous	/	Majorité	/	Minorité	/	Aucun
------	---	----------	---	----------	---	-------

Paramédicaux :

Tous	/	Majorité	/	Minorité	/	Aucun
------	---	----------	---	----------	---	-------

Autres :

Tous	/	Majorité	/	Minorité	/	Aucun
------	---	----------	---	----------	---	-------

NOTES

Niveau d'organisation de la discussion par l'animateur de séance :

Tour de table	/	Distribution de la prise de parole	/	aucun
---------------	---	------------------------------------	---	-------

NOTES

Recensement des dysfonctionnements :

Recherche méthodique	/	Recherche approfondie mais anarchique	/	Recherche superficielle : Dysfonctionnement « évident »	/	Pas d'analyse
----------------------	---	---------------------------------------	---	---	---	---------------

NOTES

.....

Niveau de profondeur de l'analyse :

Analyse globale systémique	/	Analyse partielle systémique	/	Analyse superficielle (pratique de soins)	/	Pas d'analyse
----------------------------	---	------------------------------	---	---	---	---------------

.....

Mode de gestion **de(s) dysfonctionnement(s) attribué(s) à un acteur extérieur** au service

Proposition de collaboration	<input type="checkbox"/> oui.....	<input type="checkbox"/> non	_ _
Invité présent à la réunion	<input type="checkbox"/> oui.....	<input type="checkbox"/> non	_ _
Simple prise de contact	<input type="checkbox"/> oui.....	<input type="checkbox"/> non	_ _
Aucun mode de gestion	<input type="checkbox"/> oui.....	<input type="checkbox"/> non	_ _

NOTES

.....

Niveau de formalisation des actions correctrices ?

Actions définies, échéancier	/	Actions définies, responsable	/	Actions évoquées...	/	Aucunes actions
------------------------------	---	-------------------------------	---	---------------------	---	-----------------

NOTES

.....

Mode de gestion de **l'erreur humaine** :

Agressivité, blâme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_ _
Débat serein sur les causes de l'erreur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_ _
Minimisation de l'erreur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_ _
Evitement de l'erreur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_ _

NOTES

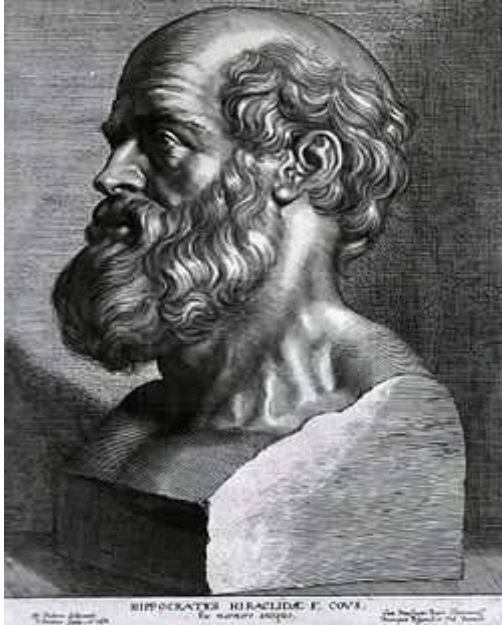
.....

Recherche de l'**évitabilité** :

Formalisée	/	Evoquée	/	Pas évoquée du tout
------------	---	---------	---	---------------------

NOTES

SERMENT D'HIPPOCRATE



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Contexte : La revue de mortalité et morbidité (RMM) est une analyse collective des dossiers de patients dont l'évolution a été marquée par un événement indésirable : le décès ou une complication. L'exercice consiste à examiner la prise en charge du patient pour en discuter la pertinence et identifier les éventuelles défaillances qui ont pu contribuer à la survenue de l'événement. La RMM est un outil reconnu d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients et validé par la Haute Autorité de Santé pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles et la Certification des établissements.

Méthodes : Parmi les 27 RMM identifiées au CHU de Grenoble, deux observateurs indépendants ont pu observer 24 RMM distinctes entre Novembre 2007 et Mai 2008. Chaque observateur renseignait une fiche décrivant la RMM et leur perception de la réunion ainsi qu'une fiche descriptive par cas présenté (type de cas, modalités de présentation et de discussion, issues de la discussion).

Résultats : Cent quarante six dossiers ont été présentés et discutés au cours de 24 RMM. La majorité des médecins seniors présents (87,7%) participait à la discussion des cas; la participation des internes était plus faible (32,6%) et variait en fonction des secteurs d'activité ($p < 0,001$). Le personnel paramédical participait parfois au débat. Des dysfonctionnements étaient recherchés dans 91% des cas, cependant une méthode structurée était utilisée dans moins de 10% des cas. Une analyse des facteurs contributifs à la survenue de ces dysfonctionnements était observée dans 75% des cas, dont 4% selon une méthode structurée et approfondie. Quarante-cinq décisions ou actions d'amélioration de la qualité des soins ont été listées, dont 28 (33%) avec une réelle planification pour leur mise en place.

Conclusions : Cette étude témoigne de la variabilité des modalités de fonctionnement expliquée par l'absence de cadre méthodologique précis. Un recensement approfondi et méthodique des dysfonctionnements, de même qu'une analyse systémique des facteurs contributifs n'étaient réalisés que dans une minorité des cas. Nous ne pouvons pas pour autant exclure un impact positif sur la qualité des soins. En effet, la plupart des RMM observées semblaient offrir un moment favorisé pour la communication et la cohésion des équipes en était renforcée. Les objectifs d'une RMM peuvent donc varier et il paraît restrictif de mesurer la qualité d'une RMM par le nombre d'actions correctrices mises en place à la suite de celle-ci. Des études sont nécessaires pour identifier les modalités associées à un impact positif sur la qualité des soins et la sécurité des patients.

Mots clés: revue de mortalité et morbidité, amélioration de la qualité, sécurité des patients.

ABSTRACT

Background: Morbidity and mortality conferences are used as a tool to promote healthcare quality and safety. The objectives of the study were to evaluate the analysis of adverse events and the decisions for quality improvement decided during morbidity and mortality conferences (MMCs).

Methods: A prospective observational study of MMCs was conducted in a university-affiliated hospital in France between November 2007 and May 2008. Two observers attended the conferences and collected data on the structure of MMCs, the discussion between attendees, and the decisions or actions for quality improvement.

Results: Twenty-four MMCs were studied including 146 cases. A majority of the senior physicians present (87.7%) took part in debating the cases; the participation of residents was lower (32.6%) and varied between departments ($p < 0.001$). Few paramedical professionals and other attendees participated in the debate. Shortcomings were sought in 91% of cases, but a structured method was used in less than 10% of cases. An analysis of underlying factors contributing to these shortcomings was observed in 75% of cases, with 4% considered structured and thorough. Eighty-five decisions or actions to improve quality of care or patient safety were listed, with 28 of them (33%) planned for implementation.

Conclusion: Discussion of adverse events appears to lack a structured method and although a large number of decisions for quality improvement were declared, fewer actions were planned with a timeline.

Key words: morbidity and mortality conferences, quality improvement, patient safety.