



**HAL**  
open science

**La Revue de Morbidité et de Mortalité dans un service  
de Pneumologie & Oncologie thoracique (Centre  
hospitalier de Chambéry) sur une période de 4 ans  
(2006-2010)**

Thomas Dell'Accio

► **To cite this version:**

Thomas Dell'Accio. La Revue de Morbidité et de Mortalité dans un service de Pneumologie & Oncologie thoracique (Centre hospitalier de Chambéry) sur une période de 4 ans (2006-2010). Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00795086

**HAL Id: dumas-00795086**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00795086>**

Submitted on 27 Feb 2013

**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.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : [thesebum@ujf-grenoble.fr](mailto:thesebum@ujf-grenoble.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

La Revue de Morbidité et de Mortalité  
dans un service de Pneumologie & Oncologie thoracique  
(Centre hospitalier de Chambéry)  
sur une période de 4 ans (2006 - 2010)

Thèse  
soutenue publiquement le 20 décembre 2012  
pour l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine  
par Thomas DELL'ACCIO,  
né le 26 janvier 1975 à Grenoble.

\*

Faculté de Médecine  
Université Joseph FOURIER  
Grenoble 1

## Membres du jury :

### Pr Christian BRAMBILLA :

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Chef de pôle,  
Pôle Cancérologie, Médecine aiguë et communautaire,  
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Grenoble.

### Pr Jean-Louis PEPIN :

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, responsable de clinique en Pneumologie,  
Secteur Maladies du sommeil, Insuffisance respiratoire chronique et Transplantation  
pulmonaire,  
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Grenoble.

### Madame le Dr Marie-Reine MALLARET :

Maître de Conférences Universitaire – Praticien Hospitalier,  
Pôle Santé Publique, Département de Veille Sanitaire, Hygiène hospitalière et Gestion des  
risques (UMAGRIS),  
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Grenoble.

### Dr Eric KELKEL :

Pneumologue, Chef de service,  
Centre Hospitalier de Chambéry.

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers  
Faculté de Médecine de Grenoble – Université Joseph FOURIER

ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO Jacques	Radiothérapie
BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER François	Biologie cellulaire
BLIN Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL Thierry	Psychiatrie de l'adulte
BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA Christian	Pneumologie
BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON Philippe	Anatomie
CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
CHIROSEL Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS Maurice	Addictologie
DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES Jean-Luc	Urologie
ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire

FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN Claude	Physiologie
FONTAINE Eric	Nutrition
FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN Frédéric	Hématologie ; transfusion
GAUDIN Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI Serge	Nutrition
HOMMEL Marc	Neurologie
JOUK Pierre-Simon	Génétique
JUVIN Robert	Rhumatologie
KAHANE Philippe	Physiologie
KRACK Paul	Neurologie
KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX Dominique	Génétique
LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
LEVY Patrick	Physiologie
LUNARDI Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT Jacques	Cardiologie
MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Chirurgie de la Main et des Brûlés.
PALOMBI Olivier	Anatomie
PASSAGIA Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PISON Christophe	Pneumologie
PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
POLACK Benoît	Hématologie
PONS Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
REYT Emile	Oto-rhino-laryngologie

RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET Jean-Paul	Ophthalmologie
SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses; maladies tropicales
STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT Jean-François	Réanimation
TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO Gérald	Cardiologie
VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI Philippe	Néphrologie
ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

Maîtres de Conférence des Universités – Praticiens Hospitaliers  
Faculté de Médecine de Grenoble – Université Joseph FOURIER

BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT Raphaël	Thérapeutique ; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART Colin	Physiologie
DETANTE Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN) Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET Patrick	Physiologie
PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
RAY Pierre	Génétique
RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE Véronique	Génétique
STASIA Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER Renaud	Physiologie



## Table des matières

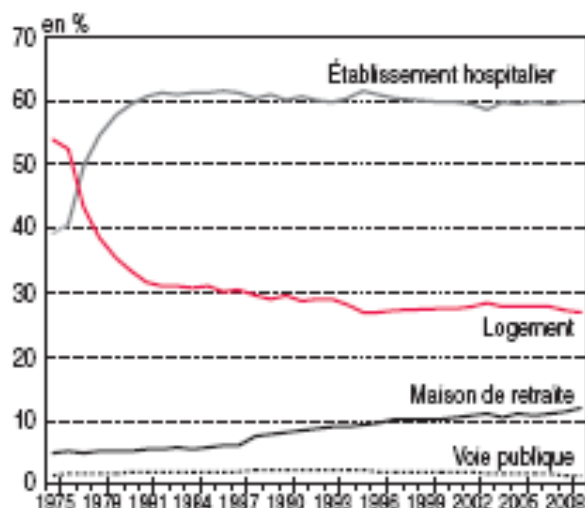
I. Introduction :	9
II. Présentation de l'hôpital et du service :	13
III. Réunions de mortalité-morbidité (RMM) :	16
A. De l'erreur :	16
B. Les revues de morbi-mortalité :	21
IV. Méthodes :	25
A. Présentation des fiches :	25
1°) La première partie correspond à la description de l'évènement analysé :	25
a) D'abord, l'évènement en soi : 4 catégories sont possibles :	25
b) Deuxièmement, les circonstances de survenue : 5 catégories sont proposées :	25
c) Ensuite, la description proprement dite de l'évènement, en quelques lignes.	25
d) Enfin, les interrogations relatives aux modalités de prise en charge.	25
2°) L'avis de l'équipe :	25
3°) Le suivi des actions correctrices :	25
B. Présentation des réunions :	28
V. Résultats :	30
A. Données générales :	30
B. Les évènements :	31
C. Les circonstances :	33
1°) Les circonstances pathologiques peuvent être isolées ou associées :	34
2°) Répartition des cas d'associations de circonstances :	34
3°) Cas particulier des facteurs aggravants :	36
D. Répartition des cas d'insuffisance viscérale terminale :	36
E. Description des faits :	39
F. Conclusions des fiches et propositions de solutions :	39
G. Suivi des actions correctrices :	40
VI. Discussion :	43
A. Les évènements :	43
B. Les circonstances :	47
1°) Répartition des circonstances :	47
2°) Répartition des cas d'insuffisance viscérale terminale :	50
3°) Cas particulier des facteurs aggravants :	51
C. Description des faits :	51
D. Conclusions des fiches et propositions de solutions :	52
E. Suivi des actions correctrices :	52
F. Comparaison avec d'autres RMM :	53
VII. Conclusion :	55
VIII. Résumé :	58
IX. Bibliographie :	60

"Les questions qui ne se donnent pas de réponse elles-mêmes en naissant n'obtiennent jamais de réponse."

Franz KAFKA

## I. Introduction :

De nos jours et depuis les années 1970, avec la médicalisation des derniers jours de vie, plus d'un Français sur deux meurt dans un établissement de santé : ceci concernait 59 % des décès en 2009 (contre 27 % à domicile)<sup>1</sup>, dont 86 % dans des services de courte durée (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), en sachant que les services de Médecine comptabilisent entre la moitié et les deux tiers des décès intra-hospitaliers<sup>2</sup>. En 2007, les maladies respiratoires et les tumeurs représentaient respectivement 12 et 10 % des décès dans les services de Court séjour (contre 21 % pour les maladies cardio-vasculaires).



**Figure 1 : Répartition des décès selon le lieu et les années<sup>1</sup>**

Par ailleurs, les cancers sont devenus depuis 15 ans la première cause de décès, devant les maladies cardio-vasculaires (respectivement 29,6 et 27,5 % en 2008<sup>3</sup>), tous sexes confondus (mais chez la femme, ce sont encore les maladies de l'appareil circulatoire qui prédominent [31 % des décès en 2010] devant les cancers [23 %])<sup>4</sup>.

Parmi ces cancers, le cancer du poumon (28 800 décès attendus en France en 2010, dont 73,2 % d'hommes) est la première cause de décès par cancer en France (19,6 % du total), devant les cancers du côlon-rectum (17 400 décès), les cancers du sein (11 300) et de la prostate (8 800)<sup>5</sup> (**Figure 2** : Evolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006). Deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme (26 900 nouveaux cas en 2010, derrière le cancer de la prostate [71 600], et avant le cancer colorectal [21 100])<sup>6</sup>, il est en progression constante chez la femme chez laquelle son incidence a triplé ces 20 dernières années (**Fig. 2**). Au total, le cancer du poumon est à l'origine de 7,6 % des décès masculins et 1,6 % des décès féminins, toutes causes confondues, en France<sup>7</sup>.

1. Niel X. Le nombre de décès augmente, l'espérance de vie aussi. Insee première, octobre 2010, n° 1318.

2. Lalande F, Veber O. La mort à l'hôpital. Inspection Générale des Affaires Sociales, Rapport n° RM2009-124P.

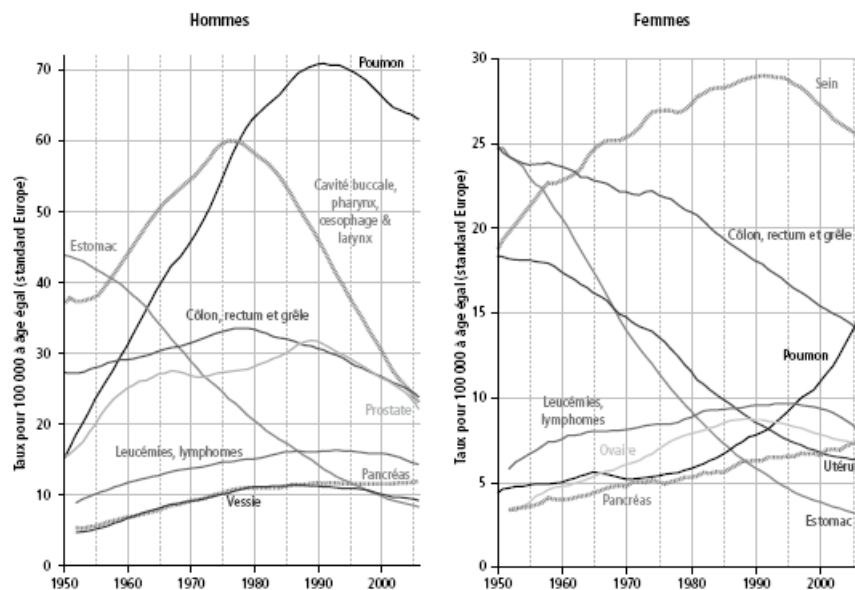
3. Aouba A et al. Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. Bull Epidemiol Hebd. 2011;22:249-255.

4. Collectif. La situation du cancer en France en 2010. Institut national du cancer, nov 2010.

5. Maraninchi D et al. Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France. Institut de Veille Sanitaire 2010.

6. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France pour l'année 2010. Institut de veille sanitaire.

7. Eilstein D, Uhry Z. Mortalité par cancer du poumon en France métropolitaine. Analyse de tendance et projection de 1975 à 2014. Institut de veille sanitaire. 2005



**Figure 2 : Evolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006<sup>8</sup>**

Enfin, le cancer du poumon a constitué le diagnostic principal de 60 000 séjours hospitaliers dans les établissements de soins de courte durée en 2002 (dont 10 000 en chirurgie), ce qui représente environ 8,4 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour cancers.

Par ailleurs, sur la période 2000-2003 en France, près de 15 000 décès par an en moyenne comportaient une notion de BPCO, la moitié de ces décès mentionnant même la BPCO en cause initiale<sup>9</sup>.

Un service de Pneumologie & Oncologie thoracique a donc par définition à faire face à de nombreux décès : celui du Centre Hospitalier de Chambéry compte 99 décès par an en moyenne. Un tel taux de mortalité (6 % des hospitalisations pour l'année 2008) pourrait s'expliquer par le recrutement des malades : en effet, si on exclut les admissions pour enregistrement nocturne du sommeil, les malades atteints d'un cancer en phase palliative ou d'une insuffisance respiratoire chronique représentent deux des trois diagnostics principaux les plus fréquents (cf. chapitre II). Alors, la faute à la fatalité ? Non : la démarche médicale ayant pour but de s'opposer à l'évolution naturelle des maladies, avec comme objectif de soigner, et si possible guérir, on ne peut s'arrêter à la gravité des pathologies présentées pour expliquer (justifier ?) les décès quand ils surviennent.

C'est en cela que les Revues de Morbidité et de Mortalité (RMM) sont l'outil adéquat pour analyser les décès dans une structure de santé : par une attitude presque philosophique, il faut continuer de se poser des questions, même quand il n'y a pas de question évidente à se poser. La RMM oblige à analyser chaque évènement et à se poser la question de son caractère évitable ou pas.

8. Hill C, Doyon F, Mousannif A. Evolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006. Institut de Veille Sanitaire

9. Fuhrman C, Delmas MC. Mortalité liée à la BPCO en France métropolitaine, 1979-2003. INVS, BEH 2007;27-28.

De plus, dans le cadre réglementaire de l'amélioration de la qualité des soins et de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP, rendue obligatoire en médecine par le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005), les professionnels de santé se doivent d'analyser les décès qui surviennent dans leur unité : à l'instar des services de Chirurgie et d'Anesthésie-Réanimation, la revue de morbi-mortalité est obligatoire dans les unités de Cancérologie dans le cadre de la procédure d'accréditation-certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé<sup>10</sup>. La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, érige en obligation la sécurité des soins en reformulant le vieux principe de balance bénéfiques/risques et l'adage "*Primum non nocere*" : "Toute personne a, compte-tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté."<sup>11</sup>

Dans cet esprit, cette analyse doit dépasser le cadre des seuls décès pour s'étendre aux complications non mortelles qui se sont produites dans le service. Autrement dit, si on considère que le décès d'un patient est la complication ultime de sa maladie, on se doit d'analyser les autres complications survenues et par la même approche analytique d'en rechercher les éventuelles causes et les éventuelles erreurs et défaillances survenues dans sa prise en charge.

Les Revues de Morbidité et de Mortalité (RMM) ont montré qu'elles constituent un outil approprié pour analyser les décès et les complications survenus dans une structure de soins.

Alors, au vu de son recrutement de patients et son activité, le service de Pneumologie & Oncologie thoracique de Chambéry s'est engagé dans cette démarche d'analyse et d'amélioration de la qualité des soins en utilisant l'outil RMM. Cette thèse de doctorat analyse les Revues de Mortalité et Morbidité qui y ont été mises en place depuis 2006.

Il s'agit d'une analyse des fiches présentées en Revues de morbi-mortalité dans ce service sur une période de 4 ans et 3 mois (du 01/10/2006 au 31/12/2010), soit 421 fiches au total.

Une fiche est créée lors de chaque décès dans le service (ou survenu durant les 8 jours suivant la sortie) ou lors de chaque complication morbide ayant fait prolonger la durée d'hospitalisation du patient. Chaque fiche est analysée collectivement par l'équipe soignante, pour décrire l'évènement survenu et ses circonstances, juger s'il peut exister des interrogations quant à sa prise en charge, puis évaluer s'il était lié à la pathologie présentée par le patient ou à l'organisation et aux pratiques des soignants. On estime alors si l'évènement était évitable ou pas. Le cas échéant, des actions correctrices sont mises en œuvre.

On verra que les décès représentent 98 % des dossiers présentés dans cette RMM. Cela oblige les soignants à ne pas voir les décès comme un fait inéluctable, ou, blasés ou endurcis par la fréquence des décès dans un service de Cancérologie, à ne pas considérer la mort comme un évènement commun, mais toujours singulier. Même dans le cadre de soins palliatifs, à leur stade terminal, la possibilité de relever des complications dans la prise en charge d'un patient mourant est le gage de la qualité des soins qu'on veut jusqu'au bout apporter au patient.

---

10. Haute Autorité de Santé. Procédure d'accréditation des établissements de santé, version 2010, référence 28.

11. Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

"La seule véritable erreur est celle dont on ne retire aucun enseignement."

John POWELL  
(professeur d'histoire, 1954)

## II. Présentation de l'hôpital et du service :

La ville de Chambéry compte 60 000 habitants, au sein d'une agglomération de 125 000 personnes ; elle est la préfecture du département de Savoie qui a une population totale de près de 380 000 habitants.

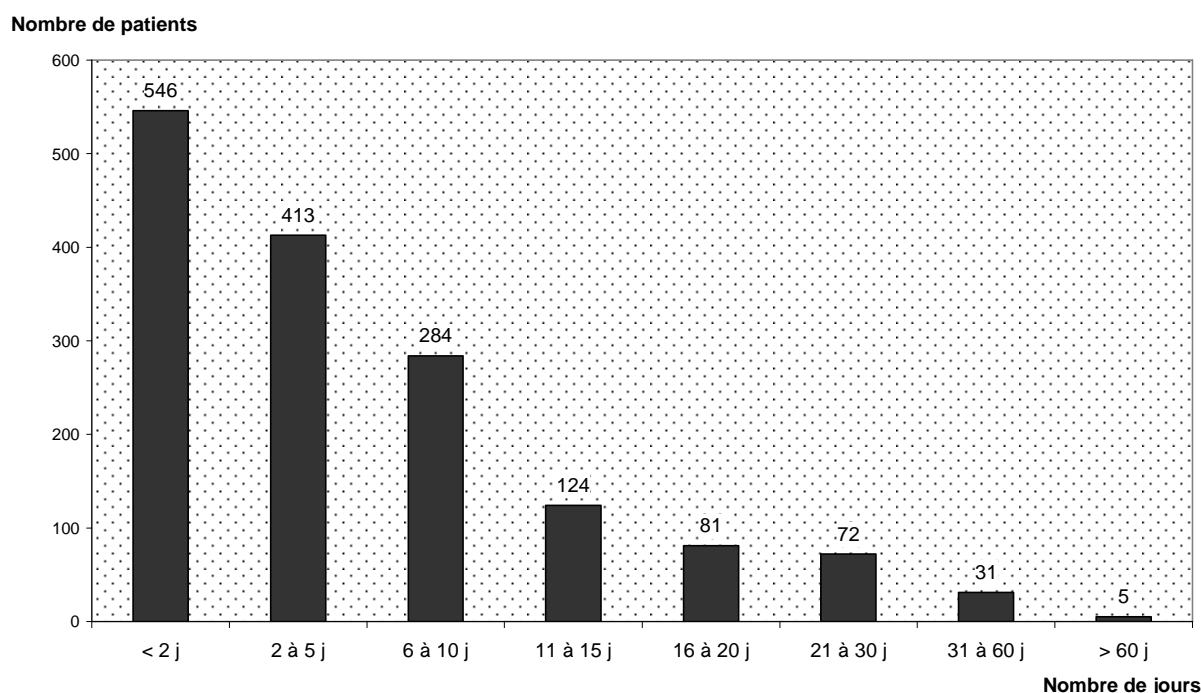
L'hôpital de Chambéry est un des 13 hôpitaux et cliniques polyvalents de Savoie (à Chambéry, Aix-les-Bains, Challes-les-Eaux, Montmélián, Albertville, Moutiers, Bourg-Saint-Maurice, Modane, Saint-Jean-de-Maurienne et Saint-Pierre-d'Albigny). Il compte 1 187 lits et places dont 469 en Médecine, 238 en Chirurgie, 66 en Gynécologie-Obstétrique et 414 lits en Long Séjour et Maison de retraite (données de 2008). En 2008, 2 620 personnes travaillaient à l'hôpital dont 300 médecins.

Le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) le plus proche est celui de Grenoble.

Le service de Pneumologie du Centre hospitalier de Chambéry est un service de Médecine spécialisée, orientation Pneumologie (Centre de référence en Savoie) et Oncologie thoracique. Il compte 37 lits (données 2008). Le service d'hospitalisation s'accompagne d'une activité de consultations, d'endoscopies et d'explorations fonctionnelles respiratoires.

En équivalents temps plein de personnel médical, le service dispose de 3 praticiens hospitaliers, 1 praticien contractuel et 4 internes ainsi qu'un mi-temps de praticien attaché (allergologie, tabacologie...). Outre une psychologue, on comptait (toujours en équivalents temps plein en 2008), 17 infirmières et 10 aides-soignantes.

En 2008, il y a eu 1 552 entrées dans le service, représentant 12 997 journées d'hospitalisation, avec une durée moyenne de séjour (DMS) de 8,37 jours.



**Figure 3 - Répartition des patients sortis par durée de séjour**

Les 1 552 admissions de l'année 2008 se faisaient parmi 1 303 patients distincts (dont 57 % d'hommes), âgés de 17 à 101 ans (médiane : 65,7 ans). Il y a eu cette année-là 94 décès, soit 6 % des hospitalisations.

Les 10 diagnostics principaux les plus fréquents en 2008 étaient les suivants (dans l'ordre décroissant) :

- "Respiration par la bouche" (= enregistrements nocturnes du sommeil) : 14 %. Ceci expliquant le grand nombre d'hospitalisations courtes (de moins de 2 jours).
- Insuffisance respiratoire aiguë.
- Soins palliatifs.
- Insuffisance respiratoire chronique obstructive.
- Pneumopathie bactérienne.
- Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon.
- Insuffisance ventriculaire gauche.
- Pneumopathie lobaire.
- Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures.

Cette présentation du service aurait pu être plus détaillée : on a montré que la présentation de l'activité d'un service pendant la période de survenue des événements analysés permet de mettre en rapport la fréquence des événements analysés avec la lourdeur de l'activité et de mieux les repérer<sup>12</sup>.

A l'hôpital de Chambéry, d'autres services ont mis en œuvre des Revues de Mortalité-Morbidité : service de Réanimation, réseau de Périnatalogie.

---

12. Hamby L.S., Birkmeyer J.D., Birkmeyer C., Alksnitis J.A., Ryder L., Dow R. Using prospective outcomes data to improve morbidity and mortality conferences Curr. Surg. 2000 ; 57 (4) : 384-388.



"Chaque chirurgien traîne derrière lui un petit cimetière, dans lequel il va prier de temps à autre, un cimetière d'amertume et de regrets, dans lequel il cherche la raison de ses échecs."

René LERICHE, chirurgien français

"Notre cimetière d'amertume et de regrets, c'est la Réunion de Morbidité et de Mortalité."

Leo GORDON<sup>13</sup>

---

13. **Gordon** Leo A. Gordon's guide to the surgical morbidity and mortality conference. 1994.

### III. Réunions de mortalité-morbidité (RMM) :

#### A. De l'erreur :

Ce chapitre reprend largement l'article de Leape, "L'erreur en Médecine"<sup>14</sup>.

Les médecins, mais aussi infirmières et pharmaciens, sont formés pour être consciencieux, tout en étant le plus efficaces possible. Pourtant, les erreurs sont fréquentes dans la pratique médicale (dans la pratique *hospitalière* pour dépasser le cadre des seuls médecins). Certaines revues d'autopsie<sup>15, 16</sup> ont montré des taux élevés (jusqu'à 40 %) d'erreurs de diagnostic ayant entraîné la mort.

Etant donné la nature complexe de l'exercice médical et la multitude d'actes dont un patient fait l'objet, un taux d'erreurs élevé peut ne pas paraître surprenant. Mais ce taux, même s'il était à 1 %, serait inacceptable dans d'autres secteurs d'activité comme l'aviation, le nucléaire, le courrier postal.

Il est donc curieux que de forts taux d'erreurs n'aient pas suscité plus de questions et, partant, d'efforts pour les prévenir, tant de la part des soignants que de la part de la société. Parce qu'elles surviennent de façon dispersée, une à la fois et dans des endroits différents, les erreurs médicales ne sont pas rapportées dans les journaux (sauf cas spectaculaire) comme les catastrophes atteignant de nombreuses personnes en un évènement ponctuel. Du point de vue des soignants, les erreurs médicales responsables de conséquences graves pour le patient ne sont pas le quotidien des médecins et infirmières et sont donc perçues comme des événements rares. D'autre part, la plupart des erreurs n'entraînent pas de dommages pour le patient. Mais la raison principale pour laquelle les soignants n'ont pas développé de politique de prévention des erreurs est culturelle : médecins et infirmières ont de grandes difficultés à réagir aux erreurs car leur formation leur a inculqué la nécessité d'être infaillibles. Par un syllogisme basé sur la charge (morale, éthique et légale) du médecin d'être responsable de son patient, celui-ci se sent responsable de *tout* ce qui peut lui arriver, y compris les erreurs survenant à ses dépens ; ce raisonnement fondé sur une responsabilité sans limites est démonté par le fait que le médecin n'a pas le pouvoir de contrôler tous les aspects de la prise en charge d'un patient.

Si on veut prévenir les erreurs, et le faire sans s'arrêter au dernier acteur précédant la survenue de l'erreur, il faut comprendre leur mécanisme de survenue. Reason, entre autres, a éclairci les modèles cognitifs de l'erreur humaine.

D'abord, la majeure partie du fonctionnement mental est automatique, se faisant rapidement et sans effort. Par exemple, réaliser un ensemble complexe de décisions et de manœuvres comme conduire sa voiture de chez soi à son bureau sollicite peu de pensées conscientes : ce processus automatique s'appuie sur un ensemble de modèles mentaux. Ces *schémas* sont appropriés pour des actes simples, ils servent brièvement, au moment où ils sont requis, traitent l'information rapidement et en parallèle, le tout sans effort conscient. Ces schémas

---

14. Leape. Error in Medicine. JAMA, December 21, 1994 – vol 272, No 23.

15. Shojania, Burton, McDonald, Goldman. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. JAMA 2003;289(21):2849-2856.

16. Sonderegger-Iseli, Burger, Muntwyler, Salomon. Diagnostic errors in three medical eras: a necropsy study. Lancet. 2000 Jun 10;355(9220):2027-31.

sont activés aussi bien par des pensées conscientes que des stimulus sensoriels, mais le fonctionnement induit est lui automatique.

A côté de ce processus de contrôle schématique, automatique et inconscient, existe un mode de contrôle conscient utilisé pour contrôler l'activité inconsciente ou pour résoudre un problème quand la pensée schématique n'a permis de le résoudre. A l'inverse de la rapidité du fonctionnement inconscient, la pensée consciente est lente, séquentielle, demandeuse d'efforts, et difficile à soutenir dans la durée.

L'activité mentale a été classée en 3 niveaux par Rasmussen et Jensen<sup>17</sup> : le premier niveau est basé sur les compétences, le deuxième sur des règles, et le troisième sur les connaissances. Le premier niveau correspond à des modèles de pensées et d'actions préprogrammés et largement inconscients (schémas). Dans le deuxième niveau, les solutions aux problèmes familiers sont régies par des règles enregistrées, du type "Si le problème est X, la réponse est Y". Le troisième niveau, ou pensée synthétique, est utilisé pour appréhender des problèmes nouveaux, nécessitant une analyse consciente et un savoir pré-requis.

Ces trois niveaux peuvent être mis en jeu simultanément, mais avec l'expérience et l'apprentissage, le mode de contrôle principal se déplace du niveau basé sur le savoir à celui fonctionnant selon les compétences, car l'expérience et la formation accroissent le répertoire de schémas et de règles utiles pour solutionner des problèmes. A ce sujet, un article qui pourrait relever plus de l'anecdote que d'une véritable étude montrait il y a quelques années qu'aux Etats-Unis les poches des blouses des médecins étaient d'autant plus remplies de carnets, livres et pense-bêtes qu'ils étaient plus jeunes : les étudiants n'avaient pas encore transformé leur savoir en savoir-faire.

Reason<sup>18</sup> et Rasmussen<sup>17</sup> ont classifié les mécanismes de survenue des erreurs selon les 3 niveaux décrits ci-dessus. Les erreurs basées sur les compétences sont des méprises : ces écarts dans le feu de l'action sont des dysfonctionnements de l'activité automatique. Par opposition, les erreurs basées sur les règles et le savoir sont des erreurs de la pensée consciente.

L'activité basée sur les compétences est donc automatique, appropriée à une activité routinière. Un écart survient lorsqu'il y a une rupture de la routine qui n'est pas détectée par le contrôle attentionnel ; c'est donc un acte involontaire causé par la distraction. Plusieurs types d'écarts existent. Dans celui de la capture, un schéma plus fréquent prend le dessus sur un autre similaire mais moins habituel : si la séquence d'action demandée est ABCFG au lieu de l'habituel ABCDE, la séquence finale DE risque d'être appliquée si l'attention (le contrôle conscient) ne s'exerce pas après l'étape C.

Un autre type de glissement est l'erreur de description dans laquelle l'action correcte est exécutée, mais sur le mauvais objet (par exemple : se verser de l'eau, mais dans son assiette au lieu de dans son verre). Les erreurs d'activation associative résultent d'associations mentales, comme décrocher le téléphone quand on sonne à la porte d'entrée. Enfin, les erreurs par perte d'activation sont des défaillances de la mémoire à court terme, comme entrer dans une pièce et ne plus se rappeler ce qu'on était venu y faire ; elles sont souvent dues à des interruptions.

---

17. **Rasmussen J, Jensen A.** Mental procedures in real-life tasks: a case study of electronic trouble-shooting. *Ergonomics*. 1974;17:293-307.

18. **Reason J.** *Human Error*. Cambridge, Mass: Cambridge University Press; 1992.

Une grande variété de facteurs peut détourner l'attention et favoriser la survenue d'écarts. Les facteurs physiologiques incluent la fatigue, le manque de sommeil, la prise d'alcool ou de médicaments, et la maladie. Les facteurs psychologiques comprennent une autre activité contemporaine (être occupé à faire autre chose) et des états émotionnels comme l'ennui, la frustration, la peur, l'anxiété ou la colère. Les facteurs psychologiques peuvent être liés à des facteurs externes, comme la surcharge de travail, les relations humaines, etc. Enfin, les facteurs environnementaux, comme le bruit, la température, ou l'excès de stimulus visuels peuvent causer des distractions aboutissant à des erreurs.

A côté des écarts, erreurs basées sur les compétences, existent les méprises, basées sur les 2 niveaux suivants (règles et savoir).

Les erreurs basées sur les règles surviennent lorsqu'une mauvaise règle est choisie pour résoudre un problème, que la situation ait été mal appréhendée ou qu'une règle fréquemment utilisée se soit imposée par son caractère habituellement approprié mais soit inadéquate en l'espèce.

Dans les erreurs basées sur le savoir, la personne est confrontée à une situation nouvelle pour laquelle elle n'a pas de solution préprogrammée. On l'a vu, tout problème sortant de la stricte routine dépasse le niveau des schémas automatiques et requiert l'utilisation d'une solution basée sur les règles ou le savoir. Or les hommes, préférant par nature le modèle de reconnaissance à celui d'analyse, se biaisent à chercher une solution toute faite, c'est-à-dire une règle, plutôt que de faire l'effort d'une analyse faisant appel au savoir. Malheureusement, dans la recherche d'un modèle concordant, c'est parfois un mauvais modèle qui est retenu : par un biais de généralisation, la mémoire donne pour universel ce qui habituellement fonctionne. Paradoxalement, la mémoire peut aussi accorder une importance disproportionnée à un modèle de par sa rareté : ainsi, un cas exceptionnel mais marquant laisse une impression exagérée qui le fera resurgir plus facilement du fond de la mémoire. Un autre biais est celui de la disponibilité, c'est-à-dire la tendance à utiliser la première information qui vient à l'esprit. Le biais de confirmation est la tendance à rechercher une preuve qui confirme une hypothèse précoce de travail mais qui ignore les données qui sont en contradiction avec elle. Il se rapproche de l'excès de confiance qui est la tendance à croire en la validité de la stratégie adoptée et à se focaliser sur la preuve qui la favorise.

Au total, la complexité du fonctionnement mental, sa dépendance vis-à-vis de nombreux facteurs et les inévitables manques d'informations font que les erreurs sont fréquentes. Les erreurs du premier type (écarts) sont les plus fréquentes, puisque la majeure partie du fonctionnement mental est automatique, mais le taux d'erreurs dans les processus basés sur le troisième niveau (savoir) est plus important.

Après avoir détaillé les mécanismes cognitifs de survenue des erreurs, Reason a différencié les erreurs par leur façon de se concrétiser : les erreurs latentes sont celles dont les effets sont différés, par opposition aux erreurs actives, dont les effets se manifestent immédiatement. Mais les accidents résultent rarement d'un seul type d'erreur, mais typiquement d'une combinaison d'erreurs latentes et actives, et l'analyse d'un accident ne doit donc pas s'arrêter à sa cause immédiate (le dernier acte effectué avant la survenue de l'accident proprement dit) mais s'attacher à rechercher aussi ses causes plus profondes, souvent présentes depuis longtemps dans l'environnement dans lequel est survenu l'accident.

Les efforts de prévention des accidents doivent donc rechercher et se *focaliser* sur les causes profondes : ne prétendre empêcher que l'acte précédant immédiatement l'accident est inefficace car d'autres erreurs, imprévisibles et variées, ne manqueront pas de se produire si les causes sous-jacentes ne sont pas corrigées. Mais il faut garder à l'esprit que si l'on peut diminuer la probabilité de survenue des erreurs, on ne pourra jamais les empêcher totalement à cause de la complexité de leurs mécanismes d'apparition. Il faut donc prévoir, dès la conception d'un système (qu'on parle d'un avion ou d'un hôpital), que des erreurs surviendront et comment les corriger : des systèmes de contrôle assureront l'évaluation de la situation en temps réel, des tampons absorberont les éventuelles erreurs commises, et la redondance assure - par un doublement des mécanismes et des instruments critiques - qu'une défaillance n'entraînera pas la perte totale de la fonction en cours.

Sur le plan humain, l'organisation du travail vise à simplifier les tâches pour minimiser leur partie reposant sur les aspects cognitifs les plus fragiles (mémoire à court terme, planification, résolution de problèmes). La standardisation des procédures (protocoles) réduit les erreurs en favorisant le modèle de reconnaissance, celui que les humains utilisent le plus efficacement. On peut aussi "forcer les fonctions", c'est-à-dire rendre impossible d'effectuer une action si une condition préalable n'a pas été remplie (comme l'impossibilité dans une voiture de passer une vitesse si la pédale d'embrayage n'est pas enfoncée). Enfin, les tâches doivent idéalement être aisément réversibles, ou difficiles à réaliser lorsqu'elles ne sont pas réversibles.

On l'a dit, l'aviation comme l'industrie nucléaire ont appliqué ces principes de prévention des accidents, ce qui n'est pas (pas encore ?) un objectif principal de la pratique hospitalière. Comme expliqué ci-dessus, les RMM et autres systèmes d'analyses des erreurs ne doivent pas s'en tenir à une approche à courte vue du problème en ignorant les causes profondes de l'accident. Ceci permettrait de convaincre les décideurs - s'il en était besoin - que des erreurs sont inévitables et qu'il faut améliorer le système pour les prévenir ou les contenir, en dépassant l'approche habituelle qui est de s'appuyer sur la capacité des personnes à ne pas faire d'erreurs plutôt que d'assumer qu'ils en feront inévitablement.

Dans le même esprit, il faut prendre en compte les accidents sans conséquence (*near-miss*) et donc les signaler. Pour cela, il faut dépasser le stade du signalement-punition ; l'industrie aéronautique l'a fait dès 1975 en mettant en place un système confidentiel et garantissant l'immunité de signalement des infractions à la sécurité, l'Air Safety Reporting System, organisme non répressif de collecte des erreurs et de diffusion des connaissances tirées de ces erreurs.

L'attitude face au problème de l'erreur en médecine doit faire l'objet d'une révolution culturelle en posant comme principe que les erreurs sont inévitables, car liées à toute activité humaine. Elles doivent être acceptées comme une preuve des défauts du système, pas comme les défauts de ses intervenants. A partir de ce constat, le système doit faire l'effort actif de découvrir, prévenir et absorber les erreurs, en recherchant dans le même temps les précurseurs psychologiques évoqués ci-dessus.

Pour découvrir les erreurs, il faut changer l'état d'esprit qui regarde toute analyse comme une recherche des responsabilités personnelles. Cette mutation permettra de développer une systématisation d'analyse des erreurs à tel point que leur recherche et leur signalement deviendront une pratique de routine. Sur le point pédagogique aussi, les jeunes médecins doivent voir conforter l'adage "*primum non nocere*", qui leur enseigne qu'une pratique sûre est aussi importante qu'une pratique efficace.

Pour prévenir les erreurs, plusieurs mécanismes, basés sur les principes énoncés ci-dessus, peuvent être utilisés. D'abord, concevoir le travail en minimisant le recours aux activités cognitives les plus faillibles (mémoire à court terme, attention prolongée). Check-lists, protocoles et informatisation remplissent aussi cet objectif. La standardisation de ces protocoles est une condition de leur efficacité. Ensuite, une information claire, accessible et présente aux endroits adéquats est importante ; l'informatisation en est là aussi le bon exemple quand elle est mobile.

Le système doit offrir une capacité de résistance aux erreurs qui viendront de toutes façons à être commises : pour les tâches critiques en particulier, l'utilisation de fonctions de forçage est utile. Un logiciel de prescription informatisé peut par exemple empêcher qu'on prescrive un médicament auquel le patient est allergique, ou n'autoriser la prescription d'une association déconseillée qu'après avoir accusé la lecture de l'alerte du logiciel.

Mais comme il est impossible de prévenir toutes les erreurs, des tampons doivent être inclus dans chaque système pour absorber les erreurs avant qu'elles puissent causer un dommage aux patients. Au minimum, des instruments de contrôle doivent permettre d'identifier les erreurs suffisamment tôt pour en éviter leurs conséquences.

Enfin, les conditions de travail doivent être conçues pour créer un environnement sûr en repérant et supprimant les précurseurs psychologiques et les facteurs environnementaux.

## B. Les revues de morbi-mortalité :

Les revues d'analyse de dossiers sont apparues avec la naissance des hôpitaux universitaires modernes. Coldman, un chirurgien du Massachusetts General Hospital au début du XX<sup>e</sup> siècle, développa un système de résumé et de revue systématique des faits advenus aux patients, en particulier les éventuelles erreurs survenues<sup>19</sup>. Cette démarche provoqua la défiance de ses collègues mais finalement inspira les règles de pratique hospitalière édictées par l'American College of Surgeons en 1916, puis la création en 1935 à Philadelphie de l'Anesthesia Mortality Committee qui fut un précurseur des RMM modernes par son but énoncé d'analyser les décès liés à l'anesthésie, en particulier les dossiers dans lesquels une erreur était suspectée, et d'évaluer si l'issue était évitable ou pas<sup>20</sup>. Ce comité choisit de faire une revue systématique des dossiers quand il s'avéra que les praticiens concernés par un décès étaient réticents à présenter de façon volontaire et spontanée les dossiers concernés. Cette revue avait déjà comme buts l'enseignement par la discussion entre pairs (pas seulement les anesthésistes, mais aussi des chirurgiens et des internistes) et l'amélioration de la qualité de la pratique hospitalière.

Les revues de mortalité ont ensuite tenu une grande part dans l'enseignement des spécialités chirurgicales et depuis 1983 aux Etats-Unis, les revues de mortalité et de morbidité font partie de la formation obligatoire des chirurgiens<sup>21</sup>.

Une Revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins (définition de l'HAS). C'est-à-dire qu'elle a pour finalité l'amélioration continue de la qualité des soins et leur sécurisation.

*"Qui aurait pu causer un dommage au patient"* : les revues de morbi-mortalité ne concernent donc pas ce qu'on signale comme évènements indésirables dans les services de soins et permet de dépasser ce cadre strict d'évènements *indésirables* pour analyser aussi les cas relevant de l'évolution *naturelle* de la maladie (aussi bien ses complications que les décès).

Par extension, si on considère que le décès d'un patient est la complication ultime de sa maladie, on se doit d'analyser les autres complications survenues et par la même approche analytique d'en rechercher les éventuelles causes et les éventuelles erreurs et défaillances survenues dans sa prise en charge.

"Erreurs", "défaillances" : s'agit-il de juger, de rechercher un coupable ? Justement non : la RMM, tout en recherchant de tels dysfonctionnements, s'abstient de désigner un coupable. Ce n'est pas le rôle qu'elle s'est fixé, premièrement ; et deuxièmement, on a montré que sanctionner l'élément ayant provoqué l'incident n'élimine pas les dysfonctionnements du système<sup>22</sup>. Reason a modélisé cette association de défaillances actives (celles d'individus en première ligne qui par leurs gestes ou leurs décisions provoquent l'incident) et de défaillances

---

19. Liu V. Error in Medicine: The Role of the Morbidity & Mortality Conference. Ethics Journal of the American Medical Association. 2005;7; n° 4.

20. Ruth HS. Anesthesia study commissions. JAMA. 1945;127:514-517.

21. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Surgery.

22. Chopard P, Mabboux M. Analyse des incidents en médecine : nouvelles perspectives et analyse de cas. Rev médicale suisse. n° 2346.

latentes (celles du système qui ont facilité la survenue de l'incident et/ou en ont amplifié les conséquences)<sup>23</sup>.

Cette analyse prend en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. Elle permet, selon l'HAS, en réfléchissant collectivement sur les prises en charge réalisées :

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

Pour être efficace, la RMM se doit de rappeler qu'il s'agit d'une analyse et d'un dispositif d'apprentissage, et non d'un jugement. Il s'agit d'évaluer les faits et non de rechercher un responsable. Ce caractère non culpabilisant permet d'assurer son caractère collectif (par la présence d'un maximum d'acteurs du service), sa capacité d'analyse de tous les éléments du dossier, sa volonté d'apprentissage collectif et sa force de propositions (par la présence encore d'un grand nombre de soignants). Dans cet ordre d'idée, les documents relatifs à une RMM sont anonymes et ne peuvent contenir aucun document nominatif issu notamment du dossier patient. Evidemment, toutes les personnes qui assistent à ces réunions sont tenues au secret professionnel.

La Revue de mortalité et de morbidité est ainsi (HAS) une méthode permettant :

- l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles.
- le perfectionnement des connaissances grâce au retour d'expérience réalisé.
- l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- la maîtrise et la gestion des risques (méthode *a posteriori*).

Ce type de réunion revêt donc un triple intérêt :

- intérêt pédagogique en favorisant l'accroissement des connaissances grâce au retour d'expérience réalisé. La revue de morbi-mortalité constitue un dispositif d'apprentissage par l'erreur, destiné aussi bien aux étudiants qu'aux seniors (formation continue). Pour Orlander<sup>24</sup>, "apprendre par l'erreur et faire face à l'erreur sont au centre du métier de médecin".
- intérêt éthique en se préoccupant du service rendu au patient grâce à la réflexion menée sur les conséquences des actes réalisés.
- action structurante sur les équipes en mettant en place une organisation réactive et apprenante entre les professionnels de santé.

---

23. Reason J. Human error. Cambridge, MA : Cambridge University press, 1992.

24. Orlander JD, Barber TW, Fincke TG. The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error. Acad Med 2002 Oct;77(10):1001-6.



### A éviter absolument<sup>25</sup> :

- n'analyser que les situations exceptionnelles.
- commencer les RMM dans une ambiance conflictuelle.
- choisir des événements qui se sont produits dans d'autres services ou présenter les cas sans l'accord des personnes concernées et/ou en leur absence.
- chercher un coupable, des responsables, juger ceux qui ont fait des erreurs, les mettre en cause personnellement.
- réaliser une analyse des causes, sans disposer d'une chronologie précise des faits.
- s'arrêter à la " première histoire ", à l'erreur évidente, au non-respect d'une règle.
- ne pas prendre de décision de prévention.
- entreprendre une analyse de cas, alors qu'une enquête de police est engagée. De même, il convient de suspendre l'analyse d'un cas lorsqu'il apparaît que celui-ci fait l'objet d'une enquête. L'analyse pourra être reprise après sa clôture, même si cela induit un délai de plusieurs mois et donc obligatoirement une perte de précision, dans les faits.

### Facteurs de succès<sup>25</sup> :

- un accent mis sur les actions de prévention et de récupération des erreurs.
- des mesures visibles proposées, dès les premiers cas.

La pratique des RMM fait partie des méthodes décrites par la HAS pour valider l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des médecins fixée par l'article 98 de la loi du 9 août 2004, et par le décret du 14 Avril 2005. La mise en place des RMM s'inscrit aussi dans la certification des établissements de santé (V2 de l'accréditation) puisqu'elles répondent à la référence 45 du second manuel d'accréditation des établissements de santé.

---

25. **Pibarot M.-L., Papiernik E.** Optimiser la sécurité du patient : revues de mortalité-morbidité. Les guides de l'AP-HP. Assistance publique – Hôpitaux de Paris, 2006.

"Rien ne reste tant fixé dans notre mémoire que ce que nous avons manqué."

Cicéron

## IV. Méthodes :

Cette étude rétrospective porte sur 421 dossiers, soit autant d'évènements survenus entre le 26 octobre 2006 et le 31 décembre 2010 (4 ans et 3 mois). Ces dossiers sont constitués par les fiches d'Analyse des complications mortelles et morbides de l'équipe de Pneumologie – Oncologie thoracique du Centre Hospitalier de Chambéry.

### A. Présentation des fiches :

Tenant sur 2 pages, il s'agit de formulaires nominatifs, mais le nom du patient disparaîtra à l'issue de leur rédaction pour anonymiser l'outil qui en découlera. Chaque fiche est articulée en trois parties.

#### 1°) La première partie correspond à la description de l'évènement analysé :

##### a) D'abord, l'évènement en soi : 4 catégories sont possibles :

- décès survenant durant l'hospitalisation ou durant les 8 jours suivant la sortie.
- transfert imprévu en Réanimation.
- réhospitalisation imprévue dans les 48 heures suivant la sortie.
- autre complication (à préciser).

##### b) Deuxièmement, les circonstances de survenue : 5 catégories sont proposées :

- cancer évolutif, hors soins palliatifs.
- soins palliatifs.
- insuffisance viscérale terminale (pulmonaire, cardiaque, hépatique, rénale ou cérébrale).
- défaillance multi-viscérale.
- présence de facteurs aggravants.

##### c) Ensuite, la description proprement dite de l'évènement, en quelques lignes.

##### d) Enfin, les interrogations relatives aux modalités de prise en charge.

#### 2°) L'avis de l'équipe :

a) On évalue si l'évènement est lié plutôt à la pathologie du malade ou aux pratiques et à l'organisation. La complication est ensuite estimée inévitable ou potentiellement évitable.

b) Si des causes ont été identifiées, on les classe en 4 catégories possibles (matériel, milieu/environnement, méthode/organisation, autre).

c) Ceci permet de proposer, pendant la réunion, des solutions au(x) problème(s) soulevé(s).

#### 3°) Le suivi des actions correctrices :

Dans le cas où l'évènement a été jugé potentiellement évitable, le dossier continue d'être analysé pour rechercher d'autres causes, et apporter des recommandations. Enfin, une solution est soumise, et les moyens pour y arriver sont précisés.



Avis de l'équipe en date du : ... / ... / ...

**Nature de l'événement :**

**Evénement plutôt lié à la pathologie**

Toutefois, l'analyse de l'événement a permis d'identifier des dysfonctionnements :

Oui  Non Si oui, décrire lesquels dans la partie « Causes identifiées »

**Evénement plutôt lié aux pratiques et organisation**

Préciser les dysfonctionnements dans la partie « Causes identifiées »

**Ne sait pas**

Evénement estimé : inévitable  potentiellement évitable

**Causes identifiées :**

**Matériel**

Si oui, précisez :

Solution(s) proposée(s) :

**Milieu / environnement**

Si oui, précisez :

Solution(s) proposée(s) :

**Méthode / organisation**

Si oui, précisez :

Solution(s) proposée(s) :

**Autre**

Si oui, précisez :

Solution(s) proposée(s) :

*(Anonymiser ce formulaire à l'issue de cette étape)*

**Suivi des actions correctrices**

Se reporter au tableau de suivi des actions correctrices

**Conclusion et clôture du dossier en séance du : ... / ... / ...**

Document(s) joint(s) : CRH  CR de réanimation  Support de présentation  Autre

**Figure 5 - Fiche RMM (verso)**

## B. Présentation des réunions :

Les réunions se tiennent à un rythme mensuel. Y participent les médecins du service, (y compris les internes), le cadre infirmier du service, infirmières et aides-soignantes. Les présents émargent sur un registre (la RMM est un moyen pour les médecins de valider leur EPP).

C'est le médecin référent des RMM qui écrit la 2<sup>e</sup> partie.

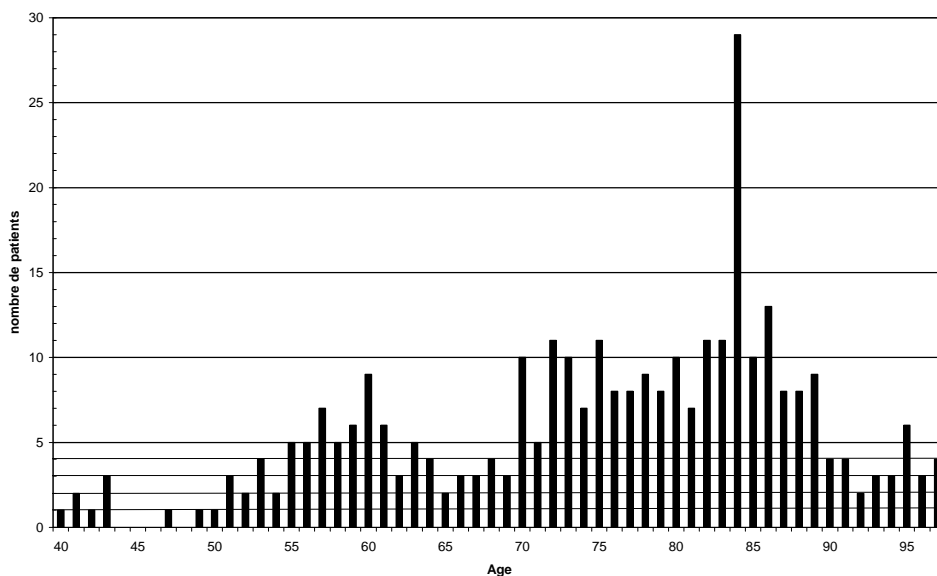
"Les erreurs font partie de la vie. C'est la réponse qu'on leur oppose qui est importante."

Nikki GIOVANNI  
(écrivain américain contemporain)

## V. Résultats :

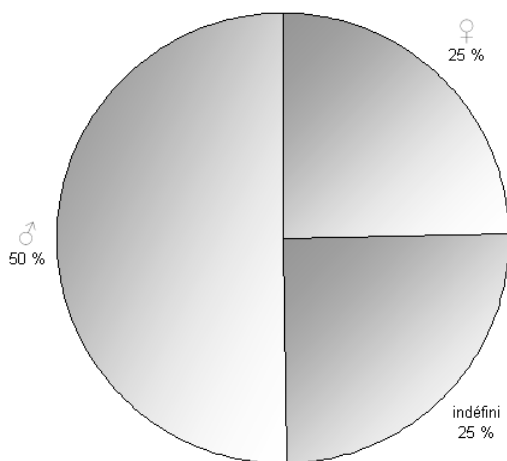
### A. Données générales :

L'âge moyen des patients est de 75 ans (médiane = 78 ans). L'intervalle d'âge s'étend de 40 à 97 ans.



**Figure 6 – Répartition des patients selon l'âge.**

105 fiches ne précisent pas le sexe du patient. Les 316 autres se répartissent en 67 % d'hommes et 33 % de femmes.



**Figure 7 – Répartition par sexe.**

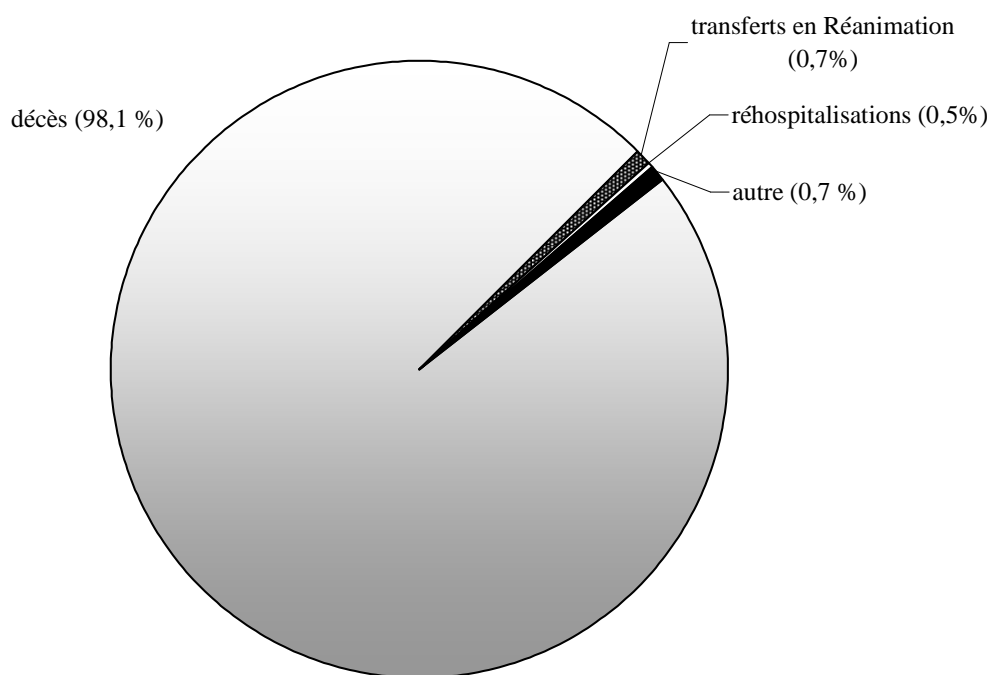


## B. Les évènements :

- décès	413	98,10 %
- transferts imprévu en Réanimation	3	0,71 %
- réhospitalisations précoces	2	0,48 %
- autre	3	0,71 %
<hr/>		
Total	421	100 %

**Tableau 1 – Répartition des évènements**

Cette répartition peut être représentée ainsi :



**Figure 8 - Répartition des évènements.**

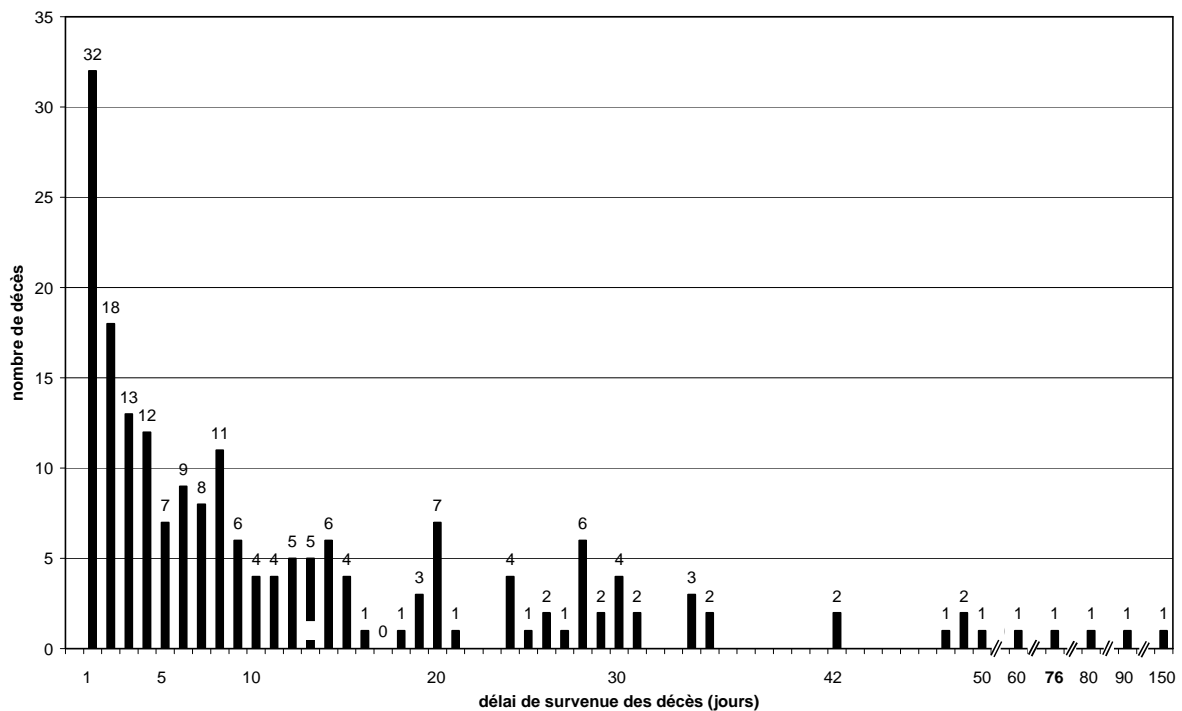
Sans surprise, les décès constituent l'écrasante majorité des évènements analysés.

Trois cas seulement de transfert imprévu en Réanimation : deux concernent des complications d'un traitement, et le troisième est une erreur d'orientation d'un patient au stade palliatif de son cancer.

Les réhospitalisations précoces représentent 0,5 % des cas.

Trois cas n'appartiennent pas aux 3 premières catégories : il s'agit pour le premier d'un décès dans un autre établissement où le patient avait été transféré pour la réalisation d'un acte spécialisé. Ce décès dans les 2 jours suivant la sortie du service de Pneumologie aurait dû être classé dans la catégorie "Décès". Le deuxième cas est une panne matérielle ayant compromis la conduite thérapeutique pour un patient. Le troisième dossier concerne la constitution d'un hématome, sous traitement anticoagulant curatif, lors du retrait d'un cathéter central ; ceci a motivé une transfusion et entraîné une prolongation de l'hospitalisation, mais pas le décès du patient.

La moyenne du délai de survenue des décès est de 13 jours après l'admission, avec la répartition ci-dessous (**Fig. 9**). Ce délai est plus court en présence de facteur(s) aggravant(s) (9,5 j) qu'en leur absence (15,6 j). Ce délai est aussi plus court pour les décès jugés évitables (3,6 j) que pour ceux jugés inévitables (13,8 j). De même, pour les décès pour lesquels on a retenu une interrogation de prise en charge, le délai de survenue du décès est plus court (7,3 j) que dans le cas contraire (13,9 j).



**Figure 9 – Délai de survenue des décès.**

### C. Les circonstances :

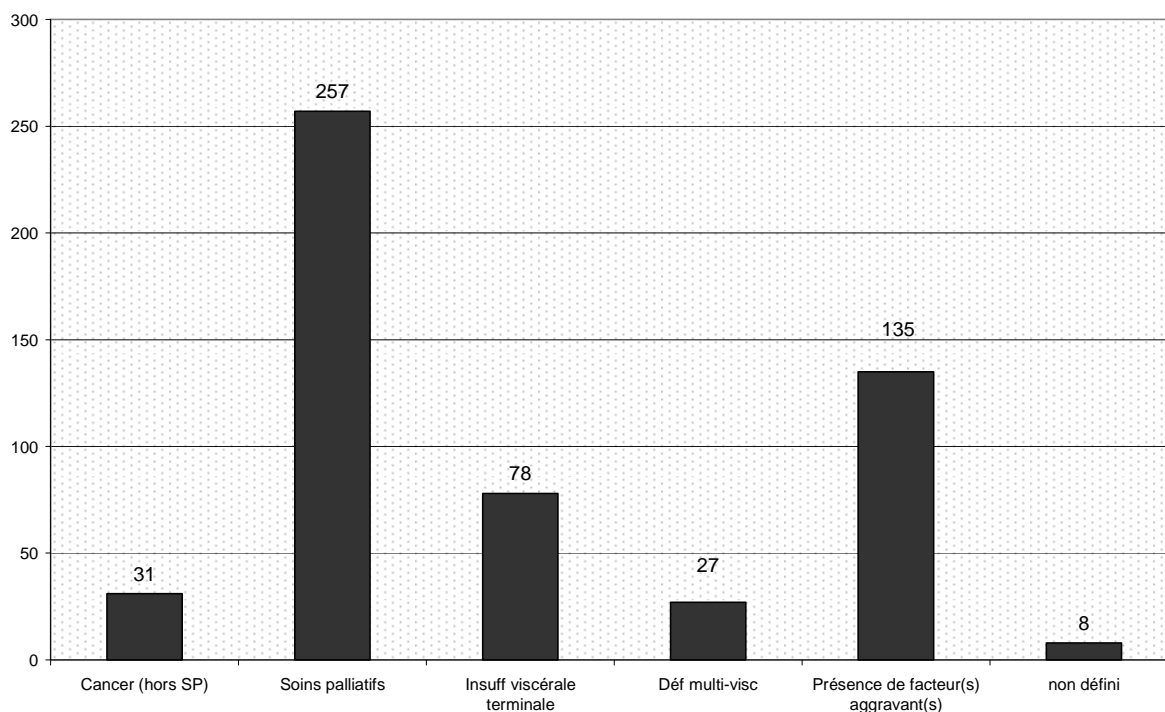
Les 5 catégories de circonstances de survenue des événements analysés sont réparties comme suit :

- cancer (hors soins palliatifs)	31	7,36 %
- soins palliatifs (SP)	257	61,05 %
- insuffisance viscérale terminale (insuff visc Tle)	78	18,53 %
- défaillance multi-viscérale (DMV)	27	6,41 %
- présence de facteur(s) aggravant(s) (F. aggr)	135	32,07 %
- non précisé	8	1,90 %

Total : > 100 % en raison de la possibilité de circonstances associées ; c'est le cas de 25,4 % des dossiers.

**Tableau 2 - Répartition des circonstances de survenue.**

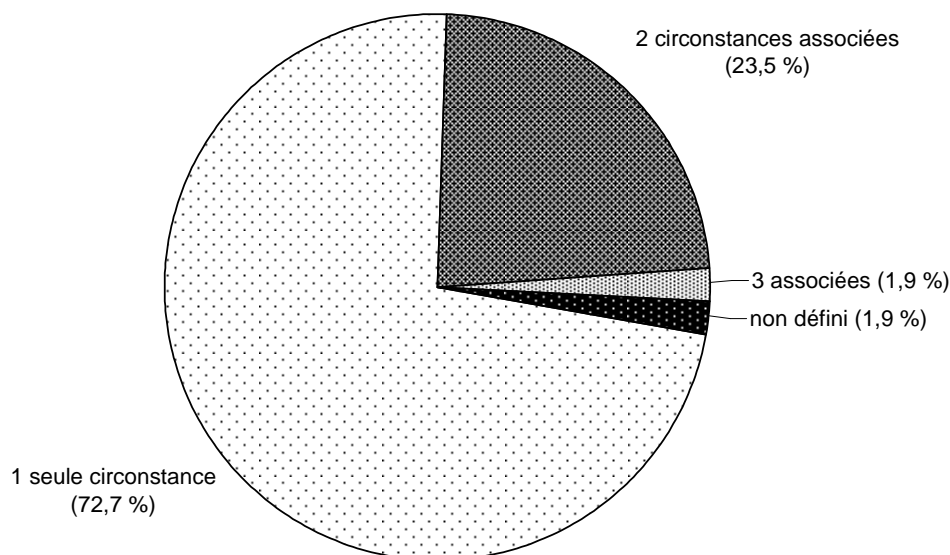
Cette répartition peut être représentée ainsi :



**Figure 10 - Répartition des circonstances**

1°) Les circonstances pathologiques peuvent être isolées ou associées :

Pour 25,4 % des dossiers (107 fiches sur 421), les circonstances sont multiples (2 ou 3) :



**Figure 11 - Répartition du nombre de circonstances.**

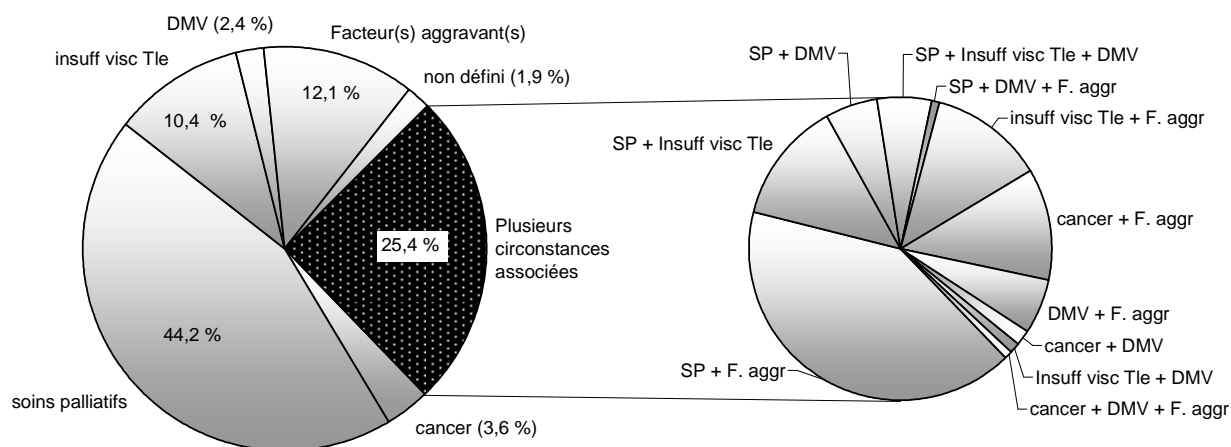
2°) Répartition des cas d'associations de circonstances :

Les circonstances de survenue des événements analysés sont réparties comme suit :

- cancer (hors SP) uniquement	15	3,56 %	du total
- soins palliatifs uniquement	186	44,18 %	
- insuff visc Tle uniquement	44	10,45 %	
- déf multi-viscérale uniquement	10	2,38 %	
- présence de facteur(s) aggravant(s) uniquement	51	12,11 %	
- non défini	8	1,90 %	
- SP + F. aggr	44	10,45 %	
- SP + Insuff visc Tle	14	3,33 %	
- SP + DMV	6	1,43 %	
- SP + Insuff visc Tle + DMV	6	1,43 %	
- SP + DMV + F. aggr	1	0,24 %	
- insuff visc Tle + F. aggr	13	3,09 %	
- cancer + F. aggr	13	3,09 %	
- DMV + F. aggr	6	1,43 %	
- cancer + DMV	2	0,24 %	
- insuff visc Tle + DMV	1	0,24 %	
- cancer + DMV + F. aggr	1	0,24 %	
<b>Total</b>	<b>421</b>	<b>100 %</b>	

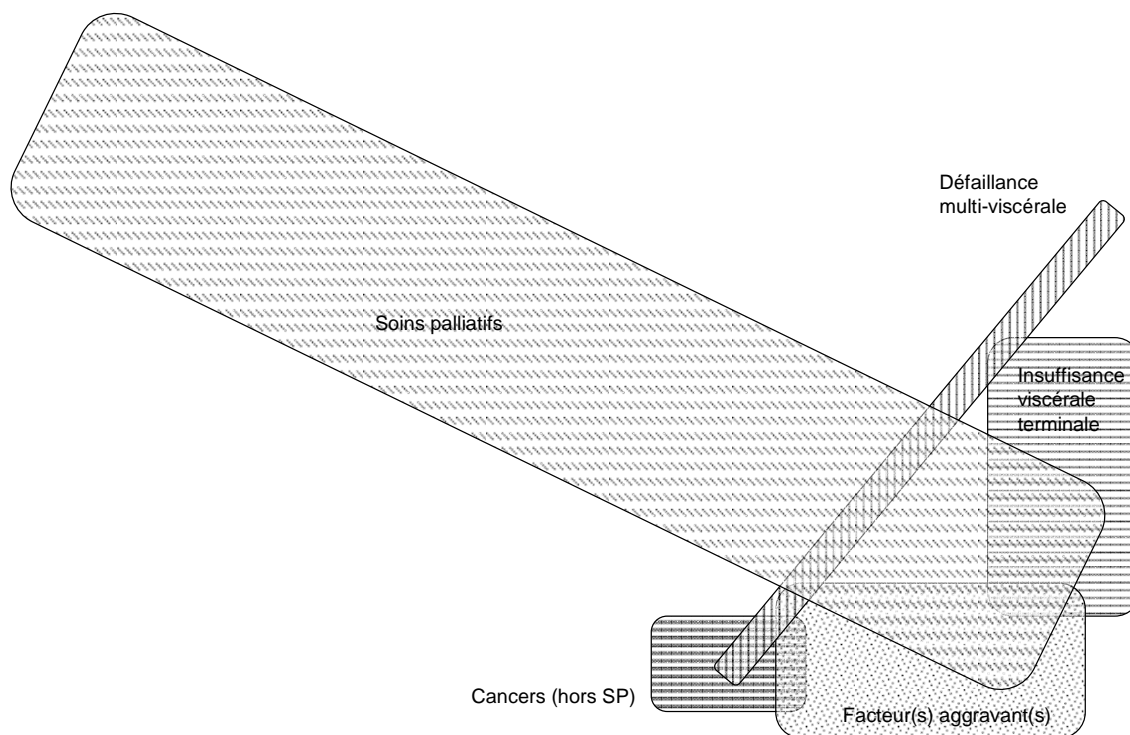
**Tableau 3 - Répartition des cas d'associations de circonstances**

Cette répartition peut être exprimée sous la forme du graphique suivant :



**Figure 12 - Répartition des cas d'associations de circonstances**

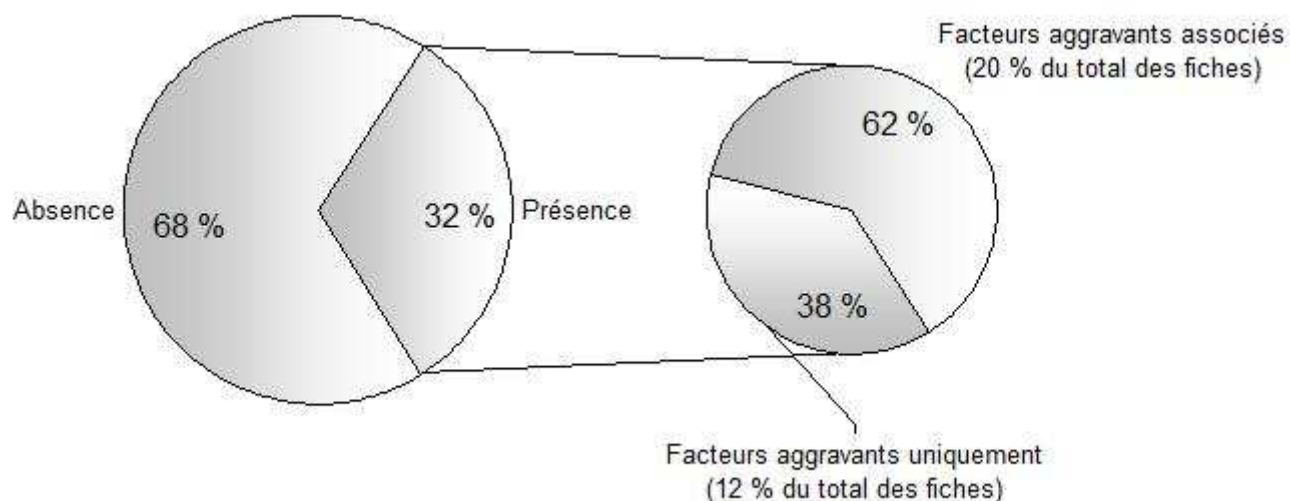
Cette intrication de plusieurs types de circonstances est représentée par le schéma suivant, dans lequel les aires sont proportionnelles au nombre de cas (**Fig. 13**) :



**Figure 13 – Intrication des différentes circonstances.**

### 3°) Cas particulier des facteurs aggravants :

La présence de facteurs aggravants est fréquente (un tiers des dossiers), seule (51 cas) ou associée à d'autres circonstances (84 dossiers) :



**Figure 14 - Facteurs aggravants**

### D. Répartition des cas d'insuffisance viscérale terminale :

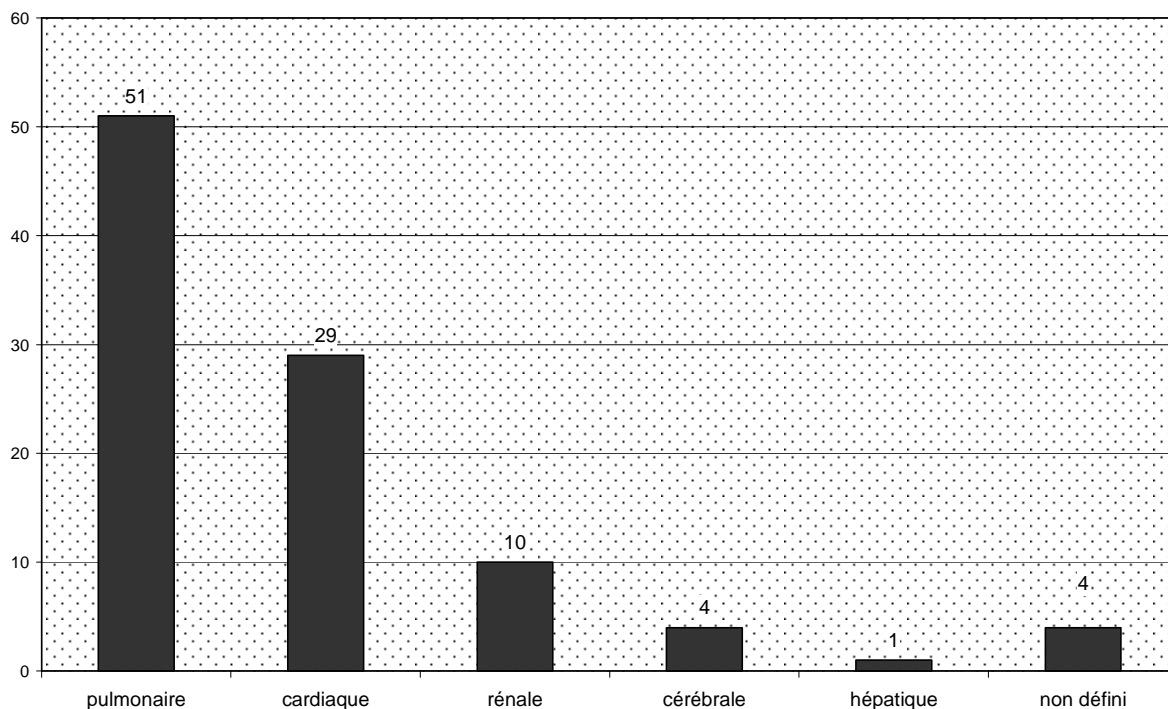
La catégorie de circonstance "Insuffisance viscérale terminale" compte 78 dossiers (18,5 % du total).

- pulmonaire	51	65,4 %
- cardiaque	29	29,6 %
- rénale	10	11,4 %
- cérébrale	4	4,6 %
- hépatique	1	2,3 %
- non précisé	4	4,6 %
Total :		> 100 % en raison de la possibilité d'associations d'atteintes d'organe.

**Tableau 4 : répartition des cas d'insuffisance viscérale terminale**

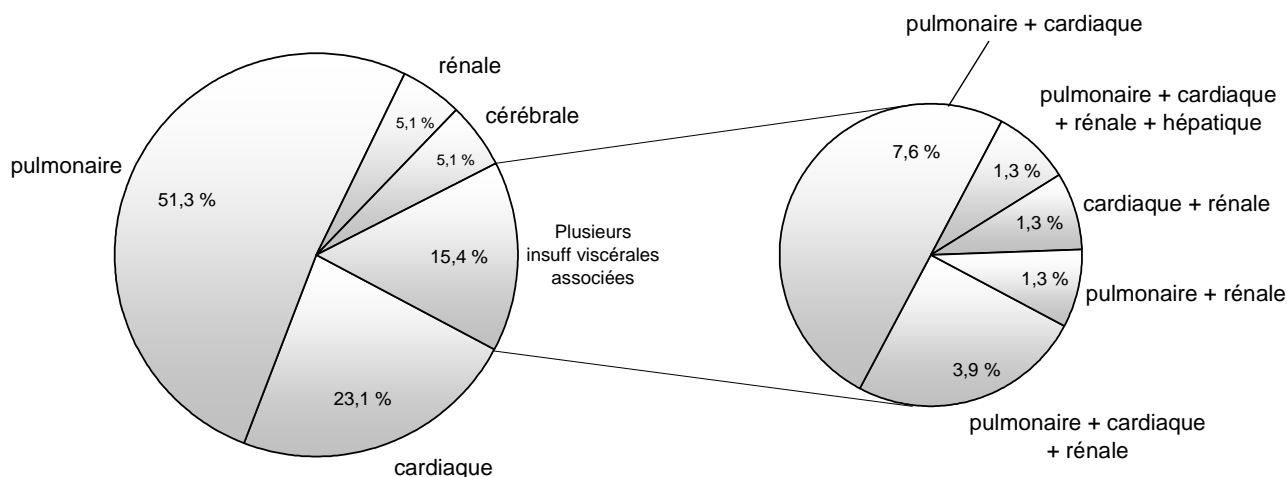
Les atteintes pulmonaires représentent deux tiers des cas (65,4 %). Dans 80 % de ces dossiers (40 dossiers sur 51), la défaillance pulmonaire ne s'accompagne pas d'une autre défaillance d'organe.

Quatre dossiers (4,6 % des cas d'insuffisance viscérale terminale) ne précisent pas quel est l'organe défaillant.



**Figure 15 - Répartition du nombre de cas d'insuffisance viscérale terminale.**

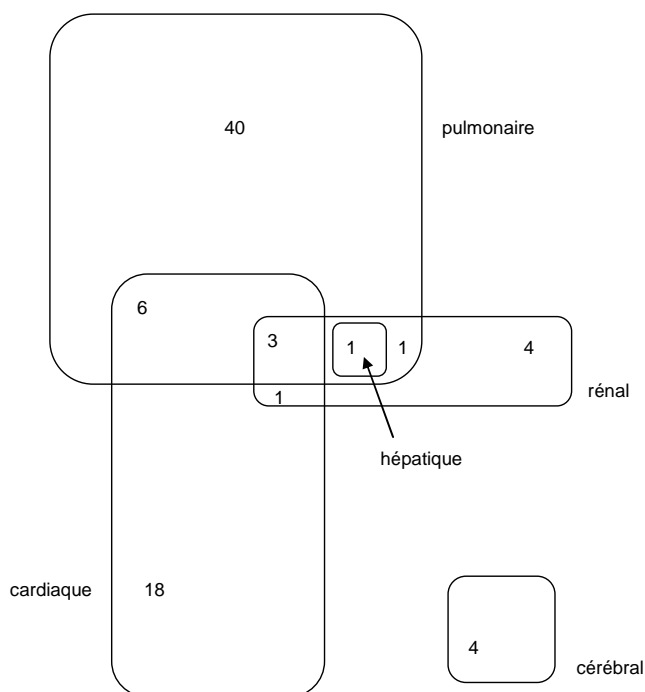
Les insuffisances viscérales peuvent concerner un appareil ou une association de plusieurs organes (**Figure 16 - Répartition et associations des cas d'insuffisance viscérale terminale 16**) :



(Les pourcentages sont exprimés en % des 78 cas d'insuffisance viscérale terminale).

**Figure 16 - Répartition et associations des cas d'insuffisance viscérale terminale**

Cette intrication de plusieurs types d'insuffisance viscérale est représentée par le schéma suivant, dans lequel les aires sont proportionnelles au nombre de cas (indiqués en leur sein) :



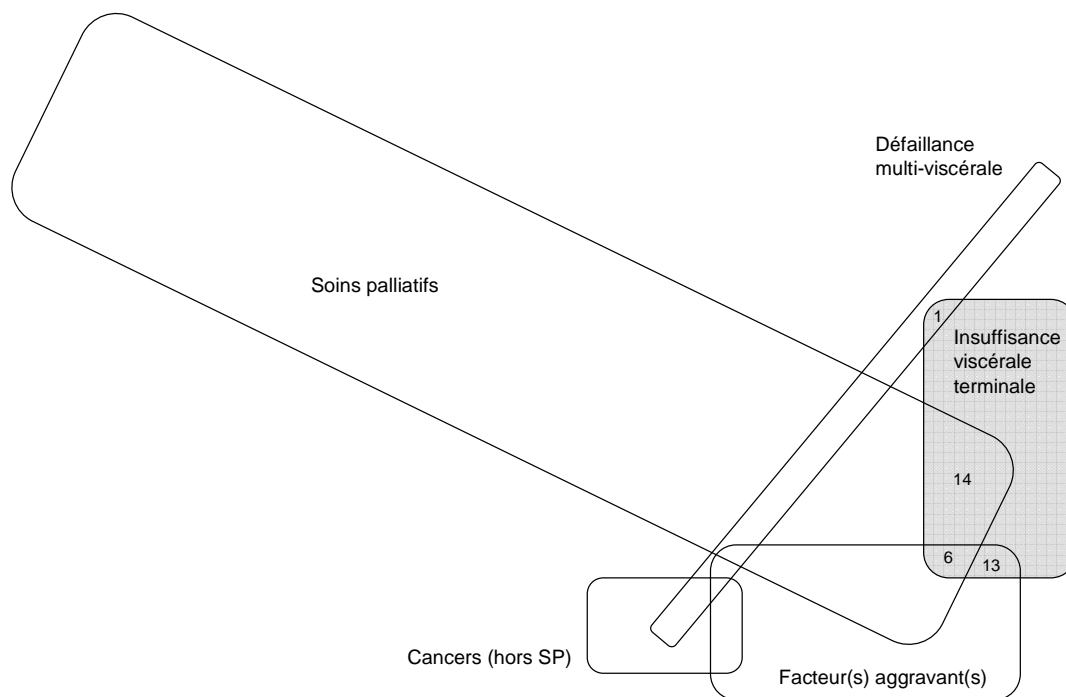
**Figure 17 - Intrication des cas d'insuffisance viscérale terminale**

Pour un peu plus de la moitié (44 sur 78, soit 56 %) des dossiers dans lesquels une insuffisance viscérale terminale est retenue comme circonstance, elle est la seule circonstance retenue.

Dans les 34 autres cas (44 % des dossiers d'insuffisance viscérale terminale), cette circonstance est associée à une ou plusieurs autres (**Fig. 18**) :

- Insuffisance viscérale terminale + Soins palliatifs uniquement : 14 cas (3,3 % de l'ensemble des 421 dossiers).
- Insuffisance viscérale terminale + Facteurs aggravants uniquement : 13 cas (3,1 %).
- Insuffisance viscérale terminale + Soins palliatifs + Facteurs aggravants : 6 cas (1,43%).
- Insuffisance viscérale terminale + Défaillance multi-viscérale : 1 cas (0,24 %).





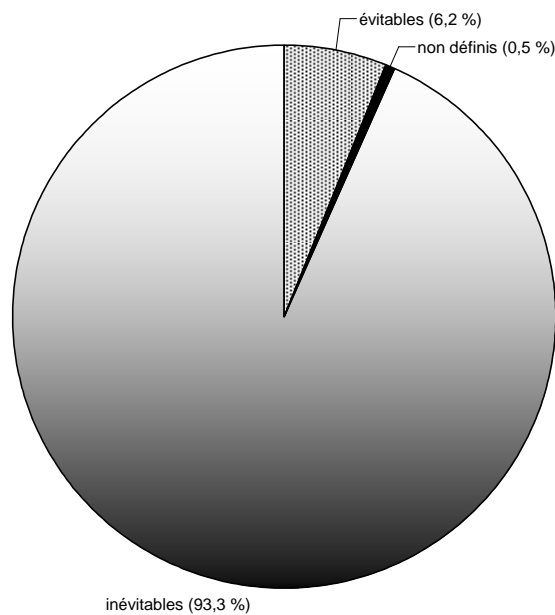
**Figure 18 – Intrication des cas d'insuffisance viscérale terminale.**

#### E. Description des faits :

Toutes les fiches comportent une description des faits. Le caractère succinct de cette description n'empêche pas pour un observateur extérieur, c'est-à-dire n'ayant pas connaissance du dossier médical, de comprendre quel a été le problème survenu.

#### F. Conclusions des fiches et propositions de solutions :

93,3 % des événements relevés en RMM ont été jugés inévitables (393 dossiers sur 421). Pour 26 dossiers, l'issue a été jugée évitable (6,2 % du total). Pour 2 dossiers (0,5 % du total), l'analyse n'a pas permis de conclure si l'événement aurait pu être évité.



**Figure 19 – Répartition des évènements évitables ou non.**

En ce qui concerne les décès évitables ou non, leur répartition selon les circonstances est la suivante :

Décès	inévitables	évitables	indéfinis
cancers (hors SP)	27	4	0
Soins palliatifs	252	3	0
Insuffisance viscérale terminale	73	2	0
Défaillance multi-viscérale	21	6	0
Facteurs aggravants	121	12	0
Non défini	4	1	2

G. Suivi des actions correctrices :

Au stade où ont été analysées ces fiches de RMM, 7 formulaires sur les 26 (soit un quart) portant sur un évènement jugé évitable comprennent la notion d'un suivi.

parmi →	tous décès	décès ♂	décès ♀	décès avec facteurs aggravants	décès sans facteurs aggravants
pourcentage de décès inévitables	94,67 %	94,76 %	96,12 %	90,98 %	96,43 %
pourcentage de décès évitables	4,84 %	4,76 %	3,88 %	9,02 %	2,86 %
pourcentage de décès indéfinis	0,48 %	0,48 %	0 %	0 %	0,71 %

parmi les décès avec →	cancer (hors SP)	soins palliatifs	insuffisance viscérale terminale	défaillance multi-viscérale	avec interrogation de prise en charge	sans interrogation de prise en charge
pourcentage de décès inévitables	87,10 %	98,82 %	97,33 %	77,78 %	68,18 %	97,83 %
pourcentage de décès évitables	12,90 %	1,18 %	2,67 %	22,22 %	27,27 %	2,17 %
pourcentage de décès indéfinis	0 %	0 %	0 %	0 %	4,55 %	0 %

**Tableau 5 – Répartition des décès évitables ou non.**

"Si l'erreur est humaine, le propre de l'homme est aussi de trouver des solutions"

William C. RICHARDSON\*

\* Richardson William C. To err is human: building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC, National Academy Press, 1999.

## VI. Discussion :

### A. Les évènements :

- décès	413	98,10 %
- transferts imprévu en Réanimation	3	0,71 %
- réhospitalisations précoces	2	0,48 %
- autre	3	0,71 %
Total	421	100 %

Les décès constituent la quasi-totalité des évènements survenus. Un décès, contrairement à une complication morbide, est un évènement qui peut difficilement souffrir d'un biais d'inclusion : un décès est ou n'est pas, il n'y a pas de latitude d'appréciation dans sa définition. Et ses conséquences en terme de gestion du dossier (certificat de décès, classement par les secrétaires) font qu'il ne peut pas être oublié d'être déclaré. Il n'y a donc pas de biais d'inclusion à type de sous-déclaration.

Cette remarque est valable pour les décès survenus dans le service ou dans l'enceinte de l'établissement. Elle n'est plus vraie pour des décès survenus à domicile ou dans un autre établissement, si la mort du patient n'a pas été portée expressément à la connaissance des médecins du service de Pneumologie.

A ce propos, il faut dire ici qu'à partir du 30 juin 2010, le délai de survenue d'un décès après la sortie du service a été ramené, pour pouvoir être retenu dans la RMM du service, de 8 jours à 2 jours.

A contrario, y a-t-il une sous-déclaration des évènements autres que les décès ? Non en ce qui concerne les transferts en Réanimation, facilement traçables. C'est moins vrai pour les réhospitalisations précoces qui sont peut-être sous-estimées car pas forcément connues des médecins (admission dans un autre service ou un autre établissement, non portée à la connaissance des médecins du service initial).

Reste tout ce qui est regroupé dans la catégorie "Autre" : 3 fiches sur 421 entrent dans cette dernière catégorie : 1 décès dans un autre établissement où le patient avait été transféré pour la réalisation d'un acte spécialisé. Ce décès dans les 8 jours suivant la sortie du service de Pneumologie aurait dû être classé dans la catégorie des décès (cf. supra). Le deuxième cas est une panne matérielle ayant compromis la conduite thérapeutique pour un patient. Le troisième dossier concerne la constitution d'un hématome, sous traitement anticoagulant curatif, lors du retrait d'un cathéter central ; ceci a entraîné une transfusion et causé une prolongation de l'hospitalisation, mais pas le décès du patient.

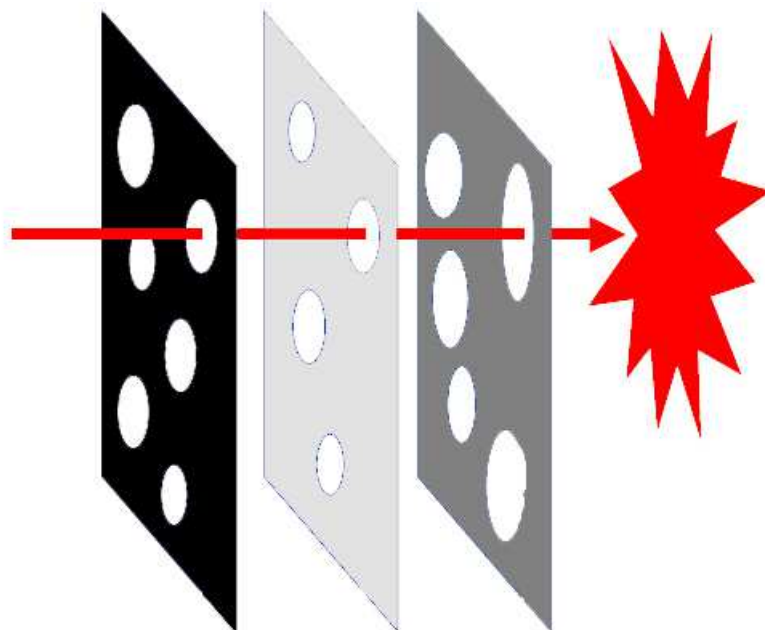
Le protocole d'organisation des RMM du service de Pneumologie de l'hôpital de Chambéry<sup>26</sup> dit que le signalement des évènements autres que ceux des 3 premières catégories est laissé à l'appréciation des professionnels du service. On peut suspecter un biais d'inclusion (sous-déclaration), comme le laisse craindre leur faible nombre (2 cas sur 421 dossiers

---

26. Organisation des revues d'analyse des complications mortelles et morbides survenant dans le service de Pneumologie du Centre hospitalier de Chambéry.

analysés, si on ne compte pas le cas de décès survenu après mutation hors du service). Faut-il inclure tous les événements indésirables, et à partir de quel degré de conséquences pour le patient ? Les événements indésirables ont leur propre système de déclaration mais ils incluent des événements qui ne sont parfois pas en rapport direct avec le patient mais ont trait au fonctionnement du service. Par exemple, une chute sans gravité est-elle un événement à signaler ? Non si elle est sans conséquence, diront certains. Quelles conséquences faut-il retenir, diront d'autres : douleurs ? Fracture ? Appréhension à la marche ? Oui, diront les derniers, car ça aurait pu être plus grave : on touche ici à ce que on appelle les "near-miss".

Il s'agit des événements ou situations potentiellement pourvoyeurs de complications, mais qui dans les faits n'ont pas abouti à la survenue de la complication potentielle. L'accident a été évité, "ça n'est pas passé loin" : le Pr Papiernik appelle ces quasi-accidents des "échappées belles"<sup>25</sup>. Mais si la complication n'est pas survenue, elle ne peut pas, par définition, être incluse dans les événements retenus pour analyse en RMM. Pourtant, ces cas sont intéressants à analyser et potentiellement porteurs d'enseignements car leur récurrence est possible, le cas échéant jusqu'à la concrétisation de la complication inhérente. Leur analyse, avant d'attendre que la complication soit survenue pour en analyser a posteriori les causes, peut permettre d'éviter leur récurrence et donc leurs potentielles conséquences morbides pour le patient. En d'autres termes, c'est agir avant que toutes les étapes du modèle de Reason aient été franchies (**Figure 20** – Modèle du "fromage suisse" de Reason).



**Figure 20 – Modèle du "fromage suisse" de Reason**

25. Papiernik E, Pibarot ML. Optimiser la sécurité des patients : revues de mortalité-morbidité, à l'usage des médecins. 2006

Pour la Haute Autorité de Santé, une revue de morbi-mortalité doit inclure aussi, outre les décès et les complications avérées, les événements qui *auraient pu* causer un dommage au patient. On est bien dans le cadre de l'inclusion des situations à risque, sans qu'elles se soient traduites dans les faits par une complication. Ces situations sont difficiles à discerner, l'évènement péjoratif qui aurait pu en être la conséquence ne s'étant par définition pas produit. Cette remarque est encore plus vraie en médecine où le risque est une composante systématique de la prise en charge des patients, le médecin pesant le rapport bénéfice/risque de chacune de ses décisions.

Ainsi, comme l'écrit Vincent<sup>27</sup>, un acte raisonnable, adéquat peut apparaître a posteriori comme une erreur si une conséquence néfaste survient. De même, il est difficile de faire la distinction entre erreur et effet indésirable pour juger un même évènement. Brennan<sup>28</sup> aussi retrouve cette variabilité inter-individuelle pour classer un évènement comme indésirable ou pas. Dans le même ordre d'idée, un autre auteur, Cook<sup>29</sup>, a rapporté que la définition d'une erreur et le choix de quels types d'évènements devraient être retenus en étude de cas varie selon les catégories de soignants.

McCafferty a montré que l'inclusion des cas de "near-miss" donne du poids aux réunions d'amélioration de la qualité<sup>30</sup>. Le Pr Papiernik, fort de son expérience des RMM en Néonatalogie, est celui qui conclut le mieux en restant dans l'esprit non contraignant des revues de morbi-mortalité : le choix des événements à analyser ne peut pas être imposé de l'extérieur. Le service choisit selon ses propres critères, en gardant à l'esprit que les cas intéressants sont ceux qui ont trait à la sécurité du patient et susceptibles d'être améliorés par une modification des pratiques du service, ainsi que les dossiers à fort potentiel pédagogique<sup>25</sup>.

Il existe un exemple de sélection automatique, informatisée des cas à analyser en RMM : un service de chirurgie se base sur un logiciel qui sélectionne les dossiers dont la durée de séjour a été supérieure à celle attendue<sup>31</sup>. Cette méthode permet de ne pas sous-déclarer les événements répondant au(x) critère(s) d'inclusion, mais il faut que le critère en question ait été au préalable renseigné dans les dossiers ou traduit dans une valeur binaire reconnaissable par un système informatique : le risque de sous-déclaration apparaît alors pour tous les événements qui ne correspondent pas à un fait (choix binaire : s'est produit ou ne s'est pas produit) mais à un risque (par définition impalpable mais bien réel).

D'autres études ont montré que les RMM n'étaient pas un bon outil d'analyse épidémiologique des complications : beaucoup d'évènements échappent à leur recensement<sup>2,3,4,5</sup> mais comme le précisent Bal et al<sup>32</sup>, le but des RMM n'est pas d'être un

27. Vincent C, Simon R. Errors conference: executive summary. Academic Emergency Medicine. Nov 2000, Vol 7, N° 11.

28. Brennan T. Accidental Deaths, Saved Lives, and Improved Quality. N Engl J Med 2005; 353:13.

29. Cook AF, Hoas H- An error by any other name. Am J Nurs. 2004 Jun;104(6):32-43.

30. McCafferty MH, Addition of "near-miss" cases enhances a quality improvement conference. Arch Surg 2004;139(2):216-7.

25. Papiernik E. Optimiser la sécurité du patient : revues de mortalité-morbidité. Les guides de l'AP-HP, 2006.

31. Bréaud J. Impact d'une sélection automatisée des dossiers analysés en réunion de morbi-mortalité (RMM) sur l'amélioration de la prise en charge des patients en Chirurgie Pédiatrique. Arch Ped 2010;17:45.

2. Collectif. La situation du cancer en France en 2010. Institut national du cancer, nov 2010.

3. Remontet L, Estève J. Estimations nationales : tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1978 et 2000. BEH n° 41-42/2003: 190-3.

4. Eilstein D. Mortalité par cancer du poumon en France métropolitaine. Analyse de tendance et projection de 1975 à 2014. INVS 2005.

5. Le cancer dans les régions de France. Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. juin 2005.

32. Bal G, David S, Sellier E, François P. Intérêt des revues de mortalité et de morbidité pour la formation des médecins et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : revue de la littérature. Presse Med 2010; 39: 161-168.

outil de recensement mais un outil d'amélioration des pratiques, tant au niveau pédagogique (formation médicale) que pour la qualité des soins.

D'autre part, même si le recensement des complications était exhaustif, les études ont montré qu'il existe une forte disparité de fonctionnement des réunions de morbi-mortalité, certaines équipes préférant analyser tous les événements produits pour ne pas manquer de détecter des situations favorisant une complication, d'autres équipes privilégiant une présélection des cas à présenter lors de la revue pour en permettre une analyse la plus complète possible.

Concernant les circonstances retenues de survenue des événements, et le fait que les décès concernent presque 100 % (!) des cas, on peut discuter la qualité des indicateurs. Lombraïl<sup>33</sup> décrit trois types d'indicateurs de qualité. Les indicateurs de résultats (taux de mortalité, taux de complications) ont peu de puissance statistique car ils mesurent des événements rares. De plus, ils dépendent fortement de facteurs extrinsèques (recrutement du service, durée moyenne du séjour, réadmissions, transferts). Ils n'apportent pas de renseignements sur les éventuels dysfonctionnements de prise en charge des patients. Enfin, et pour ces raisons, ils sont difficiles à exploiter à des fins de comparaison entre différents services.

Le deuxième type d'indicateurs de qualité est constitué par les indicateurs de procédures, facilement traçables et donc exploitables. Les troisièmes indicateurs de qualité sont les indicateurs de structures, qui se rapportent aux ressources humaines, matérielles et financières. Si le niveau de moyens n'est évidemment pas synonyme de qualité, on peut penser que cela sous-tend la capacité d'une structure à remplir ses objectifs de soins.

Pour garantir que les réunions de morbi-mortalité restent du temps de réunion utile, l'équipe de Chambéry ne discute pas tous les décès en RMM, mais seulement ceux qui étaient évitables ou non attendus, et les cas où il y a eu un dysfonctionnement dans la prise en charge, aux yeux d'un des membres de l'équipe médicale ou paramédicale. Ceci permet de porter l'accent sur les incidents et accidents iatrogènes.

On peut redire ici que les RMM sont un lieu d'échange multidisciplinaire où sont évoquées des situations difficiles sans qu'il y ait forcément eu dysfonctionnement. En miroir de la question pragmatique "Qu'aurions-nous pu éviter ?" naît la question éthique "Comment aurions-nous pu mieux faire ?".

---

33. **Lombraïl P**, Naiditch M, Baubeau D, Cuneo P, Carlet J. Les éléments de la "performance" hospitalière ; les conditions d'une comparaison. Etudes et résultats ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; n°42, dec 1999.



## B. Les circonstances :

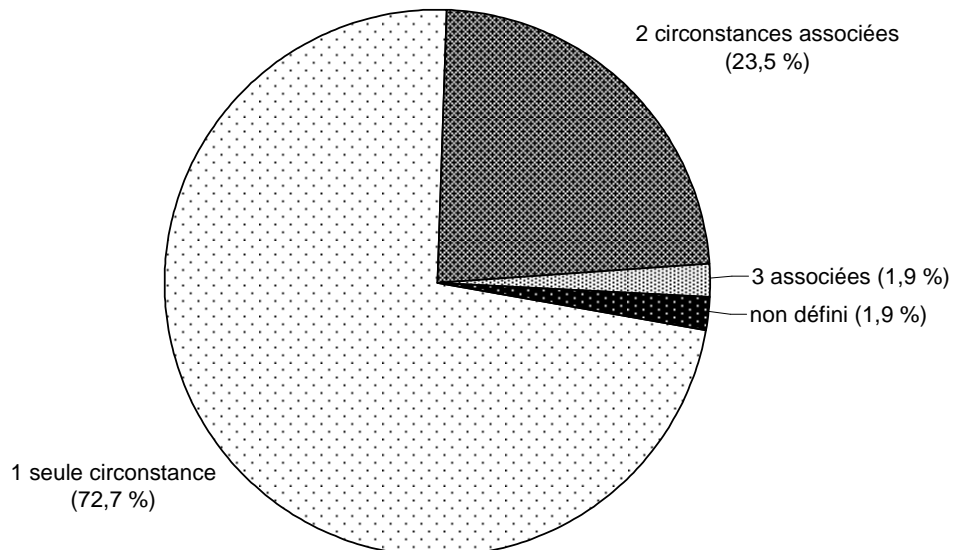
- cancer (hors soins palliatifs)	31	7,36 %
- soins palliatifs)	257	61,05 %
- insuffisance viscérale terminale	78	18,53 %
- défaillance multi-viscérale	27	6,41 %
- présence de facteur(s) aggravant(s)	135	32,07 %
- non précisé	8	1,90 %

Total : > 100 % en raison de la possibilité de circonstances associées ; c'est le cas de 25,4 % des dossiers.

**Tableau 6 : répartition des circonstances de survenue.**

### 1°) Répartition des circonstances :

Les circonstances pathologiques peuvent être isolées ou associées. Pour 25,4 % des dossiers (107 fiches sur 421), les circonstances sont multiples : le plus souvent deux circonstances associées (99 sur 421 dossiers), plus rarement trois (8 cas sur 421).



**Figure 21 - Répartition du nombre de circonstances.**

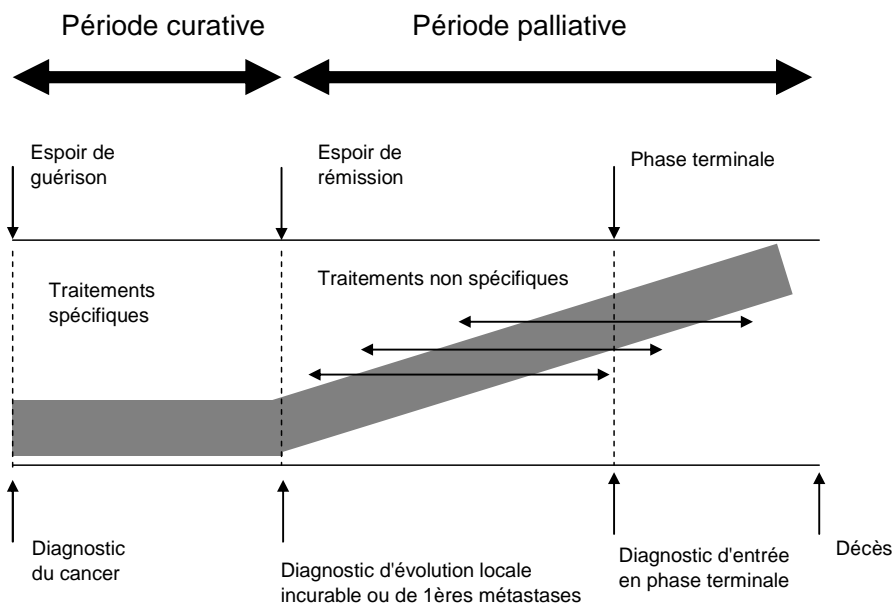
Ceci appelle plusieurs remarques. Les catégories proposées pour les circonstances de survenue des complications relevées se divisent en 5 propositions (hors l'item "Non défini"), qui peuvent être associées, mais pas toutes entre elles : "Cancer (hors soins palliatifs)" et "Soins palliatifs" sont définis comme exclusifs l'un de l'autre, comme "Insuffisance viscérale terminale" et "Défaillance multi-viscérale" l'une de l'autre.

Dans quelques fiches, il existait une association Cancer (hors soins palliatifs) + Soins palliatifs, ce qui ne devrait pas se produire puisque la première catégorie exclut la deuxième. La lecture de la description de l'évènement analysé a permis à chaque fois de retenir le bon item : il s'agissait toujours de Soins palliatifs d'une pathologie cancéreuse.

La présentation des circonstances à choisir sur la fiche de RMM peut expliquer cela : l'item "Cancer" est le premier proposé, précédant l'item "Soins palliatifs" : on peut avoir tendance, en cochant les cases, à choisir la première et à vouloir la compléter par la deuxième, alors que le choix de la deuxième ("Soins palliatifs") aurait dû interdire de retenir la première ("Cancer hors soins palliatifs").

De même, certaines fiches retenaient comme circonstance un cancer "hors soins palliatifs" alors qu'il s'agissait de Soins palliatifs comme le confirmait la lecture de la description du cas. La correction a été faite, pour ne pas sous-estimer la proportion de cas de "Soins palliatifs" au bénéfice des cas de Cancers non palliatifs, et par conséquent ne pas surestimer la proportion de cas de cancers non palliatifs parmi les décès évitables (20 %).

Cette confusion entre "Cancer" et "Soins palliatifs" peut être favorisée par un manque de clarté de ce que sont les soins palliatifs : si dans l'esprit du rédacteur de la fiche, les soins palliatifs sont synonymes de soins terminaux, cela entraîne une sous-estimation des cas de soins palliatifs au bénéfice des cas de "Cancer hors soins palliatifs", alors que le stade palliatif, en Oncologie, ne concerne pas que la phase terminale de la maladie, mais marque la séparation d'avec le stade curable dès lors que la maladie est métastatique (**Figure 22** – Périodes curative et palliative d'une maladie cancéreuse). C'est cette phase de transition entre la phase curable, guérissable de la maladie et sa phase terminale qui est mal comprise aussi dans la population courante car elle comprend elle aussi des soins actifs (chimiothérapie en particulier) alors que la maladie n'est plus guérissable, ces soins "lourds" étant motivés par un objectif de ralentissement de la maladie, d'amélioration des symptômes inconfortables et de prévention de l'apparition de nouveaux symptômes.



**Figure 22 – Périodes curative et palliative d'une maladie cancéreuse<sup>34</sup>**

Dans cette étude, les soins palliatifs ne sont pas entendus comme exclusivement liés à une maladie cancéreuse : certains dossiers côtés "Soins palliatifs" concernent des maladies chroniques non cancéreuses, mais à un stade évolué ou terminal, relevant de traitements symptomatiques et les faisant relever des soins palliatifs. Ces dossiers sont très minoritaires, ce qui permet de dire que la proportion de cas relevant d'une néoplasie ("Cancers (hors soins palliatifs)" + "soins palliatifs") s'élève à 68,41 % du total. Ceci s'explique par un biais de recrutement dû à la spécialisation du service en Oncologie.

Toutefois, l'existence de cas côtés "Soins palliatifs" pour des maladies chroniques évoluées non cancéreuses est redondante avec l'item "Insuffisance viscérale terminale" : par exemple, un cas d'insuffisance respiratoire chronique au stade terminal a été côté "Soins palliatifs" au lieu d' "Insuffisance viscérale terminale". L'inverse ne s'est pas produit. Ces quelques dossiers font mécaniquement sous-estimer la proportion des cas d' "Insuffisance viscérale terminale" au bénéfice des cas de "Soins palliatifs", mais dans une mesure négligeable vu le peu de dossiers concernés.

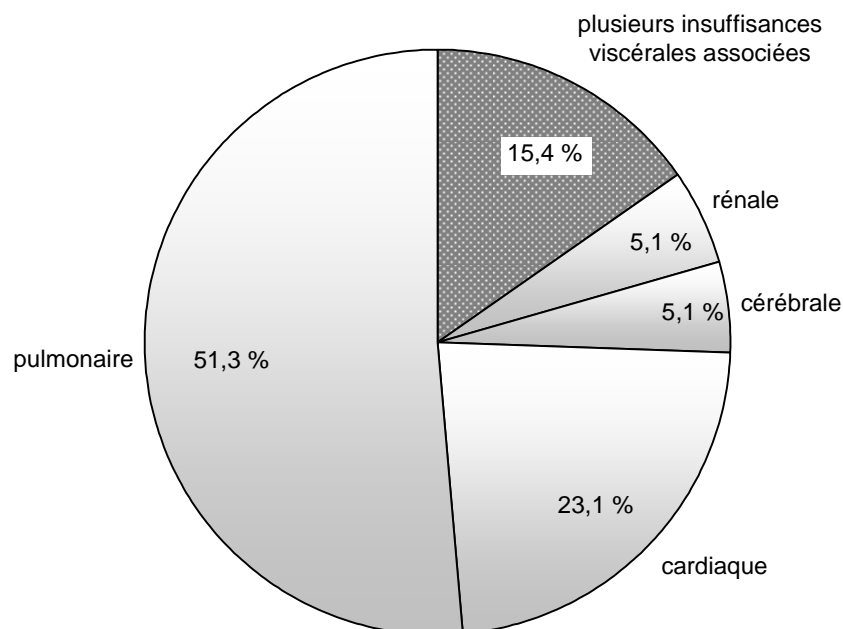
34. Laval G, Villard M-L. Recueil de pratique professionnelle en Soins Palliatifs. Equipe mobile de soins palliatifs du Centre hospitalier universitaire de Grenoble.

## 2°) Répartition des cas d'insuffisance viscérale terminale :

Soixante-dix-huit dossiers (18,5 % du total) comportent comme circonstance une défaillance d'organe au stade de l'insuffisance viscérale terminale. Mais pour 12 dossiers (15,4 % des cas d'insuffisance viscérale terminale), plusieurs atteintes d'organe sont associées (2 à 4 appareils pouvant être touchés) (**Fig. 23**) : le cas échéant, cela devrait faire basculer la circonstance de la catégorie "Insuffisance viscérale terminale" dans la catégorie "Défaillance multi-viscérale". Le pourcentage de dossiers avec "Insuffisance viscérale terminale" (18,5 % du total des dossiers) est donc surestimé aux dépens de la catégorie "Défaillance multi-viscérale" (6,4 %). Si on corrigeait cette erreur d'attribution, on obtiendrait :

- insuffisance viscérale terminale : 66 dossiers, soit 15,7 % du total des dossiers.
- défaillance multi-viscérale : 39 dossiers, soit 9,3 % du total.

Un dossier associe même comme catégories de circonstances une "Insuffisance viscérale terminale" et une "Défaillance multi-viscérale", ce qui est redondant pour la raison expliquée ci-dessus.

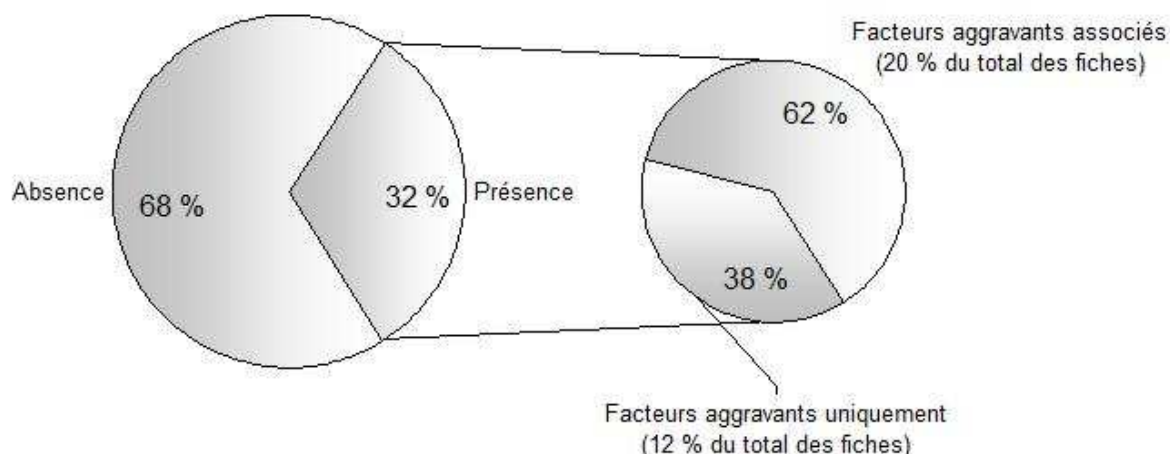


**Figure 23 – Association de cas d'insuffisance viscérale terminale**

Cette différence (18,5 % au lieu de 15,7 % pour les cas d'insuffisance viscérale terminale, et 6,4 % au lieu de 9,3 % pour les cas de défaillance multi-viscérale) apparaît négligeable. Les tableaux, analyses et graphiques ont été faits en maintenant cette "erreur", pour ne pas manipuler les données en notre possession. Mais ici aussi, comme pour la distinction "Cancers "hors SP" – "Soins palliatifs", il peut s'agir d'un argument pour proposer une relecture (une "correction" ?) des fiches après chaque réunion de Revue de Morbi-Mortalité.

Les atteintes pulmonaires représentent deux tiers des cas d'insuffisance viscérale terminale (65,4 %) : il existe évidemment un biais de recrutement, dû à la spécialisation du service en Pneumologie. Dans 80 % de ces dossiers (40 dossiers sur 51), la défaillance pulmonaire ne s'accompagne pas d'une autre défaillance d'organe.

### 3°) Cas particulier des facteurs aggravants :



**Figure 24 – Facteurs aggravants**

La présence de facteurs aggravants est fréquente (32,1 % des dossiers, soit un tiers), seule (12 % de l'ensemble des dossiers) ou associée à d'autres circonstances (20 % du total des dossiers).

Elle est néanmoins sous-estimée, à la lecture de la description des faits qui fait parfois apparaître des états tels qu'un sepsis, une altération sévère de l'état général alors que la case "Facteurs aggravants" n'est pas cochée.

Dans 12,1 % de l'ensemble des dossiers (51 cas sur 421), c'est la seule circonstance pathologique de relevée : cette proportion non négligeable devrait faire préciser en quoi consistent, le cas échéant, ces facteurs aggravants. En pratique (et alors que le formulaire en donne la possibilité), ce n'est presque jamais fait. Si cela était fait de façon plus régulière, cela permettrait d'identifier une ou des circonstances particulières qui gagneraient leur place de circonstances à part. En d'autres termes, on aurait mis en évidence de nouveaux facteurs de risques, et leur connaissance aurait un impact direct en termes de prévention.

### C. Description des faits :

Il faut noter à ce sujet l'analogie qu'on peut faire entre ces fiches d'analyse des complications et une observation médicale :

évènement survenu	↔	plainte, motif de consultation
circonstances	↔	antécédents
description	↔	anamnèse et examen clinique
interrogations	↔	hypothèses diagnostiques
conclusions	↔	diagnostic retenu
solutions proposées	↔	traitement proposé

#### D. Conclusions des fiches et propositions de solutions :

93,4 % des évènements relevés en RMM ont été jugés inévitables (393 dossiers sur 421). Cette "fatalité" peut expliquer que pour moins de 10 % seulement des dossiers discutés, une solution ait été proposée (36 dossiers sur 421). Pourtant, pour 16 évènements parmi les 421 jugés inévitables, une solution a quand même été proposée (16 sur 421, soit 3,8 %).

Pour 10 dossiers sur les 26 dont l'issue a été jugée évitable, il n'y a pas de proposition de solution : c'est peu en valeur absolue, mais représente plus du tiers (38,5 %) de ces dossiers, en proportion. On relève le même pourcentage de dossiers à la conclusion "évitable", mais sans interrogation de prise en charge. On espérait que pour tous ces dossiers, une solution ait été proposée. Néanmoins, c'est là que joue son rôle la 3ème partie de la fiche, celle de suivi des actions correctrices : l'analyse ne s'arrête pas à la fin de la réunion et les RMM sont l'outil qui permet d'analyser les faits (attitude rétrospective) pour se tourner vers l'avenir en visant l'amélioration de la qualité des soins (attitude prospective).

A noter que les cas de transfert en Réanimation ont été tous les trois jugés évitables. Un concerne une complication d'un acte technique (hématome au point de ponction avec déglobulisation), le deuxième une erreur d'administration médicamenteuse (heureusement sans séquelle) et la troisième un patient en soins palliatifs dont le pronostic n'aurait pas dû le faire muter en Réanimation. Pour chacun de ces 3 dossiers, une solution a été proposée à l'issue de la RMM.

Pour 2 dossiers (sur les 421), il n'est pas précisé si l'issue était jugée évitable ou pas, la cause de la mort étant incertaine. Si ces 2 dossiers ne comportent pas de proposition de solution, ils ont été définis comme comprenant des interrogations de prise en charge du malade.

#### E. Suivi des actions correctrices :

Au stade où ont été analysées ces fiches de RMM, 7 formulaires sur les 26 portant sur un évènement jugé évitable comprennent la notion d'un suivi.

Le suivi des dossiers ne concerne pas que les évènements jugés évitables : 6 évènements jugés inévitables ont fait l'objet d'un suivi. Autrement dit, la revue de morbi-mortalité ne limite pas l'analyse à la seule catégorie des évènements évitables. En effet, la première partie de chaque formulaire laisse la place aux interrogations relatives aux modalités de prise en charge : ce paragraphe peut nourrir une réflexion visant l'amélioration des soins et la prévention des complications survenues sans se reposer sur une quelconque "fatalité" des évènements jugés inévitables.

A Chambéry, l'équipe du Département d'information médicale et d'Evaluation médico-soignante (DIM-EMS) analyse chaque année les fiches de RMM du service et en fait un bilan dont les résultats sont transmis à l'ensemble de l'équipe.

## F. Comparaison avec d'autres RMM :

La recherche bibliographique en français et en anglais (PubMed, CISMeF et autres outils informatiques) n'a pas permis de trouver d'articles décrivant les pratiques ou les résultats de revues de morbi-mortalité effectuées dans d'autres services de Médecine, a fortiori dans des services de Pneumologie.

Non pas que ces revues n'existent pas, mais leurs résultats ne semblent pas avoir été publiés. On peut penser que la jeunesse des RMM en France explique ce délai avant que des résultats commencent à être publiés. On peut suspecter aussi une certaine réticence des professionnels à publier le résultat de leurs erreurs, surtout à l'heure où les comparatifs des hôpitaux à destinée du grand public s'ajoutent aux "palmarès des meilleurs services" dans les magazines.

Les disciplines qui publient le plus à propos de leurs revues de morbi-mortalité (sans que ce soit forcément leurs résultats) sont la Chirurgie et l'Urgence-Réanimation. Concernant la Chirurgie, il faut se rappeler que l'exercice d'analyse des erreurs est né parmi les chirurgiens (cf. historique) ; on peut penser aussi, sans être binaire, qu'en chirurgie une complication est évidente à déceler et donc à rapporter.

On a vu (cf. § VI. A., p. 46) qu'il existe aussi de grandes disparités dans le fonctionnement des RMM selon les services, certaines équipes retenant et analysant toutes les complications, d'autres effectuant une présélection des événements à analyser plus tard en conférence de morbi-mortalité.

La Haute Autorité de Santé se borne à préciser que l'organisation d'une revue de morbi-mortalité n'est pas définie par les textes mais doit se conformer "aux dispositions législatives et réglementaires existantes notamment en matière d'échange d'informations et de traitement des données". L'HAS retrouve elle aussi une grande diversité des modes d'organisation et de fonctionnement des RMM.

Ce manque d'éléments de comparaison est l'élément faible de cette thèse. Mais on peut voir le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié vide en considérant que ce travail peut constituer le premier élément de comparaison pour des travaux ultérieurs, ou donner la motivation à d'autres équipes de publier leurs résultats.

Par ailleurs, on peut considérer que ce manque de comparaison avec d'autres travaux est compensé par le fait que ce travail de thèse ait été confié à un membre *extérieur* au service de Pneumologie : ceci a permis d'avoir un œil plus facilement critique et, je crois, indépendant.

"La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive,  
l'expérience trompeuse, le jugement difficile."

Hippocrate



## VII. Conclusion :

La réalisation de Revues de Mortalité-Morbidité (RMM) a pour but d'améliorer les pratiques en analysant les événements que sont les décès et les complications liées aux soins. Ce travail pédagogique doit être fait en équipe sans être un lieu de jugement des actions individuelles mais les prémices d'une optimisation des organisations. Nous avons analysé le fonctionnement et les résultats des revues de morbidité et mortalité mises en place dans le service de Pneumologie & Oncologie thoracique de l'hôpital de Chambéry.

L'analyse porte sur 421 dossiers, représentant les 4 premières années de réunions (2006 – 2010). Une fiche standardisée est remplie pour chaque événement puis anonymisée.

Les réunions de morbi-mortalité du service de Pneumologie de Chambéry retiennent comme événements à analyser les décès, les transferts imprévus en Réanimation, les réhospitalisations précoces, et une catégorie "Autre". Les circonstances comprennent les cancers hors soins palliatifs, les soins palliatifs proprement dits, les insuffisances viscérales terminales, les défaillances multi-viscérales, et la présence ou non de facteurs aggravants.

La population analysée est âgée (75 ans en moyenne). Les cancers représentent 2 tiers des dossiers, hors phase palliative (7,4 %) ou au stade palliatif (61 %). On note 12 % de cas d'insuffisance respiratoire terminale, et 7 % de cas d'insuffisance cardiaque terminale.

Les décès représentent 98 % des 421 dossiers analysés ces 4 années. La catégorie "Autre" moins de 1 %. Puisque les transferts en Réanimation, et dans une moindre mesure les réhospitalisations, sont peu suspects de sous-estimation, il est probable qu'il existe une sous-déclaration d'autres complications. Dans le même ordre d'idée, une autre suggestion serait d'inclure les *near-miss*, ces événements qui auraient pu causer un dommage au patient (les "échappées belles" de Papiernik). La réflexion est alors la même : il est intéressant de signaler ce qui ne manquera pas de se reproduire, mais comment qualifier quelque chose qui dans les faits ne s'est pas réalisé en entier, et comment éviter d'alourdir le travail des soignants ?

Concernant les "Facteurs aggravants" parmi les possibles circonstances de survenue (avec seulement le choix "présence" ou "absence"), la fréquence non négligeable de cet item quand il est choisi comme unique catégorie devrait obliger à préciser explicitement de quel facteur aggravant il s'agit.

93 % des événements analysés durant ces 4 premières années de RMM en Pneumologie à Chambéry ont été jugés comme inévitables. Certains d'entre eux n'ont pas été clos pour autant et comprennent un suivi. La notion d'une interrogation portant sur la prise en charge du patient est une autre forme de poursuite de la réflexion, de refus du fatalisme même lorsque l'évènement survenu a été considéré comme inévitable.

Il faut signaler que 10 dossiers sur les 26 jugés "événement évitable" n'ont pas de proposition de solution ; 10 sur 26 non plus ne font pas mention d'interrogation sur la prise en charge du malade. Un outil informatique permettrait pendant la réunion de morbi-mortalité de ne pas oublier de remplir ces items.

Nous n'avons pas trouvé de références bibliographiques sur les RMM en Pneumologie, mais uniquement en Chirurgie et en Néonatalogie, avec lesquelles la comparaison est difficile car les populations sont très différentes. Avec la diffusion de la pratique des RMM en France, on peut penser que la littérature francophone va s'enrichir.

A l'issue de ce travail, cette revue des RMM du service suggère les propositions suivantes :

- inclure les *near-miss*.
- décrire les évènements classés "Autres".
- s'aider d'un outil informatique pour empêcher de retenir des circonstances exclusives les unes des autres, et pour rappeler de remplir la case "Suivi" quand on a retenu une interrogation sur la prise en charge et/ou le caractère évitable de l'évènement analysé.
- inclure le codage PMSI<sup>35</sup> pour favoriser l'exploitation statistique des fiches et ne pas sous-déclarer certaines circonstances (facteurs aggravants, insuffisance viscérale terminale, défaillance multi-viscérale).
- entreprendre un autre travail (nouvelle thèse ?) pour les dossiers du service analysés après 2010.
- faire un rappel systématique lors de chaque réunion de morbi-mortalité des actions de suivi en cours ; ceci peut inclure un rappel diagnostique ou thérapeutique.

Mots-clés : Revue de Mortalité et Morbidité, Evaluation des pratiques professionnelles, qualité des soins

---

35. PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, traduisant en données quantifiées et standardisées l'activité et les ressources des établissements de santé.

" Tenez compte des erreurs des autres ; seul, vous n'aurez pas le temps de toutes les accomplir..."

Federal Aviation Administration (USA)

## VIII. Résumé :

Les Revues de Mortalité et Morbidité (RMM) sont une analyse des décès et complications liées aux soins, faite par les médecins et soignants du service concerné. Leur but est de révéler et analyser des dysfonctionnements ou des erreurs, mais pas de déterminer des fautes ou de rechercher des responsables. L'anonymisation des fiches issues du dossier médical et leur séparation de ce dossier nominatif garantit que leur utilisation ultérieure servira à l'analyse du système de prise en charge du patient et pas à juger les actions de soignants donnés envers un patient donné. Les RMM ont par ailleurs un rôle pédagogique et traduisent une volonté d'amélioration des pratiques et de la qualité des soins.

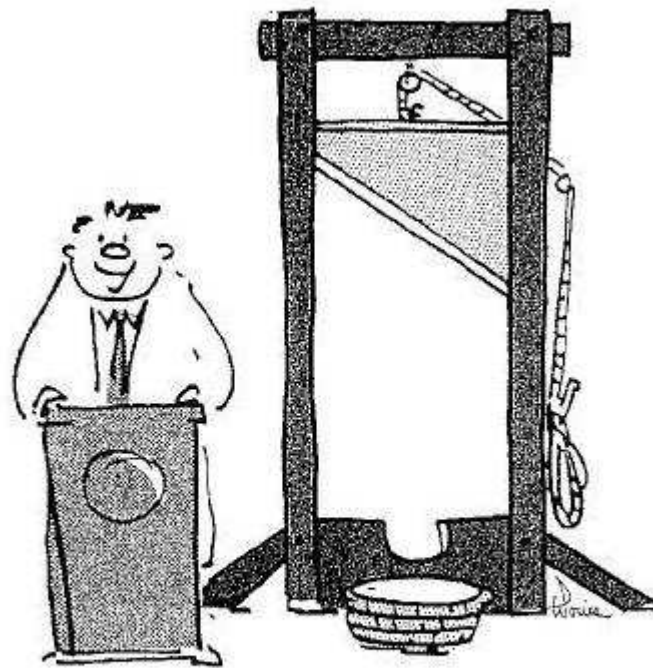
Cette thèse a analysé les 421 dossiers présentés pendant les 4 premières années de RMM dans le service de Pneumologie & Oncologie Thoracique de l'hôpital de Chambéry.

Il s'agit en quasi-totalité de décès (98 %), correspondant pour les deux tiers à des pathologies cancéreuses, en majorité au stade palliatif. Il existe peut-être une sous-déclaration des événements autres que les décès : le type de complications retenues (décès, transferts imprévus en Réanimation, réhospitalisations précoces ou "autre") est déterminé au préalable par l'équipe mais cette thèse propose d'en élargir le registre ou de mieux les préciser. De même, on suggère l'utilisation d'un outil informatique et/ou du codage PMSI des diagnostics pour améliorer le renseignement des fiches et l'exploitation statistique des résultats. Ceci pourrait faire apparaître de nouvelles catégories de complications à prendre en compte.

Les insuffisances respiratoires et cardiaques représentent la majorité des atteintes d'organes.

93 % des 421 événements analysés ont été jugés inévitables, mais certains dossiers n'ont pas été clos pour autant et comportent quand même des interrogations sur la prise en charge du patient, et donc un suivi.

Au-delà de la recherche de ce qu'on aurait pu *éviter*, le fait de se pencher sur des situations par définition difficiles traduit une démarche éthique, en s'attachant à rechercher ce qu'on aurait pu *mieux faire*. Cette attitude prend un sens particulier dans le contexte de la fin de vie, et donc dans un service confronté régulièrement à la mort et au deuil.



Bonjour et bienvenue à notre revue de morbi-mortalité !

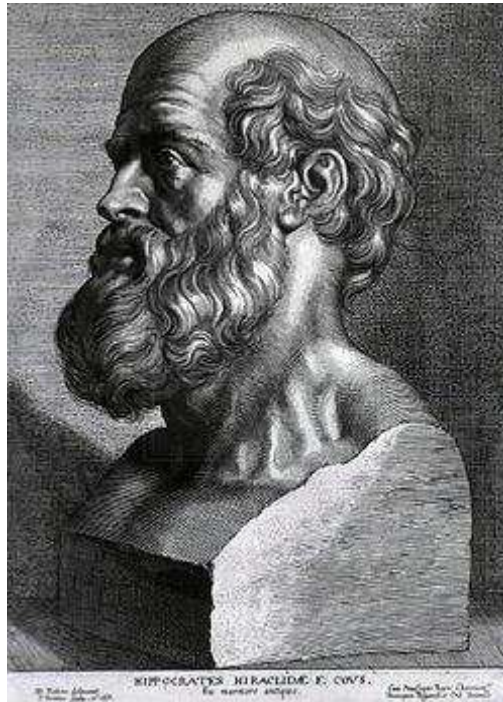
---

## IX. Bibliographie :

1. **Niel X.** Le nombre de décès augmente, l'espérance de vie aussi. Insee première, octobre 2010, n° 1318.
2. **Lalande F, Veber O.** La mort à l'hôpital. Inspection Générale des Affaires Sociales, Rapport n° RM2009-124P.
3. **Aouba A et al.** Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. Bull Epidemiol Hebd. 2011;22:249-255.
4. **Collectif.** La situation du cancer en France en 2010. Institut national du cancer, nov 2010.
5. **Maraninchi D et al.** Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France. Institut de Veille Sanitaire 2010.
6. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France pour l'année 2010. Institut de veille sanitaire.
7. **Eilstein D, Uhry Z.** Mortalité par cancer du poumon en France métropolitaine. Analyse de tendance et projection de 1975 à 2014. Institut de veille sanitaire. 2005.
8. **Hill C, Doyon F, Mousannif A.** Evolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006. Institut de Veille Sanitaire.
9. **Fuhrman C, Delmas MC.** Mortalité liée à la BPCO en France métropolitaine, 1979-2003. INVS, BEH 2007;27-28.
10. Haute Autorité de Santé. Procédure d'accréditation des établissements de santé, version 2010, référence 28.
11. Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
12. **Hamby L.S., Birkmeyer J.D., Birkmeyer C., Alksnitis J.A., Ryder L., Dow R.** Using prospective outcomes data to improve morbidity and mortality conferences Curr. Surg. 2000 ; 57 (4) : 384-388.
13. **Gordon Leo A.** Gordon's guide to the surgical morbidity and mortality conference. Philadelphia: Hanley & Belfus, Inc. 1994.
14. **Leape.** Error in Medicine. JAMA, December 21, 1994 – vol 272, No 23.
15. **Shojania, Burton, McDonald, Goldman.** Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. JAMA 2003;289(21):2849-2856.
16. **Sonderegger-Iseli, Burger, Muntwyler, Salomon.** Diagnostic errors in three medical eras: a necropsy study. Lancet. 2000 Jun 10;355(9220):2027-31.
17. **Rasmussen J, Jensen A.** Mental procedures in real-life tasks: a case study of electronic trouble-shooting. Ergonomics. 1974;17:293-307.
18. **Reason J.** Human Error. Cambridge, Mass: Cambridge University Press; 1992.
19. **Liu V.** Error in Medicine: The Role of the Morbidity & Mortality Conference. Ethics Journal of the American Medical Association. 2005;7; n° 4.
20. **Ruth HS.** Anesthesia study commissions. JAMA. 1945;127:514-517.
21. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Surgery.
22. **Chopard P, Mabboux M.** Analyse des incidents en médecine : nouvelles perspectives et analyse de cas. Rev médicale suisse. n° 2346.
23. **Reason J.** Human error. Cambridge, MA : Cambridge University press, 1992.

24. **Orlander** JD, Barber TW, Fincke TG. The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error. *Acad Med* 2002 Oct;77(10):1001-6.
25. **Pibarot** M.-L., **Papiernik** E. Optimiser la sécurité du patient : revues de mortalité-morbidité. Les guides de l'AP-HP. Assistance publique – Hôpitaux de Paris, 2006.
26. Organisation des revues d'analyse des complications mortelles et morbides survenant dans le service de Pneumologie du Centre hospitalier de Chambéry.
27. **Vincent** C, Simon R. Errors conference: executive summary. *Academic Emergency Medicine*. Nov 2000, Vol 7, N° 11.
28. **Brennan** T. Accidental Deaths, Saved Lives, and Improved Quality. *N Engl J Med* 2005: 353;13.
29. **Cook** AF, Hoas H– An error by any other name. *Am J Nurs*. 2004 Jun;104(6):32-43.
30. **McCafferty** MH. Addition of “near-miss” cases enhances a quality improvement conference. *Arch Surg* 2004;139(2):216–7.
31. **Bréaud** J. Impact d’une sélection automatisée des dossiers analysés en réunion de morbi-mortalité (RMM) sur l’amélioration de la prise en charge des patients en Chirurgie Pédiatrique. *Arch Ped* 2010:17;45.
32. **Bal** G, David S, Sellier E, François P. Intérêt des revues de mortalité et de morbidité pour la formation des médecins et l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : revue de la littérature. *Presse Med* 2010; 39: 161-168.
33. **Lombrail** P, Naiditch M, Baubeau D, Cuneo P, Carlet J. Les éléments de la "performance" hospitalière ; les conditions d'une comparaison. Etudes et résultats ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; n°42, dec 1999.
34. **Laval** G, Villard M-L. Recueil de pratique professionnelle en Soins Palliatifs. Equipe mobile de soins palliatifs du Centre hospitalier universitaire de Grenoble.

\*  
\*\*



## ***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.*



**CONCLUSIONS DE LA THESE,  
ET SIGNATURES DU PRESIDENT DU JURY DE THESE ET DU DOYEN DE LA FACULTE.**

Thèse soutenue par : Thomas DELL'ACCIO (26/01/1975)

Titre :

"La Revue de Morbidité et de Mortalité dans un service de Pneumologie & Oncologie thoracique (Centre hospitalier de Chambéry) sur une période de 4 ans (2006 - 2010)."

CONCLUSION :

La réalisation de Revues de Mortalité-Morbidité (RMM) a pour but d'améliorer les pratiques en analysant les événements que sont les décès et les complications liées aux soins. Ce travail pédagogique doit être fait en équipe sans être un lieu de jugement des actions individuelles mais les prémices d'une optimisation des organisations. Nous avons analysé le fonctionnement et les résultats des revues de morbidité et mortalité mises en place dans le service de Pneumologie & Oncologie thoracique de l'hôpital de Chambéry.

L'analyse porte sur 421 dossiers, représentant les 4 premières années de réunions (2006 – 2010). Une fiche standardisée est remplie pour chaque événement puis anonymisée.

Les réunions de morbi-mortalité du service de Pneumologie de Chambéry retiennent comme événements à analyser les décès, les transferts imprévus en Réanimation, les réhospitalisations précoces, et une catégorie "Autre". Les circonstances comprennent les cancers hors soins palliatifs, les soins palliatifs proprement dits, les insuffisances viscérales terminales, les défaillances multi-viscérales, et la présence ou non de facteurs aggravants.

La population analysée est âgée (75 ans en moyenne). Les cancers représentent 2 tiers des dossiers, hors phase palliative (7,4 %) ou au stade palliatif (61 %). On note 12 % de cas d'insuffisance respiratoire terminale, et 7 % de cas d'insuffisance cardiaque terminale.

Les décès représentent 98 % des 421 dossiers analysés ces 4 années. La catégorie "Autre" moins de 1 %. Puisque les transferts en Réanimation, et dans une moindre mesure les réhospitalisations, sont peu suspects de sous-estimation, il est probable qu'il existe une sous-déclaration d'autres complications. Dans le même ordre d'idée, une autre suggestion serait d'inclure les *near-miss*, ces événements qui auraient pu causer un dommage au patient (les "échappées belles" de Papiernik). La réflexion est alors la même : il est intéressant de signaler ce qui ne manquera pas de se reproduire, mais comment qualifier quelque chose qui dans les faits ne s'est pas réalisé en entier, et comment éviter d'alourdir le travail des soignants ?

Concernant les "Facteurs aggravants" parmi les possibles circonstances de survenue (avec seulement le choix "présence" ou "absence"), la fréquence non négligeable de cet item quand il est choisi comme unique catégorie devrait obliger à préciser explicitement de quel facteur aggravant il s'agit.

93 % des événements analysés durant ces 4 premières années de RMM en Pneumologie à Chambéry ont été jugés comme inévitables. Certains d'entre eux n'ont pas été clos pour autant et comprennent un suivi. La notion d'une interrogation portant sur la prise en charge du patient est une autre forme de poursuite de la réflexion, de refus du fatalisme même lorsque l'évènement survenu a été considéré comme inévitable.

Il faut signaler que 10 dossiers sur les 26 jugés "évènement évitable" n'ont pas de proposition de solution ; 10 sur 26 non plus ne font pas mention d'interrogation sur la prise en charge du malade. Un outil informatique permettrait pendant la réunion de morbi-mortalité de ne pas oublier de remplir ces items.

Nous n'avons pas trouvé de références bibliographiques sur les RMM en Pneumologie, mais uniquement en Chirurgie et en Néonatalogie, avec lesquelles la comparaison est difficile car les populations sont très différentes. Avec la diffusion de la pratique des RMM en France, on peut penser que la littérature francophone va s'enrichir.

A l'issue de ce travail, cette revue des RMM du service suggère les propositions suivantes :


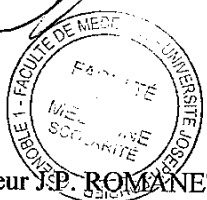
- inclure les *near-miss*.
- décrire les événements classés "Autres".
- s'aider d'un outil informatique pour empêcher de retenir des circonstances exclusives les unes des autres, et pour rappeler de remplir la case "Suivi" quand on a retenu une interrogation sur la prise en charge et/ou le caractère évitable de l'évènement analysé.
- inclure le codage PMSI pour favoriser l'exploitation statistique des fiches et ne pas sous-déclarer certaines circonstances (facteurs aggravants, insuffisance viscérale terminale, défaillance multi-viscérale).
- entreprendre un autre travail (nouvelle thèse ?) pour les dossiers du service analysés après 2010.
- faire un rappel systématique lors de chaque réunion de morbi-mortalité des actions de suivi en cours ; ceci peut inclure un rappel diagnostique ou thérapeutique.

\*\*  
\*

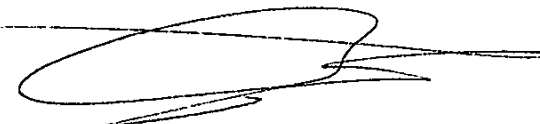
VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 13/12/2012

LE DOYEN

  
  
Professeur J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DU JURY DE THESE

  
Professeur C. BRAMBILLA

