

Fondation Sécurité
des patients Suisse

Guide de mise en œuvre

Revue de morbidité et de mortalité

Lynn Häslér
Pr David Schwappach



Recommandé par



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

Fondation Sécurité des patients Suisse

Guide de mise
en œuvre

Revue de morbidité et de mortalité

Lynn Häsler
Pr David Schwappach

Sommaire

Remerciements	2
Avant-propos	3
De quoi s'agit-il?	5
Objectifs des revues de morbidité et de mortalité	6
La RMM comme vecteur culturel	8
Structure, rôles et déroulement	10
Collecte et sélection des cas	14
Préparation et présentation	17
Discussion	21
Mesures d'amélioration	22
Évaluation	24
Premières étapes	25
Questions juridiques	26
Annexes	27

Remerciements

Nous adressons ici nos vifs remerciements à toutes les institutions et personnes qui ont contribué à ce projet et l'ont soutenu:

- Office fédéral de la santé publique OFSP
Fédération des médecins suisses FMH
Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (fmCh)
Mildenberger+Cie.
- tous les hôpitaux qui nous ont permis d'assister à leurs revues de morbidité et de mortalité
- expertes et experts qui ont lu ou testé des parties de ce guide et contribué à la qualité de ce document par leurs réactions:

Prof. Dr méd. Andreas Becker
PD Dr méd. Denis Berdajs
Prof. Dr méd. Bernhard Frey
Prof. Dr méd. Michele Genoni
Prof. Dr méd. Pietro Giovanoli
Dr méd. Silvio Gujer
Dr Gesine Hofinger
PD Dr méd. Balthasar Hug
Dr méd. Joachim Koppenberg
Dr Marko Kovic
PD Dr méd. Mattia Lepori
Dieter Mildenberger
Dr Yvonne Pfeiffer
Dr Anouk Siggelkow
Anthony Staines, Ph.D.
Lena Strodtmann
PD Dr Ulrike Subotic
Daniela Vetterli
Dr méd. Eva-Maria Weiss Guillet



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG



Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica



mildenberger + cie.
versicherungsmakler

Avant-propos

Les revues de morbidité et de mortalité se basent sur une longue tradition essentiellement anglo-saxonne, dont l'origine est étroitement liée au chirurgien Codmann.

En 1910 déjà, avec son idée de «end-result», il encourage les hôpitaux à examiner les résultats des interventions médicales et chirurgicales de chaque patient afin de déterminer si le traitement a réussi ou non. Et si ce n'est pas le cas, d'en rechercher les raisons. La qualité des soins aux patients doit être améliorée par une présentation comparative transparente des résultats.

Dans les années 1930, les anesthésistes de Philadelphie fondent l'Anesthesia Mortality Committee. Ce groupe examine les cas de décès liés à l'anesthésie – et en particulier ceux pour lesquels il y a une erreur présumée. Les fondements des futures revues de morbidité et de mortalité (ci-après RMM) sont ainsi posés. L'accent est en particulier mis sur les possibilités de formation continue pluridisciplinaire pour les médecins.

Dans les années 1990, l'Accreditation Council of Graduate Medical Education adopte également le RMM comme outil de formation et le lie étroitement à la formation professionnelle. Les RMM deviennent un outil didactique approprié pour promouvoir les compétences médicales (prise en charge des patients, connaissances médicales, apprentissage orienté vers la pratique visant à l'amélioration, compétences en communication, pratique basée sur le système). Les RMM sont utilisées à des fins de formation et de perfectionnement.

Avec la publication de «L'erreur est humaine – Bâtir un système de santé plus sûr» au tournant du millénaire, l'accent est mis sur les aspects de la sécurité des patients et du système dans lequel la sécurité doit être assurée.

La gestion de préjudices liés à des erreurs et l'analyse systématique de l'évolution imprévue d'une maladie suite à des interventions thérapeutiques pour découvrir les erreurs latentes systémiques et en tirer des améliorations ne sont possibles que dans une culture qui permet de parler sans danger des événements indésirables, lesquels se sont généralement produits au sein d'une équipe dans un contexte déterminé.

Outre une présentation claire des éléments fondamentaux de médecine et de psychologie, ce guide propose au profane en psychologie des exemples compréhensibles sous une forme aboutie.

Les outils concrets aident à la conception d'un déroulement standardisé des RMM, puis à sa réalisation.

Ce guide tient ses promesses.

Zurich, mars 2019

Prof. Dr méd. Dieter Conen
président de la Fondation Sécurité des patients Suisse

De quoi s'agit-il?

Malgré l'engagement remarquable de toutes les personnes impliquées, des incidents et des erreurs (y c. des actes dangereux et des infractions) se produisent parfois dans les hôpitaux, pouvant entraîner des dommages potentiels ou réels pour les patients. La première réaction consiste alors bien souvent à rechercher un coupable. Toutefois, ces erreurs font généralement suite à une conjugaison de facteurs et de lacunes au sein d'un processus. Lorsqu'une personne a pris une décision inadéquate à la fin d'une série d'actes («sharp end») ou a réalisé une manipulation erronée, il ne suffit pas de considérer cette étape isolément. Au lieu de se concentrer sur la question de la culpabilité, il est beaucoup plus constructif d'examiner l'interaction des facteurs environnementaux et des facteurs cognitifs qui ont conduit à l'erreur.

Les revues de morbidité et de mortalité (ci-après RMM) examinent rétrospectivement les complications, les déroulements de traitement inhabituels et les cas de décès inattendus, afin d'en tirer un enseignement et d'éviter leur répétition. L'accent mis sur les facteurs cognitifs et systémiques en particulier distingue les RMM des discussions classiques de cas cliniques, des Tumorboard (telles les discussions sur les transplantations) qui sont axées principalement sur le meilleur traitement possible pour les patients.

Une revue de morbidité et de mortalité bien organisée contribue à la sécurité des patients et à la qualité des traitements en assurant l'amélioration continue des processus et des structures.

Les RMM sont un outil essentiel pour promouvoir la culture de la sécurité dans les hôpitaux et devraient être intégrées dans la gestion des risques cliniques en tant qu'instrument d'amélioration de la sécurité des patients.

Les RMM requièrent de tous les participants des compétences sociales, méthodologiques et cliniques élevées. Ce guide contient des recommandations concernant les objectifs, les principes, les rôles ainsi que le déroulement des RMM. Il doit être considéré comme une aide à la mise en œuvre de RMM et se fonde sur des guides internationaux ainsi que sur la littérature scientifique en la matière¹. Là où nous ne disposons pas de suffisamment de données probantes, nous faisons appel à notre expérience et à notre expertise. Le présent document est aussi étayé par les connaissances résultant d'une enquête auprès des médecins-chefs de Suisse, par le suivi de RMM dans différents établissements hospitaliers (grands et petits) et par des entretiens avec des praticiens et des experts. Il s'adresse aux médecins-chefs, aux médecins cadres ainsi qu'aux directions des soins infirmiers de toutes les disciplines médicales ainsi qu'aux responsables de la gestion des risques cliniques et de la qualité.

¹ voir bibliographie sous www.securitedespatients.ch/rmm

Pour des raisons de confort de lecture, nous utilisons le masculin générique dans le présent document. Tout ce qui est dit vaut naturellement pour les deux genres.

Objectifs des revues de morbidité et de mortalité

Pour atteindre les objectifs principaux, à savoir l'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins, l'apprentissage doit se faire au niveau individuel et organisationnel.

Amélioration continue des processus et des structures

Les RMM ne consistent pas en une discussion de cas, mais sont plutôt un lieu d'apprentissage permettant l'amélioration continue. Pour réduire les risques à long terme, il convient de se focaliser sur l'organisation du travail, les processus et les structures, et non sur l'individu. Les collaborateurs constituent une part de l'organisation, avec toutes ses interdépendances et ses interactions. Les mesures d'amélioration élaborées ne doivent donc pas miser sur une performance illimitée de ces personnes. Les questions importantes auxquelles la RMM devrait répondre sont: où et en quoi le système ne fonctionne-t-il pas? Comment améliorer les structures et les processus? Quelles sont les mesures concrètes contribuant à une amélioration de la sécurité des patients à long et à court terme?

Agir sur la culture de sécurité: promouvoir une pensée systémique

Les erreurs ne relèvent pas d'un seul facteur. Dans la plupart des cas, nous parvenons à la conclusion qu'une combinaison de différents actes et situations a eu des conséquences négatives, comme l'illustre l'exemple fictif ci-dessous:

Un chef de clinique saisit dans un tableau Excel une ordonnance pour une médication à haut risque. Pour ce faire, il copie une ancienne ordonnance dans laquelle il remplace les éléments. Il ne remarque pas que le fichier comporte des lignes masquées contenant des informations d'une ordonnance précédente. La pharmacie reçoit l'ordonnance et prépare le médicament – sur la base des informations erronées dans les lignes masquées – et l'infirmière chargée de ce patient administre le médicament.

L'acte décisif se produit évidemment toujours à la fin d'une série d'actes («sharp end»). Mais n'est-ce pas en particulier la réutilisation d'une ancienne ordonnance qui a provoqué l'erreur? Plutôt que de chercher des coupables, il vaudrait mieux sensibiliser l'équipe aux organisations peu pertinentes et propices aux erreurs dans un système aussi complexe qu'un hôpital. Les RMM devraient contribuer à permettre aux collaborateurs d'avoir une vision «systémique». Même si des cas concrets sont discutés rétrospectivement au cours d'une RMM, ils doivent être compris en premier lieu comme «symptômes», car il est très peu probable qu'une reconstitution entièrement fidèle du cas soit possible. Même très peu de temps après, les souvenirs de la situation peuvent être biaisés. Le cas n'est qu'un point de départ permettant de vérifier et d'améliorer la sécurité et l'adéquation du système. La conclusion selon laquelle les collaborateurs doivent être plus prudents ou faire plus d'efforts est rarement gage de succès. Si des difficultés surviennent avec des collaborateurs en particulier et si, par exemple, ils enfreignent à plusieurs reprises des règlements clairs dont ils ont connaissance, il convient d'en discuter bilatéralement.

Reconsidérer son propre mode de pensée

Les RMM sont aussi l'occasion d'une réflexion sur soi-même. Même un personnel expérimenté et très qualifié ne traite pas toujours les informations de manière optimale ou en tire parfois des conclusions erronées. De nombreux événements indésirables résultent de distorsions cognitives (raccourcis conceptuels, erreurs de raisonnement, heuristiques, biais).

On constate par exemple que les biais de confirmation sous forme de distorsions cognitives sont particulièrement importants dans le travail clinique. À partir du moment où l'on s'est forgé une opinion, on a tendance à n'accorder de l'attention qu'aux informations qui confirment cette opinion et à ignorer toutes les autres. Cela est susceptible de se produire lorsque le médecin référent ou le patient lui-même ont émis une hypothèse de diagnostic et que l'on fait inconsciemment abstraction d'informations importantes en raison d'une fixation sur ce diagnostic.

Les distorsions cognitives dans la planification et l'exécution d'activités sont humaines et courantes. Elles nous permettent d'accélérer le processus décisionnel. Il ne faut donc pas se reprocher mutuellement des erreurs de raisonnement au cours des RMM, mais plutôt évaluer objectivement si certaines situations favorisent de telles distorsions cognitives.

L'identification de distorsions cognitives concrètes aide à prendre conscience des circonstances lors desquelles nous sommes particulièrement enclins à des raccourcis cognitifs. Outre la mise au point de ce qu'on appelle des métacognitions (réflexion à propos de ses propres pensées), des mesures organisationnelles contre les distorsions cognitives sont envisageables, comme par exemple les diagnostics assistés par ordinateur.

Amélioration du savoir professionnel, du savoir-faire, de la capacité d'agir

Traditionnellement, les RMM sont une structure de formation continue pour les médecins. Même si cela a évolué au cours de ces dernières années, les échanges de connaissances et de savoir-faire concrets jouent un rôle, p. ex. comment réaliser une étape spécifique d'une intervention chirurgicale ou comment surveiller une médication complexe. Mais les RMM ne sont pas de nature prospective et – à l'inverse des études de cas cliniques – ne sont pas destinées à discuter en amont d'un traitement ou d'une intervention, ni à présenter des bonnes pratiques. Grâce à l'apport ciblé de l'expérience et de l'expertise de collègues lors des discussions de cas, des manques de connaissances peuvent être identifiés et chacun peut découvrir de nouvelles manières de se comporter et apprendre à établir des priorités, que ce soit par rapport aux gestes ou aux informations.

La RMM comme vecteur culturel

Les RMM sont un «vecteur culturel» qui permet de transmettre des valeurs et des attitudes. Dans ce qui suit, nous décrivons des principes ayant une grande importance pour les RMM, mais aussi au delà.

«En tant que médecin-chef, les RMM me donnent l'occasion de transmettre à mon équipe ce qui compte pour moi. Je peux dire: «Dans ce cas, nous faisons les choses ainsi, la priorité doit être celle-là», ce qui suscite parfois un soulagement parmi le personnel.»

Pr Pietro Giovanoli,
médecin-chef en chirurgie

Transmission des valeurs de la hiérarchie

Les RMM sont un moyen de transmettre les valeurs et les principes du leadership. Elles donnent l'occasion d'établir des règles et de communiquer les priorités qui ont été définies dans le service ou l'hôpital. Par exemple dans une situation X, la priorité sera la rapidité de prise en charge, quel que soit l'assurance du patient.

Objectivité et respect

Le respect des personnes impliquées doit être assuré. Les accusations et les reproches ne sont pas compatibles avec un dialogue constructif et une analyse objective. Afin d'aborder les problèmes en profondeur, les participants doivent tenter de comprendre ce qui s'est produit sans l'évaluer par le biais de connaissances a posteriori. Ils doivent plutôt prendre conscience de ce qu'ils savaient au moment de l'action et dans quelle situation ils se trouvaient. Durant une RMM, les participants devraient se poser les questions suivantes: «Est-ce que cela m'est déjà (presque) arrivé? Est-ce que cela aurait pu m'arriver? Comment éviter que cela arrive à d'autres personnes?»

Confidentialité

Afin de promouvoir un climat de dialogue constructif, les éléments discutés ne doivent pas sortir de la salle. Le procès-verbal ne doit donc pas permettre de reconnaître le cas et aucune référence ou mention RMM ne doivent figurer dans le dossier du patient ou le CIRS.

Travail d'équipe

Durant les RMM, tous les groupes professionnels et toutes les disciplines en relation avec le cas doivent si possible être représentés. L'apport d'informations diverses évite une vision unilatérale du cas et permet d'élaborer des stratégies pour mettre en place les mesures d'amélioration qui ont été jugées utiles par la plupart des participants. Une élaboration commune de telles mesures accroît en outre l'acceptation de changements. C'est pourquoi il faut éviter de prédéfinir et de proposer d'emblée des enseignements à tirer ou des mesures à prendre. Celles-ci doivent au contraire être élaborées en commun. Cette ouverture d'esprit exprime la capacité de l'équipe à trouver des solutions. Le succès dépend du sentiment de sécurité psychologique ressenti par les participants, ce qui signifie qu'ils doivent avoir le sentiment de pouvoir s'exprimer sans se ridiculiser ou redouter des conséquences négatives.

Les RMM ont le potentiel d'encourager une communication franche au quotidien entre les personnes, les groupes professionnels et les services. En connaissant ses collègues et leurs points de vue grâce aux RMM, il sera assurément plus facile de relever d'éventuels problèmes de sécurité au jour le jour (cf. le thème du «Speak Up»), ou encore de demander conseil à des collègues ou des supérieurs hiérarchiques. Afin que la communication parmi les sous-groupes (groupes professionnels, disciplines) fonctionne, il est important que les cadres des différents groupes professionnels et disciplines soient conscients de leur rôle de modèle et coopèrent de façon manifeste, indépendamment de leurs préférences personnelles. Si l'on ne souhaite pas coopérer, il vaut mieux renoncer à une RMM interprofessionnelle ou interdisciplinaire.

.....

«Il faut du courage pour faire face aux autres et relater un cas qui s'est mal déroulé. En tant que médecin-chef, j'essaie de montrer l'exemple. Je vise à une transformation de notre culture dans laquelle on puisse échanger ouvertement à propos des cas, avec un respect mutuel qui permet d'apprendre les uns des autres.»

Pr Michele Genoni,
médecin-chef en chirurgie

.....

«Des RMM régulières exercent le regard et favorisent la compréhension d'autres points de vue. Elles apportent un plus au quotidien.»

Ursi Barandun Schäfer,
infirmière clinicienne en soins intensifs
opératoires.

.....

Structure, rôles et déroulement

Règle fondamentale:
une approche systématique
augmente la sécurité psycholo-
gique, la sécurité psycholo-
gique améliore l'apprentissage
et l'apprentissage améliore
les résultats à long terme.

L'ESSENTIEL EN BREF

- Les RMM sont organisées réguliè-
rement (p. ex. chaque mois).
- Elles ont un caractère interdis-
plinaire et interprofessionnel.
- Le leadership et l'animation
sont assumés par des personnes
différentes.
- Les personnes chargées de
l'animation et du mentorat sont
formées à leur rôle.

Étant donné qu'il s'agit souvent de cas complexes et délicats, il est d'autant plus important de définir clairement les structures, les rôles et le déroulement. La transparence et la prévisibilité accroissent la confiance accordée à ce modèle. Dans ce contexte délicat, il faut être aussi précis que possible pour ne pas créer d'incertitude chez les participants.

Structure et rôles

Fréquence et durée

Afin que les RMM puissent être un moyen d'apprentissage, elles doivent avoir lieu régulièrement, dans l'idéal au moins une fois par mois, et donc peu de temps après l'événement. Nous recommandons de prévoir environ 50 à 60 minutes par cas et de se limiter à deux cas au maximum par réunion.

Les rôles dans les RMM

Il existe cinq rôles actifs dans le modèle de RMM proposé ici, indépendamment du nombre de participants: leadership, animation, mentorat, présentation et sélection des cas. Dans les services et hôpitaux de plus petite taille, certains rôles sont inévitablement assurés par les mêmes personnes. Nous recommandons de séparer au moins le leadership de l'animation et de ne pas confier la sélection des cas au médecin-chef. Comme il s'agit de rôles parfois très complexes, il convient de prévoir le temps nécessaire pour se les approprier et les personnes choisies ne devraient donc pas changer trop souvent. Seule la fonction de présentation peut varier de cas en cas.

SÉLECTION DES CAS Un groupe formé de médecins cadres et de la direction infirmière est chargé de choisir les cas. Tous les participants à la RMM connaissent la composition de l'équipe de sélection des cas et le mode de sélection. L'équipe de sélection informe à l'avance tous les collaborateurs impliqués dans le cas qui sera traité lors de la RMM ainsi que le médecin-chef et la personne qui dirige la RMM. Vous trouverez des informations sur la manière de procéder en page 14.

LEADERSHIP En raison de la fonction de vecteur culturel des RMM, le leadership incombe dans l'idéal au médecin-chef ou à son suppléant. Lors de RMM interdisciplinaires, un tournus s'impose. La personne chargée du leadership est responsable de l'attribution des rôles et informe des exigences de ceux-ci. Elle transmet les valeurs de l'hôpital, les objectifs et les principes des RMM. Apportant ses connaissances professionnelles et son expérience, elle fait en sorte que les RMM soient organisées régulièrement et s'imposent comme une habitude. C'est elle qui définit le cadre et garantit aux participants un climat respectueux et orienté vers l'apprentissage. Le leader est conscient que la communication entre les groupes professionnels et les différentes disciplines influence la collaboration dans le quotidien professionnel. Au cours des RMM, le leader ouvre la séance et la clôture, communique les objectifs et les principes ainsi que des décisions concernant les mesures d'amélioration. Il est cependant aussi un participant qui apporte ses connaissances et son

expérience. Nous recommandons que cette personne garde au début une attitude plutôt réservée afin de ne pas trop influencer l'orientation des discussions. L'écoute est aussi un des rôles importants du leader.

PRÉSENTATION Comme l'apprentissage est aussi un des objectifs des RMM, le cas devrait en règle générale être présenté par un médecin-assistant ou un infirmier sans fonction d'encadrement. La personne qui présente a été impliquée dans le cas et est principalement responsable de la préparation de l'étude de cas. Pour les cas interdisciplinaires, une présentation de cas conjointe est également possible. Si la présentation constitue un stress trop important pour la personne concernée, elle peut se faire remplacer, mais cela devrait rester exceptionnel.

MENTORAT le mentor est, avec le présentateur, responsable de la préparation de la présentation, et plus particulièrement de l'analyse préliminaire (cf. p. 17–20), qu'il exposera lors de la RMM. Ce rôle peut être endossé par un membre du corps médical ou infirmier ou par une personne chargée de la gestion des risques et de la qualité. L'analyse préliminaire pouvant être très complexe, nous recommandons de former le mentor à l'analyse de cas et aux facteurs humains. S'il y a un risque de stress psychologique, le mentor communique au présentateur et aux personnes concernées qu'il est possible de recourir à des personnes ressources (situation de seconde victime).

ANIMATION Nous recommandons fortement de séparer la fonction de leader de celle d'animateur. Le leader – généralement le médecin-chef – est toujours impliqué dans le cas au titre d'ultime responsable et ne peut être «neutre». Cette personne est généralement aussi le supérieur hiérarchique direct des personnes impliquées dans le cas, ce qui pourrait influencer la discussion (consciemment ou inconsciemment). Un collaborateur expérimenté et possédant une compétence sociale élevée se prête idéalement pour l'animation. Il doit être bien accepté par ses collègues qui le considèrent comme «neutre» (p.ex. chef de clinique avec responsabilité élargie). D'une manière générale, chaque collaborateur de l'hôpital est admissible, indépendamment de sa fonction. La fonction d'animation dans ce contexte étant particulièrement délicate, nous recommandons de former la personne assumant ce rôle. Il est important que l'animateur n'ait pas été directement impliqué dans le cas et qu'il puisse rester neutre. À défaut, il faut lui trouver un remplacement pour la séance concernée. Il est d'ailleurs préférable de désigner d'emblée un remplaçant pour de tels cas ou d'éventuelles absences.

.....
«Un bon animateur fair-play
est l'élément principal pour le
succès d'une RMM.»

PD Dr méd. Mattia Lepori,
médecin adjoint, médecine interne

.....

PARTICIPATION Dans la mesure du possible, les RMM sont interprofessionnelles et interdisciplinaires. Elles doivent idéalement réunir l'ensemble des groupes professionnels et des disciplines impliqués (p. ex. cardiotechniciens, pathologues, informaticiens). Nous recommandons au moins que les membres du corps médical et infirmier qui ne sont pas de garde soient obligés de participer. On peut établir une liste des participants pour notifier le caractère obligatoire.

Les participants devraient apporter leur contribution à l'analyse préliminaire du cas et non se contenter d'en prendre simplement connaissance. Ils ont ainsi conscience que les personnes qui présentent le cas ont certes fourni un précieux travail préliminaire, mais que la responsabilité et la compétence d'arriver à de bons résultats n'appartiennent pas uniquement à la personne responsable de la présentation. Les participants expriment ouvertement leurs ambiguïtés, leurs expériences, leurs informations et leurs doutes. Les émotions doivent être autorisées et perceptibles, mais pour que la discussion demeure constructive, elles ne doivent pas s'exprimer sous forme d'accusations.

RÉDACTION DU PROCÈS-VERBAL Un procès-verbal anonyme est indispensable pour informer toutes les personnes absentes. Il ne s'agit pas d'un document destiné au dossier du patient, mais d'un procès-verbal didactique. Le procès-verbal des RMM consigne les facteurs d'erreur identifiés, les connaissances acquises, les propositions de mesures d'amélioration et les responsables de leur mise en pratique. Aucune indication relative aux patients ou collaborateurs n'est nécessaire. Ce procès-verbal ne doit pas être sauvegardé au même endroit que les données du patient concerné. Aucune information permettant de l'attribuer à un cas ne doit y figurer.

GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ La personne responsable de la gestion des risques et de la qualité peut contribuer au développement et à la mise en œuvre des RMM et sera dans l'idéal présente aux réunions. Nous recommandons dans tous les cas de l'intégrer dans le suivi des mesures d'amélioration et leur communication. Cette personne possède une vue d'ensemble des facteurs identifiés comme favorisant les erreurs ainsi que des mesures d'amélioration en cours; elle est à même d'identifier des schémas problématiques généraux dans l'organisation, car elle a aussi connaissance d'autres instruments destinés à l'amélioration de la sécurité des patients, comme le CIRS.

VISITE DE PAIRS Il vaut parfois la peine d'intégrer des collègues d'autres services aux RMM pour connaître leur opinion et déceler des pensées collectives² et autres dynamiques dangereuses. Cette possibilité est plutôt destinée aux équipes bien rodées dont les RMM fonctionnent bien et qui souhaitent en poursuivre le développement. Il faut s'assurer que ces collègues sont conscients de la confidentialité que cela implique.

2 Dans le contexte du phénomène psychologique de la «pensée collective», des personnes compétentes prennent des décisions inadéquates parce que chaque membre du groupe adapte son opinion à la pensée collective supposée. Le groupe prend alors des décisions – parfois extrêmes – que, dans d'autres circonstances, les personnes prises individuellement auraient rejetées.

Déroulement d'une RMM

Une standardisation accroît l'efficacité, car il n'est plus nécessaire de réfléchir à chaque fois à la manière de présenter le cas ou à celle dont la discussion devrait se dérouler. Avec une bonne préparation et une présentation bien faite, analyse préliminaire comprise, il restera suffisamment de temps pour une discussion approfondie. Il s'agit là d'une condition préalable à l'apprentissage de faits pertinents et à l'adoption de mesures d'amélioration efficaces issues des conclusions. Une approche structurée a aussi l'avantage d'assurer un sentiment de sécurité du fait de la prévisibilité. Dans des contextes délicats, il convient impérativement d'être le plus clair possible afin de ne pas renforcer le sentiment d'insécurité des participants.

Nous recommandons une standardisation et une structuration élevées de la RMM.

Déroulement possible

Avant la réunion

- Identification des cas (p. ex. par une infirmière de recherche clinique ou par la personne responsable de la qualité), en continu
- Sélection des cas (équipe de sélection des cas), env. 2 heures par mois
- Information aux personnes impliquées dans les cas (équipe de sélection des cas)
- Préparation des cas (présentation et mentorat), env. 3 heures pour le présentateur, env. 1 heure pour le mentor
- Analyse préliminaire: préparation de l'analyse des facteurs contributifs (présentation et mentorat), env. 2 heures par rôle

Pendant la réunion

- Accueil, rappel des objectifs et principes, informations sur les mesures d'amélioration décidées/mises en œuvre (leader), env. 5 minutes
- Présentation du cas (présentateur), env. 10 minutes
- Questions et compléments (animateur et participants), env. 5 minutes
- Présentation de l'analyse préliminaire (mentorat), env. 5 minutes
- Discussion (animateur et participants), env. 15 à 25 minutes
- Choix de la personne chargée du suivi des mesures, commentaires finaux du cas et prise de congé (leader), env. 5 minutes
- Évaluation (participants), env. 5 minutes

Après la réunion

- Envoi du procès-verbal (responsable du procès-verbal)
- Suppression de la présentation et classement du procès-verbal séparément du dossier du patient (p. ex. par le secrétariat de direction)
- Suivi des mesures (responsable de la gestion des risques et de la qualité), en continu

Collecte et sélection des cas

L'ESSENTIEL EN BREF

- Collecter les cas spécifiques pour les RMM, les distinguer du CIRS.
- Constituer l'équipe de sélection des cas.
- Assurer une sélection des cas standardisée et transparente.
- Appliquer les critères de sélection suivants: résultat indésirable, évènement potentiellement évitable, pourvu d'un grand potentiel pédagogique.

Sélection des cas standardisée et transparente

pour que les RMM suscitent la confiance, il est indispensable d'effectuer une sélection des cas transparente et standardisée. Les collaborateurs doivent avoir la certitude que cette sélection a été réalisée équitablement, sans l'influence des personnes impliquées. Nous déconseillons les propositions volontaires de cas qui risquent de biaiser systématiquement la sélection des cas. Si des collaborateurs souhaitent proposer des cas, ceux-ci peuvent être présentés à l'équipe de sélection ou traités au cours d'une RMM spécifique.

Critères possibles pour la sélection des cas

CRITÈRE DE SÉLECTION 1: RÉSULTAT INDÉSIRABLE

Le leader définit les critères applicables à la sélection des cas. Il peut s'agir, selon la discipline, de cas de décès, complications, transfert imprévu aux soins intensifs, réopération, réhospitalisation, problème de diagnostic ou de traitement confirmé par une autopsie. S'y ajoutent les accidents graves évités de justesse («near miss»), par exemple une erreur de côté qui a été constatée juste avant l'incision. Nous recommandons de recueillir les cas séparément afin que l'équipe de sélection puisse faire un choix à partir d'une base de données appropriée.

CRITÈRE DE SÉLECTION 2: ÉVÈNEMENT POTENTIELLEMENT ÉVITABLE

On entend par erreur une planification de traitement fautive ou oubliée (erreur de planification), ou une planification qui n'a pas été correctement exécutée (erreur d'exécution). Par définition, une erreur peut être évitée. L'effet secondaire d'un médicament, par exemple, n'est pas une erreur en soi, mais un évènement indésirable. Toutefois, s'il est indiqué dans le dossier du patient que celui-ci ne supporte pas tel médicament, il s'agit d'un effet indésirable évitable. Une erreur peut, mais ne doit pas nécessairement, entraîner des dommages pour le patient. Souvent, une erreur n'a pas de conséquences et n'est donc même pas remarquée.

Afin d'utiliser le plus efficacement possible les ressources en temps et en personnel généralement réduites, il est recommandé de s'assurer, avant les RMM, qu'il est plausible de supposer un évènement potentiellement évitable ou une erreur. Cela implique que l'équipe sélectionnant les cas étudie celui-ci déjà au moment de la sélection. L'équipe de sélection des cas devrait savoir au moment de sa décision comment le cas s'est déroulé dans ses grandes lignes. En pratique, il arrive que jusqu'à la fin de certaines réunions, on ne puisse pas avoir la certitude que quelque chose se soit vraiment «mal passé». De telles discussions apportent assurément des acquis importants, sans toutefois garantir que l'on pourra discuter de mesures d'amélioration et agir ainsi sur les processus et structures. Pour la sélection des cas, il peut être utile de s'appuyer sur les critères indiqués dans le tableau (voir p. 15). Au cas où l'équipe de sélection ne dispose pas des informations nécessaires pour sa sélection, elle en parlera dans l'idéal avec les collaborateurs impliqués dans le cas.

CRITÈRE DE SÉLECTION 3: POTENTIEL PÉDAGOGIQUE.

Si les deux critères précités (résultat négatif et évitabilité supposée d'un événement) s'avèrent trop restrictifs pour permettre la discussion mensuelle d'un cas, il est possible d'en ajouter d'autres, choisis selon leur potentiel pédagogique.

Tableau 1

Critères possibles «évitabilité supposée»

(Critères IQM, en bref)

Diagnostic et traitement adéquats et dans les délais?

(préopératoire/peropératoire/postopératoire, mesures diagnostiques, traitement conservateur, prescription de médicaments, administration de médicaments)

Processus de traitement remis en question de manière critique, ciblée et dans les délais?

(diagnostics provisoires existants, identification/solution rapide de la problématique)

Indication adéquate pour l'opération/l'intervention/le traitement intensif du point de vue temps et contenu?

(problèmes d'interface, gestion médicale correcte des complications, échec des mesures d'urgence, gestion de patient à risque, transfert retardé au sein de l'hôpital ou dans d'autres établissements)

Recommandations de pratique clinique/standards

(prise en compte, application, respect des recommandations de pratique clinique ou dérogation justifiée, standards thérapeutiques reconnus et pertinents)

Contrôles du déroulement du traitement

(réalisés et documentés par le médecin-chef, chef de clinique, médecin traitant du service, transmissions médicales, visites du médecin-chef, du chef de clinique, médecins consultants, coopération entre les équipes soignantes et thérapeutiques)

Documentation complète et cohérente?

(informations au sujet de l'opération/l'intervention, déroulement du traitement, décisions thérapeutiques, rapport de l'opération et du transfert, consultations, limites thérapeutiques, rapport médical cohérent)

Coopération interdisciplinaire/interprofessionnelle sans heurts?

(services préopératoires/postopératoires, pré/postinterventionnels, soins intensifs/ services de consultation)

Communication

(communication globale au sein du service, transmission de transfert, délégation de tâches concrètes, communication globale avec le personnel soignant, exécution rapide des ordres, réponse rapide aux besoins du personnel soignant, information rapide des proches)

Tiré de: Eberlein-Gonska M., Martin J., Zacher J. (Hrsg.), «Handbuch IQM», 2ème édition

Diversité des cas

Dans la mesure du possible, de nombreuses catégories de problèmes devraient être traitées (p. ex. ne pas choisir à chaque fois des cas se rapportant au diagnostic ou à l'hygiène) afin de s'assurer d'une diversité des cas.

Quels cas ne sont pas traités dans les RMM?

Le CIRS (système de rapport d'incidents critiques) n'est pas une source de cas appropriée pour les RMM. D'une part pour des raisons juridiques, qui ne permettent pas de saisir dans le CIRS les cas avec dommages, c'est-à-dire avec un résultat négatif. D'autre part, parce que le CIRS ne contient pas les informations nécessaires à la présentation détaillée d'un cas (p. ex. aucun résultat), ce qui le rend également inadéquat en tant que source pour les presque-incidentes («near misses»). Le CIRS devant rester anonyme, il n'existe pas non plus de possibilité de retracer les informations nécessaires. Les cas en cours de procédure d'enquête et risquant d'entraîner des conséquences juridiques pour les individus, ainsi que les cas complexes, ne sont pas non plus appropriés pour les RMM.

Préparation et présentation

Les faits (informations relatives au cas et à l'erreur) ne suffisent pas pour émettre des suppositions sensées à propos des facteurs favorisant les erreurs. Il faut discuter avec les personnes impliquées pour savoir pourquoi elles ont agi de cette manière. Comme le temps imparti lors des RMM est insuffisant pour cela, nous recommandons de préparer une analyse préliminaire qui tiendra lieu de base de discussion en groupe durant les RMM. Cela n'exclut évidemment pas que les suppositions relatives à l'origine et aux facteurs d'influence puissent être revues durant les RMM et cela est même souhaitable! La présentation, analyse préliminaire incluse, ne constitue donc pas une conclusion, mais tient lieu de préparation et de base de discussion pour l'équipe. Là aussi, une procédure systématique est importante afin de ne manquer aucun aspect important. Cependant l'analyse doit rester réalisable pour les personnes concernées. Il existe plusieurs méthodes d'analyse rétrospective de cas, dont certaines très élaborées (p. ex. CAST) comportant l'analyse complète des interactions systémiques. Toutefois, de telles analyses longues et complexes ne sont pas réalisables dans le cadre d'une RMM.

Démarche pour la préparation de la présentation du cas avec analyse préliminaire

1^{re} étape

Sélection du cas et information aux personnes impliquées (par l'équipe de sélection des cas)

Lorsque le cas a été sélectionné, l'équipe responsable de la sélection désigne la personne à qui la présentation sera confiée et informe les collaborateurs impliqués dans le cas, le mentor, le médecin-chef et le leader que ce cas sera traité durant la RMM.

2^e étape

Préparation du cas et identification de l'erreur (présentation et mentorat)

Cette étape doit répondre aux questions «Que s'est-il passé?» et «Qu'est-ce qui n'a pas marché?».

L'équipe qui a sélectionné le cas suppose déjà, lors de la sélection, qu'une erreur s'est produite. Il s'agit maintenant d'examiner une fois encore cette question en détail et de préparer le cas pour la séance. Toutes les données nécessaires à la présentation chronologique du cas sont rassemblées. Les sources sont notamment le dossier de patient, le laboratoire, la pathologie, l'imagerie, les directives et standards internes, la littérature spécialisée, les informations données par les personnes impliquées et celles les concernant. Ces dernières seront obtenues lors d'un court échange et non par des entretiens détaillés. Ceux-ci auront lieu au moment de l'analyse du cas par les responsables de la gestion des risques. Il arrive souvent que trop de temps soit consacré à la présentation du cas, ce qui réduit d'autant celui qui est nécessaire à la discussion. Par conséquent, la présentation devrait se limiter aux seules informations importantes pour la compréhension du cas (moments clés) et non pas à chaque détail du dossier médical et à chaque acte. En définitive, la présentation du cas doit illustrer quelles décisions ou actions doivent être consi-

Selon notre expérience, la présentation du cas prend, dans la plupart des RMM, trop d'importance et l'analyse et la discussion ont trop peu de place. Il en résulte que le cas n'est que peu ou très superficiellement traité lors des RMM.

L'ESSENTIEL EN BREF

- La personne qui présente le cas est impliquée.
- La présentation du cas doit être brève.
- Les facteurs d'influence potentiels sont analysés en amont et présentés dans un axe temporel.
- Les mesures d'amélioration ne sont pas présentées mais intégrées à la discussion.

«Affirmer que X aurait dû s'y prendre autrement est trop simpliste. Il faut d'abord comprendre la situation afin que la même erreur ne risque pas de se répéter.»

Anthony Staines,
expert en sécurité des patients

dérées rétrospectivement comme inadéquates (sharp end), comme l'administration d'un dosage erroné de médicament ou une intervention chirurgicale réalisée trop tardivement.

3^e étape

Analyse préliminaire (présentation, mentorat)

Au cours de cette étape, la question suivante est posée: **Qu'est-ce qui a influencé les événements?**

Analyse préliminaire en deux étapes: une investigation systématique structurée des causes et facteurs qui ont contribué à un résultat de traitement insatisfaisant réduit le risque de tirer des conclusions hâtives, de manquer des aspects importants, de garder la discussion dans la zone de confort ou d'accuser des individus. La liste de contrôle selon le Protocole de Londres (A), par exemple, se prête bien à l'identification des facteurs d'influence systémiques. On peut se demander ensuite si des distorsions cognitives sont susceptibles d'avoir joué un rôle (B).

A) FACTEURS D'INFLUENCE SYSTÉMIQUES SELON LE PROTOCOLE DE LONDRES

Dans quelle mesure les conditions générales de travail ont-elles joué un rôle lorsque la personne a été confrontée à des défis concrets dans son travail? Compte tenu de l'interaction entre l'humain et l'environnement, des erreurs peu-vent parfois se produire en raison d'interactions malheureuses entre des unités en soi fonctionnelles. À titre d'exemple, la convivialité d'un outil informatique prend une importance singulière en situation de stress. Et on ne peut identifier les règles implicites qu'après avoir travaillé plusieurs années dans un hôpital. Il est plus difficile de s'occuper de patients complexes si l'on est fatigué ou si les modes de communication et la culture de sécurité influencent le moment où vous demanderez de l'aide. La liste selon le Protocole de Londres (tableau 2, page 19) peut aider à identifier les influences systémiques. Ce qui est important est de considérer le cas sous des perspectives aussi variées que possible et de tenir compte des interactions. Cette liste tient lieu de proposition. Il n'est pas nécessaire de perdre trop de temps à réfléchir aux catégories imputables à chaque élément.

B) LES DISTORSIONS COGNITIVES ONT-ELLES PU EXERCER UNE INFLUENCE?

Dans une deuxième analyse, on peut se demander si les distorsions cognitives sont susceptibles d'avoir exercé une influence. Trois exemples de distorsions cognitives courantes sont présentés ci-après. Une liste plus complète figure en annexe. Elle ne constitue qu'une proposition et l'exactitude des dénominations est secondaire.

Les biais de confirmation: à partir du moment où l'on s'est fait sa propre opinion, la tendance veut que l'on n'accorde d'attention qu'aux informations qui confirment cette opinion tout en ignorant les autres. Cela peut, par exemple, jouer un rôle pour les diagnostics différentiels.

L'effet de disciple: il existe une tendance à croire ou faire certaines choses uniquement parce que les autres le font ou le croient. C'est par exemple le cas

lorsque la pensée collective incite des personnes compétentes à prendre des décisions inadéquates parce que chacune d'elles s'est ralliée à l'opinion supposée du groupe, alors qu'isolément, elles en auraient décidé autrement.

L'heuristique de disponibilité: des informations faciles à mémoriser (par exemple si elles sont fréquemment thématiques dans l'environnement) sont souvent considérées comme plus vraisemblables. La même règle s'applique dans l'autre sens: une maladie qui n'a plus été vue depuis longtemps est beaucoup plus rarement diagnostiquée.

Tableau 2

Facteurs influençant la pratique clinique selon le Protocole de Londres

Type de facteur	Facteurs d'influence
Facteurs relatifs aux patients	<ul style="list-style-type: none"> • Situation (complexité et gravité) • Langue et communication • Facteurs relatifs à la personnalité et sociaux
Facteurs relatifs aux tâches et procédures	<ul style="list-style-type: none"> • Aménagement des tâches et du processus et clarté structurelle • Disponibilité et application des recommandations de pratique clinique • Disponibilité et précision des résultats de tests • Aides à la décision
Facteurs individuels (personnel)	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissances et facultés • Compétence • Santé physique et psychique
Facteurs relatifs à l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Communication orale et écrite • Supervision et demande d'aide • Structure de l'équipe (adaptation/harmonie, stabilité, conduite, etc.)
Facteurs de l'environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Effectif de personnel et mix de qualifications • Charge de travail et planification des équipes • Qualité, disponibilité et entretien de l'équipement technique • Soutien de l'administration et de la direction • Environnement physique
Facteurs relatifs à l'organisation et à la gestion	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources financières et restrictions • Structure de l'organisation • Principes, normes et objectifs • Culture de la sécurité et priorités
Facteurs relatifs au cadre institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre économique et réglementaire • Politique de la santé • Liens avec des organisations externes

«Dans les RMM, les actions des personnes doivent être considérées en interaction avec l'organisation, la technologie et l'environnement.»

Dr Gesine Hofinger,
experte en facteurs humains

«Les biais ne doivent pas être sous-estimés. Il ne faut pas croire tout ce que l'on pense.»

Dr Joachim Koppenberg,
médecin-chef en anesthésie

Tiré de: Taylor-Adam S., Vincent C.,
Systemanalyse klinischer Zwischenfälle.
Zürich: Sécurité des patients Suisse

Présentation de l'analyse préliminaire pour la discussion en groupe: après la présentation du cas, nous recommandons d'afficher une fois encore les moments clés dans l'ordre chronologique sur une diapositive séparée. Il peut s'agir tant de faits médicaux que d'erreurs (cf. ill. 1). La flèche ne présente pas une chaîne de causes d'erreurs, mais uniquement le déroulement chronologique des événements et actes. Les facteurs identifiés (Protocole de Londres, distorsions cognitives) figurent sur la même diapositive (cf. ill. 1). Il est important de ne pas mentionner uniquement les catégories de facteurs (p. ex. facteurs d'équipe), mais de veiller à les concrétiser (p. ex. mise à jour du diagnostic non communiquée). Cette diapositive, qui présente de manière brève et éloquente les événements de l'analyse préliminaire, constitue la base de la discussion en groupe.

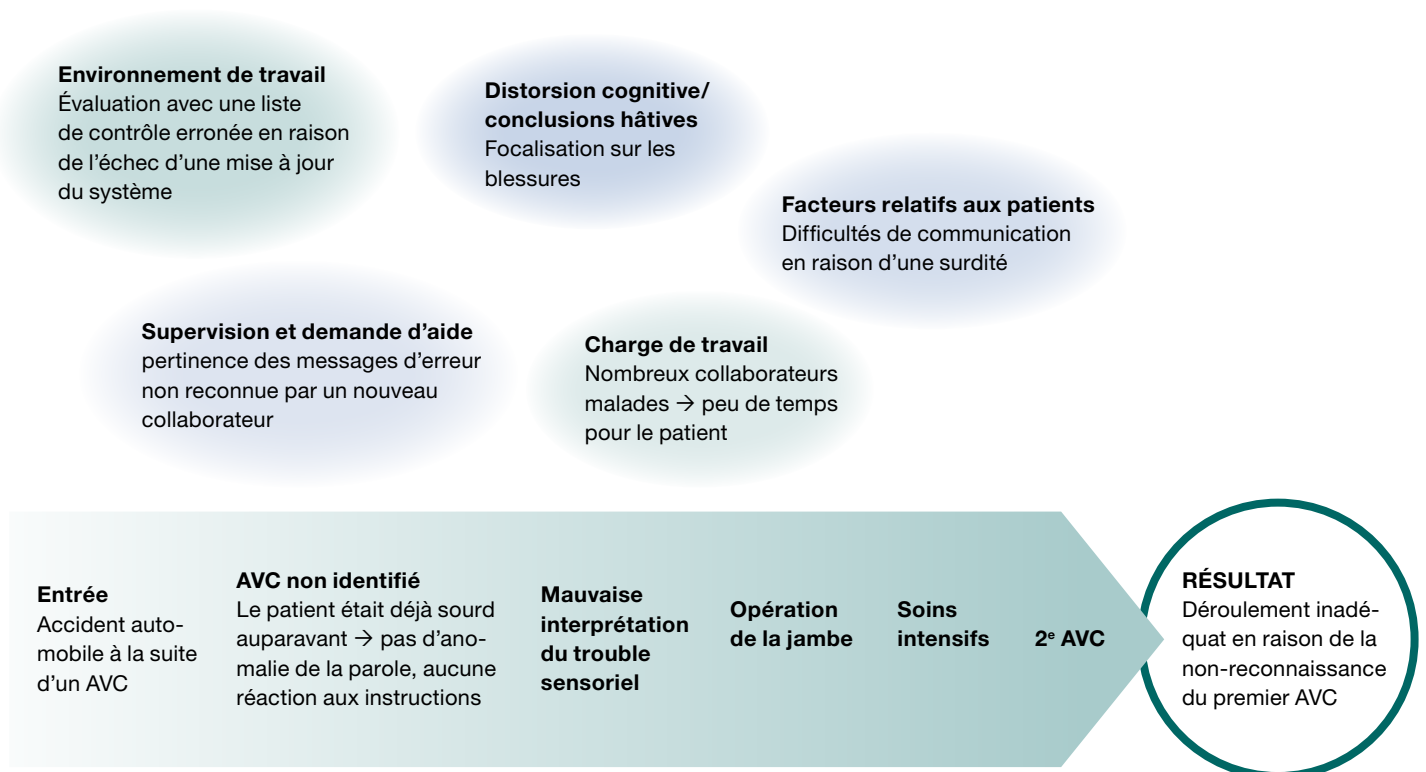


Figure 1 Présentation possible de l'analyse préliminaire.

Discussion

Défis pour l'animateur

La discussion est le moment clé des RMM, ce qui explique l'importance cruciale du rôle d'animation. Outre la difficulté à stimuler ou réfréner les participants, le problème des discussions en groupe est la tendance à définir un thème confortable sans plus en dévier (p. ex. patient difficile). Le consensus de groupe qui en résulte entrave une analyse en profondeur. Il est donc important de collecter dès le début différentes manières de voir et de s'assurer une participation équilibrée des différents groupes professionnels, disciplines et niveaux hiérarchiques. L'animateur doit s'efforcer d'adopter une approche fondée sur le bon jugement, c'est-à-dire supposer que chacun agit au mieux de ses connaissances et de ses convictions.

Pendant la discussion, l'animateur a également la tâche de limiter deux biais cognitifs courants en intervenant en présence des deux erreurs suivantes:

A) ERREURS D'ATTRIBUTION FONDAMENTALES

Nous avons tendance à justifier un acte plutôt sur la base des particularités des personnes que sur celles de la situation. Par conséquent, nous attribuons l'erreur à une personne. À titre d'exemple, il est plus courant de partir du principe qu'une personne ne s'est pas donné de mal ou n'assume pas ses responsabilités plutôt que d'admettre qu'elle a été constamment interrompue ou que les consignes étaient équivoques.

B) ERREURS RÉTROSPECTIVES

Avec le recul, on est toujours plus intelligent. Nous surestimons volontiers après coup la prévisibilité d'événements. L'animateur doit donc toujours rester attentif au fait que la personne X ne pouvait naturellement pas savoir au moment Y comment les choses allaient se dérouler et qu'il y avait à ce moment-là plusieurs manières sensées d'agir.

Questions clés

Les questions clés (voir encadré 1 ci-dessous) peuvent être précieuses pour conduire la discussion. Les transitions de la présentation chronologique du cas à l'analyse en passant par les mesures/apprentissages sont clairement marquées et l'animateur a toute légitimité d'intervenir si l'on revient sur l'une des étapes précédentes.

Encadré 1

Questions clés pour la discussion

- 1) *Après la présentation du cas:* Avez-vous des questions de compréhension concernant le cas? (Env. 5 minutes)
- 2) *Après l'analyse préliminaire:* Que jugez-vous évident? Quels points voyez-vous différemment? Manque-t-il quelque chose? (10 à 20 minutes)
- 3) Des mesures d'amélioration sont-elles nécessaires et par où pourrait-on commencer? Qu'avez-vous appris durant cette RMM? (Env. 5 minutes)

L'ESSENTIEL EN BREF

- La discussion est le moment clé des RMM.
- Elle découle des questions essentielles.
- Les participants complètent et critiquent l'analyse préliminaire.

«Quelqu'un se sentait-il stressé, intimidé, incapable de réfléchir clairement? Si oui, comment l'éviter à l'avenir?»

PD Dr méd. Balthasar Hug,
médecin chef en médecine interne

Mesures d'amélioration

L'ESSENTIEL EN BREF

- Les mesures d'amélioration potentielles et les apprentissages sont élaborés en commun.
- Les mesures qui résolvent plusieurs problèmes à la fois sont privilégiées. Les problématiques doivent être observées, l'activisme doit être évité.
- Les mesures de nature à apporter des changements dans l'environnement de travail et d'organisation sont préférées à celles qui misent sur des performances illimitées du personnel.
- Des consignes strictes ne conduisent pas impérativement à une sécurité accrue.

L'un des objectifs des RMM d'orientation systémique est d'identifier des mesures d'amélioration permettant d'éviter des erreurs. Les approches de l'action peuvent être brièvement discutées dans le meeting, mais le cadre de la RMM n'offre pas suffisamment de temps pour les élaborer en détail. Seules les responsabilités de leur suivi peuvent être définies.

Faiblesses et forces des mesures d'amélioration

Si l'on décide d'introduire une mesure, celle-ci devrait si possible être durable, c'est-à-dire indépendante des connaissances et des performances de collaborateurs particuliers. La différenciation entre les mesures faibles et les mesures fortes est utile à la compréhension. Des mesures faibles visent à des changements de comportement du personnel, alors que des mesures fortes modifient l'environnement de travail au point que les collaborateurs agissent automatiquement comme il se doit. Par exemple, si des erreurs se produisent en raison de nombreuses interruptions qui empêchent les collaborateurs de se concentrer, il vaut la peine à long terme d'adapter l'environnement de travail (p. ex. en instaurant des zones exemptes de perturbation). Il existe évidemment quelques cas pour lesquels des mesures faibles se justifient, notamment pendant la transition nécessaire vers des mesures fortes.

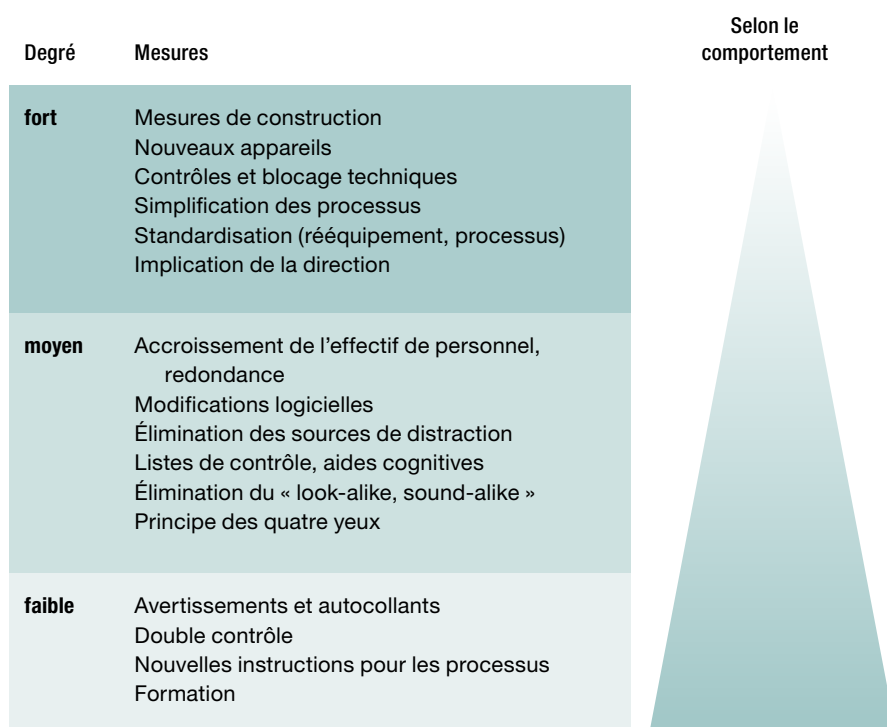


Figure 2 St. Pierre M., Hofinger G., Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin (3ème édition). Berlin: Maison d'édition Springer; 2014.

On peut naturellement parvenir à la conclusion qu'il n'existe aucune mesure raisonnable susceptible d'éviter la répétition d'une erreur. La proportionnalité des mesures ne doit pas être négligée. Améliorer la compréhension des corrélations peut déjà être une mesure en soi, car elle permet aux collaborateurs de comprendre l'origine de leurs actions. De telles conclusions peuvent être considérées comme un acquis. Dans certains cas, il peut être judicieux de ne pas introduire immédiatement une mesure, mais de documenter les acquis issus de la discussion du cas, afin de pouvoir reconnaître ultérieurement qu'il existe certains groupes de problèmes issus de problématiques plus profondes. Il est par exemple plus judicieux d'adapter le système de documentation que d'édicter de nouvelles instructions en présence de problèmes fréquents de documentation. La preuve de problèmes récurrents constitue une base argumentative pour l'instauration de mesures importantes (p. ex. adaptation de l'équipement informatique).

Nudging

Le nudging signifie inciter à un comportement souhaité en tirant profit de processus inconscients.

Exemple: si l'on range les sondes vésicales tout en bas de l'armoire et que les moyens de substitution se trouvent à hauteur d'yeux, ces derniers seront plus souvent utilisés que les sondes vésicales.

Standardisation

La sécurité fait débat. Faut-il, pour l'améliorer, restreindre la marge de manœuvre humaine en imposant une standardisation ou, au contraire, étendre cette marge de manœuvre en laissant plus de liberté de décision? On peut considérer l'humain soit comme un risque potentiel pour la sécurité, soit comme un vecteur de sécurité grâce à sa faculté de s'adapter spontanément à des situations (résilience). Ces deux approches sont importantes. Le degré de standardisation nécessaire dépend du problème et du contexte. Alors que dans un laboratoire, par exemple, des consignes strictes sont indispensables à la sécurité, il est impératif de laisser suffisamment de marge de manœuvre aux collaborateurs des services d'urgence. Toutefois là aussi, un certain degré de standardisation peut être utile, par exemple dans la manière dont la communication doit se dérouler. L'activisme jusqu'au niveau des détails devant être évité, il ne faut pas oublier que des consignes strictes ne contribuent pas forcément à la sécurité, mais qu'elles peuvent aussi l'entraver en empêchant les collaborateurs d'exercer leurs activités.

Procès-verbal

Lorsqu'aucune mesure d'amélioration n'a été décidée, il faut en donner la raison dans le procès-verbal, en précisant par exemple qu'aucune mesure ne paraît appropriée. Cela évite que le groupe ait l'impression de discuter des cas sans que rien ne se passe ensuite. Les responsabilités et les délais liés à la mise en œuvre des mesures d'amélioration sont définis durant la RMM et dépendent à chaque fois du cas et des disponibilités. En fonction du type de mesures, d'autres instances internes devront être mandatées (p. ex. pour les adaptations de l'infrastructure). Même si aucune mesure ne peut être appliquée, les conclusions doivent être clairement formulées sous forme d'enseignements découlant du cas et être documentées dans le procès-verbal.

Évaluation

Évaluation par les participants

L'évaluation se fait sous forme de bref questionnaire directement complété par les participants en fin de RMM. Le leader et l'animateur prennent brièvement connaissance ensemble des formulaires d'évaluation à la fin de la RMM, en analysent le déroulement et discutent de mesures éventuelles. L'objectif n'est pas que tous les participants soient toujours satisfaits et reconnaissent une utilité. À long terme, il faut cependant obtenir des évaluations positives de la part du groupe et, à défaut, s'enquérir de propositions d'amélioration auprès des participants.

Évaluation par le leader et le responsable de la gestion des risques et de la qualité

Le leader et le responsable de la gestion des risques et de la qualité peuvent évaluer les résultats de la RMM à différents niveaux: réaction directe (p.ex. feed-back positif sur la RMM), aspect pédagogique (les participants expriment ou montrent qu'ils ont appris quelque chose), comportement (des changements de comportement sont observables ou signalés), résultats (les indicateurs cliniques ont changé). À propos des indicateurs cliniques, nous déconseillons de mesurer les changements résultant de la RMM sur la base du taux de mortalité, car celui-ci dépend étroitement de la constellation des patients. Il vaut mieux utiliser des indicateurs relatifs aux processus, tels les «time to antibiotics». Si l'on désire observer l'amélioration d'un indicateur pendant une durée définie, cela peut se faire en choisissant les cas en conséquence. Le monitoring des «never events» (événements graves qui sont considérés comme totalement évitables, p. ex. une erreur de côté en chirurgie) est un complément important au niveau des résultats.

Premières étapes

- **Décisions essentielles: conférences interdisciplinaires et interprofessionnelles? Définir les sources et critères pour la sélection des cas**
- **Informez et impliquez la direction, la gestion des risques et de la qualité**
- **Identifier les personnes appropriées et attribuer les rôles, organiser les formations pour les présentateurs et les mentors**
- **Définir les dates et les heures (les adapter de manière à permettre la présence du plus grand nombre possible de personnes)**
- **Réserver les locaux (prévoir suffisamment de sièges, une bonne visibilité de l'écran, un lieu facilement accessible)**
- **Si nécessaire, préparer du matériel aidant à la sélection des cas, au leadership, à la présentation, au mentorat, etc., à télécharger sur www.securitedespatients.ch/rmm**
- **Réaliser un événement d'information avec le contenu suivant:**
 - a) Organiser une séance d'information sur les points suivants:
si les RMM existent déjà: qu'est-ce qui est nouveau, que connaît-on déjà?
 - b) Objectifs et principes des RMM (on n'insistera jamais assez là-dessus!)
 - c) Rôles (p. ex. qui fait partie de l'équipe de sélection des cas, qui est chargé de la présentation, etc.) et communiquer la liste des participants et le caractère obligatoire de la participation
 - d) Critères pour la sélection des cas
 - e) Déroulement d'une RMM
 - f) Communiquer les exigences envers les participants
 - g) Informer de la date, de l'heure et du lieu
 - h) Préciser le devoir de confidentialité

.....

«Il faut du courage pour réaliser des RMM interdisciplinaires et interprofessionnelles, mais c'est important.»

Prof. Dr méd. Bernhard Frey,
médecin-chef en médecine interne
et néonatalogie

.....

Questions juridiques

La confidentialité interne ne protège pas des interventions des autorités, en particulier du ministère public ou des tribunaux. En cas de préjudice, il n'existe jusqu'ici en Suisse aucune base légale qui règle, d'une part, l'intérêt des hôpitaux à apprendre de leurs erreurs et, d'autre part, celui des patients ou de la justice à obtenir réparation. L'accès à des documents tels que présentations et procès-verbaux doit être accordé, le cas échéant. La Fondation Sécurité des patients Suisse recommande aux institutions de la santé de diminuer ce risque juridique par des mesures organisationnelles jusqu'à la clarification de la situation légale. Si un établissement de santé doit se plier à l'obligation d'une autorité judiciaire de produire des pièces, il convient, après examen détaillé, d'exiger une mise sous scellés.

Annexes

Une boîte à outils avec des modèles et une bibliographie commentée est disponible en ligne sous: www.securitedespateurs.ch/rmm

- Liste de contrôle pour la sélection des cas (destinée à l'équipe de sélection des cas)
- Liste de contrôle pour la préparation (destinée à la présentation ou au mentorat)
- Modèles de présentation (destinés à la présentation ou au mentorat)
- Mémento de poche conduite (pour le leader)
- Mémento de poche animation (pour l'animation)
- Polycopiés (pour les participants)
- Formulaire d'évaluation (pour les participants)
- Modèle de procès-verbal (pour la personne chargée du procès-verbal)

Liste de contrôle pour la sélection des cas

Membres de l'équipe de sélection des cas:

A) RÉSULTAT INDÉSIRABLE

- Décès
- Complication
- Transfert imprévu aux soins intensifs
- Réopération
- Réhospitalisation
- Problème de diagnostic ou de traitement confirmé par une autopsie
- Accidents évités de justesse (*near miss*)
- _____

B) EVÈNEMENT POTENTIELLEMENT ÉVITABLE

Une erreur est une planification de traitement fautive ou oubliée (erreur de planification), ou une planification qui n'a pas été correctement exécutée (erreur d'exécution). Par définition, une erreur peut être évitée. L'effet secondaire d'un médicament, par exemple, n'est pas une erreur en soi, mais un événement indésirable. Toutefois, s'il est indiqué dans le dossier du patient qu'il ne supporte pas tel médicament, il s'agit d'un effet indésirable évitable. Une erreur peut, mais ne doit pas nécessairement, entraîner des dommages pour le patient. Souvent, une erreur n'a pas de conséquences et n'est donc même pas remarquée.

Liste de contrôle pour la sélection des cas

La liste pour la localisation des erreurs doit être comprise comme une suggestion et n'est pas exhaustive.

- Diagnostic et traitement adéquats et dans les délais?**
(préopératoire/peropératoire/post-opératoire, mesures diagnostiques, traitement conservateur, prescription de médicaments, administration de médicaments)
- Processus de traitement remis en question de manière critique, ciblée et dans les délais**
(diagnostics provisoires, identification/solution rapide de la problématique)
- Indication adéquate pour l'opération/l'intervention/le traitement intensif du point de vue temps et contenu?**
(problèmes d'interface, gestion médicale correcte des complications, échec des mesures d'urgence, gestion de patient à risque, transfert retardé au sein de l'hôpital ou dans d'autres établissements)
- Recommandations de pratique clinique/standards**
(pris en compte, appliqués, respect des recommandations de pratique clinique ou dérogation justifiée, standards thérapeutiques reconnus et pertinents)
- Contrôles du déroulement du traitement**
(réalisés et documentés par le médecin-chef, chef de clinique, par le médecin traitant du service, transmissions médicales, visites du médecin-chef, du chef de clinique, médecins consultants, coopération entre les équipes soignantes et thérapeutiques)
- Documentation complète et cohérente?**
(informations au sujet de l'opération/l'intervention, déroulement du traitement, décisions thérapeutiques, rapport de l'opération et du transfert, consultations, limites thérapeutiques, rapport médical cohérent)
- Coopération interdisciplinaire/interprofessionnelle sans heurts?**
(services préopératoires/postopératoires, pré/postinterventionnels, soins intensifs/ services de consultation)
- Communication**
(communication globale au sein du service, transmission de transfert, délégation de tâches concrètes, communication globale avec le personnel soignant, exécution rapide des ordres, réponse rapide aux besoins du personnel soignant; information rapide des proches)

Préparation du cas RMM

1. PRÉPARATION DU CAS ET IDENTIFICATION DE L'ERREUR

Que s'est-il passé et qu'est-ce qui n'a pas fonctionné?

Collecte de données pour la présentation chronologique du cas.

Sources potentielles:

- Dossier du patient, laboratoire, pathologie, imagerie
- Directives et standards internes
- Littérature spécialisée
- Informations données par les personnes impliquées/ celles les concernant
 - Comment se présentait le cas X pour toi?
 - Qu'as-tu fait?
 - Que s'est-il passé dans ta tête lorsque tu as fait X/Y?
- Éventuellement questions supplémentaires

Ne présenter que l'essentiel!

2. IDENTIFICATION DES FACTEURS CONTRIBUTIFS (analyse préliminaire)

Qu'est-ce qui a influencé les événements?

Facteurs d'influence systémiques selon le Protocole de Londres

Dans quelle mesure les conditions générales de travail ont-elles joué un rôle lorsque la personne a été confrontée à des défis concrets dans son travail? Compte tenu de l'interaction entre l'humain et l'environnement, des erreurs peuvent parfois se produire en raison d'interactions malheureuses entre des unités fonctionnelles. À titre d'exemple, la convivialité d'un outil informatique prend une importance singulière en situation de stress. Et on ne peut identifier les règles implicites qu'après avoir travaillé plusieurs années dans un hôpital. Il est plus difficile de s'occuper de patients complexes si l'on est fatigué ou si les modes de communication et la culture de sécurité influencent le moment où vous demanderez de l'aide. La liste selon le Protocole de Londres peut aider à identifier les influences systémiques. Ce qui est important est de considérer le cas sous des perspectives aussi variées que possible et de tenir compte des interactions. Cette liste tient lieu de proposition. Il n'est pas nécessaire de perdre trop de temps à réfléchir aux catégories imputables à chaque élément.

Type de facteur	Facteurs d'influence
Facteurs relatifs aux patients	<ul style="list-style-type: none"> • Situation (complexité et gravité) • Langue et communication • Facteurs relatifs à la personnalité et sociaux
Facteurs relatifs aux tâches et procédures	<ul style="list-style-type: none"> • Aménagement des tâches et du processus et clarté structurelle • Disponibilité et application des recommandations de pratique clinique • Disponibilité et précision des résultats de tests • Aides à la décision
Facteurs individuels (personnel)	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissances et facultés • Compétence • Santé physique et psychique
Facteurs relatifs à l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Communication orale et écrite • Supervision et demande d'aide • Structure de l'équipe (adaptation/harmonie, stabilité, conduite, etc.)
Facteurs de l'environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Effectif de personnel et mix de qualifications • Charge de travail et planification des équipes • Qualité, disponibilité et entretien de l'équipement technique • Soutien de l'administration et de la direction • Environnement physique
Facteurs relatifs à l'organisation et à la gestion	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources financières et restrictions • Structure de l'organisation • Principes, normes et objectifs • Culture de la sécurité et priorités
Facteurs relatifs au cadre institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre économique et réglementaire • Politique de la santé • Liens avec des organisations externes

Les distorsions cognitives ont-elles pu exercer une influence?

Dans une deuxième étape d'analyse, on peut se demander si les distorsions cognitives sont susceptibles d'avoir exercé une influence. Ci-après, voici trois exemples de distorsions cognitives courantes. Une liste plus complète figure en annexe comme liste de contrôle. Elle ne constitue qu'une proposition et l'exactitude des dénominations est secondaire.

DISTORSIONS COGNITIVES

Heuristique de disponibilité (availability bias)

La facilité avec laquelle on se souvient des contenus influence la perception subjective de la probabilité d'occurrence. Les contenus qui nous préoccupent régulièrement sont donc plus rapidement récupérés en mémoire, indépendamment de la vraisemblance de leur occurrence. Ce point peut jouer un rôle dans le diagnostic, par exemple.

Biais de confirmation (confirmation bias)

Nous percevons plutôt les informations qui confirment nos idées existantes et tendons à ignorer les informations qui contredisent nos attentes.

Lunettes de triage (triage cueing)

Le triage, soit la répartition des patients par tableaux cliniques et états se produit fréquemment, notamment aux urgences. Dès que ce patient parvient dans un service défini, il ou elle sera considéré en premier lieu à travers ces «lunettes».

Abandon yin-yang (yin-yang out)

Après de très nombreuses interventions diagnostiques, il se produit une tendance d'abandon déjà après un résultat satisfaisant.

Retrait du zèbre (zebra retreat)

Des diagnostics différentiels rares ne sont pas poursuivis afin de ne pas gaspiller les ressources (temps et argent), pour éviter d'être considéré comme irréaliste, faute d'accès à des spécialistes (p. ex. le week-end) ou en raison de la fatigue et d'une diversion.

Effet du disciple (bandwagon effect)

Certaines choses sont crues ou même exécutées uniquement sur la base de la croyance ou des actes des autres. Par exemple, des personnes compétentes se rallient à la «pensée collective» et prennent des décisions moins judicieuses parce que chaque membre du groupe adapte son opinion à la pensée collective supposée.

Effet du moment présent (diagnosis momentum)

Des hypothèses s'établissent insidieusement jusqu'au diagnostic parce que tous en parlent et adoptent le diagnostic. À un moment ou un autre, le diagnostic différentiel disparaît.

Parti pris de commission (commission bias)

On part du principe que seules des interventions peuvent maintenir le bien-être du patient ou de la patiente.

Erreur par omission (omission bias)

De mauvais résultats qui se produisent en raison d'un déroulement naturel sont mieux acceptés que ceux résultant d'une intervention médicale. C'est pourquoi il arrive qu'en cas de doute, on tend à ne rien faire. Les erreurs d'omission sont plus fréquentes que les partis pris de commission.

Adaptation de: The Ottawa RMM Model: A Guide to Enhancing Morbidity and Mortality Rounds Quality.

Préparation du cas RMM

Présentation de l'analyse préliminaire pour la discussion en groupe

Après la présentation du cas, nous recommandons d'afficher une fois encore les moments clés dans l'ordre chronologique sur une diapositive séparée. Il peut s'agir tant des faits médicaux que d'erreurs (flèche bleue). La flèche ne présente pas une chaîne de causes d'erreurs, mais uniquement le déroulement chronologique des événements et actes. Les facteurs identifiés (Protocole de Londres, distorsions cognitives) figurent sur la même diapositive (bulle). Il est important de ne pas mentionner uniquement les catégories de facteurs (p. ex. facteurs d'équipe), mais de veiller à les concrétiser (p. ex. mise à jour du diagnostic non communiquée). Cette diapositive qui présente de manière brève et éloquentes les événements de l'analyse préliminaire constitue la base de la discussion en groupe.

Présentation possible de l'analyse préliminaire

Environnement de travail

Évaluation avec une liste de contrôle erronée en raison de l'échec d'une mise à jour du système

Distorsion cognitive/ conclusions hâtives

Focalisation sur les blessures

Facteurs relatifs aux patients

Difficultés de communication en raison d'une surdité

Supervision et demande d'aide

pertinence des messages d'erreur non reconnue par un nouveau collaborateur

Charge de travail

Nombreux collaborateurs malades → peu de temps pour le patient

Entrée

Accident automobile à la suite d'un AVC

AVC non identifié

Le patient était déjà sourd auparavant → pas d'anomalie de la parole, aucune réaction aux instructions

Mauvaise interprétation du trouble sensoriel

Opération de la jambe

Soins intensifs

2^e AVC

RÉSULTAT

Déroulement inadéquat en raison de la non-reconnaissance du premier AVC

Modèle de présentation

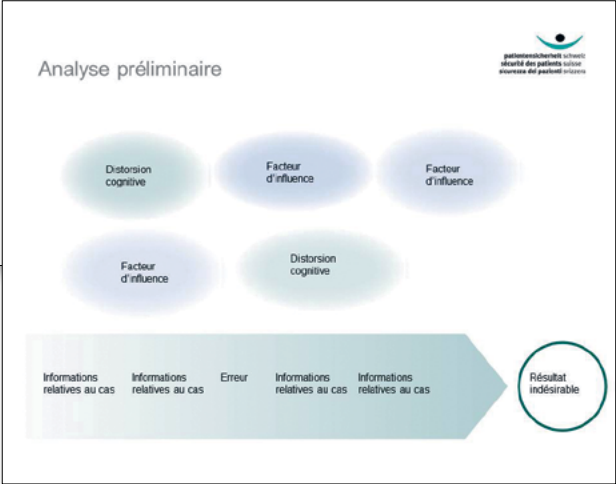


Cas

- Indications relatives aux patients: ((conserver l'anonymat au maximum, ni nom ni date de naissance, sexe seulement si pertinent))
- Diagnostic d'admission ou de traitement
- Évolution de l'état effectuée(s)

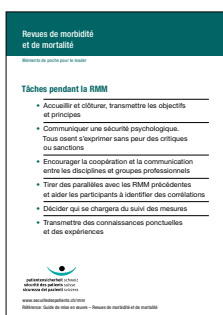
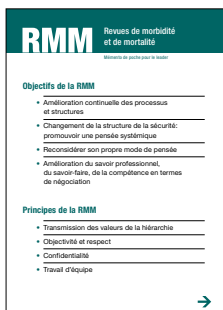
Résultat indésirable
 ((information de l'équipe de sélection des cas))

Erreur
 ((information de l'équipe de sélection des cas))



Mémento de poche pour le leader

Recto-verso



RMM

Revue de morbidité et de mortalité

Mémento de poche pour le leader

Revue de morbidité et de mortalité

Mémento de poche pour le leader

Pli

Objectifs de la RMM

- Amélioration continue des processus et structures
- Changement de la structure de la sécurité: promouvoir une pensée systémique
- Reconsidérer son propre mode de pensée
- Amélioration du savoir professionnel, du savoir-faire, de la compétence en termes de négociation

Principes de la RMM

- Transmission des valeurs de la hiérarchie
- Objectivité et respect
- Confidentialité
- Travail d'équipe

Tâches pendant la RMM

- Accueillir et clôturer, transmettre les objectifs et principes
- Communiquer une sécurité psychologique. Tous osent s'exprimer sans peur des critiques ou sanctions
- Encourager la coopération et la communication entre les disciplines et groupes professionnels
- Tirer des parallèles avec les RMM précédentes et aider les participants à identifier des corrélations
- Décider qui se chargera du suivi des mesures
- Transmettre des connaissances ponctuelles et des expériences


patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

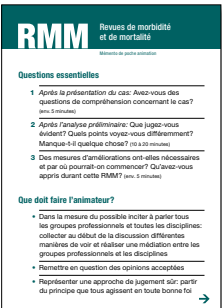
www.securitedespatients.ch/rmm

Référence: Guide de mise en œuvre – Revues de morbidité et de mortalité



Mémento de poche présentation

Recto-verso



RMM

Reves de morbidité et de mortalité

Mémento de poche animation

Questions essentielles

- 1 **Après la présentation du cas: Avez-vous des questions de compréhension concernant le cas?** (env. 5 minutes)
- 2 **Après l'analyse préliminaire: Que jugez-vous évident? Quels points voyez-vous différemment? Manque-t-il quelque chose?** (10 à 20 minutes)
- 3 **Des mesures d'améliorations ont-elles nécessaires et par où pourrait-on commencer? Qu'avez-vous appris durant cette RMM?** (env. 5 minutes)

Que doit faire l'animateur?

- Dans la mesure du possible inciter à parler tous les groupes professionnels et toutes les disciplines; collecter au début de la discussion différentes manières de voir et réaliser une médiation entre les groupes professionnels et les disciplines
- Remettre en question des opinions acceptées
- Représenter une approche de jugement sûr; partir du principe que tous agissent en toute bonne foi



Reves de morbidité et de mortalité

Mémento de poche animation

Quand faut-il que celui qui anime intervienne avec une ferme amabilité?

- Lorsque une personne du public répond à côté de la question en discussion, s'étend trop, se justifie
- Lorsque la prévisibilité d'événements est surestimée (erreur rétrospective)
- Lorsque la ou les négociations sont exclusivement fondées par les particularités des personnes et que le contexte n'est pas pris en considération (erreur d'attribution fondamentale)

Afin de ne pas donner l'impression d'intervenir volontairement des personnes, il est recommandé d'expliquer brièvement pour quoi on interrompt quelqu'un et/ou résumer ce qui a été dit.



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

www.patientensicherheit.ch/rmm

Référence: Guide de mise en œuvre – Revues de morbidité et de mortalité

Polycopiés

pour les participants

RÈGLES DU JEU

- L'attitude adoptée devrait être curieuse, axée sur l'amélioration et respectueuse envers les autres et soi-même.
- Il est bien sûr possible de montrer ses émotions, mais celles-ci ne devraient pas tenir lieu d'accusation ou de justification.
- Être aussi bref que possible afin qu'un maximum de personnes puissent prendre la parole.
- Demander le respect envers les participants et participantes: ce qui est dit ne sort pas de la salle.

LISTES DE CONTRÔLE POUR LE DÉBAT

Facteurs d'influence systémiques selon le Protocole de Londres

Il n'existe jamais une cause *unique* pour une erreur. Généralement, on parvient à la conclusion qu'une combinaison de différents actes et contextes a entraîné certains enchaînements de gestes («sharp end») et des conséquences négatives. S'y ajoute le fait que déjà peu de temps après, les souvenirs du processus précis d'un cas peuvent être faussés. Une reconstruction entièrement correcte est peu probable. Le cas présenté lors de la RMM est donc en premier lieu un symptôme et doit être considéré comme le point de départ grâce auquel il sera possible de contrôler et d'améliorer la sécurité et l'utilité des processus et structures.

Type de facteur	Facteurs d'influence
Facteurs relatifs aux patients	<ul style="list-style-type: none">• Situation (complexité et gravité)• Langue et communication• Facteurs relatifs à la personnalité et sociaux
Facteurs relatifs aux tâches et procédures	<ul style="list-style-type: none">• Aménagement des tâches et du processus et clarté structurelle• Disponibilité et application des recommandations de pratique clinique• Disponibilité et précision des résultats de tests• Aides à la décision
Facteurs individuels (personnel)	<ul style="list-style-type: none">• Connaissances et facultés• Compétence• Santé physique et psychique
Facteurs relatifs à l'équipe	<ul style="list-style-type: none">• Communication orale et écrite• Supervision et demande d'aide• Structure de l'équipe (adaptation/harmonie, stabilité, conduite, etc.)
Facteurs de l'environnement de travail	<ul style="list-style-type: none">• Effectif de personnel et mix de qualifications• Charge de travail et planification des équipes• Qualité, disponibilité et entretien de l'équipement technique• Soutien de l'administration et de la direction• Environnement physique
Facteurs relatifs à l'organisation et à la gestion	<ul style="list-style-type: none">• Ressources financières et restrictions• Structure de l'organisation• Principes, normes et objectifs• Culture de la sécurité et priorités
Facteurs relatifs au cadre institutionnel	<ul style="list-style-type: none">• Cadre économique et réglementaire• Politique de la santé• Liens avec des organisations externes

Les distorsions cognitives peuvent-elles avoir exercé une influence?

Même un personnel très qualifié traite parfois des informations de manière erronée et tire des conclusions inadéquates des informations présentes. De nombreux événements indésirables résultent de distorsions cognitives (raccourcis conceptuels, erreurs de pensées, heuristiques, biais). Les distorsions cognitives dans la planification et l'exécution d'activités sont humaines, courantes et permettent d'accélérer le processus décisionnel. Sans elles, il serait impossible de maîtriser le quotidien du point de vue temporel. La désignation de distorsions cognitives concrètes et les échanges à ce propos aident à une prise de conscience des circonstances dans lesquelles nous sommes particulièrement soumis aux distorsions et, le cas échéant, à prendre des mesures pour y remédier.

DISTORSIONS COGNITIVES

(Remarque: la liste n'est pas exhaustive.)

Heuristique de disponibilité (availability bias)

La facilité avec laquelle on se souvient des contenus influence la perception subjective de la probabilité d'occurrence. Les contenus qui nous préoccupent régulièrement sont donc plus rapidement récupérés en mémoire, indépendamment de la vraisemblance de leur occurrence. Ce point peut jouer un rôle dans le diagnostic, par exemple.

Biais de confirmation (confirmation bias)

Nous percevons plutôt les informations qui confirment nos idées existantes et tendons à ignorer les informations qui contredisent nos attentes.

Lunettes de triage (triage cueing)

Le triage, soit la répartition des patients par tableaux cliniques et états se produit fréquemment, notamment aux urgences. Dès que ce patient parvient dans un service défini, il ou elle sera considéré en premier lieu à travers ces «lunettes».

Abandon yin-yang (yin-yang out)

Après de très nombreuses interventions diagnostiques, il se produit une tendance d'abandon déjà après un résultat satisfaisant.

Retrait du zèbre (zebra retreat)

Des diagnostics différentiels rares ne sont pas poursuivis afin de ne pas gaspiller les ressources (temps et argent), pour éviter d'être considéré comme irréaliste, faute d'accès à des spécialistes (p. ex. le week-end) ou en raison de la fatigue et d'une diversion.

Effet du disciple (bandwagon effect)

Certaines choses sont crues ou même exécutées uniquement sur la base de la croyance ou des actes des autres. Par exemple, des personnes compétentes se rallient à la « pensée collective » et prennent des décisions moins judicieuses parce que chaque membre du groupe adapte son opinion à la pensée collective supposée.

Effet du moment présent (diagnosis momentum)

Des hypothèses s'établissent insidieusement jusqu'au diagnostic parce que tous en parlent et adoptent le diagnostic. À un moment ou un autre, le diagnostic différentiel disparaît.

Parti pris de commission (commission bias)

On part du principe que seules des interventions peuvent maintenir le bien-être du patient.

Erreur par omission (omission bias)

De mauvais résultats qui se produisent en raison d'un déroulement naturel sont mieux acceptés que ceux résultant d'une intervention médicale. C'est pourquoi il arrive qu'en cas de doute, on tende à ne rien faire. Les erreurs d'omission sont plus fréquentes que les partis pris de commission.

Adaptation de:

The Ottawa RMM Model: A Guide to Enhancing Morbidity and Mortality Rounds Quality.

Formulaire d'évaluation

pour les participants

Indications relatives à la personne (facultatif)

Groupe professionnel: Médecin Personnel soignant Autre

Nombre d'années d'expérience professionnelle: _____

Veillez marquer d'une croix ce qui convient

Dans la RMM d'aujourd'hui ...

	Oui	En partie	Non
j'ai pu parler ouvertement (ou aurais pu le faire en cas de besoin).			
il m'a semblé que la plupart des autres pouvait parler ouvertement.			
la question de savoir si quelque chose s'était mal déroulé était claire et ce qui s'était mal déroulé aussi.			
les facteurs pertinents favorisant les erreurs ont été discutés.			
j'ai acquis une meilleure compréhension des corrélations au sein de l'organisation.			
ce que les participants peuvent apprendre de ce cas était clairement perceptible.			
mes connaissances professionnelles se sont élargies.			
des mesures sensées ont été discutées, mais la raison pour laquelle aucune mesure n'est nécessaire était évidente.			
j'ai eu le sentiment qu'à l'avenir, j'aborderai de telles situations avec plus de confiance en moi.			
des réserves entre les disciplines étaient perceptibles.			
des réserves entre les groupes professionnels étaient perceptibles.			
une ambiance de respect et d'estime prédominait.			
une ambiance axée sur une amélioration prédominait.			
des collaborateurs ont été exposés			
j'ai eu l'impression de mieux comprendre mes collègues de travail (au-delà de la hiérarchie).			
j'ai eu l'impression de mieux comprendre les personnes d'autres disciplines (p. ex. chirurgie, anesthésie, pathologie, etc.).			
j'ai eu l'impression de mieux comprendre les personnes d'autres groupes professionnels (p. ex. corps médical, infirmier, thérapeutes, etc.).			

Adaptation de:

Becker, Andreas A. Eine Übersicht zu den Qualitätskriterien erfolgreicher Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. In: Beiträge zu Patientensicherheit im Krankenhaus. Éditeur: Becker A. Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH et Co. KG, Kulmbach. 2015.

Procès-verbal

Événement indésirable (anonymisé) _____

Facteurs systémiques identifiés (Protocole de Londres)

- _____
- _____
- _____

Distorsions cognitives identifiées

- _____
- _____
- _____

Mesure(s) _____

Responsable _____

Délai _____

Aucune mesure parce que ... _____

Apprentissages _____

IMPRESSUM

Fondation Sécurité des patients Suisse

Zürich, mai 2019

Rédaction: Lynn Häsler

Production: Anna Wegelin

Graphisme: giselaburkhalter.ch

Impression: SteudlerPress, Bâle

Tirages: 760 fr., 1700 al., 140 it.

ISBN 3-905803-28-3

Guide de mise en œuvre
Revue de morbidité et de mortalité

Fondation Sécurité des patients Suisse

Asylstrasse 77

CH-8032 Zurich

T +41 43 244 14 80

info@securitedespatients.ch

www.securitedespatients.ch



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera