

## La réunion mortalité morbidité (RM&M). De la pédagogie à l'amélioration des soins

Sandra David Tchouda <sup>1</sup>, Gaël Bal <sup>2</sup>, Patrice François <sup>2</sup>

<sup>1</sup> CIC – DRCI, Pavillon Taillefer, CHU de Grenoble / [sdavidtchouda@chu-grenoble.fr](mailto:sdavidtchouda@chu-grenoble.fr)

<sup>2</sup> Département Veille Sanitaire – UQEM, Pavillon Taillefer CHU de Grenoble

### INTRODUCTION

La revue de mortalité et morbidité (RM&M), développée initialement comme outil de formation aux USA, est devenue une méthode reconnue d'évaluation de la qualité des soins, reposant sur l'identification et l'analyse d'événements indésirables (EI). En France, les RM&M se sont implantées à l'initiative d'équipes cliniques, sans incitatifs institutionnels ni recommandations méthodologiques précises.

L'objectif principal de cette étude était de décrire les différentes modalités d'organisation et de fonctionnement des RM&M au sein d'un établissement et d'estimer leur impact sur la qualité des soins.

### POPULATION ET MÉTHODES

Était concerné par cette étude, l'ensemble des médecins et des personnels paramédicaux participant à des RM&M au CHU de Grenoble.

Le protocole d'étude comprenait 2 étapes : 1/ le recensement des RM&M ; 2/ la description des modalités de fonctionnement des RM&M suivant 3 approches : l'analyse documentaire des RM&M, un entretien du médecin responsable de la RM&M, et l'observation directe des RM&M par 2 observateurs.

### RÉSULTATS

En 2007, les RM&M existantes étaient au nombre de 27 (10 en médecine, 9 en chirurgie, et 8 en réanimation), 6 RM&M supplémentaires étaient en projet. Depuis une vingtaine d'années, le nombre de RM&M est en augmentation constante (5 RM&M en 1994, 11 en 1998, 19 en 2004, 27 en 2007).

Concernant le niveau de formalisation des RM&M, 90 % des RM&M faisaient un compte-rendu de réunion, 50% avaient une charte. Onze pour cents des RM&M ne produisaient aucun document. La structure des RM&M (objectifs, participants, jours fixés) était décrite dans la plupart des chartes. Alors que 50% des chartes décrivaient les critères de sélection des cas, l'utilisation d'une fiche de repérage des complications ou l'utilisation d'un outil d'analyse des EI.

Plus de 80% des médecins responsables décrivaient un objectif d'amélioration de la qualité des soins. Ces entretiens ont décrit des modalités de fonctionnement très hétérogènes d'une RM&M à l'autre. Les principaux avantages décrits par les médecins responsables étaient : l'amélioration de l'organisationnel et de la qualité des soins, une meilleure gestion des conflits et de la charge émotionnelle des EI, une amélioration de la discussion au sein de l'équipe et une meilleure cohésion de l'équipe. Les 2 principaux inconvénients soulignaient la préparation chronophage des RM&M et le manque de motivation des médecins souvent par méconnaissance de l'objectif des RM&M.

Concernant l'observation directe des RM&M, 5 indicateurs de processus portant sur le recensement, l'analyse systémique des EI et la mise en place d'actions correctrices, ont permis de décrire l'impact des RM&M sur l'amélioration de la qualité des soins. Globalement, ¼ des RM&M faisaient une analyse systémique efficace de l'EI, 40% des RM&M utilisaient un outil d'analyse systémique de l'EI et la moitié des RM&M mettaient en place des actions correctrices en désignant un responsable de l'action.

## DISCUSSION

Notre étude a retrouvé une augmentation significative du nombre de RM&M du CHU de Grenoble, révélant une **adhésion préférentielle** des médecins à cette méthode d'évaluation des pratiques professionnelles.

L'étude a également décrit des **modalités de fonctionnement hétérogènes** d'une RM&M à l'autre (présence du personnel paramédical, présentation des cas étudiés, critères de sélection, discussion et mise en place d'actions), constat retrouvé dans la littérature.

## CONCLUSION

Ces résultats suggèrent de nouvelles études visant à identifier les modalités de fonctionnement les plus performantes pour améliorer la qualité des soins.

## RÉFÉRENCES

- Aboumatar HJ, Blackledge CG, Jr., Dickson C, Heitmiller E, Freischlag J, Pronovost PJ. A descriptive study of morbidity and mortality conferences and their conformity to medical incident analysis models: results of the morbidity and mortality conference improvement study, phase 1. *Am J Med Qual.* 2007 Jul-Aug;22(4):232-8
- Bechtold ML, Scott S, Nelson K, Cox KR, Dellsperger KC, Hall LW. Educational quality improvement report: outcomes from a revised morbidity and mortality format that emphasised patient safety. *Qual Saf Health Care.* 2007 Dec;16(6):422-7.
- Bertrand D, Francois P, Weil G. Actions d'amélioration de la qualité des soins dans un hôpital universitaire. *Santé publique* 1997 ;(4) :425-436
- Bertrand D, Francois P, Bordenet M, Labarere J, Peyrin JC. Les réunions de morbidité et de mortalité à l'hôpital. Initiatives d'un hôpital universitaire et revue de la littérature. *J Econ Méd.* 2000;18(2):75-84
- Boyer L, Pascal C, Peyrin JC, Marin-Pache S, Francois P. Implantation de l'évaluation des pratiques médicales à l'hôpital: état des lieux dans un centre hospitalo-universitaire. *Risques et Qualité.* 2005;1:22-7.
- David Tchouda S, Bal G, François P. Functioning and impact of 27 morbidity and mortality conferences (MMCs) in a French teaching hospital. <http://internationalforum.bmj.com/>
- Orlander JD, Barber TW, Fincke BG. The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error. *Acad Med.* 2002 Oct;77(10):1001-6.