

## Mesure d'amélioration de la qualité: Revue mortalité – morbidité (RMM; conférences M&M; colloques mortalité-morbidité)

Déroulement de la demande	Date
Soumission	16.08.2022
Validation technique	09.11.2022
Validation contractuelle	06.04.2023
Publication	Avril 2023

### Généralités

Les mesures d'amélioration de la qualité (MAQ) sont des mesures concrètes et systématiques, reconnues par les parties contractantes, relatives aux structures et processus d'un hôpital ou d'une clinique. Elles visent à améliorer un aspect de la qualité des traitements et de la sécurité des patient-e-s dans un champ d'action donné. Leur impact dans un hôpital ou une clinique spécifique est évalué et amélioré en permanence dans le cadre du concept de qualité global du champ d'action. **La MAQ est intégrée dans le cycle PDCA du concept de qualité du champ d'action.** Cette intégration doit être consignée et décrite dans le concept de qualité.

Modifications	Date
Chapitre 1d: Adaptation des domaines thématiques en champs d'action sur la base du contrat de qualité révisé	18.09.2023

## 1. Délimitation de la mesure d'amélioration de la qualité

<b>a) Nom de la mesure d'amélioration de la qualité</b>
Revue mortalité – morbidité (RMM; conférences M&M; colloques mortalité-morbidité)
<b>b) Classification</b>
Les revues mortalité – morbidité (RMM) sont à considérer comme un module d'apprentissage dans le cadre de l'amélioration continue au sein d'une organisation. Elles consistent en un examen rétrospectif des déroulements de traitement qui ne sont pas considérés comme optimaux. Les RMM se concentrent sur l'examen a posteriori d'erreurs ou d'anomalies, afin d'en tirer des enseignements en vue de futurs cas et processus analogues. Les RMM sont à intégrer dans la gestion des risques cliniques des institutions de santé en tant qu'instrument d'amélioration de la sécurité des patients et doivent se concentrer en particulier sur les erreurs cognitives et systémiques.
<b>c) Objectif de la mesure d'amélioration de la qualité</b>
Il s'agit d'examiner des anomalies survenues dans des processus et des déroulements de traitement au sein de sa propre institution. À l'origine, les RMM visaient l'amélioration des compétences et de la pratique du médecin grâce à la réflexion critique exercée sur des cas achevés. L'accent porte aujourd'hui de plus en plus sur la perspective systémique: en intégrant aux RMM des approches méthodologiques standardisées de discussion de cas ou d'analyse des erreurs et des incidents, d'éventuels problèmes systémiques peuvent être mis à jour et des mesures d'amélioration élaborées qui conduisent à un perfectionnement des structures et des processus.
<b>d) Champs d'action</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Culture de qualité <input type="checkbox"/> Sécurité des patients <input type="checkbox"/> Prise de décision fondée sur des données probantes <input type="checkbox"/> Système centré sur le patient
<b>e) Discipline(s)</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Soins somatiques aigus <input checked="" type="checkbox"/> Psychiatrie <input checked="" type="checkbox"/> Réadaptation
<b>f) Délimitation: départements/domaines, professions etc.</b>
Les RMM peuvent être introduites en principe dans tous les domaines dans lesquels un patient a reçu un traitement hospitalier. Selon les besoins, les RMM sont réalisées de manière interdisciplinaire et/ou interprofessionnelle. La revue mortalité – morbidité se distingue de la conférence clinique (orientée sur la formation initiale et postgrade) et du Tumorboard (centré sur la poursuite du traitement).

## 2. Méthodologie, développement et impact

<p>a) Méthodologie de la mesure d'amélioration de la qualité</p>
<p>Dans les RMM, des complications, des déroulements de traitement inhabituels et des cas de décès inattendus sont examinés rétrospectivement afin de contribuer à la sécurité des patients. La sélection des cas pour les RMM se déroule sur la base de critères clairs, objectifs et transparents.</p> <p>La RMM est instaurée de manière structurée. Elle repose sur un concept adopté par les professions et les secteurs concernés. La RMM se déroule de manière standardisée selon un schéma et des règles identiques. Il convient de veiller à l'anonymisation des données des patients lorsque la RMM est étendue au-delà du cercle de l'équipe soignante.</p> <p>La répartition des rôles est claire:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Qui annonce les cas</li><li>- Qui sélectionne les cas</li><li>- Qui présente le cas</li><li>- Qui préside la conférence</li><li>- Qui modère la conférence</li><li>- Qui coordonne les dates, les présences et les locaux</li><li>- Qui surveille les mesures éventuellement prises</li></ul> <p>Afin que la neutralité soit garantie, il faudrait si possible que le concept global ne dépende pas d'une fonction rattachée à un service/département.</p> <p>La RMM se déroule régulièrement, en respectant un intervalle approprié.</p> <p>Le concept de la revue mortalité – morbidité doit être porté par la direction. Il faut être prêt et ouvert à la réflexion sur soi-même. Une culture ouverte de l'erreur est une condition préalable.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Les enseignements doivent être consignés. Il en va de même des mesures éventuellement identifiées. Ces mesures doivent être réalisées et leur mise en œuvre vérifiée.</li></ul>
<p><i>Annexes relatives à la méthodologie des mesures d'amélioration de la qualité</i></p>
<p><a href="https://patientensicherheit.ch/fr/recherche-developpement/les-revues-de-mortalite-et-de-morbidite/">https://patientensicherheit.ch/fr/recherche-developpement/les-revues-de-mortalite-et-de-morbidite/</a></p>
<p>b) Marge de manœuvre pour la conception</p>
<p>Au besoin, le concept de RMM devrait être appliqué à l'échelle de plusieurs services, car les incohérences dans les processus surviennent fréquemment aux interfaces. Mais une RMM peut également n'être introduite et établie que pour un seul service ou département.</p>
<p>c) Transférabilité possible dans d'autres départements et/ou hôpitaux</p>
<p>Divers guides existent pour l'introduction de RMM (voir en annexe et le point 2a). Les guides de mise en œuvre – par exemple de la fondation Sécurité des patients Suisse ou de la Bundesärztekammer allemande – peuvent s'appliquer à tous les hôpitaux et cliniques. La condition préalable est une culture ouverte de l'erreur et une disposition à réfléchir sur soi-même. Les guides présentent des recommandations et ménagent une certaine marge de manœuvre aux institutions pour l'adaptation aux conditions qui leur sont propres.</p>

d) Phase de développement		
Auto-déclaration: La mesure d'amélioration de la qualité ...		
<input checked="" type="checkbox"/> ... est axée sur la pratique	<input checked="" type="checkbox"/> ... a été testée lors d'au moins un <u>projet pilote</u> .	<input type="checkbox"/> ... n'est pas remplie
	<i>Par projet pilote il faut entendre la mise en œuvre de la mesure d'amélioration de la qualité et la collecte d'expériences dans au moins un hôpital ou un secteur d'hôpital.</i>	
Des revues morbidité – mortalité fonctionnent déjà dans de nombreux hôpitaux et cliniques. Elles sont un outil connu d'examen rétrospectif de complications et de déroulements inhabituels de traitements. Pour la réalisation, en suivant le guide élaboré par la fondation Sécurité des patients Suisse, l'Hôpital cantonal de Zoug (ZGKS) peut parfaitement être considéré comme un hôpital pilote.		
e) Effet souhaité sur la qualité des soins et/ou la sécurité des patient-e-s		
La qualité du traitement dans le cas discuté ne peut plus être améliorée rétrospectivement. Mais dans un cas similaire, des erreurs et des risques comparables pourront être évités. Un processus peut être rendu plus sûr pour l'avenir, par exemple. Des mesures d'amélioration doivent être mises en œuvre et monitorées. Selon diverses études et expériences pratiques, des données probantes existent (lire en annexe).		
<i>Annexes concernant l'impact, resp. concernant les données probantes</i>		
A systems approach to morbidity and mortality conference <a href="https://doi.org/10.1016/j.ajmed.2010.03.010">https://doi.org/10.1016/j.ajmed.2010.03.010</a>		
Deis JN, Smith KM, Warren MD, et al. <i>Transforming the Morbidity and Mortality Conference into an Instrument for Systemwide Improvement</i> . In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. <i>Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign)</i> . Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug. Available from: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43710/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43710/</a>		
<i>Using Patient Safety Morbidity and Mortality Conferences to Promote Transparency and a Culture of Safety</i> <a href="https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36001-6">https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36001-6</a>		
Häsler Lynn, Prof. Dr. Schwappach David; Revues de morbidité et de mortalité, Guide de mise en œuvre de la fondation Sécurité des patients Suisse <a href="https://patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/03/Revue_de_morbidite_et_de_mortalite_Guide_de_mise_en_oeuvre.pdf">https://patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/03/Revue_de_morbidite_et_de_mortalite_Guide_de_mise_en_oeuvre.pdf</a>		
Dr. Boy Oliver, Chop Ines; Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK), Band 32, Bundesärztekammer		

### 3. Réalisation et coûts

<b>a) Registre</b>		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle la tenue d'un ou de plusieurs registres?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
<b>b) Certification</b>		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle une certification?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
<b>c) Licences</b>		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle des licences (par ex. questionnaires, système IT)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
<b>d) Estimation des ressources humaines et financières pour la mise en œuvre de la mesure d'amélioration de la qualité</b>		
<p>En premier lieu, la planification des conférences constitue une charge sur le plan organisationnel; une bonne préparation de la personne qui présente le cas et du modérateur s'impose; un outil de déclaration de cas peut faciliter la procédure. La RMM elle-même nécessite des ressources jusqu'aux cadres supérieurs. En moyenne, la revue devrait durer environ 60 minutes.</p>		

### 4. Contrôle de l'intégration dans le concept interne de qualité

<p><i>L'organe de contrôle externe vérifie si la mesure d'amélioration de la qualité est intégrée au cycle d'amélioration de la qualité (PDCA). Des <b>critères</b> doivent être définis ici pour que le contrôle de cette intégration soit efficace et juste.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Un concept approuvé et actualisé doit être à la disposition des professions et secteurs impliqués (déroulement selon le concept standardisé, la méthodologie et les règles), lire également le point 2a</li><li>- La responsabilité du concept global devrait si possible relever d'une fonction qui n'est pas rattachée à un service, afin de préserver la neutralité.</li><li>- Le nombre de RMM par année, resp. la périodicité sont fixés à l'interne.</li><li>- Les protocoles et les enseignements tirés devraient être consultables (par un cercle défini de personnes)</li><li>- La mise en œuvre des mesures dégagées doit faire l'objet d'un contrôle</li></ul>

### 5. Auteur de la demande et conflits d'intérêts

<b>Auteur de la demande</b> (institution))	Zuger Kantonsspital
<i>Description des éventuels conflits d'intérêts de l'auteur de la demande</i>	
Aucune	