



# Culture de l'erreur dans les établissements de soins: place des colloques de morbidité-mortalité

Rev Med Suisse 2010; 6: 2190-4

H. Ksouri  
A. Bahri Ksouri  
V. Ribordy  
G. Sridharan  
D. Hayoz

## The culture of «useful error» in health care establishments: impact of morbidity and mortality conferences (MMCs)

Since the publication of the Institute of Medicine's report, «To Err is Human», in 1999, patient safety has become an economic and political objective. The notion of safety involves willingness and initiation of measures to reduce or eliminate errors leading to preventable adverse events. Morbidity and mortality conferences are useful tool to improve local care management through the discussion of adverse events and medical errors and the conception of alternative approaches. In addition, MMCs have an educational value for the entire medical and nursing staff. The involvement of the head of the department is crucial to achieve a cultural change within the caregivers by developing the concept of «useful error» during MMCs.

Depuis la publication du rapport de l'Institute of medicine «To err is human», en 1999, la sécurité des patients est devenue un enjeu économique et politique. La notion de sécurité implique une volonté et une mise en route de mesures visant à réduire ou éliminer les erreurs pouvant conduire à des événements indésirables évitables. Les conférences de morbidité et mortalité représentent d'une part un moyen reconnu d'évaluation des pratiques professionnelles et, d'autre part, un outil pédagogique pour le staff médical et paramédical. L'implication et l'engagement du chef de service sont essentiels pour faire partager l'objectif, obtenir la motivation et l'adhésion des professionnels à ce concept de culture de «l'erreur utile».

## INTRODUCTION

La publication, en 1999, d'un rapport intitulé «*To err is human, building a safer health care system*» par l'Académie des sciences des Etats-Unis a révélé, à l'ensemble de la communauté médicale et à un large public, l'ampleur des conséquences socio-économiques des événements indésirables liés à des erreurs a priori évitables survenant au cours de l'hospitalisation.<sup>1</sup>

La complexité des activités de soins est en perpétuelle évolution avec l'avènement de techniques et de processus de soins de plus en plus sophistiqués. Cette complexité apparente le système de santé aux industries à hauts risques (aviation, nucléaire...). L'expérience de ces dernières a permis d'orienter les démarches à entreprendre pour améliorer la sécurité en accordant plus d'importance au facteur organisationnel qu'aux individus. La recherche de la faute individuelle ne permet pas de mettre en place sereinement une culture de l'erreur et de la sécurité. Pour cela, les colloques de morbidité-mortalité (CMM) représentent l'une des approches recommandées par les autorités et sociétés médicales.<sup>2-5</sup> Cette méthode d'analyse d'incidents doit bénéficier du soutien des institutions hospitalières et s'inscrire dans leur politique d'amélioration de la qualité des soins.

## QUELLE APPROCHE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

L'intérêt porté aux décès et aux complications survenant en milieu hospitalier est une pratique ancienne. Le principe consistant à revoir périodiquement les dossiers des patients décédés ou victimes de complications permet l'apprentissage de la médecine et fait partie de la formation académique traditionnelle des chirurgiens tout particulièrement aux Etats-Unis.<sup>6</sup> L'efficacité des pratiques médicales basée sur les règles de la médecine fondée sur des preuves (*Evidence based medicine*) s'intègre dans les méthodes reconnues par les sociétés médicales pour améliorer la qualité des soins.<sup>7</sup>

Cependant, l'efficacité des pratiques médicales ne correspond pas complètement aux exigences de transparence et ces besoins représentent un enjeu économique mais également électoral notamment aux Etats-Unis où les sénateurs H. Clinton et B. Obama ont plaidé récemment pour une politique axée sur la sé-



curité du patient et une communication transparente envers les malades et leur famille afin de diminuer le coût des plaintes et des primes d'assurances.<sup>8</sup>

L'efficacité et l'amélioration continues de la qualité des soins ne permettent pas d'appréhender dans son ensemble une notion nouvelle en médecine : la sécurité du système de soins à l'image de l'industrie aéronautique.

La notion de sécurité implique une volonté et une mise en route de mesures visant à réduire ou à éliminer les erreurs pouvant conduire à des événements indésirables évitables.<sup>9</sup>

L'erreur est définie comme l'échec de planification ou d'exécution d'une action.<sup>10</sup> Les événements évitables sont ceux qui résultent, compte tenu de l'état de l'art à un moment donné, d'erreurs ou de dysfonctions matérielles. Le concept d'événement évitable a permis de préciser le degré de maîtrise du système.

Il est possible d'améliorer à la fois la qualité des soins et la sécurité des patients en développant des formules telles que les colloques de morbidité-mortalité (CMM). Ces colloques s'inscrivent dans une longue tradition médicale d'amélioration de la qualité des soins se basant sur une approche analytique par problème. Les services de chirurgie, d'obstétrique ou de médecine interne ont utilisé avec succès les CMM.<sup>11-14</sup> Par contre, en milieu de soins intensifs, les données sur l'utilité des CMM, visant à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, sont pour l'heure préliminaires alors que leur faisabilité est établie.<sup>15-19</sup>

## COLLOQUES DE MORBIDITÉ-MORTALITÉ

Au cours des réunions, l'équipe médicale réalise une analyse collective, rétrospective et systématique des événements indésirables. Un événement indésirable est une complication imprévue, liée à la pratique des soins et non expliquée par la maladie sous-jacente, pouvant entraîner une augmentation de la durée d'hospitalisation, conduire à la mort ou provoquer des séquelles transitoires ou définitives après la guérison.<sup>20-23</sup>

L'analyse prend en compte tous les éléments organisationnels, techniques et humains impliqués dans la prise en charge du patient. De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus. La réflexion collective permet de décrire les pratiques de soins prodigués, d'identifier, parmi ces pratiques, celles jugées non optimales, ainsi que les problèmes rencontrés lors de la prise en charge. Cette analyse a pour but de rechercher les facteurs contributifs et les causes, de proposer des améliorations visant à diminuer la probabilité de récurrences (action préventive) ou à limiter leurs effets délétères (actions protectrices) et d'évaluer l'impact des actions entreprises.

En cas de défaillance individuelle grave et flagrante, le cas est repris avec l'intéressé et le responsable de la structure des soins.

L'exemple suivant illustre l'analyse globale d'un événement indésirable entreprise lors d'un CMM.

### Cas clinique

Une patiente, de 58 ans, est transférée des soins intensifs à la clinique de médecine dans les suites d'un

accident vasculaire cérébral hémorragique à la suite duquel elle garde un hémisyndrome droit avec troubles de la déglutition. La patiente est trachéotomisée avec mise en place d'une canule fenestrée avec ballonnet.

Au vingtième jour de son hospitalisation, la patiente présente à trois heures du matin une détresse respiratoire avec bradycardie et baisse de l'état de conscience. A l'aspiration trachéale, l'infirmière retire des caillots de sang.

Le changement de canule obstruée permet d'améliorer rapidement la situation clinique de la patiente.

L'analyse de cet événement grave au cours du CMM révèle les dysfonctions suivantes :

- défaut de communication : les aspirations trachéales sont sanglantes depuis 48 heures, information connue par l'équipe infirmière, non transmise à l'équipe médicale.
- Erreur humaine individuelle : l'infirmière de nuit a jugé la patiente comateuse comme endormie et n'a pas tenté de la stimuler.
- Défaut d'expérience : il n'y a pas eu de nettoyage de la canule interne depuis 72 heures ni d'aspiration trachéale depuis la constatation d'aspirations sanglantes.
- Erreur de système : le personnel infirmier n'a pas été formé à la gestion de patients trachéotomisés et n'est pas supervisé, ce qui expose au risque d'incidents.

Ainsi, se pose la question de la gestion de ces patients avec du personnel spécifiquement formé.

Cet exemple démontre qu'une erreur médicale peut être complexe et qu'un événement indésirable donné peut comporter plusieurs erreurs latentes et actives à la fois au niveau individuel et du système de soins. D'où le rôle du CMM de décortiquer l'événement indésirable a permis d'en retrouver les causes.

## MISE EN PLACE DES COLLOQUES DE MORBIDITÉ-MORTALITÉ

Il appartient à l'établissement de santé de définir et d'intégrer cette activité dans son dispositif de gestion de la qualité et des risques, d'en faire la promotion, au besoin par des mesures incitatives, et de fournir aux professionnels les moyens de les mettre en place et de les pérenniser. Il est recommandé que la politique de l'établissement concernant les CMM soit débattue et encouragée par les directions médicales et administratives et inscrite dans le projet d'établissement et mentionnée dans le livret d'accueil remis aux patients.<sup>24</sup>

Selon sa taille et ses activités, un établissement de santé peut opter pour une organisation des CMM à l'échelle de l'établissement dans son ensemble, ou de ses différents secteurs d'activité (dans le secteur public, il peut s'agir de pôles, de services ou d'unités fonctionnelles).

L'implication et l'engagement du responsable de l'établissement et du responsable du secteur d'activité sont essentiels pour faire partager l'objectif et obtenir la motivation, l'adhésion et la participation active des professionnels.



## ORGANISATION DES COLLOQUES DE MORBIDITÉ-MORTALITÉ

L'initiative de mettre en place un CMM doit être soutenue par le responsable du secteur d'activité et/ou le directeur médical de l'établissement. Avant de mettre en place des CMM dans un service, il faut d'abord définir une méthode de fonctionnement réaliste et aborder tout de suite le problème de l'état d'esprit dans lequel doit se dérouler ce type de réunion. Il peut en effet, pour beaucoup d'entre nous, paraître difficile de rompre avec les notions de faute ou de culpabilité individuelle que renvoient les dossiers qui ont posé des problèmes. Les CMM obligent à rompre radicalement avec ces perceptions et introduisent, de façon formelle, le principe de «l'erreur utile».<sup>19</sup>

L'organisation d'une première réunion informelle de réflexion avec l'ensemble des intervenants (médecins et paramédicaux) pour élaborer les «règles du jeu» et déterminer les conditions dans lesquelles peuvent être mises en place les CMM dans un service paraît indispensable. Il faudra insister sur le cadre de confidentialité et de confiance dans lequel se déroule le CMM. La présence des soignants concernés par l'événement indésirable et l'implication nécessaire des médecins cadres et/ou du chef de service sont indispensables en raison de leur rôle pédagogique. A l'issue de cette phase de réflexion collective, les animateurs des CMM (idéalement un médecin senior et au moins un membre de l'équipe paramédicale) sont désignés. Ils devront faire respecter les règles de fonctionnement et maintenir un état d'esprit positif. Les méthodes d'organisation des CMM sont bien détaillées dans la littérature.<sup>7,25,26</sup> Les facultés de médecine introduisent cette réflexion depuis quelques années déjà en intégrant ce type d'enseignement au programme des études prégraduées. Une démarche similaire est souhaitable au sein des hautes écoles de santé.

## PLACE DES COLLOQUES DE MORBIDITÉ-MORTALITÉ AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Les établissements de santé doivent organiser leur système de gestion des risques sanitaires en mettant en place une coordination des vigilances et des dispositifs de déclaration des incidents iatrogènes.<sup>7,13,27</sup>

La mise en place de CMM dans les établissements de santé ne doit pas constituer un obstacle aux systèmes de déclaration des risques ou réduire leur efficacité. Il faut au contraire que ces dispositifs soient complémentaires, ce qui est possible si l'on considère qu'ils représentent deux niveaux du système de gestion des risques dans les établissements.

En répondant aux critères de qualité, les CMM peuvent être valorisés dans le développement professionnel continu et la certification des établissements de santé.

## UN ÉQUILIBRE ENTRE QUALITÉ ET SANCTION PÉNALES EST-IL POSSIBLE ?

L'exercice de la médecine est aujourd'hui en proie à la judiciarisation. Cette évolution pourrait constituer un obstacle à la promotion des CMM et en détourner leur finalité.

Ils pourraient être utilisés ou saisis par le juge dans le cadre de poursuites judiciaires. La question de la répercussion sur la responsabilité pénale des médecins et des soignants est souvent posée à propos de l'engagement dans une démarche de type CMM.

Un magistrat, spécialisé en droit médical, apporte la réponse suivante: «Cet engagement n'est pas en soi un facteur d'accroissement de cette responsabilité. Au contraire, la mise en place de cette procédure (CMM) apporte la preuve de la réactivité des équipes face à une situation de risque qui pourrait se renouveler».<sup>28</sup> Il s'agit donc de décrire les faits et d'en comprendre les causes sans porter de jugement sur les personnes: «comprendre ce qui s'est passé ne signifie pas rechercher un responsable».<sup>28</sup>

Le sentiment de culpabilité et la peur d'être jugé par les autres demeurerait donc présents quel que soit le cadre culturel. Il serait tentant d'affirmer que l'obstacle au bon recueil de l'erreur médicale est lié au problème de la responsabilité médicale et à la peur de la judiciarisation. En fait, il n'existe pas de corrélation entre la judiciarisation et les erreurs divulguées ou la qualité des soins: il n'a jamais été démontré que dire la vérité augmentait le nombre de plaintes.<sup>29</sup> La création de comités d'analyse des causes de mortalité et de morbidité n'a, a priori, aucune raison d'augmenter le nombre de recours: l'analyse n'est pas en elle-même source de contentieux, par contre elle peut être utile lorsqu'il survient. Elle représente seulement un système d'information dont il faut préciser au préalable les règles d'utilisation et les objectifs.<sup>25</sup>

## CONCLUSION

Les CMM représentent d'une part un moyen reconnu d'évaluation des pratiques professionnelles et, d'autre part, un outil pédagogique pour les médecins en formation. Ils constituent une méthode idéale pouvant être acceptée et encouragée par un établissement de soins et le corps des soignants. C'est pourquoi, les CMM devraient être un outil particulièrement adapté pour tenter d'améliorer la sécurité des patients hospitalisés en détectant des dysfonctionnements imputables soit à l'établissement, soit aux professionnels de la santé. ■

### Implications pratiques

- > Les colloques de morbidité-mortalité sont un moyen d'évaluation des pratiques professionnelles et un outil pédagogique pour les équipes médicales et paramédicales
- > Les colloques de morbidité-mortalité permettent d'introduire la culture de «l'erreur utile»
- > Les colloques de morbidité-mortalité représentent une méthode d'analyse d'incidents qui doit bénéficier du soutien des institutions hospitalières



## Adresse

Drs Hatem Ksouri, Vincent Ribordy et Govind Sridharan  
Service des soins intensifs et continus  
Dr Amira Bahri Ksouri  
Pr Daniel Hayoz  
Clinique de médecine interne  
HFR Fribourg, Hôpital cantonal  
1708 Fribourg  
dr\_h\_ksouri@yahoo.fr

## Bibliographie

- 1 Kohn L, Corrigan J, Blendon R. To err is human: Building a safer health system. Washington: National Academies Press ed., 1999.
- 2 \*\* Pronovost PJ. How can clinicians measure safety and quality in acute care? *Lancet* 2004;363:1061-7.
- 3 Etchells E, Baker R. Safety and critical care. *J Crit Care* 2002;17:76-7.
- 4 Osmon S, Harris CB, Dunagan WC, et al. Reporting of medical errors: An intensive care unit experience. *Crit Care Med* 2004;32:727-33.
- 5 \* SRLF (Société de réanimation de langue française). Revues de morbi-mortalité (RMM) en réanimation: Guide méthodologique. Juin 2007. [www.srlf.org](http://www.srlf.org)
- 6 Hamby LS, Birkmeyer JD, Birkmeyer C, et al. Using prospective outcomes data to improve morbidity and mortality conferences. *Curr Surg* 2000;57:384-8.
- 7 \*\* Haute autorité de santé. Evaluation et amélioration des pratiques: guide méthodologique. Juin 2009, [www.sante-has.fr](http://www.sante-has.fr)
- 8 \* Clinton HR, Obama B. Making patient safety the centerpiece of medical liability reform. *N Engl J Med* 2006;354:2205-8.
- 9 Brennan TA, Gawande A, Thomas E, Studdert D. Accidental deaths, saved lives, and improved quality. *N Engl J Med* 2005;353:1405-9.
- 10 Leape L, Epstein AM, Hamel MB. A series on patient safety. *N Engl J Med* 2002;347:1272-4.
- 11 Pierluissi E, Fischer MA, Campbell AR, Landefeld CS. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. *JAMA* 2003;290:2838-42.
- 12 Papiernik E, Bucourt M, Zeitlin J. Audit of obstetrical practices and prevention of perinatal deaths. *Bull Acad Natl Med* 2005;189:71-84.
- 13 Seiler RW. Principles of the morbidity and mortality conference. *Acta Neurochir Suppl* 2001;78:125-6.
- 14 Kravet SJ, Howell E, Wright SM. Morbidity and mortality conference, grand rounds, and the ACGME's core competencies. *J Gen Intern Med* 2006;21:1192-4.
- 15 Bracco D, Favre JB, Bissonnette B, et al. Human errors in a multidisciplinary intensive care unit: A 1-year prospective study. *Intensive Care Med* 2001;27:137-45.
- 16 Larrazet F, Meudec A, Knani L, et al. Morbidity/mortality reviews: Assessment of their implementation in one hospital. *Presse Med* 2006;35:1223-30.
- 17 Rousseau J, Pelletier C, Libert N, et al. Mise en place d'indicateurs de suivi de la mortalité en réanimation: résultats préliminaires. *Réanimation* 2007;16:S176-7.
- 18 Misset B, Philippart F, Molinié V, et al. Analyse des causes de décès pour améliorer la performance d'un service de réanimation. *Réanimation* 2006;15:S195-6.
- 19 \*\* Ksouri H, Balanaut PY, Tadié JM, et al. Impact of morbidity and mortality conferences on analysis of mortality and critical events in intensive care practice. *Am J Crit Care* 2010;19:135-45.
- 20 Vidal-Trecan G, Christoforov B, Papiernik E. Mortality-morbidity conferences: Evaluation of an intervention to expand their practice in a university hospital. *Presse Med* 2007;36:1378-84.
- 21 Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170:1678-86.
- 22 Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ* 2004;328:199.
- 23 Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, et al. The Critical care safety study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med* 2005;33:1694-700.
- 24 Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Paris: Anaes, 2003.
- 25 Pibarot M, Papiernik E. Optimiser la sécurité du patient. Revues de mortalité-morbidity. Direction de la politique médicale. Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 2006.
- 26 \*\* Aboumatar HJ, Blackledge CG, Dickson C, et al. 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 I. *Am J Med Qual* 2007;22:232-8.
- 27 Schwebel C, Bonadona A, Hamidfar R, et al. Décès évitables en réanimation: impact des réunions morbi-mortalité dans la politique de qualité. *Réanimation* 2006;15:S194-5.
- 28 \* Chevalier P. Les revues d'analyse des accidents médicaux: quelles incidences sur la responsabilité pénale des médecins et soignants? *Rev Droit Sanit Soc* 2008;1080-7.
- 29 \*\* Annas GJ. The patient's right to safety-improving the quality of care through litigation against hospitals. *N Engl J Med* 2006;354:2063-6.

\* à lire

\*\* à lire absolument