

PROJET DU SMPR pour 2010-2011

Mise en place de Revues Mortalité-Morbidité: RMM

Dr M.Kossowsky, Dr Y. Bouatou et Dre A.Rudaz
Présentation du 14 avril 2010

Plan de la présentation

- Intérêt de la mise en place des RMM pour le SMPR
 - Historique des RMM
 - Qu'est-ce qu'une approche systématique
 - Exemple concret: Fribourg par le Dr Bouatou
 - Déroulement d'une RMM au SMPR
 - Lien avec le dossier informatisé
-

Quel intérêt pour le SMPR?

Qualité, vous avez dit qualité?

- Notion omniprésente en médecine et exigée par la LAMal.
 - En 2003, un groupe Qualité a été créé au sein de la FMH.
 - Pas de cadre légal clair.
 - Qu'est-ce qu'on entend par qualité, comment la mesurer et l'évaluer et comment se servir des résultats de ces mesures?
-

Qualité, vous avez dit qualité?

- Plusieurs systèmes de gestion de la qualité et de certification reconnus à l'échelon international ou national
 - International: ISO
 - Américain: JCAHO
 - Européen: EFQM
 - Suisses: sanaCERT, EQUAM et Quali-med-net
-

Qualité, vous avez dit qualité?

- Les cabinets médicaux et les hôpitaux suisses sont libres d'introduire des systèmes de gestion de la qualité ou de se soumettre à une certification.
 - 85% des établissements utilisent au moins un système de gestion de la qualité.
 - Pas de système unifié en Suisse.
-

Qualité, vous avez dit qualité?

- Projet pilote de la FMH (2009-2010)
 - Monitorer la qualité via questionnaire online.

Qualité, vous avez dit qualité?

- But du projet:
 - **répertorier** les activités en matière de qualité entreprises par les médecins exerçant dans le domaine ambulatoire
 - **les rendre visibles.**
 - **évaluer** ces activités en fonction des coûts et de l'utilité.

Qualité, vous avez dit qualité?

- **définir des indicateurs de qualité** permettant une représentation adéquate de la qualité des traitements.
- **élaborer un modèle** pour soutenir et encourager l'assurance qualité médicale.

Qualité, vous avez dit qualité?

- Les systèmes de déclaration d'incident, les RMM et les cercles qualité font partie des mesures d'amélioration de la qualité.

RMM: Qu'est-ce que c'est?

- Analyse collective, rétrospective et **systematique** de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient:
 - **apprentissage par l'erreur.**
 - mise en œuvre et suivi d'action pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

RMM: Qu'est-ce que c'est?

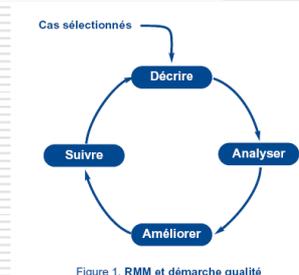


Figure 1. RMM et démarche qualité

Les cercles qualité

- Rassemblement de 5 à 12 médecins de niveau comparable en un groupe.
- Echange d'expériences:
 - En qualité d'experts égaux
 - Conduit par un modérateur formé
 - 1 à 2 heures 6 fois par année au minimum

Les cercles qualité

- Participation obligatoire.
- Centré sur des thèmes (clinique, organisationnel et/ou de la communication) qui font appel à l'expérience de chacun.
- Objectif = améliorer les comportements et processus du cabinet médical via des données EBM, des guidelines, des consensus...

Différence entre RMM et cercle qualité

	RMM	Cercles qualité
Participants	Tous les prof de la santé	5-12 médecins de même niveau
Formats	Présentation de cas et apprentissage par l'erreur → analyse systématique faite avant les réunions	Mise en commun des expériences de chacun → analyse faite durant les réunions
Thèmes abordés	cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient.	thèmes (clinique, organisationnel, communication) qui font appel à l'expérience de chacun.
Objectifs	mise en œuvre et suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.	améliorer les comportements et processus du cabinet médical

Différence entre RMM et cercle qualité

- Deux procédures qui visent à améliorer la qualité.
 - RMM en milieu hospitalier +/- ambulatoire basée sur la notion d'analyse d'erreur.
 - Cercles qualité en médecine ambulatoire basés sur l'expérience et visant à se rapprocher de l'excellence.
- Non exclusives, peuvent coexister.

Différence entre RMM et cercle de qualité

- Le SMPR: plate-forme entre l'hospitalier et l'ambulatoire
 - Différents professionnels de la santé impliqués
 - Système hiérarchique
 - Culture de l'erreur=notion familière (rapports d'incident)
- Les RMM semblent pour l'instant plus adaptées.

Autre intérêt pour le SMPR:

- Evaluation FMH 2009:
 - Appréciation générale=5.2
 - Compétences professionnelles=4.7
 - Culture d'apprentissage=5
 - Culture d'encadrement=5
 - **Culture de l'erreur et sécurité des patients=4.3** (5.5 en 2008, 5.3 en 2007, 5.7 en 2006, 5.5 en 2005)
 - Culture de la prise de décision=5.4
 - Culture d'entreprise=5
 - EBM=4.5

Plan de la présentation

- Intérêt de la mise en place des RMM pour le SMPR

- **Historique des RMM**

- Qu'est-ce qu'une approche systématique
 - Exemple concret: Fribourg
 - Déroulement d'une RMM au SMPR
 - Lien avec le dossier informatisé
-

Historique des RMM

- Le concept de conférence d'analyse des décès est apparu aux USA **au début du XXème siècle** dans les services de chirurgie comme outil pédagogique.
 - Rapport Flexner sur l'éducation médicale en 1910
-

Historique des RMM

- Par la suite ces conférences ont évolué vers des forums pour l'éducation des résidents.
 - Tant en chirurgie, qu'en anesthésie, pédiatrie, médecine interne,...
 - En 1983, activité rendue obligatoire par l'Accreditation Council for Graduate Medical Education pour les résidents de chirurgie.
-

Historique des RMM

- En 2001, aux USA, 90% des programmes de formation en médecine interne comportaient des RMM.
 - **Dispositif d'apprentissage par l'erreur**
-

Historique des RMM

- Dans les années 1990: émergence de la gestion de la qualité dans les établissements de santé
 - Vision plus moderne des RMM:
 - **Démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.**
-

Plan de la présentation

- Intérêt de la mise en place des RMM pour le SMPR
 - Historique des RMM
 - **Qu'est-ce qu'une approche systématique**
 - Qu'est-ce qu'une erreur?
 - Approche systématique
 - Roots cause analysis
 - Exemple concret: Fribourg
 - Déroulement d'une RMM au SMPR
 - Lien avec le dossier informatisé
-

Qu'est-ce qu'une erreur?

Quelques citations:



- L'erreur est commune à tous les hommes. *Sophocle*
 - L'expérience est le nom que chacun donne à ses erreurs. *Oscar Wilde, 1854-1900.*
 - Une erreur peut devenir exacte, selon que celui qui l'a commise s'est trompé ou non. *Pierre Dac, 1893-1975.*
-

Qu'est-ce qu'une erreur?

- Définition du Larousse:
 - Acte de se tromper, d'adopter ou d'exposer une opinion non conforme à la vérité.
 - Acte, comportement inconsidéré, maladroit, regrettable
 - Définition de James Reason:
 - Echec d'une action planifiée pour atteindre un but désiré.
-

Fréquence et nature des erreurs en médecine ambulatoire

- Les données sont très variables d'une étude à l'autre: entre 5 et 80 erreurs pour 100'000 consultations.
 - Les définitions de l'erreur sont différentes.
 - La présentation clinique, le diagnostic et le management sont des processus épisodiques en médecine de premier recours.
 - Tous les problèmes ne sont pas investigués d'emblée: le temps est un outil diagnostique.
-

Family Practice 2003;20:231-236

Fréquence et nature des erreurs en médecine ambulatoire

- Erreurs les plus fréquentes:
 - Erreurs de diagnostic: entre 26 et 78%
 - Manqué ou retardé
 - → Infections, problèmes orthopédiques et cancers
 - Erreurs de prescription: entre 11 et 42%
 - Retardée ou inappropriée
 - → Anticoagulants, AINS, opiacés
 - Mauvaise communication et coordination des soins
-

Family Practice 2003;20:237-241

Qu'est-ce qu'une erreur?

- 2 raisons de survenue d'erreur selon Reason:
 - Le plan est adéquat, mais les actions associées ne sont pas exécutées correctement: erreurs d'**exécution**.
 - Les événements se déroulent comme planifié, mais le plan est inadéquat: erreurs d'**intention**.
-

Qual Saf Health Care 2005;14:56-61

Comment analyser les erreurs? → l'approche systématique

Approche systématique

- L'erreur humaine: 2 approches.

- **Approche individuelle**

- Se focalise sur les erreurs individuelles reprochant à l'individu sa faiblesse morale, ses oublis et son inattention.

BMJ 2000;320:768-70

Approche systématique

- **Approche systématique (ou systémique)**

- Se concentrer sur les conditions dans lesquelles un individu travaille.
- Essaie de construire des défenses afin d'éviter les erreurs ou d'en diminuer les conséquences.

→ Approche centrée sur le système

Approche systématique

- L'erreur est inhérente au raisonnement humain et inéluctable.

« Nous ne pouvons pas changer la condition humaine, mais nous pouvons changer les conditions dans lesquelles les hommes travaillent. »

James Reason, professeur de psychologie à l'université de Manchester

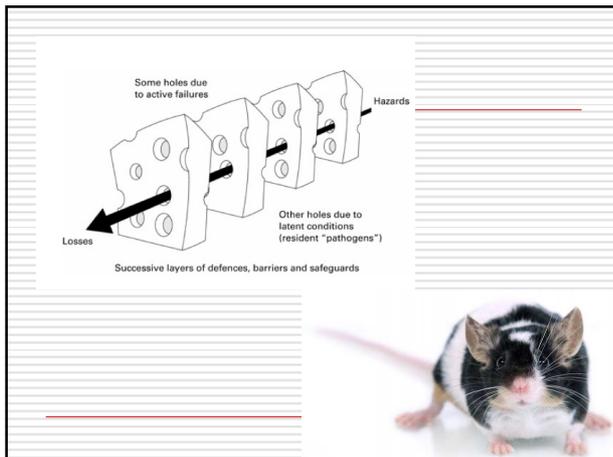
Approche systématique

- Toutes les organisations complexes et hautement fiables utilisent une approche systématique.



Approche systématique

- Le modèle du fromage suisse de James Reason:
 - Au sein de tout système complexe, il y a des défenses, des barrières et des garde-fous.
 - Dans un monde idéal, chaque barrière (ou plaque de défense) est intacte.
 - Dans la réalité, elle ressemble à des tranches de fromage trouées.
-



Approche systématique

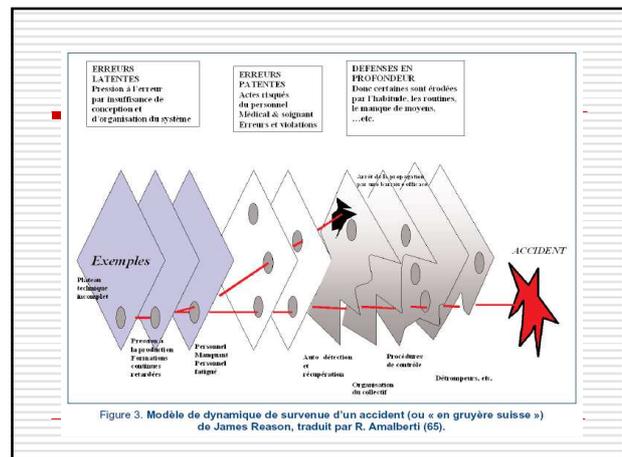
- Les trous dans les défenses, 2 raisons:
 - **Erreurs actives**=actes imprudents commis par le personnel soignant
 - Problèmes d'exécution (inattention, méprise, oublis, erreurs de jugement, non respect des règles ou règles inconnues,...)
 - Problèmes d'intention: processus mentaux planification, formulation des hypothèses, jugement, résolution du problème)

Qual Saf Health Care 2005;14:56-61

Approche systématique

- **Conditions latentes**=problèmes liés à l'organisation de la structure, aux décisions prises par la direction de l'établissement, aux contraintes économiques, à l'architecture du bâtiment,...
 - dotation en personnels insuffisant, contraintes de temps, équipements inadéquats, fatigue, inexpérience, procédures inapplicables, défauts de constructions,...

Qual Saf Health Care 2005;14:56-61



Approche systématique

- La sécurité d'un système ne repose pas sur l'absence d'erreur des opérateurs ni sur un système où une plaque serait totalement sûre, sans trou.
 - La sécurité est le produit de l'empilement des plaques dont l'assemblage est hermétique à la propagation du risque

Approche systématique

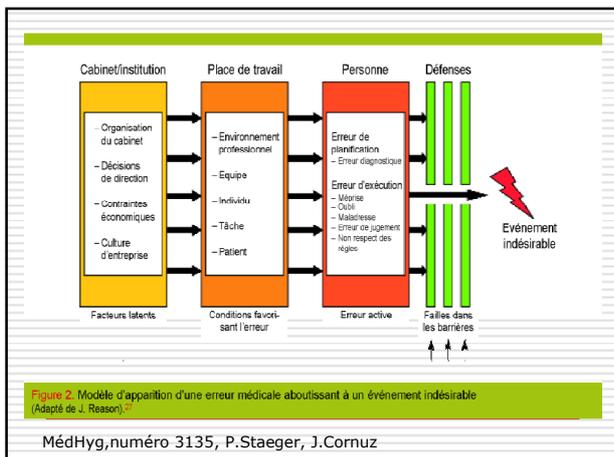
- L'accident ne doit jamais être compris comme la défaillance d'une plaque isolée, mais comme la défaillance du système entier.
 - Remise en question de la plaque d'origine et surtout de toutes les plaques de défense qui ont cédé.

Approche systématique

- Pour avoir une approche systématique, il faut changer de paradigme:
 - Rendre infaillible les systèmes dans lesquels travaillent des hommes par nature faillibles plutôt que de se limiter au nombre d'erreurs faites par les hommes.

Facteurs influençant les pratiques cliniques

Cadre	Facteurs contribuant
Organisation et management	Contraintes et ressources financières Structure organisationnelle Priorités et Culture de la qualité
Environnement	Niveau de dotation en personnel et mélange des tâches Charge de travail Support administratif Physique (lumière, espace, bruits)
Equipe	Communication (verbale, écrite) Supervision, structure de l'équipe (leadership)
Membre individuel	Connaissance, compétence Motivation, attitude Santé mentale et physique
Tâche	Validité et utilisation des protocoles Validité et disponibilité des tests
Patients	Langue et communication Personnalité et facteurs sociaux Complexité et gravité du cas



Analyse des causes racines

ROOT CAUSE ANALYSIS

Analyse des causes racines

- Processus de management qui cherche à identifier la cause ultime derrière les problèmes liés aux processus ou aux performances

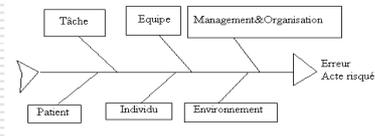
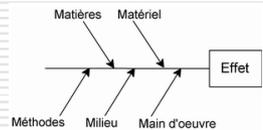
Diagramme de Fishbone ou en arrête de poisson

- *Diagramme de causes et effets d'Ishikawa*
 - Issu des travaux de Kaoru Ishikawa (1915-1989) ingénieur chimiste japonais.
 - Recense les causes aboutissant à un effet.
 - Permet une aide à la décision pour soit corriger un fait existant, soit mettre en place un projet.

Diagramme de Fishbone ou en arrête de poisson

- Les causes sont réparties dans les cinq catégories appelées 5M :

- Matière
- Matériel
- Méthode
- Main d'œuvre
- Milieu



Plan de la présentation

- Intérêt de la mise en place des RMM pour le SMPR
- Historique des RMM
- Qu'est-ce qu'une approche systémique
- Exemple concret: Fribourg par le Dr Bouatou**
- Déroulement d'une RMM au SMPR
- Lien avec le dossier informatisé

RMM à Fribourg



- Contexte : réseau hospitalier regroupant 6 hôpitaux sur l'ensemble du canton
- Réunion mensuelle : Qualité et Sécurité
- Lancement des RMM au niveau du service de médecine interne de l'hôpital cantonal
- Présentation à l'ensemble des internes en présence du chef de service

RMM à Fribourg



- Intérêt de 2 internes pour continuer
- Définition des rôles : CDC/Adjoints recensent les cas
- Problématique
 - Pas de continuité des intervenants
 - Nécessite une implémentation

Plan de la présentation

- Intérêt de la mise en place des RMM pour le SMPR
- Historique des RMM
- Qu'est-ce qu'une approche systémique
- Quelques exemples de RMM au sein d'autres établissements
- Exemple concret: Fribourg
- Déroulement d'une RMM au SMPR**
 - Concrètement, comment ça va se passer...?
- Lien avec le projet du dossier informatisé

Constitution d'un groupe de référence

- 1 ou 2 médecins adjoints: Michel Kossowsky
- 1 ou 2 chefs de cliniques
- 1 ou 2 médecins internes
- Dr Yassine Bouatou (SMIG/Service Qualité)
- 1 infirmière

■ **Formation en analyse systématique proposée par le service (2 modules sur 3 jours)**

Error & Risk Analysis Cours ERA
Analyse systématique des incidents cliniques et des erreurs de traitement sur la base du «nouveau Protocole»

«Comment gérez-vous la question de la culpabilité?»
«votre organisation apprend-elle systématiquement de ses erreurs?»
«Maîtrisez-vous la méthode pour y parvenir?»

L'analyse systématique des incidents cliniques est un élément central de la gestion du risque.

En suivant le cours ERA, vous acquérez les compétences nécessaires pour procéder à cette analyse. Les notions enseignées sont fondées sur des théories reconnues et des méthodes modernes. Elles sont éprouvées au plan international et résolument orientées vers la pratique.

Dates du cours ERA F5: 29/30 avril et 11 juin 2010
Délai d'inscription: 26 mars 2010

Dates du cours ERA F6: 30 septembre/1er octobre et 10 novembre 2010
Délai d'inscription: 30 août 2010

Lieu: Genève

approved by FMH

STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
FONDATION POUR LA SÛRETÉ DES PAZIENTS
PATIENT SAFETY FOUNDATION

Préparation d'une RMM

- Recueil des cas: n'importe lequel d'entre nous.
- Sélection des cas: par le groupe de référence.
- Préparation de la séance par l'interne et le senior (dans le mois qui précède):
 - Revue du cas sur dossier
 - Interview des intervenants
 - Recherche de la littérature
 - Prise d'information auprès de spécialistes
 - **Analyse systématique du cas par le groupe**

Déroulement d'une séance RMM:

- Désignation d'un secrétaire de séance
- Le responsable cadre de la RMM dirige la séance
- L'interne coresponsable présente le cas et identifie les problèmes rencontrés par l'équipe (10-15min)
- Brève revue de la littérature du cas par l'interne (5-10min)

Déroulement d'une séance RMM:

- Commentaire par spécialiste d'un aspect précis du cas si nécessaire (5-10min)
- **Discussion** sur l'identification des éléments clés ayant mené à l'incident **par tous les participants**, guidés par le responsable cadre de la séance (30min)
- Désignation d'un groupe de travail pour améliorer un des éléments clés identifiés lors de l'analyse. (10min)

Plan de la présentation

- Intérêt de la mise en place des RMM pour le SMPR
 - Historique des RMM
 - Qu'est-ce qu'une approche systématique
 - Quelques exemples de RMM au sein d'autres établissements
 - Exemple concret: Fribourg
 - Déroulement d'une RMM au SMPR
- **Lien avec le projet du dossier informatisé**

Trigger tools

- Nouvelle stratégie en développement aux USA.
 - Revue ciblée d'un échantillon de dossiers de patients choisi au hasard en utilisant une série de « triggers » ou déclencheurs.
 - Permet la détection de potentielles erreurs ou d'effets indésirables non détectés au préalable.

Trigger tools

- Utilisés en milieu hospitalier en chirurgie, pédiatrie, soins intensifs.
- Utilisés pour mesurer les effets secondaires médicamenteux chez les patients hospitalisés.
- Pas de données en médecine de premier recours.

The preliminary development and testing of a global trigger tool to detect error and patient harm in primary-care records

C de Wet,¹ P Bowie²

- Etude britannique qui a développé et testé des « trigger tools » applicables à la médecine de premier recours.

Postgrad Med J 2009 85:176-180

Table 1 Outline of the preliminary primary-care global trigger tool and trigger rationale

Trigger	Description and rationale for use
1. Timing of consultation	>3 contacts with the practice in any given period of a week (this can include telephone calls, consultations with nurse/GP or home visits)
2. Place of consultation	Any home visit, whether by the GP or by a nurse from the practice serves as a trigger
3. Frequency of consultation	>10 consultations for the period of review (12 months)
4. Changes to medication	Has any "repeat medication" been added or cancelled in the period under review?
5. Adverse drug events/allergies	Has a new "read code" for allergy/adverse drug event been added to the record in the year under review?
6. New clinical read code	Has a high priority clinical "read code" been added to the record in the period under review?
7. Abnormal blood results	Specific abnormalities in USE, LFT, INR and FBC levels scored as a trigger
8. Out-of-hours and/or AGE	Attendance at either of these services in the period under review served as a trigger
9. Hospital admission/discharge	Has the patient been admitted to a hospital for any intervention, management or procedure? The patient should have been admitted for at least one night
10. >1 outpatient appointments in last year	More than one outpatient appointment or hospitalised as a day-case during the period under review

AGE, accident and emergency department; FBC, full blood count; GP, general practitioner; INR, international normalised ratio; LFT, liver function test; USE, uric acid and electrolytes.

Résultats (500 dossiers)

Table 4 Positive triggers, harm and severity category

Trigger	Present (n)	Harm Severity Code (n)						Total	Preventable harm (n)	
		A	B	C	D	E	F			G
1. Timing	111	—	—	—	1	9	2	—	12	3
2. Place	18	—	—	—	—	2	—	—	2	0
3. Frequency	72	—	—	—	—	2	—	—	2	1
4. Medication change	53	—	1	1	2	10	1	—	15	6
5. Allergies	17	—	1	—	—	5	—	—	6	2
6. Read codes	96	2	1	—	—	1	—	—	4	2
7. Abnormal laboratory results	55	—	—	1	1	4	—	—	6	4
8. Out-of-hours/emergency care	99	—	—	1	—	3	—	—	4	1
9. Hospital care	65	—	2	2	—	1	3	1	9	7
10. Outpatient consultation	141	—	—	—	1	2	—	1	4	1
Total	730	2	5	5	5	39	6	2	64	27

Table 6 Classification of harm

Type of harm	No named	Examples
Medication-related	38	Anaemia requiring transfusion secondary to inappropriate warfarin dosage
Administrative	14	Patient wrongly coded as deceased
Procedural	9	Haematuria following vasopuncture
Other	4	Missed diagnosis of pneumonia

Table 5 National Co-ordination Council for Medication Error Reporting and Prevention index for categorising errors

Category	Description	Example from this study
A	Concomitant events with capacity to cause error	Medication not being hospital admission
B	An error occurred but did not reach the patient	Diagnosed allergy not coded
C	An error reached the patient but did not cause harm	PPV started for no clinical reason
D	An error reached the patient and required monitoring or an intervention to prevent a potential drug-harm	Large dose of heparin inadvertently prescribed for other patient
E	Temporary harm to the patient and required an intervention	Side effects and abnormal LFTs after starting codeine
F	Temporary harm to the patient and required hospitalisation of any length	Hypertension secondary to starting ACE inhibitor
G	Persistent patient harm	Reduced mobility after open surgery
H	Intervention to sustain life	None found
I	Patient death	None found

LFT, liver function test; PPV, proton pump inhibitor.

Conclusions de l'étude:

- Outil prometteur pour la mesure de la fréquence et de la gravité des erreurs en médecine ambulatoire
 - nécessité d'autres études pour l'acceptabilité et la faisabilité d'une telle méthode en médecine de premier recours

MESSAGES CLES

□ RMM=projet qualité mais encore...

- 21^{ème} siècle
- Auto-évaluation
- Formation
- Amélioration

→ Nécessite l'implication de chacun

Alors, la qualité ça vous motive...?

