



**LA REVUE DE MORBI-MORTALITE (RMM) DE BLOC
TRANSDICCIPLINAIRE ANESTHESIE-CHIRURGIE
DESECTORISEE**

Définition de la RMM

Analyse :

- Chronologique
- Rétrospective
- Systémique (*processus*)

Cas :

- Dommage au patient (*ex. chute*)
- Événement Porteur de Risques
(*ex. Pb de préparation pré-op., report d'acte, vigilances...*)
- Décès

But de la RMM

- **Améliorer la sécurité des patients sans rechercher de culpabilité individuelle par :**
 - l'identification et l'analyse des dysfonctionnements, de leurs facteurs favorisants
 - la mise en œuvre d'actions (procédure, protocole...)
 - et leurs suivis (audit, évaluation, rappel...)

Modélisation de J. Reason

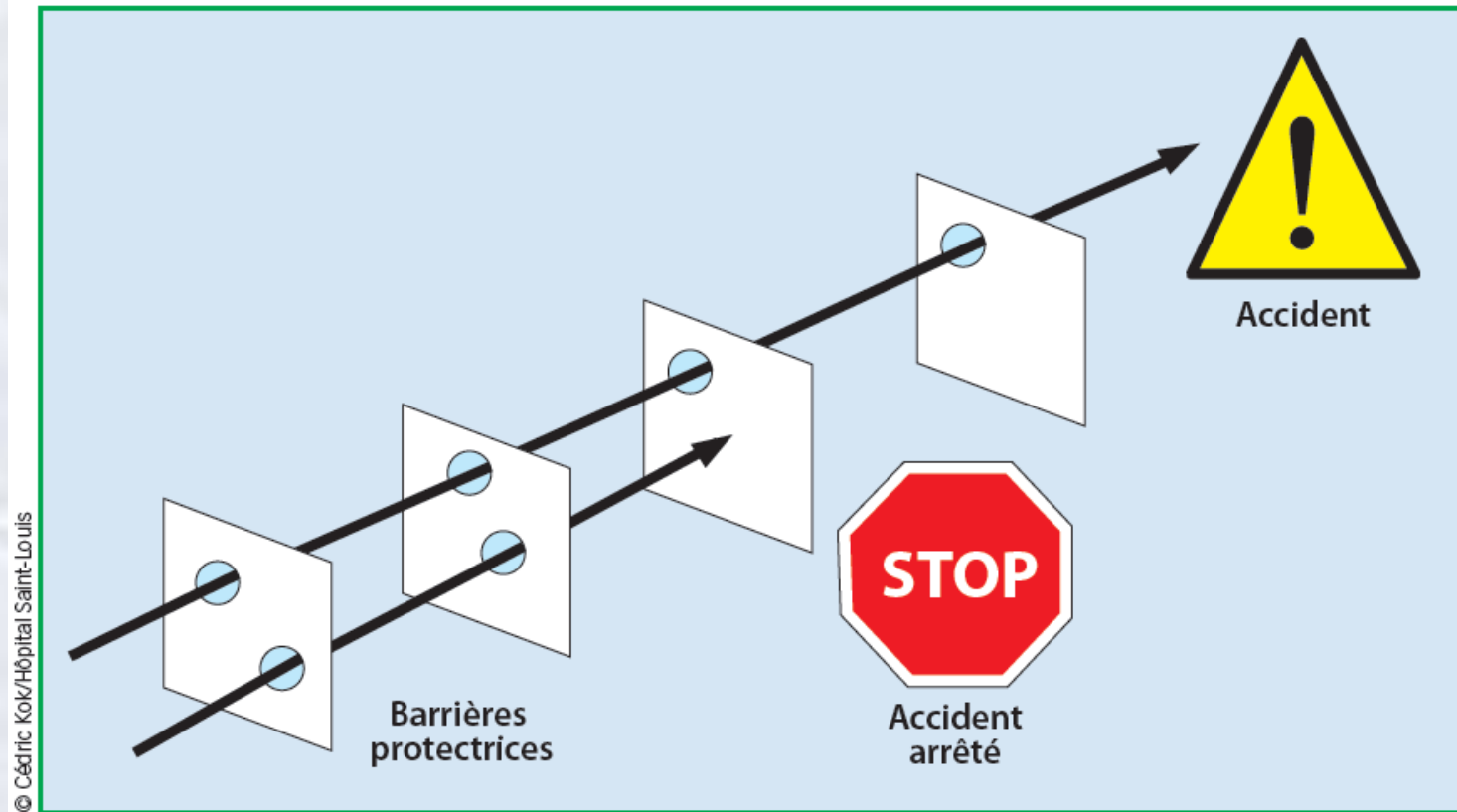


Figure 3. Comme l'a modélisé James Reason [5], la plupart des accidents sont la conséquence d'une succession de faits qu'il faut tenter de stopper par un système de barrières protectrices.

Méthodologie

Analyse systémique

Méthode ALARM = Analyse globale de la situation

Eléments

- Techniques
- Organisationnels
- Humains

Exemple de grille d'analyse

Date RMM : Dossier n°

Selon vous, cet évènement était-il :

EVITABLE PARTIELLEMENT EVITABLE NEVITABLE

Analyse systémique : Indiquez dans chaque « tranche de gruyère » le ou les facteurs favorisants que vous avez identifiés (en précisant « aucun » quand il n'y en a pas)

Ⓢ Important : indiquez également les points positifs, ce qui a bien fonctionné et qui, d'après vous, mérite d'être signalé Ⓢ

	Facteurs favorisants	Points positifs Ⓢ
P A T I E N T	Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux :	
	Antécédents :	
	État de santé :	
	Traitements :	
A C T E U R S	Facteurs de stress physique ou psychologique :	
	Qualifications, compétences :	
E N V I R O N N E M E N T	Communication entre professionnels :	
	Communication vers le patient et entourage :	
	Transmissions et alertes :	
	Informations écrites (Dossier Patient...) :	
T A C H E S	Répartition des tâches :	
	Encadrement, Supervision :	
	Postures (Indiquées, Inadéquates, Inutilisables) :	
	Répartiteurs / Evénements complémentaires :	
	Aides à la décision (équipements, logiciels) :	
	Diffusion des tâches :	
	Programmation, planification :	

E N V I R O N N E M E N T	Environnement :		
	Administration :		
	Finances (fonctionnalité, maintenance, hygiène) :		
	Déplacements, transfert de patients :		
	Formulaires et équipements :		
	Informaticque :		
	Efficacité :		
	Charges de travail, temps de travail :		
	Recherche et Délais :		
O R G A N I S A T I O N	Structure hiérarchique :		
	Gestion des ressources humaines :		
	Politique de formation :		
	Politique d'achat :		
	Management de la qualité, sécurité hygiène et environnement :		
	Ressources financières :		

I N S T I T U T I O N	Politique de santé publique nationale :		
	Politique de santé locale d'établissement :		
	Systèmes de signalement :		
	Autres :		

MESURES CORRECTRICES : citez les mesures qui éviteraient selon vous que cet incident ne se reproduise à l'avenir ? (Citez au moins 1 mesure principale)

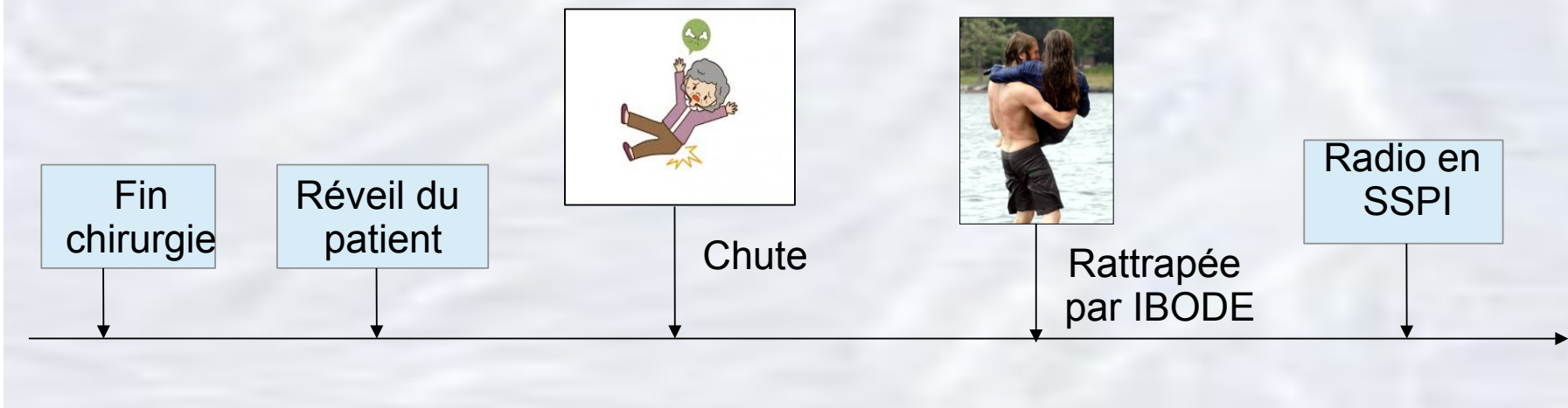
Méthode « ALARM »
C. KOK (Responsable RMM BLOC, IADR, DAR St Louis)

Méthodologie

Analyse chronologique

Analyse sur frise

- Chronologique
- Factuelle

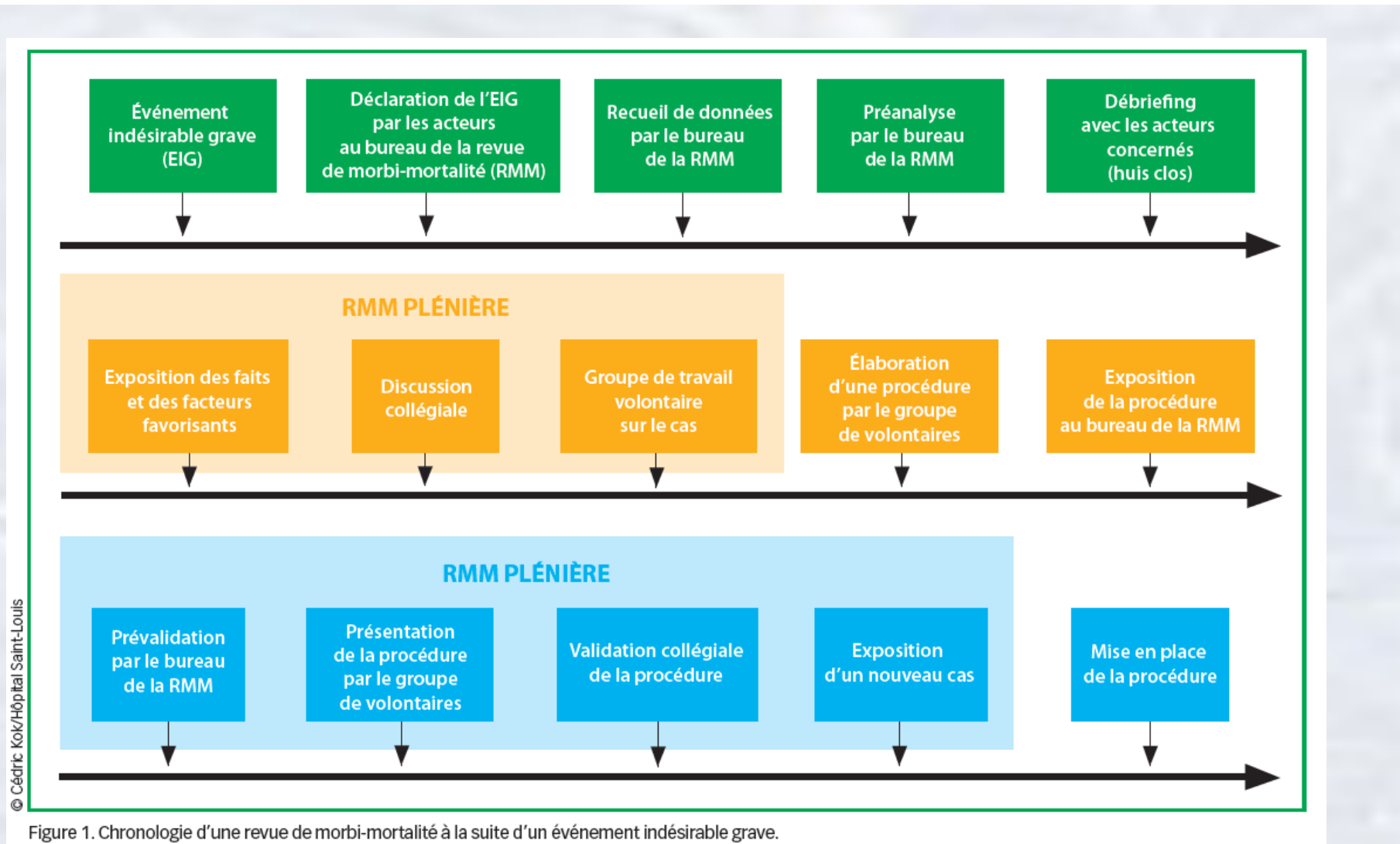


Intérêts de la RMM

Caractère objectif et structuré

- Dépasser les individus
- Sans jugement
- Sans rechercher ni coupable ni responsable
- Enseignements sur forces et vulnérabilités
- Apporter des actions d'amélioration

Déroulement



Spécificité d'une RMM transdisciplinaire

- Uniformiser les pratiques sur l'ensemble du plateau technique
- Discussion collégiale entre les acteurs anesthésiques et chirurgicaux / médicaux et paramédicaux
- Trouver des consensus entre les différents acteurs de santé ayant des intérêts propres divergents

Etat des lieux des RMM à l'AP-HP

Existence de RMM en :

- chirurgie
- anesthésie

MAIS :

- RMM en anesthésie et chirurgie séparées
- par secteur d'activité (hospitalisation / Bloc)
- par spécialité (urologie, digestif...)
- par bâtiment

Mise en place à hôpital St Louis

Janvier 2016 :

Suite à un grave événement indésirable



Création RMM de bloc opératoire

Anesthésie / Chirurgie

Transdisciplinaire

Mise en place

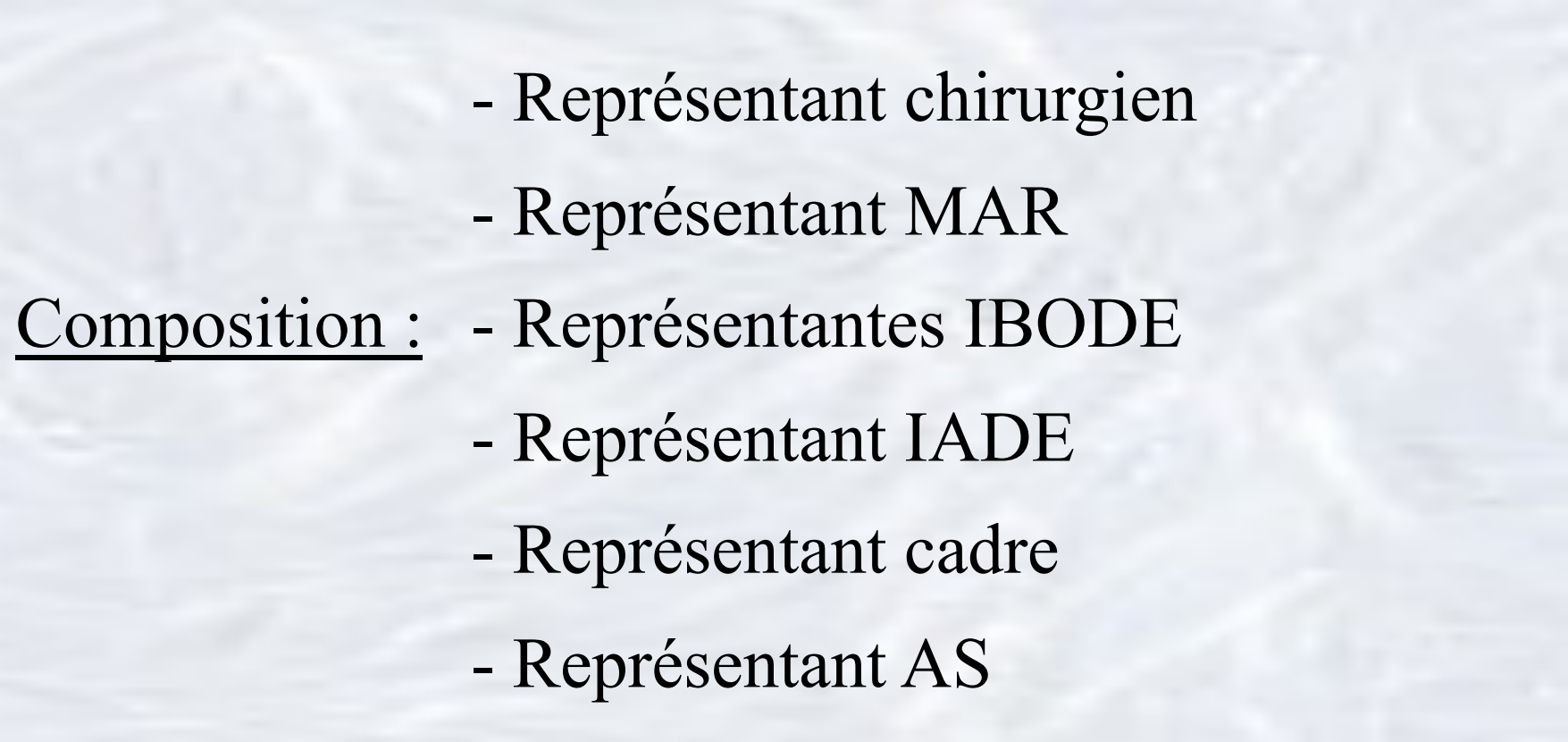
Facilités :

- Existence RMM d'anesthésie
- Existence RMM en service d'hospitalisation de chirurgie

Difficultés :

- Discordance dans l'acceptation des EPP entre :
 - Médicaux / Paramédicaux
 - Anesthésie et chirurgie

Bureau de RMM transdisciplinaire

- 
- Composition :
- Représentant chirurgien
 - Représentant MAR
 - Représentantes IBODE
 - Représentant IADE
 - Représentant cadre
 - Représentant AS

Limites (disponibilités)

Disponibilité du bureau de la RMM :

- pour réunir le bureau de la RMM
- pour analyser les EPR et EIG
- pour évaluer les actions correctrices

Disponibilité des soignants :

- pour assister aux RMM plénière
- pour élaborer les procédures en groupe

Limites (temps)

Temps imparti à la RMM plénière :

- Compromis entre la programmation du bloc et la durée de la RMM plénière

RMM Plénière

Organisée

- Tous les 3 mois

Conduite

- Par le bureau de RMM

Présents

- L'ensemble du personnel soignant
du bloc

- Invités : Professionnels de santé
extérieurs au bloc

Pendant la RMM plénière

Mise en place : - de groupes de travail volontaires médico -
chirurgico - paramédicaux

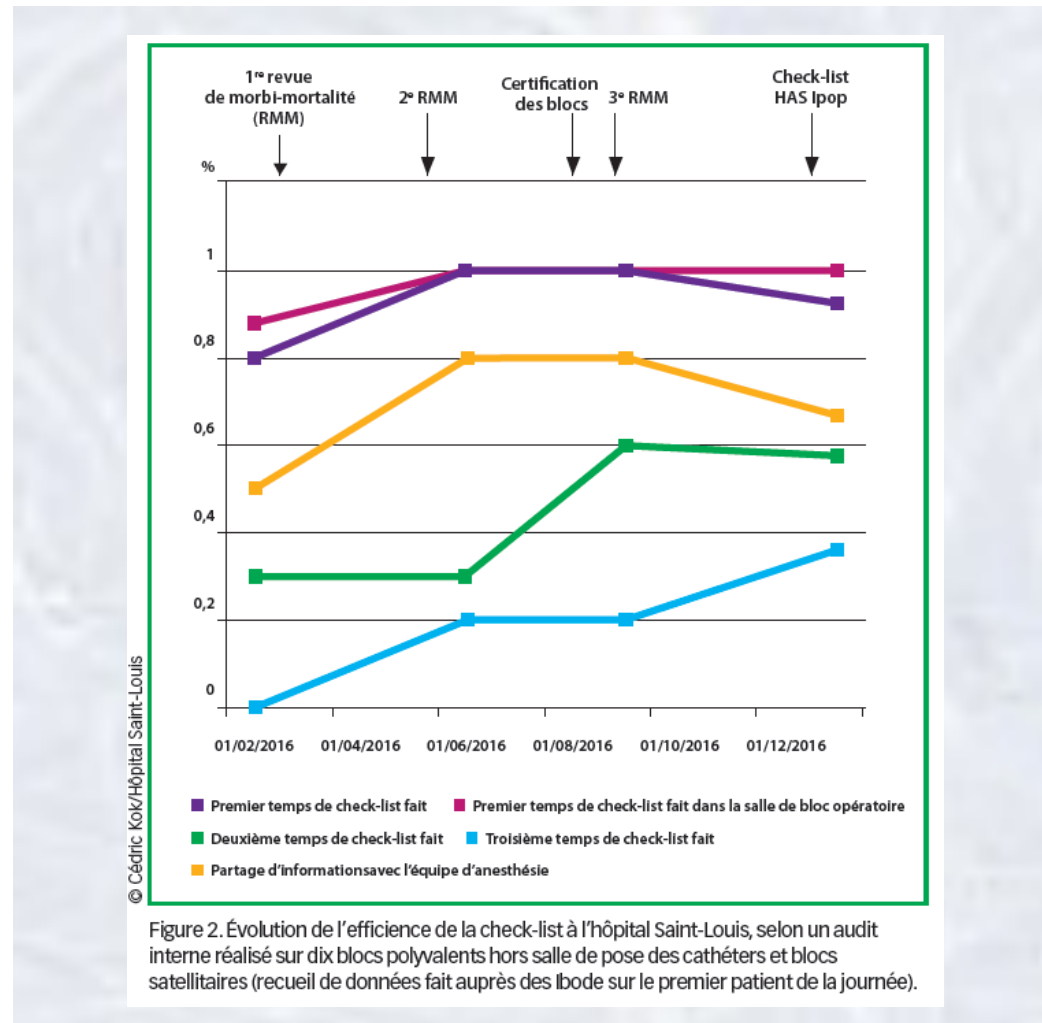
Présentation : - des solutions apportées par le groupe de
travail
- des audits réalisés par le bureau

Validation : - par l'ensemble des soignants présents

Résultats

- Dénombrement et analyse des EPR et EIG
- Mise en place et uniformisation des protocoles et procédures sur l'ensemble des disciplines du bloc opératoire
- Amélioration des rapports inter-professionnels (hors contexte de crises)

Exemple de résultats d'audits



Projets prioritaires

Améliorer la communication entre :

- équipe médicale et paramédicale
- équipe d'anesthésie et de chirurgie

Rapport HAS, novembre 2015

En 2012, sur **559 éléments indésirables déclarés**, **59 %** traitaient de la **relation entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens** aux différentes étapes péri-opératoires.

Merci de votre attention...