

LES REVUES DE MORBI-MORTALITE EN PERINATALITE

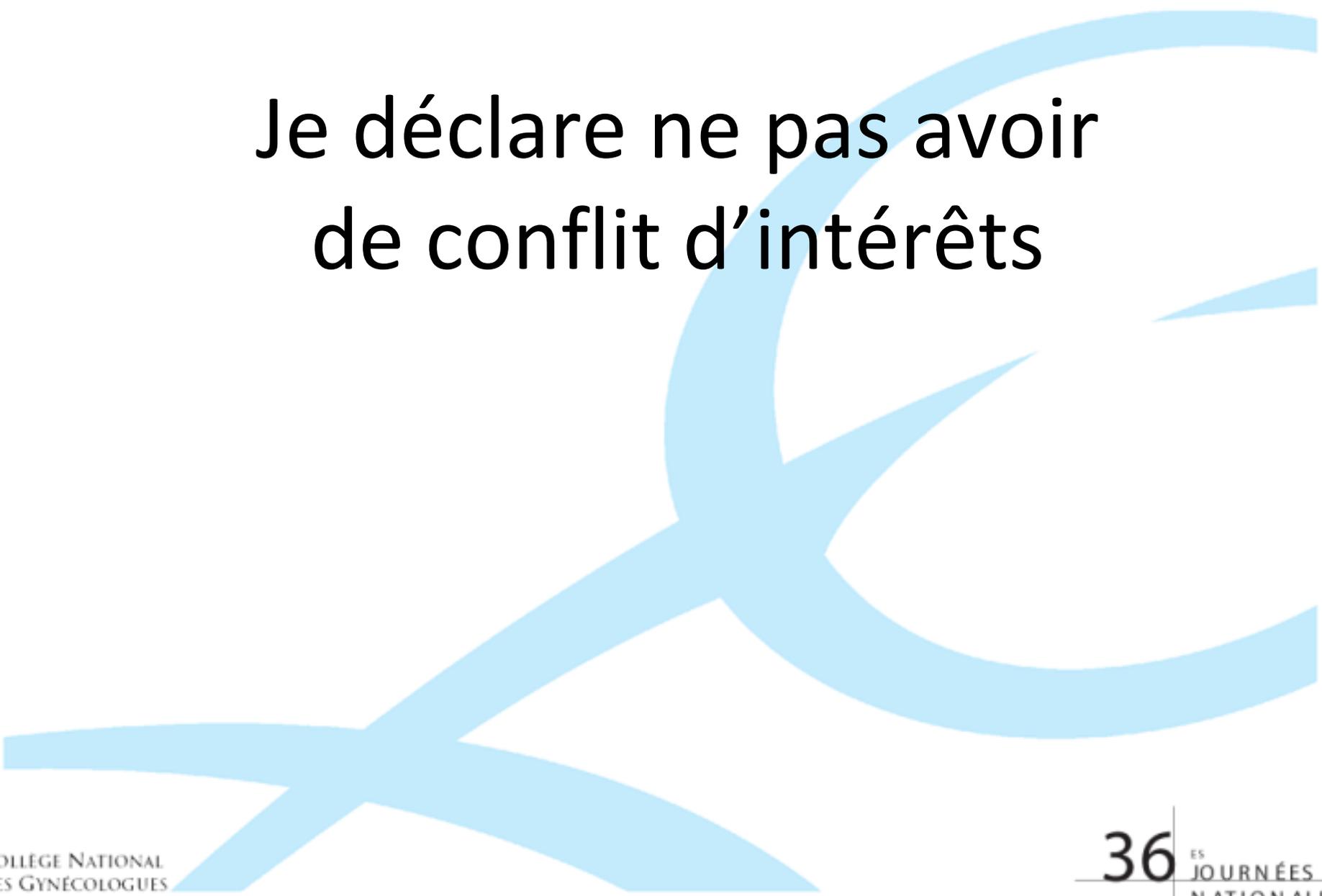
Séminaire AUDIPOG : Qualité et gestion des risques
en périnatalité et gynécologie. 06/12/2012, Paris.

P. Vanlieferinghen, B. Storme, F. Venditelli

Réseau de Santé Périnatal Région Auvergne.

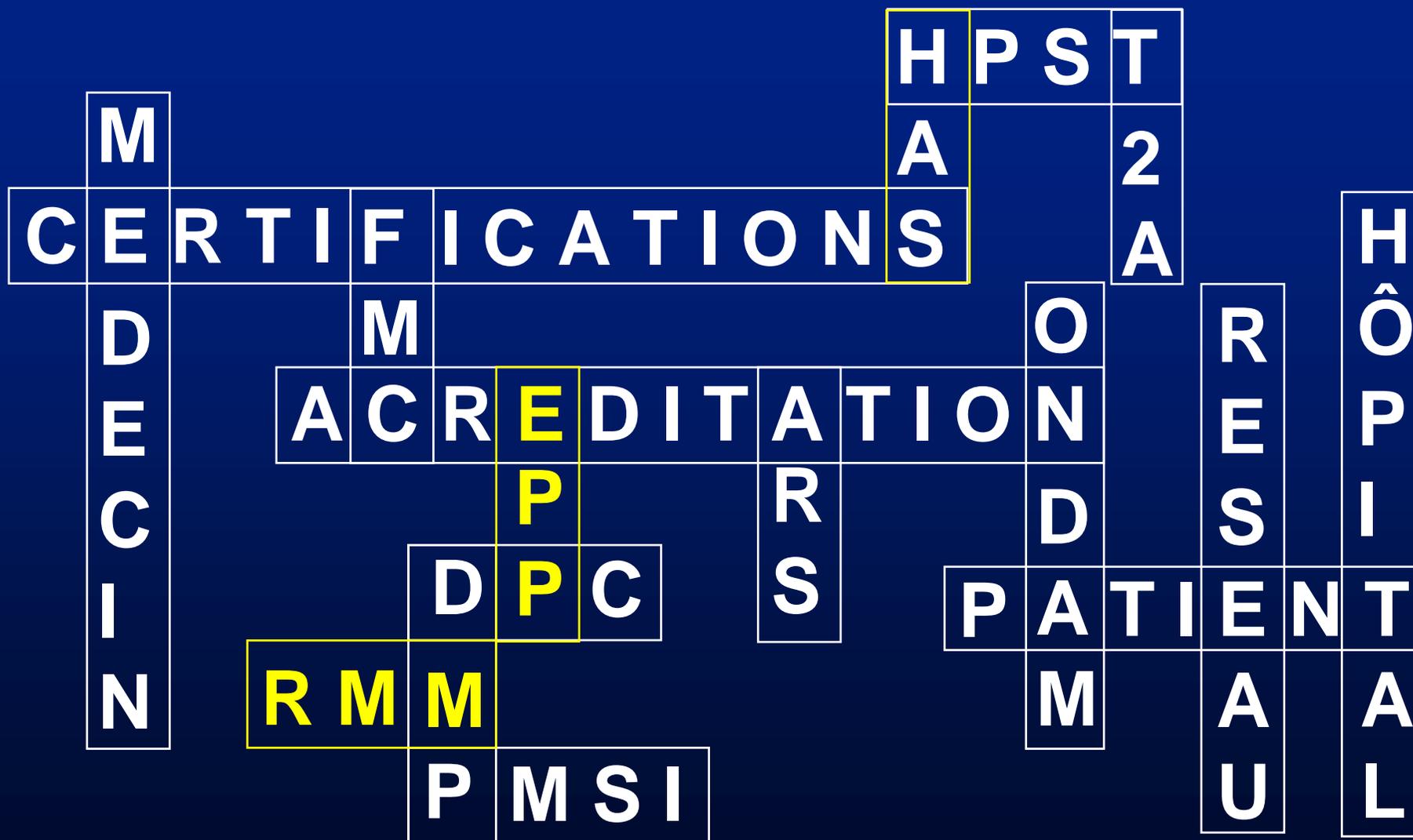
CHU Clermont-Ferrand.





Je déclare ne pas avoir
de conflit d'intérêts

Amélioration des pratiques, démarche qualité, gestion des risques, sécurité, (maîtrise des dépenses) ...



EPP démarche impérative pour la certification des établissements de soins V2010

Exemple : critère 28a dans certification V2010

(E1 = prévoir, E2 = mettre en œuvre, E3 = évaluer et améliorer)

- E1 : Des RMM sont organisées en chirurgie, anesthésie-réa ...
- E2 : Les secteurs cliniques mettent en œuvre des démarches d'EPP ...
- E2 : ...avec engagement effectif des professionnels
- E2 : ...avec actions de communication ...
- E3 : ...avec mesure de l'impact des démarches d'EPP sur les pratiques
- E3 : ...avec évaluation de l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion des professionnels ..



De nombreuses méthodes sont disponibles pour réaliser une EPP :

- Audit clinique
- Audit clinique ciblé
- Chemin clinique
- Groupes d'analyse de pratiques entre pairs
- Revue de pertinence des soins
- Registres et Observatoires
- Suivi d'indicateurs
- ...
- Revue de Mortalité et de Morbidité



PRINCIPES GENERAUX (1)

- OÙ ?

En établissement de santé, réseau de santé, groupes d'analyse de pratiques entre pairs, quel que soit le secteur d'activité.

- QUOI ?

Analyse collective, rétrospective et systémique de cas de décès, de complication, ou tout évènement qui aurait pu causer un dommage au patient.

- COMMENT ?

Décrire les faits, analyser les situations, pour apprendre et comprendre, sans porter de jugement sur les personnes, ni rechercher un coupable ou un responsable.

Prendre en compte tout élément (organisationnels, techniques et humains) ayant pu contribuer à la prise en charge du patient.

- POURQUOI ?

Mise en œuvre et suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.



PRINCIPES GENERAUX (2)

- QUI ?

- ✦ Equipe(s) médicale(s), personnel soignant, paramédicaux participant à la prise en charge d'un patient.

- ORGANISATION

- ✦ Médecin responsable, motivé, expérimenté, reconnu.
- ✦ Procédure écrite

- FREQUENCE

- ✦ Périodicité et durée variables, précisées dans la procédure
- ✦ Réunions d'évaluation des actions d'amélioration décidées antérieurement

- ARCHIVAGE

- ✦ Comptes rendus des réunions, bilans annuels, diffusés aux participants
- ✦ Anonymisation de tous les documents (équipes et patients)
- ✦ Archivage avec tous les documents qualité du secteur d'activité



COMMENT SE DEROULE UNE SEANCE ?

- PRESENTATION DU CAS

- ✦ Description chronologique des faits, exhaustive, non interprétative

- IDENTIFICATION DU PROBLEME DE SOIN

- ✦ Comment le(s) problème(s) est-il arrivé ?
- ✦ Quels éléments de la prise en charge (processus de soin, pratiques ...) sont-ils en cause ?

- RECHERCHE DE(S) CAUSE(S)

- ✦ Pourquoi est-ce arrivé ? Parfois plusieurs problèmes identifiés.
- ✦ Comment s'en est on aperçu ? Qu'a-t-on fait ? Avec quel efficacité ?
- ✦ Pour chaque problème : description de chaque facteur ayant favorisé ou directement contribué à sa survenue (organisationnel, protocoles et procédures, individuel, lié au patient lui-même).

- SYNTHESE ET PLAN D'ACTION

- ✦ Quelles leçons tirer ? Quelles actions de correction mettre en œuvre ?
- ✦ Diffusion de ces décisions.
- ✦ Quand et comment évaluer l'efficacité de ces mesures ?



Recherche des causes et facteurs de risque

- Liés au contexte institutionnel
 - ✦ Réglementaire, économique, financier, structurel, inter-hospitalier ...
- Liés à l'organisation
 - ✦ Moyens matériels, personnels, hiérarchique, information, culture qualité/sécurité
- Liés à l'environnement de travail
 - ✦ Matériel, site, équipements, maintenance, charge de travail, ergonomie ...
- Liés au fonctionnement de l'équipe
 - ✦ Communication, transmission, composition, leadership ...
- Liés aux procédures opérationnelles
 - ✦ Répartition, planification, actualisation, faisabilité et acceptabilité des tâches
- Liés aux personnes
 - ✦ Capacités, compétence, formation, motivation, stress, état physique ou psychique
- Liés au patient
 - ✦ Antécédents, traitements, environnement social, compréhension, personnalité ...

➔ avec pour chaque facteur : le(s) pourquoi(s), et l'analyse du processus de récupération éventuelle.



COMMENT SE DEROULE UNE SEANCE ?

- PRESENTATION DU CAS

- ✦ Description chronologique des faits, exhaustive, non interprétative

- IDENTIFICATION DU PROBLEME DE SOIN

- ✦ Comment le(s) problème(s) est-il arrivé ?
- ✦ Quels éléments de la prise en charge (processus de soin, pratiques ...) sont-ils en cause ?

- RECHERCHE DE(S) CAUSE(S)

- ✦ Pourquoi est-ce arrivé ? Parfois plusieurs problèmes identifiés.
- ✦ Pour chaque problème : description de chaque facteur ayant favorisé ou directement contribué à sa survenue (organisationnel, protocoles et procédures, individuel, lié au patient lui-même).
- ✦ Comment s'en est on aperçu ? Qu'a-t-on fait ? Avec quel efficacité ?

- SYNTHESE ET PLAN D'ACTION

- ✦ Quelles leçons tirer ? Quelles actions de correction mettre en œuvre ?
- ✦ Diffusion de ces décisions.
- ✦ Quand et comment évaluer l'efficacité de ces mesures ?



MISE EN ŒUVRE D'UNE RMM

- Préalable :

- ✦ Adhésion et engagement des acteurs
- ✦ Désignation d'un responsable
- ✦ Rédaction, validation et diffusion d'une procédure
- ✦ ± référent expert extérieur ?

- Préparation de la réunion

- ✦ Sélection des cas, recherches de référentiels
- ✦ Répartition des tâches.
- ✦ Elaboration de l'ordre du jour et invitations.

- Pendant la réunion

- ✦ Secrétaire de séance
- ✦ Présentation et traitement de chaque cas

- Après la réunion

- ✦ Rédaction et diffusion du CR anonymisé
- ✦ Suivi des actions d'amélioration
- ✦ Rédaction du rapport annuel



Fiche de suivi

(Remplir une fiche par action)

Revue de mortalité – morbidité

Fiche de suivi d'action

n° /

→ Réunion RMM du .. / .. /

Contexte et objectif(s) *(pourquoi ?)*

(type de cas, facteurs et causes identifiés, synthèse et conclusions de l'analyse)

Action mise en œuvre

(quoi ? où ? quand ? comment ? par qui ?)

Suivi

(échéances de mise en œuvre, modalités de suivi et d'évaluation, indicateurs éventuels, communication et information des équipes...)

Présentation lors de la réunion RMM du .. / .. / *(plusieurs dates possibles)*

Personne(s) responsable(s) du suivi : *(qui ?)*



CRITERES DE QUALITE D'UNE R.M.M.

	Critères	OUI	NON
	La RMM est installée et pérenne depuis au moins un an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La RMM est définie par un document écrit et daté (procédure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La RMM fait l'objet d'un bilan annuel d'activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La procédure RMM contient les informations suivantes :			
	objectifs de la RMM et secteurs d'activité concernés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	responsable RMM et répartition des tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	périodicité des réunions et durée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	catégories de professionnels invités à la réunion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	modalités de recueil et de sélection des cas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	modalités d'annonce et de déroulement de la réunion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	modalités de traçabilité (comptes rendus) et d'archivage de l'activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bilan d'activité annuel de la RMM contient les informations suivantes :			
	nombre de réunions dans l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nombre et type de cas analysés dans l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nombre et type de cas ayant donné lieu à des actions d'amélioration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	liste des actions d'amélioration mises en œuvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	modalités de suivi des actions d'amélioration (fiches de suivi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



RMM comme moyen d'EPP

INTERETS

- Démarche d'EPP bien acceptée
- Dimension pédagogique (FMC)
- Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :
 - Harmonisation des pratiques
 - Cohésion de l'équipe
 - Confiance entre les équipes

LIMITES

- Manque de temps, de moyens
- Difficultés d'organisation
- Cadre méthodologique encore flou
 - Quantité / Qualité des dossiers
 - Assistance : Méd / Soignants <-> Pédagogie / Organisation
- Faible valeur épidémiologique
- Dérive académique
- Impact difficile à évaluer



Application : la RMM du Réseau de Santé Périnatale Auvergne



Auvergne :

Puy de Dôme

Allier

Cantal

Haute Loire

○ Le R.S.P.A. repose sur :

- ✦ 10 maternités, dont
 - ◆ 1 niveau III à Clermont-Fd
 - ◆ 6 niveau IIa (1 privée)
 - ◆ 3 niveau I
- ✦ 3 CPP
- ✦ + libéraux, institutionnels

○ 13 500 naissances /an



<https://www.auvergne-perinat.org>



Accès public

Accès membres



Mentions légales - Ajouter ce site à vos favoris



HISTORIQUE : MOTIVATION DU CHOIX DE LA RMM

- Réduction de la mortalité périnatale = priorité nationale
- Objectif plan périnatalité 2005-2007 : baisse de 15% en 2008 (décès entre 28 SA et J6) soit 5,5 p1000 au lieu de 6,5
- Réduction de la mortalité périnatale = objectif du R.S.P.A.
- Marges d'amélioration des pratiques constatées lors des staffs obstétrico-pédiatriques.
- Cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité (DHOS 2006).
- Faisabilité :
 - ✦ CI-Fd est le seul niveau III de la région Auvergne et centralise les femmes et NN à risques
 - ✦ Ancienneté du dossier obstétrical commun et des staffs antenatals CPDP
 - ✦ Bonne entente des professionnels de la périnatalité de la région
 - ✦ Impulsion du comité scientifique du RSPA



METHODE

- Réunions de morbidité sévère et de mortalité pédiatriques dite « Staff des anges » organisées par le comité scientifique du R.S.P.A.
- Etendue à la Morbi-Mortalité chez les mères
- Organisation définie (cf. procédure du RSPA actuellement en version 3)
- Groupe pluridisciplinaire : obstétriciens, pédiatres, échographistes, anesthésistes, sages femmes, puéricultrices, internes ...
- Etablissements niveaux I, IIa, III.
- Télétransmission



REFERENCES UTILISEES

- H.A.S. Revue de mortalité morbidité. Une méthode d'amélioration de la qualité
- H.A.S. Les réseaux de santé. Une démarche d'amélioration de la qualité.
- A.P. H.P. Optimiser la sécurité du patients. Revues de mortalité morbidité. Les guides de l'APHP. 2006.
- Grille de validation d'une EPP par RMM. AUDIPOG.

OBJECTIFS

- Objectif principal : Réduire la mortalité périnatale (MFIU après 28 SA, décès néonatal de la 1^{ère} semaine).
- Objectif secondaire : Réduire la morbidité néonatale sévère et la morbidité maternelle



Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne		Procédure qualité	
Fonctionnement de la RMM dite « staff des anges »			
Date de diffusion : 06/04/2012		Rédigée par : Foulhy C, Vanlieferinghen, ?	
Version : 3		Vérfiée par : comité scientifique du RSPA	
Total pages : 3		Validé par : Venditelli F	

1- Objet

Ce document décrit le fonctionnement du « staff des anges » ou revue de mortalité-morbidité périnatale au sein du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne.

Le but du staff des anges est l'amélioration continue de la qualité des soins et de la prise en charge des mères et de leurs enfants, au sein du RSPA. Il s'agit de porter un regard critique sans jugement de valeur sur la façon dont le patient a été pris en charge, de repérer collectivement les complications qui auraient pu être évitées et de rechercher collectivement les causes de la défaillance survenue lors de la prise en charge de la mère et/ou de l'enfant.

Cette démarche permet de mettre en place des actions d'amélioration au sein du réseau (mises en place de protocoles ou de formations des professionnels, etc.) ou au sein de chaque maternité (modification de l'organisation, etc.) afin que l'évènement indésirable ne se reproduise pas.

2- Domaine d'application

Cette procédure s'applique à tous les professionnels d'Auvergne, membres du RSPA, ayant une activité en périnatalité et tout particulièrement aux obstétriciens, pédiatres, sages-femmes des centres hospitaliers de la région Auvergne.

3- Mode et critères de sélection des cas

Doivent être présentés au staff des anges :

- Les morts fœtales in utero (> 22 SA et > 500g),
- Les décès néonataux et post-nataux (jusqu'à J 28)
- Les dossiers de nouveaux-nés victime d'une morbidité inhabituelle

Les dossiers concernant les interruptions médicales de grossesse (IMG) ou gérés par le CPDP (centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal d'Auvergne) ne sont pas à présenter au staff des anges.

Les dossiers sont repérés de trois façons avant chaque staff :

- Tout enfant ayant été transféré ou hospitalisé en niveau III et repéré par le Dr P Vanlieferinghen
- Les enfants non transférés en niveau III doivent aussi être présentés lors de ces staffs. Ce sont les pédiatres des maternités concernées (ou les obstétriciens) qui doivent en informer le Dr Vanlieferinghen, coordinateur de la RMM

Mots clés : gestion, protocole, procédure, qualité, revue de mortalité-morbidité, staff des anges.
Date de révision : janvier 2018

Procédure qualité sur
le fonctionnement de la
RMM dite « Staff des
anges »



CHU de Clermont-Ferrand Pôle de Gynécologie Obstétrique et reproduction Humaine Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne		Procédure qualité
Fonctionnement de la revue de morbidité mortalité maternelle		
Date de diffusion : 21/08/2012	Rédigée par : Storme B, Foulhy C, Boda C.	
Version : 3	Vérifiée par : comité scientifique du RSPA	
Total pages : 3	Validé par : prof Jacques B, Vendittelli F	

1- Objet

Ce document décrit le fonctionnement du « staff des mamans » ou revue de mortalité morbidité maternelle grave du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne.

Le but du staff des mamans est l'amélioration continue de la qualité des soins et de la prise en charge des femmes enceintes ou ayant accouché, au sein du RSPA. Il s'agit de porter un regard critique sans jugement de valeur sur la façon dont la patiente a été prise en charge, de repérer collectivement les complications qui auraient pu être évitées et de rechercher collectivement les causes de la défaillance survenue lors de la prise en charge de la mère.

Cette démarche permet de mettre en place des actions d'amélioration au sein du réseau (mises en place de protocoles ou de formations des professionnels, etc.) ou au sein de chaque maternité (modification de l'organisation, etc.) afin que l'évènement indésirable ne se reproduise pas.

2- Domaine d'application

Cette procédure s'applique à tous les professionnels d'Auvergne, membres du RSPA, ayant une activité en périnatalité et tout particulièrement aux obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes réanimateurs, etc., des établissements de santé de la région Auvergne.

3- Mode et critères de sélection des cas

Doivent être recensés pour le staff des mamans :

- les femmes bénéficiant d'une mutation en réanimation, en pre ou post-partum
- ou d'une embolisation utérine,
- et/ou d'une hystérectomie d'hémostase
- Toute morbidité jugée sévère (poly transfusion, etc.)

Les dossiers sont repérés, avant chaque staff, par les anesthésistes réanimateurs du RSPA et les obstétriciens (mais tout professionnel peut aussi soumettre un dossier).

Procédure qualité sur
le fonctionnement de la
RMM dite « Staff
mamans »

RMM NN (staff des « anges »)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nbre réunions	3	2	3	3	2	3
Nbre dossiers	48	22	45	35	31	27
Nbre établ.	6	6	7	6	5	6
Nbre profess.	25	15	33	21	12	20

-Risques : liés au terme, au poids, au diabète maternel, à la RPDE, au tabagisme, à la gémellité.

-Nécessité d'amélioration des pratiques professionnelles :

Obst. : analyse du RCF.

Péd. : prise en charge en salle de naissance et conditionnement, transfert NN.



Taux global d'évitabilité dans nos RMM (%)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Staff Bébés	16,67 (n=48)	13,63 (n=22)	2,22 (n=45)	17,14 (n=35)	25,80 (n=31)	7,5 (n=27)
Staff Mamans	23 (n=34)	20 (n=34)	32 (n=28)	23 (n=26)	19 (n=26)	23 (n=38)



EVITABILITE MERES PAR PATHOLOGIES

1 réunion / an

Pathologie	Nombre de cas	Evitabilité	Taux
Compl. Anesth.	3	2	66 %
Détr. resp/Infect.	29	13	44 %
Patho Cardiaque	7	2	28 %
Hémorragies	97	24	24 %
Prééclampsies	36	7	19.4 %
Patho. Générales	13	2	15 %
Patho neuro.	14	1	7 %



ACTIONS MISES EN ŒUVRE (1)

- Communication liée au « staff des anges » ou « staff mamans »

- ✦ Diffusion sur site web du RSPA des CR anonymisés des staffs (accès professionnel).
- ✦ Synthèse rendue lors de la journée annuelle de juin du RSPA / GENRA
- ✦ Diffusion en interne (pôle GynObs) aux médecins et cadres
- ✦ Diffusion annuelle (pole GynObs) des actions du comité scientifique du RSPA

- Actions : rédaction et diffusion de protocoles

- ✦ Définition du « bas risque » obstétrical (08/08)
- ✦ Diabète et grossesse (03/07)
- ✦ Rupture des membranes à terme (11/08)
- ✦ Mesure du CO expiré en GHR (03/07)



ACTIONS MISES EN ŒUVRE (2)

- Actions : Formations régionales des professionnels = journée annuelle de juin du RSPA / GENRA

- ✦ Morbidité grave et mortalité maternelle (06/07)
- ✦ Grande prématurité (06/08)
- ✦ Femme et épilepsie (01/09)
- ✦ Les R.C.I.U. (06/09)
- ✦ Le pH en pratique en salle de naissance (06/09)
- ✦ Quoi de neuf en réanimation en salle de naissance (06/09)
- ✦ L'analyse du RCF (03/06/10)
- ✦ Pathologie cardiaque et grossesse. (06/10)
- ✦ Prévention du risque en périnatalité (06/11)
- ✦ Analyse de la pertinence des césariennes. (06/12)

	2007	2008	2009	2010	2011
N	88	72	95	102	129





Groupement d'Intérêt Economique
SIRET : 477 872 832 00019

Siege Social : CHU Estaing, 1 Place Lucie d'Aubrac

63 003 Clermont-Ferrand Cedex 01

Tel : 04 73 750 570 - Fax : 04 73 750 565

E-mail : gie.rspa@chu-clermontferrand.fr

Conseil d'Administration

Président : Pr Didier LEMERY

Vice-président : Dr Jean-Luc MEYER

Membres : Mme Martine BUISSON, Mr Robert FAVRE-BONTE, Dr
Michel ROUGE, Mme Nathalie ROUSSET-ROUVIERE,

Dr Françoise VENDITTELLI

Conseil Scientifique

Président : Dr Françoise VENDITTELLI

Membres : Dr C BODA, S. BONNEFONT, Dr R. CANCE, C. DURIF,

C. FOULHY, B. GUITARD, Dr C. HOULLE,

Dr B. MAISONNEUVE, Dr E. ROBIN,

Dr S. SAMUEL, Dr B. STORME, Mme ROUSSET-ROUVIERE

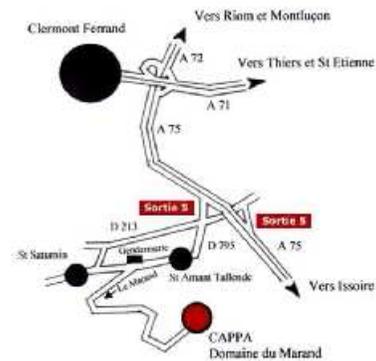
(représentants des Usagers) Dr Y. LORREITE, Dr T. PAMBRET,

Dr P. VANLEFERINGHEN, Dr J-J VELLARD, Dr G. WIRTH

Contrôle de Gestion et Suivi Administratif

Mr Didier PHULPIN

Plan d'accès au domaine du Marand



XVIème
journée RSPA

pathologie cardiaque
et grossesse

Vendredi 4 juin 2010

Au Domaine du Marand

63 450 Saint Amand Tallende



RENSEIGNEMENTS SITE :

WWW.PERINAT-AUVERGNE.OR

G

secretariat.rspa@chu-clermontferrand.fr





Groupement d'Intérêt Economique
SIRET : 477 872 832 00019

Siège Social : CHU Estaing, 1 Place Lucie d'Aubrac

63 003 Clermont-Ferrand Cedex 01

Tel : 04 73 750 570 - Fax : 04 73 750 565

E-mail : gie.rspa@chu-clermontferrand.fr

Conseil d'Administration

Président : Pr Didier LEMERY

Vice-président : Dr Jean-Luc MEYER

Membres : Mme Marine BUISSON, Mme Catherine RAYNALD,
Dr Michel ROUGE, Mme Nathalie ROUSSET-ROUVIERE,

Dr Françoise VENDITTELLI

Conseil Scientifique

Président : Dr. Françoise VENDITTELLI

Membres : Dr C BODA, S. BONNEFONT, Dr R. CANCE, C. DURIF,

C. FOULHY, B. GUITARD, Dr C. HOULLE,

Dr B. MAISONNEUVE, Dr E. ROBIN,

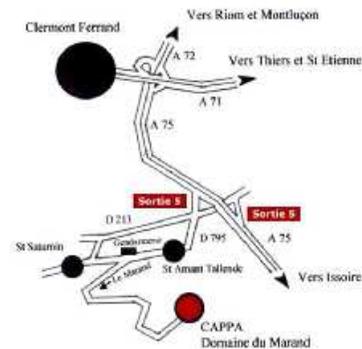
Dr S. SAMUEL, Dr B. STORME, Mme ROUSSET-ROUVIERE
(représentants des Usagers) Dr Y. LORREITE, Dr T. PAMBRET,

Dr P. VANLIEFERINGHEN, Dr J-J VELLARD, Dr G. WIRTH

Contrôle de Gestion et Suivi Administratif

Mr Didier PHILIPPIN

Plan d'accès au domaine du Marand



XVI^{ème}
journée du
RSPA

La prévention
du risque
en périnatalité

Vendredi 17 juin 2011

Au Domaine du Marand

63 450 Saint -Amand-Tallende

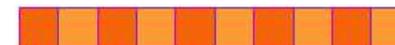


RENSEIGNEMENTS SITE :

WWW.PERINAT-AUVERGNE.ORG

secretariat.rspa@chu-clermontferrand.fr

Tel : 0473750570



- Autres actions :

- ✦ Sessions d'actualisation des pratiques sur la Réa en salle de naissance pour les SF du CHU.
- ✦ Journée annuelle du réseau de janvier avec le CPDP (dépistage T21, épilepsie, gémellaire, diabète)
- ✦ Formation professionnelle « Conduites addictives » +++ en Auvergne via le RSPA
 - ◆ 5 formations de niveau I de décembre 2007 à mai 2011
 - ◆ 4 formations de niveau II de septembre 2008 à nov.2010
 - ◆ 1 formation spécifique pour les cadres
 - ◆ Réalisation et diffusion d'un poster régional
 - ◆ Co-organisation de la journée 2007 APPri (*Association Périnatalité Prévention Recherche et Initiative*).



AMELIORATIONS FORMELLES

- « Benchmarking »

- ✦ « Evolution » de la sélection des dossiers → comparaisons du taux d'évitabilité annuel difficiles.
- ✦ Pas de comparaison avec d'autres réseaux ou au niveau national

- Améliorations encore souhaitables :

- ✦ Standardisation du recueil des observations à optimiser
- ✦ Repérage et meilleure prise en compte des dossiers de morbidité
- ✦ Assiduité aux télé-réunions



MERCI DE VOTRE ATTENTION

