

Expérience de Revue de Morbi-Mortalité (RMM) en EHPAD

*N.Le Reun, médecin, N.Madec , cadre de santé
et les professionnels de la résidence Delcourt-Ponchelet, EHPAD ,
CHRU, Brest
SGOC, LE MANS, 27-28 MAI 2011*



CHRU
B R E S T
CENTRE HOSPITALIER
REGIONAL UNIVERSITAIRE

Définition

- Une RMM est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

HAS, 2009

Organisation

- Dans notre EHPAD accueillant 174 résidents dont 9 personnes handicapées vieillissantes, le médecin est responsable de l'organisation.
- La périodicité et la durée des réunions d'analyse de cas ont été fixées à 2h tous les 2 mois. Tous les professionnels sont invités aux réunions.
- Le recueil des cas et la sélection d'une situation se font entre le médecin et les cadres tous les 2 mois à partir d'une liste d'évènements déclarés par les professionnels.
- L'annonce de la réunion est affichée 8 jours avant.
- Les réunions sont menées par le médecin.
- La rédaction des compte -rendus est faite par le médecin puis la diffusion et l'archivage se font dans toutes les unités d'hébergement.

Fiche de déclaration des événements pour la RMM

**L' ERREUR N'EST PAS UNE FAUTE
POUR CONTINUER A SECURISER ENSEMBLE NOS PRATIQUES
PROFESSIONNELLES, MERCI DE NOTER ICI LES EVENEMENTS DONT
NOUS POURRIONS DISCUTER EN RMM**

synthèse des événements (comptabilité, choix pour RMM) : 1^{er} mercredi après-midi du mois 14h-15h 1 mois / 2 (février, avril, juin, octobre, décembre)

RMM : 1^{er} vendredi après-midi du mois 14h30-16h30 1mois/2 (mars, mai, septembre, novembre)

⊕ UNITE =

date	Résidant (initiales en 3 lettres)	description	Nom du déclarant

Confidentiel

Annonce de la réunion

15^e REUNION DE RMM (REVUE DE MORBI-MORTALITE)

ouverte à tous les soignants de Delcourt-Ponchelet

cas sélectionné :

....

le 6 mai 2011 de 14h30 à 16h30

salle de réunion de Ponchelet

Compte-rendu

RESIDENCE DELCOURT- PONCHELET	EHPAD	
RMM n°3		
Vendredi 12 mars 2010 4 pages	Rédigé par Dr Nelly Le Reun Vérifié par Nicole Madec CS et AnneRozenn BaPaulic CS	

cas sélectionné : Me X transférée le 5 septembre 2009 pour

15 Personnes Présentes :

Compte-rendu

<u>PROBLEMES IDENTIFIES</u>	<u>CAUSES</u>	<u>ACTIONS</u>
<p>point 1 : problème du BIP : l'appel de la voisine de chambre est intervenu au moment où un autre résidant sonnait : son appel n'a pas été identifié</p>	<p>Du point 1 :</p> <p>*2 appels simultanés se présentent de façon alternée : on lit un numéro de chambre et on ne regarde plus son BIP le BIP de l'aide-soignante sonne 6 minutes et si non acquitté le BIP de l'IDE sonne 6 minutes cette durée est insuffisante la nuit *De jour on se sent moins concerné quand les appels viennent des autres étages et on ne regarde pas le BIP</p> <p>...</p>	<p>Pour le point 1 :</p> <p>*Le BIP a une fonction mémoire → faut-il la connaître ? qui montre ?</p> <p>*Demandes aux services techniques : Avoir une présentation concomitante de 2 numéros Ou avoir une sonnerie continue jusqu'à la présence soignante dans la chambre Aménagement fait depuis cet événement : 12 minutes de sonnerie sur le BIP aide-soignante puis 6 minutes sonnerie commune BIP Aide-soignante et IDE puis 12 minutes BIP IDE seul faut-il une répartition différente des BIP pour les IDE sur Ponchelet ? faut-il prévoir des lumières d'appel dans les couloirs au dessus des portes des chambres ? ceci ne serait pas réalisable ? → qui est le cadre qui sera l'interlocutrice des services techniques ?</p> <p><u>rappels</u> :</p> <p>* regarder régulièrement son BIP quand il sonne car il peut s'agir d'appels de plusieurs chambres *en semaine c'est l'officière sur Ponchelet qui</p>

Compte-rendu

..... point 5 : Problème de la présence des soignants la nuit à Delcourt : la voisine de chambre est sortie dans le couloir à la recherche d'un soignant Du point 5 : Les soignants de nuit sort tous à Ponchelet 1	répond aux sonnettes cette organisation est à faire figurer sur les fiches de poste → cadres de santé et cadre supérieur de santé Pour le point 5 : le positionnement de nuit des soignants est à revoir pour une présence à Delcourt → Organisation avec cadre responsable des soignants de nuit et cadre supérieur de santé
--	--	---

Prochaine réunion : le 21 mai 2010 de 14h30 à 16h30

Résultats

- Nombre de réunions de décembre 2009 à mai 2011 :

15 (7 préparatoires, 8 analyses de cas)

- Nombre de professionnels présents :
moyenne = **14** (de 8 à 22)

médecin: 1 à 2 (/2)

cds : 1 à 3 (/ 3)

ide : 3 à 10 (/ 17)

as : 2 à 4 (/ 40)

ash: 2 à 5 (/ 24)

animatrice: 1 (/2)

amp : 1 (/1)

stagiaires : 0 à 2

Liste des actions d'amélioration à mettre en œuvre en fonction des événements discutés :

- rédaction d'une procédure médicale d'usage de la morphine en situation aiguë
- Formation –action sur la douleur
- nouveau fonctionnement des bips d'appels des résidants
- nouvelle organisation de préparation des médicaments de nuit

- nouvelle organisation des rondes de nuit
- réévaluation du chariot d'urgence et formation-action aux gestes d'urgence
- action de coopération avec l'UPC pour les résidants ayant des troubles de déglutition
- procédure d'appel au SAMU en EHPAD quand IDE seule

- critères de transfert pour hospitalisation des résidents
- Formation des personnels de nuit au bon usage des matelas dynamiques
- Mise en place d'une alerte pour les rappels des vaccins des résidents
- Création d'un casier personnel pour la transmission des informations et le courrier des IDE

Suivi des actions engagées

- La procédure d'usage de la morphine en situation aigüe a été intégrée dans une procédure commune aux EHPAD-USLD du CHRU le 6 décembre 2010
- 2 IDE de la résidence sont référents-douleur et ont reçu une formation (le 29 novembre 2010) à diffuser à l'ensemble des personnels : 7 formations ont été programmées du 7 janvier au 19 janvier 2011
- La préparation des médicaments de nuit a été intégrée dans la fiche de poste des IDE le 11 décembre 2009

- Le nouveau fonctionnement des BIPS a été entériné par une procédure institutionnelle des services techniques datant du 27 mai 2010
- L'organisation des rondes de nuit a fait l'objet d'un affichage dans les unités d'hébergement le 17 décembre 2010

- pour les résidants dont l'alimentation est à texture modifiée

l'UPC a élaboré un gâteau à texture « mousse » qui est servi le dimanche midi depuis juillet 2010

un liégeois est proposé au petit déjeuner le dimanche à la place de la viennoiserie depuis le 30 janvier 2011

- 2 IDE de la résidence sont référents-gestes d'urgence et ont reçu une formation, en 2010, à diffuser à l'ensemble des personnels : les formations ont été programmées du 14 février au 28 mars 2011
- Une alerte aux dates de rappels des vaccins a été créée dans le dossier informatisé du résidant le 17 mars 2011
- Les personnels de nuit ont été formés au bon usage des matelas dynamiques le 17 janvier 2011

Points forts

- de la démarche : Le choix d'un problème lié à une pratique de soins est fédérateur.

La participation volontaire de professionnels impliqués et représentant la diversité des professionnels concernés permet la dynamisation des équipes et renforce l'esprit d'équipe.

Les réunions de groupes favorisent la communication et la confiance entre les professionnels dans un esprit de transparence et de responsabilité.

C'est un espace de discussion et de dédramatisation « à froid ».

C'est une démarche pédagogique et d'amélioration de la sécurité des soins.

La démarche donne une légitimité à nos demandes auprès des services techniques, des services de l'équipement, des services de formation continue...

- des résultats : Les actions par une programmation réaliste en temps et en moyens de leur mise en œuvre sont visibles.

Points posant problème

* la démarche : Les déclarations des événements sont essentiellement faites par le médecin ou les cadres de santé.

Contrainte de temps et charge de travail sont à prendre en compte pour maintenir l'activité.

* le ressenti de mise en cause personnelle même si la charge affective du problème est partagée.

Conclusion

Cette démarche permet de tirer profit de l'analyse des situations s'étant produites pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, mais en aucun cas pour rechercher un responsable ou un coupable :

« L'erreur n'est pas une faute »