



Gestion de la sécurité du patient en équipe : que pensent les professionnels des revues de morbidité et mortalité et des comités de retour d'expérience ?

Kevin Kamalanavin^{1,2}, Patrice François^{1,3}, Bastien Boussat^{1,3}

1- Service d'évaluation médicale – Pôle de Santé publique – Centre hospitalier universitaire Grenoble Alpes – Grenoble – France

2- Département de science politique – Institut d'études politiques – Grenoble – France

3- TIMC UMR 5525 CNRS – Université Grenoble Alpes – France

✉ **Patrice François** – CHU – Service d'évaluation médicale – Pôle de Santé publique – Pavillon Taillefer – CS 10217 – 38043 Grenoble cedex – France – E-mail : pfrancois@chu-grenoble.fr

Différents travaux ont montré l'importance du travail en équipe et de la coopération interprofessionnelle pour réduire l'incidence des événements indésirables associés aux soins [1-3]. De fait, l'enjeu majeur de l'amélioration de la sécurité des patients se situe dans l'adhésion des professionnels du soin aux dispositifs de gestion des risques cliniques. Pour cela, il faut que ces professionnels adoptent une culture de sécurité et s'impliquent dans des activités conduisant à identifier les risques, les analyser et mettre en œuvre des actions de prévention.

Parmi les outils proposés aux professionnels de santé pour s'impliquer directement dans la gestion des risques cliniques, les plus utilisés en France sont les revues de morbidité et mortalité (RMM) et les comités de retour d'expérience (Crex) qui se sont implantés dans un grand nombre de services hospitaliers.

Les RMM sont apparues aux États-Unis au début du XX^e siècle et se sont développées en France dans les années 90 [4-7]. Les RMM, sont des réunions périodiques de l'équipe médicale au cours desquelles sont analysés les dossiers de patients mar-

Résumé

Objectif. Les revues de mortalité et de morbidité (RMM) et les comités de retour d'expérience (Crex) sont deux méthodes permettant de gérer la sécurité des patients dans les équipes soignantes. L'objectif de cette étude était de comparer les perceptions des professionnels de santé utilisant conjointement l'une et l'autre de ces deux méthodes et de déterminer l'impact de cette double utilisation. **Méthodes.** Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs auprès de 14 professionnels de santé exerçant dans des services hospitaliers disposant de RMM et de Crex. **Résultats.** Les deux outils étaient appréciés par les soignants et perçus comme complémentaires. Les Crex étaient perçus comme favorisant la pluridisciplinarité et encourageant la pratique de l'analyse systémique des événements indésirables, permettant d'améliorer l'organisation des équipes. Les RMM, plutôt tournées vers les médecins et à la méthodologie moins standardisée, semblaient plus centrées sur l'évaluation des pratiques professionnelles, encourageant la formation continue des professionnels. Il y avait peu de transfert méthodologique d'un outil à l'autre. Enfin, les soignants ont décrit des faiblesses similaires pour les deux outils (manque de temps, de valorisation et de communication autour des outils et des actions menées). **Conclusions.** Les Crex et les RMM sont deux outils complémentaires concourant à l'amélioration de l'organisation et des pratiques des équipes soignantes. Ces deux outils connaissent cependant des limites communes, inhérentes au manque de temps des professionnels et aux leviers d'action insuffisants dont disposent les équipes participant à ces dispositifs.

Mots-clés: Sécurité du patient – Gestion du risque – Retour d'expérience – Revue de mortalité et de morbidité.

Abstract

Patient safety management in teams: the staff opinion on morbidity and mortality conferences and experience feedback committees

Objective. Morbidity and Mortality Conferences (MMC) and Experience Feedback Committees (CREX, Comité de Retour d'Expérience) aim to manage the patient safety within the medical teams. The objective of this study was to collect the perceptions of health professionals working in wards with both devices to determine the impact of this dual use.

Methods. We carried out a qualitative study based on semi-directive interviews with 14 healthcare professionals working in wards with MMC and CREX. **Results.** Both tools were appreciated by caregivers and perceived as complementary. The CREX were perceived as favoring the multidisciplinary and enhancing the practice of root cause analysis. The MMC, which were more physician-oriented and less standardized in methodology, seemed more centered on the professional practice assessment, favoring the continuing education of the professionals. There was little methodological transfer from one tool to another. Finally, caregivers described similar weaknesses for the two tools (lack of time, valorization and communication around the tools and actions carried out). **Conclusions.** CREX and MMC are two complementary tools contributing to the organization and professional practice improvement. However, these tools have similar limits, due to the lack of time and the light levers for action held by the team involved in MMC and CREX.

Keywords: Patient safety – Risk management – Feedback – Morbidity and mortality conference.

qués par une évolution défavorable, le décès ou une complication [8-10]. L'exercice consiste à examiner la prise en charge du patient pour repérer d'éventuelles défaillances et faire en sorte qu'elles ne se reproduisent pas.

L'implantation des Crex est plus récente. Le concept s'appuie sur des méthodes de gestion de la sécurité dans l'aviation civile qui ont été adaptées au domaine de la santé par la société *Air France Consulting* [11,12]. D'abord mis en place dans le secteur de la radiothérapie en 2005 [12,13], les Crex ont ensuite été implantés dans différents types de services et d'activités [14-16]. Cet outil s'appuie sur des réunions périodiques d'un comité pluridisciplinaire au cours desquelles les équipes passent en revue les signalements d'événements indésirables associés aux soins survenus dans le service. Les événements sont investigués à l'aide d'une méthode systémique d'analyse des causes racines, Orion®, qui s'appuie sur le modèle de James Reason [12,17,18]. Lors de chaque séance, le Crex choisit un événement et désigne un pilote pour mener l'investigation.

Les RMM et les Crex relèvent d'une approche de gestion des risques à postériori, fondée sur le retour d'expérience. Le déploiement d'une démarche de retour d'expérience est évalué lors de la certification des établissements de santé et la tenue de RMM est quasi obligatoire dans les secteurs de chirurgie, réanimation et cancérologie [7].

La politique qualité de notre établissement recommande que chaque service utilise en routine un des deux outils. Ainsi des RMM sont organisées dans une trentaine de services et une vingtaine d'équipes ont mis en place un Crex [10,19]. Nous avons constaté que certaines équipes utilisent les deux outils, ce qui pose la question de la raison de cette utilisation conjointe de deux méthodes voisines et orientées vers un même objectif. Le **Tableau I** résume les caractéristiques principales des Crex et RMM, tels que mis en œuvre dans notre établissement.

L'objectif de notre étude était d'interroger des professionnels de santé travaillant dans des services dis-

posant à la fois de Crex et de RMM afin de recueillir leur opinion sur ces outils, sur leur apport respectif et sur l'intérêt de cette double utilisation pour la gestion de la sécurité des patients en équipe.

Méthode

Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de santé exerçant dans des services utilisant à la fois des RMM et des Crex, du centre hospitalier universitaire Grenoble Alpes. Cette étude fait partie d'un programme de recherche qui a été approuvé par le comité de protection des personnes du Sud-Est (IRB 00006705).

Population

Les services qui pratiquent les deux activités, RMM et Crex, ont été identifiées à partir de la base de données de la commission d'évaluation des pratiques professionnelles qui valide, enregistre et suit les programmes développés dans les services.

Pour chacun de ces services, un professionnel (médecin, sage-femme, cadre de santé ou infirmier) a été tiré au sort et contacté pour un entretien. En cas de refus, un autre professionnel était tiré au sort. À l'issue d'un premier entretien, il était demandé au répondant de proposer un ou deux autres professionnels du service pour constituer la population d'étude selon la méthode dite de « boule de neige » [20]. L'objectif était d'inclure au moins un médecin, un cadre et un agent paramédical par service enquêté. Les inclusions ont été poursuivies jusqu'à l'atteinte de la saturation de contenu.

Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés par un même enquêteur (Kevin Kamalanavin) à l'aide d'un guide d'entretien. La question initiale était: « *Votre service organise à la fois des RMM et des Crex, que pouvez-vous nous dire sur ces deux outils, leur organisation et leurs apports?* ». À la suite du discours libre, l'enquêté

Tableau I – Caractéristiques principales des revues de morbidité et mortalité (RMM) et des comités de retour d'expérience (Crex).

	RMM	CREX
Type de participants	Professions médicales (médecins/sages-femmes) Participation des professionnels paramédicaux non systématique	Multidisciplinaire (Médecin/IDE/Cadre) Participation éventuelle d'autres catégories professionnelles
Événements analysés	Événements sentinelles (Décès, complication, etc.)	Signalement d'événements indésirables
Fréquence	Variable : mensuelle à trimestrielle	Mensuelle
Méthodologie	Analyse centrée sur la prise en charge, les causes médicales et les pratiques et techniques médicales	Méthode Orion® Analyse systémique de l'événement (prise en compte des causes humaines, techniques, organisationnelle, et environnementale)
Action dirigée sur :	Les pratiques professionnelles (Médicales)	Les causes systémiques et organisationnelles

était relancé autour de différents thèmes tels que la méthodologie, l'organisation, l'apport des outils, etc. Les entretiens ont été enregistrés, avec l'accord des enquêtés, pour être ensuite retranscrits.

Les retranscriptions étaient strictement anonymes et seuls la catégorie professionnelle et le service du répondant ont été renseignés. Par ailleurs, le consentement écrit de chaque professionnel participant à l'étude a été recherché et obtenu.

Analyse

Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Les retranscriptions ont été découpées selon un codage thématique déductif. L'entretien global a été découpé en plusieurs verbatims, chacun classé en fonction de catégories thématiques.

Puis une analyse horizontale a été réalisée par thématique. Elle comprenait le recensement des thèmes les plus abordés ainsi que des points de convergence et de divergence au sein de chaque thème. De surcroît, une analyse verticale a été menée en recoupant les informations des différents entretiens au sein d'un même service afin de déterminer le cadre organisationnel des RMM et Crex du service et d'appréhender les convergences ou divergences méthodologiques entre différents services. Cette analyse verticale a permis la définition d'une typologie des organisations des Crex et RMM sous forme de représentation simplifiée aux traits significatifs [20].

Nous avons choisi comme cadre d'analyse la sociologie des organisations et du risque qui permet d'analyser et d'expliquer les mécanismes d'amélioration continue des organisations [21-24].

Résultats

Population d'étude

Nous avons identifié cinq services qui organisaient à la fois des RMM et un Crex. Ces services représentaient divers secteurs d'activité : médecine, chirurgie, obstétrique et réanimation.

Au total, 14 professionnels de ces services ont accepté de répondre à l'enquête. Il s'agissait de cinq médecins dont deux chirurgiens, de cinq cadres de santé, de trois infirmières et d'une sage-femme.

Opinion sur les revues de morbidité et mortalité

Dans tous les services enquêtés les RMM ont été mises en place plusieurs années avant les Crex. Une importante variabilité de fonctionnement était retrouvée au sein des RMM. Les principales différences portaient sur le public invité aux réunions, sur les modalités de sélection des cas et sur la fréquence des réunions. Dans certains services les réunions ne concernaient que l'équipe médicale alors que d'autres invitaient les professionnels paramédicaux. Certains services examinaient un grand nombre de cas à chaque réunion alors que d'autres

sélectionnaient un petit nombre de dossiers informatifs. Le nombre de réunions variait de 4 à 10 par an.

Cette activité était particulièrement appréciée par les médecins. Ceux-ci ont expliqué que les RMM se concentraient sur l'analyse des pratiques médicales et la prise en charge du patient. Dans la majorité des cas, l'analyse faite lors des RMM n'était pas formalisée. Face à un résultat indésirable, le décès ou une complication, la question était de savoir si la prise en charge a été optimale. Les discussions portaient surtout sur la pertinence des choix thérapeutiques, l'indication ou la technique utilisée pour la réalisation d'un acte. Les enquêtés ont fortement insisté sur deux apports principaux de cet outil. D'abord, les RMM concouraient à une amélioration des pratiques professionnelles et de la prise en charge du patient notamment par la mise en place de « recommandations, ou conseils de bonne pratique ou carrément d'une fiche réflexe » (Médecin) et de « procédures » ou de « check-list » (Sage-femme). Le deuxième apport important des RMM était son intérêt pédagogique. Les professionnels médicaux enquêtés ont, en effet, souligné l'importance de la RMM dans la formation initiale des jeunes praticiens ainsi que dans la formation continue des praticiens seniors et la mise à jour des connaissances : « Ça nous permet aussi de faire de la bibliographie régulièrement » (Médecin).

Si l'outil était très apprécié des professionnels médicaux, les professionnels paramédicaux se déclaraient peu intéressés par cette activité perçue comme une activité médicale.

Opinion sur le comité de retour d'expérience

Dans la majorité des services, les Crex fonctionnaient conformément à l'organisation définie par la procédure de l'établissement. Les enquêtés appréciaient le cadre méthodologique rigoureux du Crex : « C'est vraiment structuré » ainsi que la composition multiprofessionnelle du comité. Les opinions sur la méthode Orion® étaient plus contrastées. Pour certains, la méthode restait difficile à utiliser, voire non utilisée : « Je ne sais plus comment s'appelle la méthode qu'on utilise pour les Crex normalement ». Pour d'autres, l'une des forces du Crex était d'offrir une méthode d'analyse des événements assez facile à utiliser : « C'est quelque chose qui est assez intuitif, assez logique dans la manière de réfléchir », et permettant de mieux comprendre les situations complexes et, en facilitant l'identification des causes profondes de l'événement : « de trouver des causes qui ne sont pas des causes évidentes ».

Les professionnels adhéraient au but du Crex qui était de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la sécurité des patients : « Le but c'est de chercher quelque chose sur laquelle on peut agir, le but c'est qu'on avance, qu'on remette en cause nos façons de faire ». Cependant, plusieurs professionnels signa-

laient des difficultés, voire des impossibilités à agir, quand l'analyse trouvait des causes extérieures à l'équipe, relevant d'un autre service ou de l'établissement dans son ensemble.

Les professionnels étaient majoritairement très satisfaits de l'outil qui, selon eux, participait à la sensibilisation des équipes à la qualité et à la sécurité des soins, et, notamment, au signalement d'événements indésirables, en légitimant et dédramatisant les signalements et l'investigation: « *Il y avait toujours la crainte d'être remis en question, d'être sanctionné; on a vraiment dédramatisé les incidents* » (Cadre).

Du point de vue de l'objectif, les enquêtés déclaraient que l'outil permettait d'analyser les événements relatifs à l'organisation et au système, c'est-à-dire au-delà de la question des seules pratiques médicales, favorisant une amélioration de l'organisation dans les services ou pôles où il était déployé.

Le Crex semblait en revanche assez sensible au non-respect de sa méthodologie. En effet, dans un service, un enquêté rapportait que le Crex avait périçlité de l'absence d'utilisation de la méthode d'analyse des causes racines et de pluridisciplinarité.

Relation entre les outils et apport commun

Les professionnels interrogés ne voyaient pas d'opposition entre ces deux outils dans leurs objectifs et apports respectifs. Les enquêtés considéraient qu'il s'agissait de démarches complémentaires et « *parallèles* » (Médecin). L'analyse des entretiens, en revanche, a démontré qu'il n'existait que peu de transfert méthodologique ou organisationnel entre les RMM et les Crex, à l'exception d'un service particulier. Dans ce service, il existait une relation et une porosité forte entre le Crex et la RMM. Ce service avait adopté une organisation spécifique alternant Crex et RMM, chacun de ces outils se réunissant une fois tous les deux mois. Par ailleurs, la mise en place du Crex a permis une réévaluation des RMM, de leur organisation et de leur méthodologie, notamment par l'introduction d'une part d'analyse des causes racines. Dans ce service, la participation au Crex était réservée aux professionnels formés à la méthode Orion®, tandis que la RMM était ouverte à tout le personnel qui peut librement y participer. Cependant la pluridisciplinarité était, selon les enquêtés, un avantage des Crex par rapport aux RMM: « *Le Crex a apporté une autre dimension de pluridisciplinarité, il est beaucoup plus transversal que la RMM* ».

Plusieurs faiblesses des Crex et RMM ont été signalées par les professionnels de santé interrogés. Le manque de temps des professionnels de santé entraînait des difficultés pour organiser les réunions, qui pouvaient être reportées ou annulées. En outre, le choix des créneaux horaires situés en dehors des heures de service des personnels paramédicaux était un obstacle à leur participation. Ces heures consacrées aux réu-

nions étaient théoriquement récupérées, mais certains agents signalaient des difficultés à bénéficier de ces récupérations.

Par ailleurs, de nombreux enquêtés regrettaient un manque de communication autour des outils et des actions mises en place suite aux réunions. Ce manque de communication s'expliquait également par un manque de temps et de moyens. Le manque de communication était également mis en lumière par la méconnaissance des Crex et RMM par certains enquêtés alors même que leur service déployait ces outils.

Discussion

Notre étude montre que les Crex et RMM sont deux outils de gestion des risques en équipe présentant chacun des forces et des faiblesses. Leur usage conjoint au sein d'un même service fait apparaître une complémentarité entre les deux méthodes qui, bien qu'orientées vers un même but, comportent de nettes différences de fonctionnement.

Ainsi la RMM reste centrée sur l'analyse des pratiques médicales et intéresse plus les médecins que les professionnels paramédicaux. Alors que les Crex abordent plus souvent des questions d'organisation qui intéressent l'ensemble des professionnels. Concernant les RMM, notre étude a retrouvé la grande hétérogénéité des pratiques connue dans la littérature [4,7,8].

Les deux outils contribuent à l'élaboration d'une culture de sécurité des soins et d'une culture positive de l'erreur au sein des services qui les déploient. On a pu voir dans d'autres études que la participation à un Crex était associée à de meilleurs scores dans plusieurs dimensions de la culture de sécurité [25]. Cette dynamique s'explique par différents mécanismes abordés dans le domaine de la sociologie du risque. Dans un premier temps, la survenue d'un événement indésirable, son signalement et son analyse au sein de l'un des outils, permet l'extraction du risque [21]. En effet, la survenue d'un incident agit comme le déclencheur d'une prise de conscience des risques associés à l'activité et conduit les professionnels à adopter une posture de vigilance et de questionnement par rapport aux vulnérabilités liées à leurs pratiques, au système et à l'organisation des soins.

On notait aussi que les professionnels revendiquaient la propriété de la gestion des risques pour retrouver la familiarité avec leur activité [21]. Cette réappropriation du risque est rendue possible par le déploiement des Crex et des RMM, et de leur méthode rendant l'analyse des causes des événements accessibles à des professionnels non spécialisés dans la gestion des risques. Cependant, cette dynamique d'appropriation du risque paraît limitée par des difficultés à utiliser les méthodes d'analyse des causes profondes, et notamment la méthode Orion®. En effet, celle-ci est jugée

trop chronophage et encore trop complexe à mettre en œuvre par une partie des professionnels de santé, ce qui peut aboutir à des déviations importantes vis-à-vis de la méthodologie prescrite d'où une perte d'efficacité de l'outil et un risque important d'échec [19]. Ainsi, nous avons pu constater dans l'un des services enquêtés, que le Crex ne respectait pas les préconisations méthodologiques de la littérature et a, depuis, périclité. Ce problème, associé à l'utilisation de méthode d'analyse des causes profondes, est connu de la littérature [19,26-28]. Pour faire face à cette difficulté, il faut recommander de renforcer la formation des professionnels aux méthodes d'analyse des causes profondes et d'envisager une simplification des outils. Ces difficultés d'utilisation des méthodes d'analyse des causes profondes mises en avant par notre étude et la littérature, plaident pour le maintien et le développement d'équipes spécialisées dans la qualité et la gestion des risques, qui doivent offrir un appui aux professionnels de santé et garantir une bonne utilisation de ces méthodes, et des analyses suffisamment approfondies des événements indésirables [19,28].

Par ailleurs, les professionnels sont favorables à la multidisciplinarité, qui est une des caractéristiques essentielles des Crex. Cette multidisciplinarité est un facteur identifié comme permettant de favoriser l'identification des causes latentes des événements investigués [29], et la référence à l'expertise de terrain, ou expertise profane, est l'une des caractéristiques fondamentales des *High reliability organizations* (HRO), qui arrivent à maintenir un niveau élevé de sécurité malgré un environnement à risque important (comme, par exemple, le secteur de l'aviation, du nucléaire, etc.) [22]. La littérature et les recommandations internationales soulignent à ce propos l'intérêt pour le milieu médical de se rapprocher des standards de ces HRO [17,30].

Concernant les RMM, nous retrouvons le fort potentiel pédagogique de l'outil, décrit dans de nombreuses études [5-8] et dont les enquêtés ont souligné l'apport en termes de formation initiale et continue des professionnels. Le potentiel pédagogique du Crex et des RMM est également reconnu par la Haute Autorité de santé française, qui rend la participation aux Crex ou RMM éligible pour la validation de l'obligation de développement professionnel continu des praticiens. Nos résultats semblent indiquer qu'il existe des opportunités d'établir une relation plus profonde entre ces deux outils. Il existe dans les services, et à des degrés différents, des transferts méthodologiques entre les outils manifestés par l'introduction d'une certaine part de pluridisciplinarité et d'analyse des causes profondes, ainsi qu'une articulation entre les réunions.

Ces transferts s'expliquent en partie par le changement organisationnel provoqué par l'arrivée du Crex qui a, en conséquence, généré une séquence d'apprentissage organisationnel manifesté par l'imitation d'une partie de la méthode du Crex par la RMM [23,24]. Toutefois, l'ampleur du transfert méthodologique et l'articulation entre les réunions sont très variables d'un service à l'autre et nous supposons donc que le degré de relation, d'articulation et de transfert méthodologique dépend de la maturité des outils et de la démarche qualité du service, de leur appropriation par le service ainsi que de la disponibilité des ressources structurelles pour assurer leur fonctionnement.

Enfin, notre enquête a permis d'identifier plusieurs faiblesses communes à ces deux outils : le manque de temps et le manque de communication. Le manque de temps est d'autant plus délétère pour la pérennité des dispositifs que la participation demande aux agents, et particulièrement aux personnels paramédicaux, un fort investissement personnel. Dans ce cadre, il pourrait être intéressant de valoriser plus fortement au sein des établissements de santé la participation à ce type d'activités.

La principale limite de notre étude tient au fait qu'elle n'a été réalisée que dans un seul établissement ce qui nuit à la validité externe des résultats car le contexte peut modifier significativement le fonctionnement des méthodes. Une autre limite tient au faible nombre de personnes rencontrées. En effet, plusieurs professionnels paramédicaux sollicités ont refusé de participer par manque de temps ou parce qu'ils ne se sentaient pas légitimes pour parler des dispositifs étudiés. Néanmoins nous avons observé une saturation de contenu des entretiens qui laisse supposer que la plupart des idées ont été exprimées.

Conclusion

Les Crex et RMM sont deux outils de gestion des risques présentant chacun des forces et des faiblesses. Néanmoins, notre enquête montre qu'il existe une complémentarité potentielle entre ces deux outils qui pourraient ainsi se renforcer. L'usage des deux méthodes au sein d'un même service permettrait de renforcer fortement la culture de sécurité des équipes tout en dépassant les limites respectives et communes des outils. Une menace liée à la difficulté d'emploi des méthodes d'analyse des causes profondes émerge de l'utilisation de ces dispositifs. Pour y faire face, il semble nécessaire de développer la formation des professionnels de santé à leur utilisation et d'envisager leur simplification. Par ailleurs, ces outils, bien qu'efficaces, ne doivent pas remplacer le recours à des services spécialisés de gestion des risques. ■

Références

- 1- Schmutz J, Manser T. Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. *Br J Anaesth* 2013;110:529-544.
- 2- Jones KJ, Skinner AM, High R, et al. A theory-driven, longitudinal evaluation of the impact of team training on safety culture in 24 hospitals. *BMJ Qual Saf* 2013;22:394-404.
- 3- Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA* 2010;304:1693-1700.
- 4- Orlander JD, Barber TW, Fincke BG. The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error. *Acad Med* 2002;77:1001-1006.
- 5- Gregor A, Taylor D. Morbidity and mortality conference: its purpose reclaimed and grounded in theory. *Teach Learn Med* 2016;28:439-447.
- 6- Xiong X, Johnson T, Jayaraman D, et al. At the crossroad with morbidity and mortality conferences: lessons learned through a narrative systematic review. *Can J Gastroenterol Hepatol* 2016;2016:7679196.
- 7- Lecoanet A, Vidal-Treca G, Prate F, et al. Assessment of the contribution of morbidity and mortality conferences to quality and safety improvement: a survey of participants' perceptions. *BMC Health Serv Res* 2016;16:176.
- 8- Aboumatar HJ, Blackledge CG Jr, 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 1. *Am J Med Qual*. 2007;22:232-238.
- 9- Pierluissi E, Fischer MA, Campbell AR, et al. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. *Jama*. 2003;290:2838-2842.
- 10- Francois P, Prate F, Vidal-Treca G, et al. Characteristics of morbidity and mortality conferences associated with the implementation of patient safety improvement initiatives, an observational study. *BMC Health Serv Res* 2016;16:35.
- 11- Francois P, Sellier E, Imburchia F, et al. Experience feedback committee: a method for patient safety improvement. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013;61:155-161.
- 12- Debouck F, Rieger E, Petit H, et al. Méthode Orion[®]: analyse systémique simple et efficace des événements cliniques et des précurseurs survenant en pratique médicale hospitalière. *Cancer Radiother* 2012;16:201-208.
- 13- Debouck F, Rieger E, Petit H, et al. Orion[®]: a simple and effective method for systemic analysis of clinical events and precursors occurring in hospital practice. *Cancer Radiother* 2012;16:201-208.
- 14- Boussat B, Bougerol T, Detante O, et al. Experience feedback committee: a management tool to improve patient safety in mental health. *Ann Gen Psychiatry* 2015;14:23.
- 15- Lecoanet A, Sellier E, Carpentier F, et al. Experience feedback committee in emergency medicine: a tool for security management. *Emerg Med J* 2014;31:894-898.
- 16- Caporossi A, Brudieu E, Lehmann A, et al. An experience feedback committee for improving medication process safety: an observational study in a hospital pharmacy department. *J Pharma Care Health Sys* 2014;S1-010 doi:10.4172/jpchs.S1-010.
- 17- Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-770.
- 18- Reason JT, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. *Qual Health Care* 2001;10 Suppl 2:ii21-5.
- 19- Francois P, Lecoanet A, Caporossi A, et al. Experience feedback committees: A way of implementing a root cause analysis practice in hospital medical departments. *PLoS One* 2018;13:e0201067.
- 20- Bréchon P (sous la dir.), Abrial S, Bozonnet JP, et al. Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives. Grenoble (France): Presses Universitaires de Grenoble 2011. 232p.
- 21- Borraz O. Les politiques du risque. Paris: Presses de Sciences Po 2008. 296p.
- 22- Weick K, Sutcliffe K. Managing the unexpected: sustained performance in a complex world. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons 2015. 224p.
- 23- Koenig G. L'apprentissage organisationnel-Repérage des lieux. *Revue française de gestion* 2015;41:83-95.
- 24- Guilhon A, Trepo G. Réussir les changements organisationnels par le développement de l'apprentissage organisationnel. *Gérer et Comprendre* 2001;65:41-54.
- 25- Boussat B, Seigneurin A, Gai J, et al. Involvement in root cause analysis and patient safety culture among hospital care providers. *J Patient Saf* 2017;doi: 10.1097/PTS.0000000000000456.
- 26- Peerally MF, Carr S, Waring J, et al. The problem with root cause analysis. *BMJ Qual Saf* 2017;26:417-422.
- 27- Wu AW, Lipshutz AK, Pronovost PJ. Effectiveness and efficiency of root cause analysis in medicine. *JAMA* 2008;299:685-687.
- 28- Wallace LM, Spurgeon P, Adams S, et al. Survey evaluation of the National Patient Safety Agency's Root Cause Analysis training programme in England and Wales: knowledge, beliefs and reported practices. *Qual Saf Health Care* 2009;18:288-291.
- 29- Kauffmann RM, Landman MP, Shelton J, et al. The use of a multidisciplinary morbidity and mortality conference to incorporate ACGME general competencies. *J Surg Educ* 2011;68:303-308.
- 30- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academies Press 2000:312.

Citation

Kamalanavin K, François P, Boussat B. Gestion de la sécurité du patient en équipe : que pensent les professionnels des revues de morbidité et mortalité et des comités de retour d'expérience ? *Risques & Qualité* 2019;(16)3;139-144.

Historique

Reçu 9 août 2019 – Accepté 30 août 2019 – Publié 15 septembre 2019

Financement : aucun.

Conflit potentiel d'intérêts : aucun déclaré.



www.risqual.net