



Référentiel de pratiques professionnelles : revue de mortalité-morbidité en nutrition artificielle : exemple de la pose de gastrostomie percutanée radiologique
[Formative assessment in clinical nutrition: Review of morbidity and mortality during nutrition support: Example of percutaneous radiology-guided gastrostomy insertion]

L. Dussaulx-Garin, D. Picot, F. Trivin, S. Layec, P. Bachmann, D. Caldari, E. Guex, G. Zeanandin, D. Quilliot, P. Coti, et al.

► **To cite this version:**

L. Dussaulx-Garin, D. Picot, F. Trivin, S. Layec, P. Bachmann, et al.. Référentiel de pratiques professionnelles : revue de mortalité-morbidité en nutrition artificielle : exemple de la pose de gastrostomie percutanée radiologique [Formative assessment in clinical nutrition: Review of morbidity and mortality during nutrition support: Example of percutaneous radiology-guided gastrostomy insertion]. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2016, 30 (3), pp.206–214. 10.1016/j.nupar.2016.07.005 . hal-01427011

HAL Id: hal-01427011

<https://univ-rennes.hal.science/hal-01427011>

Submitted on 2 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Référentiel de pratiques professionnelles : revue de mortalité-morbidité en nutrition
artificielle : exemple de la pose de gastrostomie percutanée radiologique

Formative assessment in clinical nutrition: review of morbidity and mortality during
nutrition support: example of percutaneous radiology-guided gastrostomy insertion

Laurence Dussaulx-Garin,¹ Denis Picot,¹ Florence Trivin,¹ Sabrina Layec,¹ Patrick
Bachmann,² Dominique Caldari,² Esther Guex,² Gilbert Zeanandin,² Didier Quilliot,²
Pauline Coti,² Ronan Thibault^{2,3}

¹ Réadaptation digestive et nutritionnelle, clinique Saint Yves, 35000 Rennes, France

² Comité Educationnel et de Pratique Clinique de la SFNEP, 75749 Paris, France

³ Unité de Nutrition, Service d'Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition, Centre agréé de
nutrition parentérale à domicile, CHU Rennes, Université de Rennes 1, INSERM U991,
Rennes, F-35000, France

Auteur correspondant :

Prof. Ronan Thibault, MD, PhD

CHU Rennes - Unité de Nutrition - Service d'Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition

2, rue Henri Le Guilloux

35000 Rennes, France

Phone +33 2 99 28 96 46

Fax +33 2 99 28 96 47

E-mail ronan.thibault@chu-rennes.fr

Ce document a été rédigé par les auteurs à la demande du Comité éducationnel et de pratique clinique (CEPC) de la SFNEP. Il a été corrigé et validé par ce comité. Il fait partie des «référentiels pour la pratique clinique en nutrition» de la société.

1- Préface

1.1 Utilisation des critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques

« L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » (décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles).

Il s'agit donc d'analyser sa pratique médicale en utilisant des références scientifiques validées grâce à une méthode structurée et explicite d'amélioration continue de la qualité (AQ).

Les références utilisées peuvent être variées (recommandations pour la pratique clinique, textes réglementaires,...). Afin de faciliter la démarche d'EPP et son appropriation par les professionnels, ces références peuvent également être déclinées en un document synthétique et pratique d'utilisation : le référentiel de pratiques professionnelles.

Une démarche d'amélioration continue de la qualité met en œuvre, de manière explicite dans la pratique clinique, des références validées (qui peuvent être déclinées en référentiel) avec un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de suivi des résultats obtenus.

Ces critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques constituent des éléments simples et opérationnels de bonne pratique. Ils peuvent être utilisés pour une démarche d'EPP. En effet ces critères permettent d'évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient, et d'améliorer les pratiques notamment par la mise en œuvre et le suivi d'actions visant à faire converger, si besoin, la pratique réelle vers une pratique de référence.

Ces critères ont vocation à être intégrés dans des démarches variées d'AQ. D'une manière générale, ces démarches s'inscrivent dans le modèle proposé par *W.E. Deming*. Ce modèle comprend, quatre étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment : planifier, faire, analyser, améliorer.

- **Planifier** : une démarche AQ et des critères sont choisis
- **Faire** : la démarche AQ est mise en œuvre
- **Analyser** : le praticien analyse sa pratique en référence aux critères sélectionnés et selon la démarche AQ adoptée.
- **Améliorer** : les professionnels mettent en œuvre des actions correctrices en vue d'améliorer leur organisation et leurs pratiques. Ils en évaluent périodiquement l'impact.

Dès lors que des professionnels s'impliquent dans une démarche d'AQ, ils s'engagent dans la voie de l'évaluation / amélioration de leurs pratiques.

La HAS a publié de nombreuses méthodes d'AQ (cf. www.has-sante.fr). Parmi celles-ci, la revue de mortalité-morbidité (RMM) a été choisie pour ce document : à l'occasion d'un décès, d'une complication, de la déclaration d'un événement indésirable (événement sentinelle, vigilance liée aux produits de santé,...) ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, lors d'une nutrition artificielle, une analyse du dossier et des causes ayant entraîné la complication ou l'événement est réalisée (Annexe 1). L'anonymat est respecté ; les critères sont utilisés pour évaluer et améliorer la pratique. Un suivi du plan d'amélioration est assuré. Le document suivant prend pour exemple la pose de gastrostomie par voie radiologique.

1.2. Avantages et inconvénients de la RMM

1.2.1 Avantages

La pratique de la RMM a plusieurs points forts permettant d'améliorer les pratiques des centres participants :

- Constitution d'un cadre avec utilisation de bases de données construites
- Régularité des rencontres
- Traçabilité de l'événement indésirable :
 - Partage d'expérience
 - Recherche des causes favorisantes (risques à ne pas prendre), des causes évitables ;
- Harmonisation et amélioration des pratiques :
 - Création et mise à jour de fiches de contre-indications et précautions
 - Prise en compte des bénéfices/risques lors de la consultation initiale,
 - Liste check-up de vérification ultime (la veille et au moment du geste),
 - Formation des « juniors » ;
- Management positif :
 - Partage des difficultés (on se sent moins seul)
 - Comparaison de matériels, de pratiques.
 - Evaluation :
 - en interne: évolution au fil des années, courbe d'apprentissage
 - en externe : comparaison par rapport aux publications de grandes séries (équipes reconnues)
- Importance de la démarche RMM vis-à-vis :
 - des patients (consentement éclairé)
 - des juges (procès)
 - des assureurs (diminution de la prime d'assurance)

1.2.2 Inconvénients

A l'inverse, la démarche RMM présente des facteurs limitants :

- La RMM doit répondre à une attente, un besoin médical.
- La RMM est chronophage, nécessite du temps dédié.
- La personne ressource doit être compétente, issue de la profession (parfaite connaissance pratique du milieu et des organisations), reconnue par les équipes, formée aux outils de la qualité.
- Il n'y a pas de budget dédié, donc pas de reconnaissance financière via la tarification à l'activité.

1.3. Place de la gastrostomie par voie radiologique dans la prise en charge nutritionnelle.

Lorsqu'une nutrition entérale est prévue pour une durée supérieure à six semaines, la pose d'une gastrostomie peut être proposée. Les indications les plus fréquentes sont :

- les troubles de la déglutition : d'origine neurologique (maladies dégénératives ou secondaires à un accident vasculaire cérébral) ou secondaires à une radiothérapie de la sphère ORL ;
- la dysphagie par sténose des voies aéro-digestives supérieures : d'origine tumorale bénigne ou maligne, intrinsèque ou par compression extrinsèque, ou secondaire à une radiothérapie de la sphère ORL.

Les techniques de pose de gastrostomie sont chirurgicales ou médicales, percutanées sous contrôle endoscopique (GPE) ou radiologique (GPR). La technique la plus fréquemment employée, la GPE par traction (technique « pull »), est impossible ou contre-indiquée lorsqu'il existe une sténose serrée des voies aéro-digestives supérieures ne permettant pas le passage de l'endoscope, ou dans les cas de maladies neuro-dégénératives associées à une insuffisance respiratoire sévère [1]. En cas de cancer, il existe un risque (2 à 5%) de greffe cancéreuse sur le trajet trans-pariétal abdominal de la sonde, la collerette emportant des cellules cancéreuses lors de son passage. Pour retirer la collerette interne, la HAS recommande de le faire par endoscopie.

La GPR est l'introduction transpariétale d'une sonde à ballonnet, de la peau vers la cavité gastrique (technique « push » avec introducteur ou technique « introducer »). Une échographie repère préalablement le bord inférieur du lobe gauche du foie. Une sonde naso-gastrique est indispensable pour gonfler d'air l'estomac et accoler sa paroi antérieure à la paroi abdominale. En scopie, la zone de ponction est définie par contraste gazeux. Sous anesthésie locale, l'estomac est fixé à la paroi abdominale (gastropexie) par des dispositifs d'ancrages en T ou par des fils en U. Une gaine introductrice (« introducer ») est mise en place dans la zone de gastropexie, par trocardage ou après dilatations successives par des bougies de calibre croissant passées sur un fil-guide. Par

l'introducteur, une sonde à ballonnet est placée dans l'estomac. Cette technique « push » est également pratiquée sous contrôle endoscopique, la gastropexie et l'introduction de la sonde étant contrôlées visuellement.

L'organisation de la pose de gastrostomie requiert une consultation d'information du patient permettant :

- de vérifier l'absence de contre-indications : pathologie connue de la paroi gastrique (angiomes, gastrite hémorragique, hypertension portale avec varices péri-gastriques, ulcère, néoplasie), chirurgie de l'estomac, troubles de la coagulation, ascite, insuffisance respiratoire sévère.
- de présenter les bénéfices et risques de la pose d'une GPR (voir document SFNEP « information du patient (et de ses proches) avant mise en place d'une sonde de gastrostomie percutanée radiologique en vue d'une nutrition entérale » [2], et d'obtenir le consentement éclairé du patient.
- De vérifier si le patient est sous anticoagulant ou antiagrégant, et de suivre les recommandations définies par la SFNEP (voir document « informations destinées au médecin faisant la demande d'une gastrostomie percutanée radiologique » [3]).
- de rechercher une allergie médicamenteuse.

Le bilan pré-interventionnel comporte : bilan biologique d'hémostase, numération formule sanguine ($\text{INR} < 1,5$, $\text{TP} > 50\%$, $\text{TCA} \leq 1,5$ fois le témoin, plaquettes > 50 Giga/L) ; une échographie pour repérage du lobe hépatique gauche, et vérifier l'absence d'anévrysme de l'aorte abdominale et d'ascite ; une radiographie d'abdomen sans préparation (avec pour certaine équipe l'absorption de baryte la veille) pour repérage du côlon transverse et gauche. Cette radiographie a l'intérêt de rechercher toute stase stercorale avant la pose de GPR et de traiter tout fécalome avant le geste interventionnel.

Compte-tenu d'une iatrogénie induite par cette technique interventionnelle, il est recommandé, dans le cadre de l'AQ et de la gestion des risques, de mettre en place des

mesures visant à diminuer ces risques et à améliorer leur prise en charge s'ils surviennent. La RMM est une mesure d'AQ adaptée à cette gestion des risques.

2. Promoteurs

Société francophone de nutrition clinique et métabolisme (SFNEP) (www.sfnep.org).

3. Sources

Haute autorité de santé (HAS) - Guide méthodologique ANAES : Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – revue de mortalité et de morbidité – Février 2004 ;

Haute autorité de santé (HAS) - Guide méthodologique HAS – « Organisation et méthodes EPP – La revue de mortalité-morbidité (RMM) » - Juin 2005 ;

SFNEP - Comité Educationnel et de Pratique Clinique de la SFNEP [4,5] ;

Comité de Nutrition Artificielle à domicile de la SFNEP : Guide de bonnes pratiques de nutrition artificielle à domicile. SFNEP Edition K'Noë. 2005; 47-59 ;

Publications internationales [6-8].

4. Cible professionnelle

Médecins posant des gastrostomies percutanées radiologiques et leurs équipes (anesthésistes, IDE, manipulateurs en électroradiologie médicale).

5. Patients concernés

Les patients ayant eu un évènement indésirable dans le cadre de la pose d'une gastrostomie percutanée radiologique : au cours de la pose et dans les 30 jours suivant la pose [8].

6. Utilisation des critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques

6.1 Définition et buts

Le guide méthodologique de la HAS de Juin 2005 définit la RMM comme une méthode ayant pour objectif l'analyse de tous les décès et de certains accidents morbides prédéterminés ou non. Cette analyse permet de :

- porter un regard critique sur la façon dont le patient a été pris en charge ;
- s'interroger sur le caractère évitable de l'évènement (morbide ou létal) ;
- rechercher collectivement les causes de la défaillance survenue lors de la prise en charge (voir guide d'analyse – annexe 1) ;
- engager les actions correctives ou préventives des récidives ;
- assurer le suivi de ces actions (processus d'amélioration continue des soins).

Les RMM ont pour finalité la réduction des problèmes de prise en charge, la gestion des situations potentiellement à risque, la progression des connaissances, l'évaluation des pratiques et l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Leur mise en œuvre relève d'une démarche volontaire des services et des établissements de santé.

6.2 Domaine d'application

La RMM a pour objectif d'analyser collectivement les événements cliniques indésirables (décès, complications) survenus dans le cadre de la pose d'une sonde de GPR (pendant la pose et les 30 jours suivant la pose) en présence des professionnels concernés (médicaux).

6.3 Méthodologie

La mise en place de la RMM nécessite de définir plusieurs critères :

- la méthode de recueil des complications qui est fournie aux différents intervenants autour du patient : médecin poseur de GPR, soignants (rendez-vous de suivi post-GPR, soins au domicile,...), médecin traitant et autres correspondants qui doivent

être informés. A l'aide d'une fiche d'information, il faut définir la procédure d'adressage du patient en cas de complications ;

- le responsable de la RMM, et son suppléant parmi les médecins posant les GPR : le responsable de la RMM présente initialement les modalités de fonctionnement de la RMM et ses intérêts ;
- la périodicité et la durée : la périodicité est fixée à au moins une RMM par an, d'une durée de deux heures, selon l'activité de chaque établissement. En cas de survenue d'évènement indésirable particulier, une RMM exceptionnelle peut être sollicitée. En cas de décès dans les 30 jours, une RMM exceptionnelle doit être organisée dans les meilleurs délais ;
- Les participants : les médecins réalisant les poses de GPR, les représentants des équipes impliquées dans la prise en charge du patient (médecins responsables du patient, IDE, manipulateurs en électroradiologie médicale). La réunion peut être commune à plusieurs équipes d'établissements différents. Une RMM en réseau multi-établissements favorise un enrichissement des analyses grâce aux différents environnements ou spécialités (gastro-entérologues, radiologues...) ;
- le lieu : le lieu est défini par les équipes concernées ;
- les critères de sélection des dossiers à analyser lors des RMM : toute personne ayant identifié, suite à une pose de GPR, un évènement indésirable responsable d'un dommage pour le patient durant son séjour doit le consigner dans un fichier dédié selon les recommandations de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL). La liste des évènements indésirables (Tableau 1) a été établie à partir du protocole de soins et des données de la littérature [6,7]. L'évènement indésirable sera considéré comme aigu s'il se produit dans les 48 heures suivant la pose ; sinon, il s'agira d'un évènement indésirable tardif. Le responsable doit sélectionner les dossiers d'évènements indésirables déjà présentés lors d'une précédente RMM pour s'assurer du suivi des actions correctrices.

6.4 Modalités de fonctionnement

6.4.1 Exemple de déroulement de la RMM

Avant chaque RMM, le responsable fixe le calendrier des réunions. Il détermine la période analysée. Il adresse une invitation à la réunion un mois à l'avance, avec la « fiche de présentation de dossier » (Tableau 2) permettant à chaque participant de préparer ses dossiers. Chaque praticien doit préparer les éléments d'analyse des dossiers qui lui ont été confiés. La liste des dossiers à analyser en RMM est adressée au responsable de la RMM une semaine à l'avance et il procède à leur validation. Il établit la liste des dossiers identifiés comme pouvant faire l'objet d'une discussion en RMM. Il prépare avec les professionnels concernés les dossiers « sélectionnés » et répartit entre les praticiens la présentation des dossiers. La sélection est réalisée en fonction des événements indésirables (Tableau 1).

Lors de la RMM, le responsable anime la réunion : il définit l'ordre de présentation des dossiers puis chaque praticien présente les éléments de son dossier et les éléments retrouvés dans la littérature en lien avec l'évènement. Si le caractère évitable de l'évènement est avéré, l'analyse des différentes causes va conduire à la mise en place d'actions correctives et préventives. Pour chaque action corrective et préventive décidée, un responsable est désigné par établissement afin de coordonner sa mise en œuvre et son suivi (voir fiche de présentation d'un dossier en RMM -Tableau 2)

6.4.2 Traçabilité et archivage des échanges et conclusions

Une fiche de synthèse sera rédigée par le responsable, après chaque réunion de RMM. Cette fiche de synthèse reprend :

- la date de séance
- les participants
- le nombre de pose de GPR depuis la dernière RMM / le nombre de dossiers proposés

- le nombre de dossiers présentés lors de la RMM / le nombre d'évènements indésirables évitables
- pour chaque évènement indésirable évitable analysé :
 - Type d'évènement analysé
 - Cause(s) identifiée(s)
 - Références bibliographiques
 - Actions correctives et préventives et le professionnel chargé de sa mise en place
 - Echéance
 - Date de réévaluation
- différents éléments sans lien avec un évènement indésirable reconnu, tels que la présentation de solutions techniques, de matériels innovants, ou encore de différentes façons de faire, etc..., pouvant faire proposer une révision des pratiques, apporter une amélioration ou une plus grande sécurité des procédures.

La fiche de synthèse ne contient aucune donnée administrative du patient, ni des personnels (voir fiche de synthèse de la RMM - Tableau 3)

Le responsable de la RMM rédige un compte-rendu de la séance et l'archive avec les fiches de synthèse réalisées pour chaque dossier. Il s'assure aussi que tous les dossiers ont été traités et qu'un professionnel est responsable de la mise en œuvre des actions correctives et préventives.

6.4.3 Bilan

Le responsable de la RMM présentera annuellement un bilan de la RMM, reprenant les différentes fiches de synthèse décrites ci-dessus, complétées d'une colonne « Date de réévaluation des actions correctrices ». En effet, le responsable doit assurer le suivi des actions correctrices en cours.

Le bilan comportera également le suivi des indicateurs suivants :

- nombre de réunions RMM réalisées / nombre de réunions RMM prévues
- nombre de participants
- nombre de dossiers proposés / nombre de GPR posées
- nombre d'évènements indésirables évitables / nombre d'évènements indésirables présentés
- pourcentage de mise en œuvre des actions correctives et préventives
- pourcentage d'actions clôturées

6.4.4. Exemples d'indicateurs à suivre au sein de l'établissement après pose de GPR

Il peut s'agir d'indicateurs généraux tels que la mortalité à 1 mois.

Il peut aussi s'agir d'indicateurs spécifiques dont la nature est évolutive en fonction des complications recensées lors de la RMM ; ainsi pour la GPR, ces indicateurs spécifiques peuvent être :

- le pourcentage d'annulations de dernière minute du geste
- les prolongations d'hospitalisation
- les ré-admissions à l'hôpital
- les sepsis
- les décès à moins de 8 jours, échecs de pose, oublis d'arrêt des anticoagulants, problèmes de matériovigilance, défaillances respiratoires ou complications infectieuses pouvant mener en réanimation,...
- les douleurs péristomiales
- les abcès péristomiaux

Conflits d'intérêt

DP : Formation « Kabidom », rémunérée par Fresenius-Kabi, commercialisant un kit de

gastropexie par fil en U.

DC déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article ; soutien financier

pour réunions scientifiques de Nutricia, Nestlé Clinical Nutrition et Fresenius Kabi.

Participation à une étude clinique financée par Nestlé Clinical Nutrition.

PC, EG, DQ déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

RT déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article ; rémunération pour consulting et conférences ces trois dernières années: Aguetant, Baxter, BBraun,

Nutricia; conférences : Fresenius, Shire.

LD-G, FT, SL, PB, GZ n'ont pas communiqué leurs éventuels conflits d'intérêt.

Références

[1] Jésus P, Marin B, Desport JC, Gottrand F. Nutrition et maladies neuromusculaires.

In : D Quilliot, R Thibault, Bachmann P, Guex E, Zeanandin G, Coti-Bertrand P, Dubern B, Peretti N, Caldari D, editors. *Traité de Nutrition Clinique à tous les âges de la vie*,

4^{ème} ed. Editions de la SFNEP, KNoë ; Paris 2016. Chap 91, pages 1423-1434

[2] Petit A, Barnoud D, Bouteloup C, Hasselmann M, Hennequin V, Languépin J, et al.

Information du patient (et de ses proches) avant mise en place d'une sonde de

gastrostomie percutanée radiologique en vue d'une nutrition entérale. *Nutr Clin Metab*

2010;24:22-24

[3] Petit A, Barnoud D, Bouteloup C, Hasselmann M, Hennequin V, Languépin J, et al.

Informations destinées au médecin faisant la demande d'une gastrostomie percutanée

radiologique. *Nutr Clin Metab* 2009;23:26-28

[4] Arab K., Petit A. Complications des gastrostomies percutanées (hors complications

immédiates). *Nutr Clin Metab* 2011;25:190-195

[5] Hébuterne X, Senesse P, Schneider SM. Nutrition entérale : techniques. In : D

Quilliot, R Thibault, Bachmann P, Guex E, Zeanandin G, Coti-Bertrand P, Dubern B,

Peretti N, Caldari D, editors. *Traité de Nutrition Clinique à tous les âges de la vie*, 4^{ème}

ed. Editions de la SFNEP, KNoë ; Paris 2016. Chap 58, pages 841-855.

[6] Lowe AS, Laasch HU, Stephenson S, [Butterfield C](#), [Goodwin M](#), [Kay CL](#), et al.

Multicentre survey of radiologically inserted gastrostomy feeding tube (RIG) in the UK.

Clin Radiol 2012;67:843-54

[7] Lang EK, Allaei A, Abbey-Mensah G, [Zinn H](#)², [Walsh J](#)², [Derbes A](#), et al.

Percutaneous radiologic gastrostomy: results and analysis of factors contributing to

complications. *J La State Med Soc* 2013;165:254-9

[8] Grant JP. Percutaneous endoscopic gastrostomy: initial placement by single

endoscopic technique and long-term follow-up. *Ann Surg* 1993;217:168-74

Annexe 1 - Guide d'analyse

Ce document a pour but de guider la recherche des causes par les équipes de soins lors des RMM et ceci afin d'éviter que le résultat se limite à l'identification de la cause immédiate (Document de référence : Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – revue de mortalité et de morbidité – Février 2004).

Préalable : Une première question permet de suspecter l'existence de cause latente :

A-t-on la certitude que l'événement ne se reproduira pas si la cause immédiate identifiée est supprimée ?

Si la réponse est négative, une rapide analyse des causes peut être conduite sans recours systématique à une aide externe ni à l'utilisation d'un outil. A cet effet, une liste de dix questions pour guider l'analyse succincte des causes est proposée :

Qu'est-il arrivé ?

1. Quel est l'événement ? Quel est le dommage ou la conséquence ?
2. Quelle est la chaîne des événements qui a mené à l'événement indésirable ?

Pourquoi cela est-il arrivé (recherche de causes immédiates) ?

3. La survenue est-elle liée à un produit de santé ou à une procédure de soins (intervention, acte de soins) ?
4. Y a-t-il eu une erreur humaine à l'origine de l'événement indésirable, et notamment : les personnes ont-elles fait ce qu'elles étaient supposées faire ? Connaissaient-elles ce qu'elles avaient à faire ? Une meilleure supervision aurait-elle été nécessaire ?

Pourquoi cela est-il arrivé (recherche de causes profondes) ?

5. L'organisation et la réalisation des tâches et des activités, et les responsabilités, étaient-elles clairement et explicitement définies ?

6. La communication entre professionnels ou entre services, et entre les professionnels et le patient ou son entourage, a-t-elle été suffisante ?
7. La composition des équipes de soins était-elle adéquate au moment des soins liés à la survenue de l'événement, en nombre et en compétence ?
8. Les locaux, les équipements, les fournitures et les produits de santé étaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue de l'événement indésirable ?
9. Y a-t-il eu un défaut de culture qualité ou sécurité, un défaut dans la politique de l'établissement ou dans la gestion des ressources humaines ?

Défenses prévues et prévention :

10. Est-il nécessaire de revoir le système en question ? Des leçons ont-elles été tirées pour éviter que l'événement ne se répète ?

Tableau 1 – Exemple de fichier de recensement d'événement indésirable après gastrostomie percutanée par voie radiologique (GPR).

Etablissement d'origine du dossier	Date de pose de la GPR / Date de l'évènement	Type d'évènement indésirable	Nom de la personne souhaitant l'inclusion du dossier en RMM
		☐ Décès dans les 30 jours ☐ Péritonite ou épanchement péritonéal ☐ Position sonde intra-péritonéale ☐ Hémorragie ☐ Pneumopathie d'inhalation ☐ Décompensation respiratoire ☐ Défaillance cardio-circulatoire ☐ Septicémie ☐ Pratiques à risque [#] ☐ Autres	
[#] Les pratiques à risque sont tout type d'évènement qui aurait pu entraîner un événement indésirable ; cela correspond le plus souvent à une pratique n'ayant pas respecté le protocole de soins ; exemples : non information du patient ; indication non conforme ; préparation non conforme telles que omission de l'arrêt des anticoagulants, omission de l'antibioprophylaxie, non recherche de troubles de l'hémostase avant la pose ; défaut de surveillance ou de soins post-interventionnels ; défaut de matériovigilance.			

Tableau 2 – Fiche de présentation d'un dossier de revue de mortalité-morbidité pour pose de gastrostomie percutanée par voie radiologique (GPR).

Logo de l'établissement	REVUE DE MORTALITE – MORBIDITE Thème : Pose de Gastrostomie Percutanée par voie Radiologique (GPR) - Fiche de présentation d'un dossier -					
1. Identification du dossier	Initialiales Date de la pose de GPR					
2. Morbidité avérée (évènement indésirable)	☐ Péritonite ou épanchement péritonéal ☐ Sonde en position intra-péritonéale ☐ Pneumopathie d'inhalation ☐ Décompensation ou insuffisance respiratoire ☐ Pratiques à risque : ☐ ☐ Hémorragie ☐ Septicémie ☐ Défaillance cardio-circulatoire Autres					
3. Contexte – descriptif – modalités de prise en charge						
4. Devenir	GPR posée ☐ Oui ☐ Non ☐ Retard de la prise en charge ☐ Chirurgie ☐ Décès ☐ Prolongation de séjour hospitalier ☐ Séjour en soins intensifs ou réanimation ☐ Autre :					
5. Analyse des causes	Cause évitable : ☐ Oui ☐ Non Respect du protocole de soins : ☐ Oui ☐ Non Cause humaine : Cause technique (matériel): Autres causes :					
6. Eléments de Bibliographie-Références						
7. Actions d'amélioration suite à la RMM	Cause identifiée	Actions d'amélioration	Responsable	Echéance	Date de réévaluation	Date de clôture

Tableau 3 – Fiche de synthèse de revue de mortalité-morbidité pour pose de gastrostomie percutanée par voie radiologique (GPR)

Logo de l'établissement	REVUE DE MORTALITE – MORBIDITE Thème : Pose de Gastrostomie Percutanée par voie Radiologique (GPR) - Fiche de synthèse de la RMM -				Date de la RMM : Période analysée : Nombre d'évènements indésirables :	
Etablissements						
Participants						
Nombre de GPR posées sur la période						
Nombre de fiches présentées						
Identifiant du dossier (Initiales + date de pose)	Type d'évènement indésirable	Conséquences sur la prise en charge du patient	Cause évitable ? (oui/non)	Causes identifiées	Actions d'amélioration	Date de clôture