

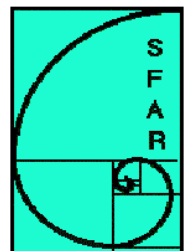
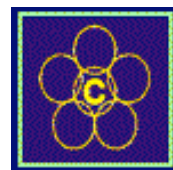
Revue de Morbi-Mortalité (RMM) en Réanimation

Guide méthodologique

Promoteurs :

**Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs –
Société Française d’Anesthésie - Réanimation**

**Société de Réanimation de Langue Française –
Organisme agréé de la SRLF**



Qu'est-ce qu'une RMM ?

La RMM a pour objectif l'analyse collective rétrospective et systémique de cas anonymisés marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient (appelé aussi évènement porteur de risque ou EPR). Elle a pour finalité l'amélioration continue de la qualité des soins.

Elle permet

- **d'identifier** et **d'analyser** des pratiques et des processus défaillants éventuels mais aussi les actions et les barrières ayant permis d'éviter des dommages chez le patient,
- de proposer des **actions correctrices** visant à diminuer la probabilité de survenue du risque (actions préventives) ou à limiter leurs effets délétères et leur gravité (actions protectrices)
- de suivre et **d'évaluer** à distance l'efficacité des actions entreprises.

La RMM fait partie des méthodes décrites par l'HAS pour valider l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des médecins fixée par l'article 98 de la loi du 9 août 2004 et par le décret du 14 Avril 2005. Elles sont rendues obligatoires en Anesthésie et en Réanimation dans la certification V2010 des hôpitaux.

En fonction de la taille de l'établissement et de celle du service, les RMM pourront avoir lieu au niveau d'une unité fonctionnelle (service ou UF de réanimation), du pôle d'activité, ou de la structure de soins dans sa globalité.

L'expérience montre le plus souvent que le niveau de l'unité ou du service est optimal. Nous appellerons indifféremment dans le texte ci-dessous « service » ou « unité », la structure regroupant l'ensemble des personnes participant à l'activité.

Pourquoi faire des RMM ?

En raison des caractéristiques propres à la pratique des soins, l'approche *a priori* ne peut suffire à faire disparaître tous les risques d'accidents. Leur analyse *a posteriori* est susceptible de révéler des défauts dans l'organisation des soins que l'approche prospective n'avait pas permis d'identifier et d'aboutir ainsi à la mise en place d'actions préventives adaptées. Une analyse « systémique » avec recherche des causes immédiates et des causes organisationnelles, sans recherche de culpabilité individuelle, apparaît essentielle pour comprendre et organiser la prévention. Le service de réanimation qui décide d'organiser des RMM s'engage ainsi dans une démarche pérenne d'amélioration de la sécurité des soins et de gestion des risques.

La mise en place de RMM au sein d'un service permet aux personnels de s'engager dans une démarche d'EPP. Il doit s'agir d'une méthode intégrée dans l'exercice professionnel. Cette méthode parmi les plus simples qui concerne particulièrement la réanimation, devrait trouver naturellement sa place dans le fonctionnement de tout service. Le principe est de partir d'un évènement, décès, évènement porteur de risque (EPR) ou complication pour remonter à une ou plusieurs causes. L'analyse doit permettre de mettre en place des actions de prévention ou de limitation des conséquences d'un évènement. Ces actions doivent aussi être évaluées.

La mise en place de RMM au sein d'un service participe à la structuration de ce dernier par des réunions communes et régulières auxquelles tous les membres du personnel (médical et paramédical) sont invités à participer. De plus, il s'agit d'un excellent moyen de formation pour les étudiants et pour les praticiens.

Comment faire des RMM ?

- **Charte de fonctionnement :**

La mise en place d'une RMM fait l'objet d'une procédure écrite consensuelle (charte de fonctionnement) qui en définit le fonctionnement précis (objectifs, périodicité des réunions, rôles du responsable, critères de sélection des cas, participants, déroulement, traçabilité et archivage).

- **Principes d'analyse :**

La recherche des dysfonctionnements se fait dans le domaine des facteurs humains, matériels et organisationnels. Le principe de l'inévitabilité de l'erreur est posé et ceux de la faute et de la culpabilité des personnes sont écartés. L'analyse de l'incident devient ainsi une occasion précieuse de voir comment fonctionne réellement le service ("une fenêtre sur le quotidien" dit Ch Vincent) et d'en prendre conscience collectivement. Des changements dans les prises en charge ou l'organisation doivent être alors proposés collectivement. Dans une RMM, on s'approprie une décision d'amélioration construite collectivement. Ces actions d'amélioration devront être ensuite évaluées, fermant ainsi la boucle de l'amélioration continue de la qualité.

La RMM n'est pas une réunion de "*debriefing*", qui peut être nécessaire à la suite d'un accident survenu au sein du service, et dont les objectifs sont alors de faire exprimer tous les points de vue et gérer l'émotion suscitée par l'accident.

La RMM n'est pas un « tribunal » recherchant la faute et les coupables dans les soins ou l'organisation.

La RMM n'est pas une expertise médico-légale d'un dossier. Elle n'a pas pour vocation de faire apparaître ou de dégager des responsabilités individuelles. En cas de défaillance individuelle grave et flagrante, ces cas sont repris avec l'intéressé et le responsable de la structure.

La RMM n'a pas pour objectif de définir les options thérapeutiques chez un patient hospitalisé.

- **Périodicité et durée**

Le respect de la périodicité, des horaires et des durées de réunion devra permettre à ces RMM de rentrer dans la routine du service. Pour faciliter l'insertion des RMM dans un planning souvent déjà surchargé, il est possible de remplacer une des réunions hebdomadaires ou mensuelles habituelles par une réunion destinée à la RMM. Dans l'idéal, les dates de réunion seront définies longtemps à l'avance (par exemple pour l'année) avec un rappel comportant l'ordre du jour avant chaque réunion. L'heure des réunions sera choisie en fonction du maximum de disponibilité des participants (médecins et non médecins). Afin d'éviter des réunions trop prolongées (susceptibles de décourager les participants éventuels), la durée totale de chaque réunion sera prédéfinie et une durée maximale de discussion par cas pourra être préalablement fixée.

- **Rôles du responsable des RMM**

Un responsable des RMM est identifié et est en charge du choix des cas à discuter et de l'organisation générale des RMM. Il peut s'agir par exemple du chef de service ou d'un

senior ayant une bonne expérience lui conférant un certain recul par rapport à ces évènements. Il est en tout cas souhaitable qu'il s'agisse de la même personne pour toutes les réunions sur une période définie. Son rôle est de veiller à la bonne organisation des RMM, d'animer les débats en y faisant régner un climat de confiance, d'aider à l'identification des facteurs contributifs, de mettre en évidence des déviations dans les prises en charge ou l'organisation, et de faire émerger, le cas échéant, une action correctrice pour éviter une éventuelle récurrence. Il est également chargé d'assurer l'archivage et la traçabilité des débats et de coordonner la mise en place des actions correctrices. Lors de l'initiation de la démarche dans le service, la présence d'un intervenant extérieur expérimenté en matière de pratique des RMM peut être utile.

▪ **Participants**

Tous les médecins du service ou de l'unité, depuis les plus jeunes étudiants jusqu'aux personnels les plus confirmés, sont invités à participer aux RMM. Il est souhaitable de convier aussi le personnel non médical (encadrement, infirmiers ...). Les membres de l'équipe qui ne peuvent pas participer à la réunion ont la possibilité d'utiliser des supports identifiés pour faire part de leurs remarques au responsable de la mise en place des RMM (cahier de liaison, mail, courriers ...). Il revient au responsable des RMM d'utiliser ces informations au cours de la réunion.

Des personnels extérieurs au service ou à l'unité pourront être invités soit systématiquement, soit ponctuellement en fonction des dossiers sélectionnés. Il est également possible d'inviter d'autres spécialistes, dès lors que leur présence est susceptible d'enrichir les débats. Dans tous les cas, toutes les personnes qui assistent à ces réunions sont soumises au secret médical, professionnel et au devoir de réserve.

▪ **Sélection des dossiers ou des cas**

Les critères de sélection peuvent différer d'un service à un autre. Les cas de décès, les cas présentant une morbidité importante, les évènements indésirables graves sont susceptibles de faire l'objet d'une analyse en RMM. D'autres critères de choix sont possibles, tels que : la sélection des EPR (dont ceux ciblés par la discipline dans le cadre de l'accréditation, annexe 1), la prise en compte de dysfonctionnements organisationnels (retard de prise en charge...). Tous les types d'évènements ayant des conséquences potentielles sur la morbidité et/ou la mortalité des patients sont susceptibles d'être retenus. Les cas peuvent être proposés par l'ensemble de l'équipe soignante médicale et paramédicale.

Les problèmes rares ou très graves ne sont pas les seuls intéressants; les problèmes fréquents offrent la possibilité de mettre en place des mesures correctrices dont l'impact attendu est large. Il faut ainsi tenir compte des cas rares mais graves (générateur de mortalité) et des cas peu graves (générateurs de morbidité) mais fréquents. L'identification des dossiers est faite à tout moment.

Le service (ou l'unité clinique) peut mettre en place un relevé prospectif des cas (complications, évènements inattendus) qu'il veut suivre (évènements sentinelles).

Enfin, le responsable de la RMM fait une analyse rapide des dossiers devant être présentés, en éliminant éventuellement ceux pour lesquels l'aspect émotionnel est encore très présent.

▪ **Préparation de la réunion**

Les cas à analyser seront répartis par le responsable de la RMM entre les différents membres de l'équipe en fonction de leur implication dans les soins du patient. Le choix du

dossier, du présentateur et la date de présentation doit faire l'objet d'un compromis entre la préservation de la mémoire des faits et les émotions générées par l'évènement. Il est souhaitable que toutes les personnes ayant été impliquées dans la prise en charge soient préalablement informées de cette présentation et puissent y assister. Il est indispensable que toute la chronologie précise des évènements et le dossier complet (examen d'imagerie, examens biologiques, constantes ...) soient disponibles au moment de la présentation. Par ailleurs, il est important que tous les médecins du service participent activement à la présentation des dossiers, les médecins en formation peuvent bien entendu présenter des dossiers.

Tous les dossiers examinés lors de chaque séance devront avoir été préparés à l'avance; dans le cas contraire il est préférable de reporter les dossiers non préparés à une séance ultérieure. La personne chargée de préparer et présenter un dossier recherchera les éléments essentiels du cas et les éventuels référentiels utilisables au cours de la discussion (annexe 2). Cependant, l'ensemble des éléments anonymisés du dossier devra être accessible à tous les participants au cours de la RMM. Il est préférable que les cas soient présentés et préparés par la personne qui a eu la responsabilité du patient (il peut s'agir au choix du réanimateur ou de l'anesthésiste-réanimateur qui a eu la charge du patient lors de l'intervention ou du médecin qui s'en est occupé lors de son séjour en réanimation ou au bloc opératoire, ou d'une infirmière par exemple). Dans certains cas, la présentation du patient peut être assurée par une autre personne. Il est souhaitable que le maximum des acteurs ayant eu directement en charge le patient soit présent.

▪ **Déroulement de la réunion**

Après la présentation du cas sélectionné, un débat sous la direction de l'animateur de la réunion s'engage avec pour premier objectif d'analyser les causes racines. Les défaillances dans les pratiques médicales ou l'organisation des soins seront discutées. L'analyse des causes pourra être réalisée par la méthode ALARM (Vincent CA et al, A protocol for the investigation and analysis of clinical incidents. London : University College London/ Association of Litigation and Risk Management ; 1999, voir la liste des questions à se poser en annexe 3). Le caractère évitable étant un concept délicat, le groupe doit s'attacher à rechercher les actions à mettre en oeuvre afin d'éviter que l'évènement indésirable ne se reproduise. Chaque fois que possible, il faudra appuyer le débat sur des référentiels publiés. Des actions d'améliorations doivent être identifiées et mises en oeuvre selon les mêmes modalités que dans toutes démarches d'amélioration de la qualité. Dans ce cas, un plan de suivi (planning et sélections d'indicateurs) sera précisé et la mise en place de ces mesures correctrices sera confiée à l'un des membres du groupe.(annexe 4). Si des indicateurs de suivi ont été choisis, leur présentation au début ou en fin de réunion peut être proposée. Il faudra veiller à ce que ces indicateurs restent simples et peu nombreux, grâce à une sélection judicieuse. Il en est de même pour le suivi des actions correctrices décidées lors des réunions précédentes. Dans le déroulement de la réunion il est possible de réévaluer les mesures correctrices en cours.

A la fin de l'analyse, il est possible de classer les situations selon des items prédéfinis par exemple : organisation, procédure ...D'autres items pourront être renseignés pour chaque cas en fonction des desideratas locaux (par exemple : indication de réanimation, limitation des soins, respect des procédures internes, infections nosocomiales ...).

▪ **Archivage et traçabilité**

Pour chaque situation identifiée, une fiche de synthèse anonymisée est réalisée (annexe 4), comportant les mesures proposées. Lorsqu'ils existent, les référentiels sur lesquels s'appuient les débats seront cités dans le compte-rendu. Cette fiche de synthèse ne fait pas partie du dossier du patient. Toutes les RMM doivent également faire l'objet d'un compte-

rendu réalisé après la réunion, si possible par la personne qui a animé les débats. L'organisateur relève le nom des médecins participants, pour permettre à chaque médecin de faire valoir sa participation au titre de son évaluation des pratiques professionnelles et être valorisée dans le cadre de l'accréditation volontaire des spécialités à risques.

- **Information du patients ou des proches**

Trois aspects différents sont à envisager : a) l'information générale concernant l'existence d'une RMM dans l'unité ou le service ; b) l'information qu'il pourrait être utile de donner à un patient, suite à une RMM qui aurait fait apparaître un risque qui n'était pas connu lors de l'hospitalisation ; c) l'information sur une complication avérée ou un risque qui était connu lors de l'hospitalisation, lorsque c'est pertinent.

- a) L'existence d'une démarche de RMM peut utilement figurer dans le livret d'accueil des patients, par exemple dans le cadre d'une information sur la politique d'amélioration de la qualité des soins.
- b) Si la RMM fait apparaître, pour un ou plusieurs patients, un risque inconnu au moment de leur hospitalisation (lié, par exemple, au défaut de stérilisation d'un matériel), ils doivent en être informés, sauf en cas d'impossibilité de les retrouver (article L. 1111-2 du code la santé publique).
- c) La RMM peut être également l'occasion de vérifier que le patient a reçu l'information adéquate sur l'événement analysé, et que le dossier en porte la trace lorsque c'est utile. Il peut s'agir, par exemple, de l'information due après un dommage lié aux soins (article L. 1142-4 de ce même code), ou d'un document visant à prévenir un risque (par exemple la remise d'une carte mentionnant une allergie, une intubation difficile). Si ce n'est pas le cas, les modalités d'information du malade seront définies en réunion et tracées dans le dossier du patient.

- **Bilan annuel :**

Un bilan annuel d'activité des RMM sera réalisé par le responsable (Annexe 5). Sur ce bilan, figureront le tableau de présence, le nombre de situations présentées et de réunion, les mesures correctrices proposées (avec un programme d'évaluation de ces dernières et leur suivi), ainsi que la synthèse des paramètres renseignés pour tous les dossiers. Des indicateurs issus de ces réunions RMM figureront dans ce bilan pour suivre les résultats de son action.

Quels sont les pièges à éviter ?

Outre l'inexpérience des membres de l'équipe (phénomène temporaire et facilement surmontable), les principales réticences observées appartiennent aux domaines suivants :

- **Recherche de culpabilité individuelle**

L'objectif des RMM n'est pas de rechercher une culpabilité, ni les erreurs des individus. Il est capital d'obtenir la confiance des participants qui doivent être assurés de l'absence de conséquences individuelles, quelle que soit l'issue des débats. Un des rôles importants de la personne qui anime les débats est de veiller à l'absence de mise en cause des personnes qui ont participé à la prise en charge du patient et de recentrer les débats afin d'éviter tout dérapage. En cas de responsabilité individuelle patente apparaissant au cours de l'analyse

du cas, le rôle de l'animateur du débat sera de clore la discussion pour une analyse ultérieure spécifique des causes racines, en dehors du cadre des RMM.

L'aspect délicat des RMM est néanmoins que devant tout accident, il y a toujours un acteur impliqué en première ligne. Il importe donc de séparer dans les éventuelles défaillances individuelles, celles qui seraient graves et éthiquement inacceptables (volonté délibérée de nuire, travail des soignants sous alcool, toxiques...), de celles qui sont plus communes mais qu'il est important de discuter ensemble car elles sont rarement celles d'un seul individu (dérives de pratiques, prises excessives de risque, défaut de connaissance...), ou de celles plus banales, survenant potentiellement chez tous, telles que les erreurs involontaires (d'analyse, de décision ou d'exécution d'un soin, choix discutable d'une stratégie thérapeutique). Les premières ne doivent pas être présentées en RMM, car elles sont à traiter entre la personne impliquée et le responsable de la structure mise en place (le chef de service dans les établissements publics, le président de la CME ou la personne qu'il aura déléguée dans les établissements où il n'y a pas de "service" véritablement authentifié). Les deux autres, en revanche, sont la réalité de tout service et sont importantes à aborder en RMM, au cours desquelles il est utile de rappeler à tous les règles de bonne pratique du service et où l'on pourra, lorsque c'est possible, proposer des solutions pour éviter la récurrence des événements analysés (protocoles écrits, étiquetage des produits, supervision...).

▪ **Crainte d'une mise en cause juridique**

Une analyse débouchant sur la mise en évidence d'une pratique et/ou d'un processus défaillant pourrait théoriquement encourager l'action de la justice et cette crainte constitue pour certains un argument allant à l'encontre des RMM. Transparence et communication centrées sur la sécurité sont les arguments de réponse. Les RMM s'inscrivent dans une démarche positive de sécurisation des soins. Sur un plan plus pratique, il est important de rappeler que la discussion est confidentielle et que tous les documents issus de ces réunions doivent respecter le principe d'anonymisation. Bien entendu, il n'est pas souhaitable de programmer un dossier faisant l'objet d'une enquête de police et/ou d'une expertise judiciaire. Il est préférable d'attendre la clôture de ces procédures et d'obtenir toutes les informations qui s'y rapportent (via la direction des affaires juridiques) avant de présenter le dossier.

▪ **Conflit au sein de l'équipe**

L'ambiance conflictuelle n'est pas propice à une démarche de RMM constructive. Il est de la responsabilité de l'animateur de ces réunions d'être capable de désamorcer un conflit débutant, ou, le cas échéant, de clore temporairement la discussion en reprogrammant le dossier en cause lors d'une séance ultérieure lorsque la charge émotionnelle est trop importante.

Revue de Morbi-Mortalité (RMM) en réanimation

Les 10 points importants

1. Il existe une procédure écrite, "charte", approuvée par les membres du service, qui définit le fonctionnement précis de ces réunions (périodicité, critères de sélection des cas, participants, déroulement, traçabilité et archivage).
2. Un responsable des RMM (chef de service ou autre permanent du service) est désigné. Il est en charge du choix des cas à discuter et de l'organisation générale des réunions.
3. Tous les membres du service, médecins et non médecins, peuvent être invités à participer aux réunions. Des personnels extérieurs au service peuvent être invités en fonction de leur implication dans les dossiers sélectionnés. Dans tous les cas, la discussion est confidentielle et toutes les personnes qui assistent à ces réunions sont soumises au secret médical ou professionnel (pour les non soignants)
4. Le(s) critère(s) de sélection des cas a (ont) été définis à l'avance. Tous les événements possédant des conséquences potentielles sur la morbidité et/ou la mortalité des patients sont susceptibles d'être retenus. Le service (ou l'unité clinique) met en place un relevé prospectif des cas qu'il veut suivre (événements sentinelles) et les dossiers sont identifiés lors d'une étape prédéterminée de l'hospitalisation.
5. Tous les dossiers examinés lors de chaque séance sont préparés à l'avance; dans le cas contraire il est préférable de reporter les dossiers non préparés à une séance ultérieure.
6. Pour chacun des événements analysés, des actions d'améliorations doivent être recherchées et mises en oeuvre selon les mêmes modalités que dans toutes démarches d'amélioration de la qualité. Un plan de suivi est précisé et la mise en place de ces mesures correctrices est confiée à la responsabilité d'un des membres du groupe qui en suivra la mise en oeuvre.
7. Toutes les réunions font l'objet d'un compte-rendu, réalisé par la personne qui a animé les débats. Celui-ci comporte la liste des personnes présentes. Tous les documents issus de la RMM respectent le principe d'anonymisation
Pour chaque situation analysée, une fiche de synthèse est rédigée et jointe au compte-rendu de réunion, comportant les mesures correctrices proposées. Les référentiels sur lesquels s'appuient les débats sont cités dans le compte-rendu.
8. Ce résumé et ces décisions ne font pas partie du dossier du patient.
9. L'objectif des RMM n'est pas de rechercher une culpabilité, ni les erreurs des individus mais de comprendre le mécanisme de l'accident, d'identifier ses causes favorisantes et les raisons profondes du dysfonctionnement afin de mettre en place des actions de prévention. Il est capital d'obtenir la confiance des participants qui doivent être assurés de l'absence de conséquences individuelles, quelle que soit l'issue des débats. L'ambiance conflictuelle n'est jamais propice à une démarche de RMM constructive. Il est préférable de désamorcer un conflit débutant, ou, le cas échéant, de clore temporairement la discussion en reprogrammant le dossier en cause lors d'une séance ultérieure.
10. Un bilan annuel d'activité des RMM sera réalisé par le responsable. Sur ce bilan, figureront le tableau de présence, le nombre de cas présentés et de réunion, les

mesures correctrices proposées et leur suivi. Le service mettra en place des indicateurs pour suivre les résultats de ses actions.

Annexe 1 : Exemples d'évènements porteurs de risque ciblés par la spécialité dans le cadre de l'accréditation:

CFAR :

Retard transfusionnel
Intubation difficile
Erreur médicamenteuse

SRLF :

Auto extubation
Accidents des anticoagulants

Annexe 2 : préparation des réunions

Service de ...

Hôpital

- Recueil des avis des équipes sur la prise en charge
 - Vérification de la présence des résultats d'examens, radiographies, examens anatomopathologiques
 - Recherche bibliographique (référentiels) permettant d'étoffer la discussion
 - Identification de situations d'amélioration ou de correction possibles
 - Lors de la réunion, présentation du cas avec un objectif de synthèse factuelle mais précise
- ...

Annexe 3 : Exemples de questions à poser pour chaque dossier

(d'après l' HAS)

Qu'est-il arrivé ?

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

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

3. La survenue est-elle liée à un médicament, un équipement ou à une procédure de soins (intervention, acte de soins) ?
4. Y a-t-il eu une erreur humaine à l'origine de l'évènement 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 ? Dans des circonstances similaires, ces pratiques sont-elles habituelles ou cette prise en charge est-elle tout à fait exceptionnelle ?

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

5. L'organisation des activités et les responsabilités étaient-elles explicitement définies ?
6. La communication entre les professionnels ou entre les 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'évènement, en nombre et en compétence ?
8. Les locaux, les équipements, les fournitures et les médicaments ou autres produits utilisés étaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue de l'évènement indésirable ?
9. Y a-t-il eu un défaut de prudence ou de prise en compte des impératifs de qualité ou de sécurité, un défaut dans la politique de l'établissement ou dans la gestion des effectifs ?

Défenses prévues et prévention :

10. Est-il nécessaire de revoir l'organisation du service ? Des leçons ont-elle été tirées pour éviter que l'évènement ne se répète ?

Annexe 4 : Fiche de suivi des actions d'amélioration

Service de ...

Hôpital ...

Action d'amélioration ;

--

Nom du responsable :	Membres du groupe de travail :

Objectif :

Actions proposées : Planning (date)
Indicateur(s) proposé(s) :

Suivi de l'action :

Ce document doit être conservé dans les archives du service et est utilisé pour le bilan annuel.

Annexe 5 : Propositions de données à fournir dans le Bilan Annuel

- **Nombre de réunion**
- **Nom des participants**
- **Nombre de dossiers analysés**
- **Classification des situations analysées**
- **Listing des actions d'amélioration mises en place**
- **Fiches d'amélioration de la qualité**
- **Indicateurs suivis dans le service**
- **Tableau de synthèse**

**Groupe de travail de l'interface RMM du CFAR- SFAR et de la SRLF-
Organisme agréé de la SRLF**

Cedric Bretonnière (SRLF), Gilles Capellier (SRLF), Alain Cariou (SRLF), Béatrice Eon (CFAR), Marie-Claude Jars-Guinestre (SRLF), Kaldoun Kuteifan (SRLF), Marc Leone (CFAR), André Lienhart (CFAR), Paul-Michel Mertes (CFAR), Vincent Piriou (CFAR), Isabelle Verheyde (SRLF).