****

Revue de Mortalité Morbidité (RMM)

Charte de fonctionnement

Juin 2020

SOMMAIRE

[OBJECTIFS 3](#_Toc41383395)

[RÉGLEMENTATION ET RÉFÉRENCES 3](#_Toc41383396)

[MÉTHODE 3](#_Toc41383397)

[Méthode d’évaluation des pratiques 3](#_Toc41383398)

[Population 3](#_Toc41383399)

[Organisation 4](#_Toc41383400)

[Déroulement des séances 5](#_Toc41383401)

[Analyse des cas présentés 5](#_Toc41383402)

[Information du patient ou de l’entourage 6](#_Toc41383403)

[Aspects éthiques 6](#_Toc41383404)

[EN PRATIQUE 6](#_Toc41383405)

[CONTACTS ET RENSEIGNEMENTS 19](#_Toc41383407)

*Le présent guide est élaboré selon les informations portées à notre connaissance mais ne prétend pas être totalement exhaustif. Il pourra être mis à jour en fonction des expériences et commentaires, de la parution de recommandations ou de l’évolution réglementaire.*

OBJECTIFS

Une revue de mortalité et de morbidité (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.

La mise en œuvre d’une revue de mortalité-morbidité est destinée à :

* analyser les décès ou les incidents / accidents iatrogènes ;
* en déterminer les causes ;
* en déterminer le caractère évitable ;
* et si oui, déterminer une stratégie pour empêcher leur reproduction.

La mise en place dans le service date de

Compléments propres à l’établissement.

RÉGLEMENTATION ET RÉFÉRENCES

Les principales recommandations et réglementations suivantes ont été utilisées :

* Haute Autorité de Santé. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Guide méthodologique. HAS, 2009.
* Haute Autorité de Santé. L’évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé (CD). La revue de mortalité morbidité. HAS, 2006.
* Haute Autorité de Santé. Revue de mortalité morbidité. Une méthode d’amélioration de la qualité. HAS, 2005.
* Réseau Qualité Franche-Comté. Revue de mortalité et de morbidité - Analyse de cas clinique. RéQua, 2004.
* Réseau Qualité Franche-Comté. Atelier méthodologique - Revue de Morbidité-Mortalité. RéQua, 2005.
* Comité de Coordination de l’Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Outils d’analyse des causes racines des événements indésirables. Présentation et exemple. CCECQA, 2003

MÉTHODE

Méthode d’évaluation des pratiques

Approche par problème (revue de mortalité-morbidité).

La méthode proposée est une synthèse de ces différents guides et outils.

Population

Critères d’inclusion des cas*: (à déterminer)*

* patients décédés au cours de leur hospitalisation ;
* patients victimes d’une complication potentiellement liée aux soins (reprise chirurgicale, ré-hospitalisation dans un délai de 8 jours, complication per ou post opératoire, accident transfusionnel, infection liée aux soins, transfert en réanimation, hémorragie, complication thrombo-embolique…) ;
* patients victimes d’une complication liée à un acte technique (intubation, voie veineuse centrale ou périphérique, cathéter artériel, sondes nasogastriques ou urinaire, drain thoracique, trachéotomie, ventilation mécanique…) ;
* patient avec survenue d’un évènement déclencheur (trigger-tool), possiblement en lien avec une défaillance dans la prise en charge (modification de la procédure opératoire prévue, prescription de vitamine K ou de PPSB, réintubation en SSPI, doublement de la créatininémie au cours du séjour, transfusion sanguine non programmée…).

Critères d’exclusion des cas : *(à déterminer)*

Organisation

Fréquence

La revue de mortalité-morbidité repose sur des séances de travail dédiées organisées tous les  dans le service *(entre une par semaine et une tous les trois mois)*, si au moins un cas à inclure a été répertorié au cours de la dernière période écoulée. Les séances ont une durée approximative de (*30 minutes à 2 heures*).

Recensement des cas à analyser

La séance est placée sous la responsabilité du Dr . Il est chargé de veiller au recensement des cas à analyser ente deux séances, sur un registre de morbi-mortalité (cf. annexe 1) ; ce registre est accessible à tout le personnel, et peut être situé par exemple au secrétariat ou dans le bureau du cadre. Le repérage des cas à inclure peut être réalisé au moment de survenue de l’évènement, ou lors de la clôture d’un dossier (réalisation du courrier de sortie). Le repérage peut également être fait à partir des données issues du PMSI (thrombose veineuse ou embolie pulmonaire, corps étranger…), des données du système de signalement des évènements indésirables de l’établissement, des données du système de gestion des plaintes et réclamations, ou encore des écarts constatés lors de la réalisation de la check-list réalisée au bloc opératoire.

Préparation de la réunion

Le responsable de la RMM prépare l’ordre du jour (liste des dossiers à présenter), et répartit la présentation des dossiers entre les membres de l’équipe. Le dossier est présenté par le médecin en charge du patient, qui aura « révisé » le dossier et recherché les recommandations de pratiques et/ou protocoles internes en lien avec le cas présenté. Le responsable de la RMM assure la confidentialité en anonymisant le dossier en cas de présentation dans le cadre de l’établissement.

Participants

Les participants de droit sont les médecins du service, le cadre de santé du service, le responsable qualité-risques du service. Les personnels ayant été témoin de l’évènement analysé sont également invités. Si l’événement est complexe ou survient à la suite de défaillances multiples, il peut être recommandé de s’entourer des professionnels qui peuvent apporter une aide pour l’analyse, comme par exemple les membres de la structure de gestion des risques ou de l’équipe opérationnelle d’hygiène.

Lors de chaque séance, une fiche de présence est signée par les participants à la séance (cf. annexe 2).

Déroulement des séances

Les premières minutes de la séance sont consacrées au suivi des actions d’amélioration décidées lors des dernières séances.

Les professionnels analysent ensuite les cas survenus dans le service au cours de la période écoulée depuis la dernière séance. Si le nombre de cas à analyser est trop important, une présélection peut être effectuée par le responsable de la RMM en collaboration avec les différents médecins du service avant envoi de l’ordre du jour.

Chaque cas est présenté par un médecin du service ayant au préalable analysé le dossier et pré-rempli la fiche de synthèse d’un cas présenté en RMM (cf. annexe 4). Une discussion est ensuite menée par l’équipe, animée par le responsable de la séance. Cette discussion doit permettre de :

* porter un regard critique sur la façon dont le patient a été pris en charge ;
* rechercher collectivement les causes de la défaillance survenue lors de la prise en charge ;
* s’interroger sur le caractère évitable de l’événement ;
* rechercher les actions à mettre en place afin d’éviter que l’événement indésirable se reproduise.

Si les éléments disponibles ne permettent pas d’apporter de conclusion, une analyse plus approfondie est demandée et un ou plusieurs membres de l’équipe sont mandatés pour réaliser cette analyse avant une prochaine séance.

Si l’analyse du cas présenté montre que la survenue de l’événement était évitable, l’équipe recherche les actions (barrières) à mettre en place pour éviter qu’il ne se reproduise (prévention) ou pour limiter ses conséquences (récupération). Un responsable des actions à mettre en œuvre est nommé ; des objectifs sont définis et des indicateurs de suivi de l’action peuvent être définis.

Analyse des cas présentés

Certaines questions sont abordées pour chacun des cas présentés : une grille d’analyse standard des cas est utilisée (cf. annexe 3). L‘analyse permet par la suite de lister les actions envisagées et de discuter celles considérées comme potentiellement efficaces et pouvant effectivement être mises en œuvre.

Une synthèse permet enfin de structurer un rapport reprenant les éléments clés de l’analyse de cas (cf. annexe 4). Cet outil est utilisé à la fin de la démarche par la personne en charge du suivi des actions d’amélioration. Une fois celles-ci mises en œuvre, la synthèse est clôturée et anonymisée. Elle est archivée dans un classeur spécifique (et non dans le dossier patient).

Information du patient ou de l’entourage

L’article L. 1142-4 du CSP dispose que « toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage. Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix ».

S’il est crucial que, dès le début, une information minimale soit donnée au patient ou à son entourage (« il y a eu un pépin »), une information plus complète sera donnée par la suite, notamment après l’analyse des causes effectuée en RMM. Cette analyse permet en effet de définir le contenu de l’information à apporter au patient, et aussi de dire ce qui est envisagé pour éviter que l’évènement ne se reproduise à l’avenir, ce qui est très important pour le patient et son entourage.

Aspects éthiques

|  |  |
| --- | --- |
| Chaque participant s’engage à respecter les règles de fonctionnement de la revue de mortalité-morbidité afin d’assurer la transparence et la cohésion de l’équipe. La confidentialité des propos échangés est primordiale, et toute personne assistant à une RMM est tenue au secret professionnel (article L. 1110-4 du Code de la santé publique et article 226-13 du Code pénal). La recherche des causes n’est en aucun cas la recherche d’un coupable. Les mises en cause individuelles sont à proscrire. | *Source :Hambry et al. Current Surgery 2000* |

EN PRATIQUE

Suivi du projet

Compte-rendu de réunion

Chaque réunion fait l’objet d’un compte rendu précisant notamment (cf. annexe 5) :

* les professionnels présents
* le nombre de dossiers listés sur le registre, par type de critère de sélection
* le nombre de dossiers présentés, par type de critère de sélection
* les décisions du groupe, notamment les actions d’amélioration proposées
* le suivi des actions d’amélioration précédentes

Les comptes rendus des revues de mortalité et de morbidité ne constituent pas une pièce du dossier patient. Il est donc anonymisée (nom du patient) et ne comporte pas de critères discriminants ou identifiants qui violeraient le respect du secret professionnel.

Suivi des actions d’amélioration proposées

Les premières minutes de chaque séance sont consacrées au suivi des actions d’amélioration décidées lors des dernières séances.

Bilan annuel d’activité

Chaque année, une synthèse est réalisée par le responsable de la RMM (cf. annexe 6).

Cette synthèse reprend notamment les éléments suivants :

* le nombre de séances organisées,
* le taux de participation moyen (nombre de personnes présentes rapporté au nombre de personnes invitées),
* le nombre de cas listés sur le registre (par critère de sélection),
* le nombre de cas présentés en séance (par critère de sélection),
* le nombre de cas classés sans suite après discussion (inévitables),
* le nombre de cas ayant donné lieu à des actions d’amélioration,
* les actions d’amélioration proposées et leur suivi.

Annexes

1. Registre de morbi-mortalité

2. Fiche de présence

3. Grille standard d’analyse d’un cas présenté en RMM

4. Fiche de synthèse d’un cas présenté en RMM

5. Exemple de compte-rendu

6. Exemple de synthèse annuelle

Annexe 1 : Registre de morbi-mortalité

Service :

Période d’inclusion : du ……… / ……… / ………… au ……… / ……… / ……………

A analyser au cours de la réunion de mortalité morbidité du ……… / ……… / …………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Num** | **Patient** **(numéro ou nom)** | **Dates entrée et sortie** | **Evènement à analyser** | **Rapporteur** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |

Annexe 2 : Séance de RMM - Fiche de présence

Service :

Date de la séance de RMM : ………… / ………… / ………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Fonction** | **Service** | **Signature** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Annexe 3 : Grille d’analyse standard d’un cas présenté en RMM

Objectif : Rédiger la description clinique du cas et envisager les grandes lignes de l’analyse générale des causes

*Que s’est-il passé ?*

1. Quel est l’événement (aspects cliniques ou techniques, quand et où ?) ?

2. Quelle est la chaîne des événements qui a mené à l’événement indésirable (chronologie des faits) ?

3. Quels sont les facteurs liés au patient qui ont pu interférer dans la prise en charge et la survenue de l’évènement ?

4. Quel est le dommage ou la conséquence ?

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

5. La survenue est-elle liée à un produit de santé ou à une procédure de soins (intervention, acte de soins) ?

6. La survenue est-elle liée à une mauvaise décision ? Les personnes ont-elles fait ce qu’elles étaient supposées faire ? Sinon, quelles en sont les raisons (mauvaise connaissance, manque de supervision…) ?

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

Cette interrogation permet de rechercher des facteurs concernant le personnel impliqué, l’équipe (coordination et communication), les tâches à accomplir, l’organisation, l’environnement, les relations avec le patient, le contexte institutionnel (réglementaire, économique, social…).

7. L’organisation des activités, et les responsabilités, étaient-elles explicitement définies ?

8. La communication entre professionnels ou entre services, et entre les professionnels et le patient ou son entourage, a-t-elle été suffisante ?

9. 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 ?

10. 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 ?

11. 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 ?

A chaque facteur identifié, on se posera la question « pourquoi ? ». On déterminera également le lien de causalité avec la survenue de l’évènement

Quelles sont les défenses prévues ou à développer ?

12. L’évènement était-il évitable ?

13. Par qui, quand et comment le problème a-t-il été détecté ?

14. Quelles actions ont été réalisées pour réagir à l’évènement ? Quand et par qui ?

15. Quels sont les éléments (appelés aussi barrières ou défenses) qui ont empêché ou atténué l'évolution vers une complication ou un décès ? ou qui ont dysfonctionné ? ou qui pourraient être développés ?

Grille d’analyse standard d’un cas présenté en RMM

Typologie des causes immédiates

*A. Erreur dans le choix d’une prise en charge*

 A1 : Mauvaise évaluation diagnostique

 A2 : Non prise en compte de résultats d’examens réalisés

 A3 : Non prise en compte des interactions possibles entre différents traitements

 A4 : Prescription d’un traitement inapproprié

 A5 : Réalisation d’un examen inapproprié

*B. Non réalisation d’une prise en charge indiquée*

 B1 : Non réalisation d’une action de prévention

 B2 : Non réalisation d’un examen indiqué

 B3 : Non réalisation d’un acte indiqué

 B4 : Non prescription d’un traitement indiqué

 B5 : Non réalisation d’une surveillance clinique (constantes vitales, état psychique)

 B6 : Non réalisation d’une surveillance des effets d’un traitement

 B7 : Non réalisation d’examens de surveillance

*C. Délai de mise en œuvre d’une prise en charge*

 C1 : Retard dans la mise en œuvre d’un examen

 C2 : Retard dans la mise en œuvre d’un acte

 C3 : Retard dans la mise en place d’un traitement

 C4 : Retard dans la surveillance clinique (constantes vitales, état psychique…)

 C5 : Retard dans la surveillance des effets d’un traitement

 C6 : Retard dans la réalisation d’examens de surveillance

*D. Erreur dans la réalisation d’une prise en charge*

 D1 : Erreur de préparation ou de dose médicamenteuse

 D2 : Erreur lors d’un examen (préparation ou technique)

 D3 : Erreur lors d’un acte (préparation ou technique)

 D4 : Mobilisation inadéquate du patient

*E. Autre*

 E1 : Aléa thérapeutique

 E2 : Autre :

Cause immédiate principale (numéro) :

Grille d’analyse standard d’un cas présenté en RMM

Typologie des causes profondes

*A. Défaillances humaines individuelles*

 Défaut de qualification des professionnels

 Défaut de connaissances théoriques / techniques des professionnels

 Défaut d’aptitude, de compétence, d’expérience des professionnels

 Mauvaise disposition physique et mentale (fatigue, maladie, stress…)

 Non respect des consignes

 Autre :

*B. Défaillances liées à l’équipe (coordination, communication…)*

 Mauvaise composition de l’équipe au moment de l’EIG

 Défaut de communication interne orale

 Défaut de communication interne écrite

 Difficulté dans la recherche d’information auprès d’un professionnel

 Conflits – mauvaise ambiance au sein de l’équipe au moment de l’EIG

 Défaut de supervision médicale ou paramédicale

 Autre :

*C. Défaillances liées au protocole ou procédure*

 Absence de protocoles ou de procédures

 Protocoles ou procédures non adaptés ou peu compréhensibles

 Protocoles ou procédures non accessibles

 Protocoles ou procédures non applicables

 Protocoles ou procédures insuffisamment connus

 Autre :

*D. Défaillances liées à l’environnement*

 Locaux inadaptés

 Fournitures ou équipements non disponibles ou inadaptés

 Fournitures ou équipements défectueux

 Supports d’information du matériel non disponibles ou inadaptés

 Défaut de formation ou entraînement des personnels au matériel

 Conditions de travail inadéquates (interruption de tâche, horaires …)

 Charge de travail trop importante

 Autre :

*E. Défaillances liées à la gestion de l’information donnée au patient*

 Insuffisance d’échanges d’information entre professionnels et patient

 Insuffisance d’échanges d’information entre professionnels et entourage du patient

 Procédure de sortie inadéquate

 Autre :

*F. Défaillances liées à l’organisation*

 Changement récent d’organisation interne

 Mauvaise définition des responsabilités et des tâches

 Limitation trop restrictive de la prise de décision des professionnels

 Retard dans la prestation des examens cliniques et paracliniques

 Soins ne relevant pas du champ d’activité du service

 Défaut de coordination entre services

 Défaut d’accessibilité, de disponibilité de l’information en temps voulu (résultats examens complémentaires)

 Planification des tâches non adaptées

 Gestion du personnel inadéquate (nombre, compétence)

 Autre :

*G. Défaillances liées au contexte institutionnel*

 Contraintes financières au niveau de l’hôpital

 Ressources sanitaires insuffisantes ou défectueuses (matériels, nombres de lits, SAMU… )

 Défaut d’échanges ou de relations avec d’autres structures de soins

 Absence de culture sécurité - risques au sein du service

 Absence de culture sécurité - risques au sein de l’établissement

 Autre :

Annexe 4 : Fiche de synthèse

Age :

Sexe :  Homme  Femme

Prénom :

Nom :

d’un cas présenté en RMM

**n°**

**Date d’admission :** dans l’établissement ……… / ……… / ……………

dans le service (si différent) ……… / ……… / ……………

**Motif d’hospitalisation, diagnostic :**

**Facteurs de risque :**

 HTA  Troubles du rythme  ATCD AVC

 Traitement anticoagulant  Traumatisme récent  Diabète

 Insuffisance rénale  BPCO  Autres :

ASA :  1  2  3  4  5 Glasgow admission :

**Interventions au cours de l’hospitalisation (nature et date) :**

**Evènement survenu :**

**Description de l’événement :**

|  |  |
| --- | --- |
| *Qu’est-il arrivé* *?**Quand ?**Où ?**Qui était là ?* | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Conséquences de l’évènement (niveaux OMS) :**

 Pas de menace vitale immédiate ou à long terme  Menace vitale immédiate\*

 Morbidité à long terme\*  Décès\*

**Si conséquence grave (\*), information du patient ou de l’entourage :**  Oui  Non

**En cas de décès :**

 Mortalité attendue ou prévisible au moment de l’admission

 Mortalité inattendue à l’entrée mais évolution naturelle de la maladie peut l’expliquer

 Mortalité inattendue à l’entrée, non expliquée par l’évolution naturelle de la maladie

**Ce qui a bien fonctionné :**

**Causes immédiates apparentes :**

**Causes latentes identifiées :**

**Evitabilité de l’évènement :**

 certainement évitable   probablement évitable  probablement inévitable  inévitable

**Actions proposées ou mises en œuvre :**

1.

Responsable : Echéance :

Diffusion de l’information :

Evaluation prévue (et échéance) :

1.

Responsable : Echéance :

Diffusion de l’information :

Evaluation prévue (et échéance) :

1.

Responsable : Echéance :

Diffusion de l’information :

Evaluation prévue (et échéance) :

**Exploitation de l’évènement :**

Enseignement :  Internes  Infirmières  Autres : …………………………………

Présentation :

*Dossier clôturé le ………/………/…………… (découpage de la partie identifiante)*

Annexe 5 : Compte-rendu d’une séance de RMM

Date de la réunion : …… / …… / ……… Durée de la réunion : …… h …… min

Nombre de personnes invitées : Nombre de personnes présentes : ………

Réunion multiprofessionnelle :  Oui  Non

Assistance méthodologique externe au service :  Oui  Non

Expertise technique externe au service :  Oui  Non

Expertise technique externe à l’établissement :  Oui  Non

*Cas listés et analysés, par type d’évènement (critères d’inclusion)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nb de cas listés sur registre** | **Nb de cas discutés en réunion** | **Nb de cas ayant fait l’objet d’actions** |
| Décès inattendu |  |  |  |
| Complication inhabituelle 1 |  |  |  |
| Complication inhabituelle 2 |  |  |  |
| Complication inhabituelle 3 |  |  |  |
| Complication inhabituelle 4 |  |  |  |
| Complication inhabituelle 5 |  |  |  |
| Presqu’accident |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |

*Actions d’amélioration proposées*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Action** | **Responsable** | **Echéance prévue** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Annexe 6 : Synthèse annuelle des RMM

Nombre de réunions au cours de l’année écoulée : ……………

Taux de participation …………… %

*= 100 x (Σ du nombre de personnes invitées à chaque réunion*

*/ Σ du nombre de personnes présentes à chaque réunion)*

Taux de réunions avec représentation multiprofessionnelle …………… %

*= 100 x (Σ du nombre de réunion avec représentation multiprofessionnelle*

*/ Σ du nombre de réunions)*

Taux de réunions avec aide méthodologique externe au service …………… %

*= 100 x (Σ du nombre de réunion avec assistance méthodologique externe au service*

*/ Σ du nombre de réunions)*

Taux de réunions avec expertise technique externe au service …………… %

*= 100 x (Σ du nombre de réunion avec expertise technique externe au service*

*/ Σ du nombre de réunions)*

Taux de réunions avec expertise externe à l’établissement …………… %

*= 100 x (Σ du nombre de réunion avec expertise technique externe à l’établissement*

*/ Σ du nombre de réunions)*

*Cas listés et analysés, par type d’évènement (critères d’inclusion)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nb de cas listés sur registre** | **Nb de cas discutés en réunion** | **Nb de cas ayant fait l’objet d’actions** |
| Décès inattendu |  |  |  |
| Complication inhabituelle 1 |  |  |  |
| Complication inhabituelle 2 |  |  |  |
| Complication inhabituelle 3 |  |  |  |
| Complication inhabituelle 4 |  |  |  |
| Complication inhabituelle 5 |  |  |  |
| Presqu’accident |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |

*Actions d’amélioration proposées*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Action** | **Mise en œuvre** | **Mesure d’efficacité\*** |
|  | Réalisée | En cours | Prévue | Oui | Non |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |
|  | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox | checkbox |

*\* Les mesures d’efficacité ne sont pas indispensables pour chaque action*

CONTACTS ET RENSEIGNEMENTS



|  |
| --- |
| Site de Besançon : 26 rue Proudhon - 25000 BESANCONSite de Dijon : Site de La Chartreuse 1 Boulevard Chanoine Kir 21000 DIJONerage@requa.fr - 03 81 61 68 10 Site Internet : [www.requa.fr](http://www.requa.fr) |

