

## ENGAGEMENTS QUALITE – GESTION DES RISQUES

### I. PREAMBULE

Le Centre Hospitalier d’Ajaccio (CHA) est engagé (depuis 2001) dans une démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des soins et des prestations offertes aux patients et aux résidents (EHPAD).

Assurer la qualité, la sécurité, la pertinence de prise en charge et la satisfaction des patients sont les principales motivations qui animent cette démarche.

Le CHA s’est appuyé sur la dynamique de chaque pôle afin de mettre en place un système de pilotage de la qualité et de la gestion des risques évolutif, flexible et réactif, donnant une part importante aux secteurs d’activité et aux usagers. Ce dispositif s’appuie en particulier sur la coopération entre CME, Direction Générale, usagers et comité de pilotage qualité gestion des risques.

L’objectif de la Direction et des instances décisionnaires vise à ce que cette démarche soit partagée par tous, à tous les niveaux et dans tous les secteurs d’activité.

La Politique Qualité Gestion des Risques définie repose sur l’engagement et sur les valeurs partagées par l’ensemble des professionnels et s’organise autour d’axes généraux inscrits dans les orientations stratégiques de l’établissement.

Indépendamment de la réimplantation du CHA sur son nouveau site (Stiletto), le développement de la culture qualité, sécurité et pertinence des soins est et sera le fil conducteur de cette politique et repose sur un engagement constant, individuel et collectif des professionnels.

Un des leviers de développement de cette culture est l’optimisation de la gestion des évènements indésirables.

Les évènements indésirables associés aux soins sont rarement liés au manque de connaissance ou à un défaut de compétence des professionnels, mais le plus souvent à des défauts d’organisation, de vérification, de coordination, ou de communication au sein des équipes.

La qualité du travail en équipe impacte la sécurité des patients. L’enjeu est donc d’évoluer d’une équipe d’experts vers une équipe experte et de développer les principes d’un management par la qualité.

L’implication des usagers est également un facteur essentiel pour répondre au mieux à leurs attentes. Les représentants des usagers désignés par l’ARS ont pour mission d’être les garants du respect des droits des malades et des usagers et c’est en cette qualité que le CH d’Ajaccio les associe en tant que témoins et acteurs de l’amélioration de la qualité.

La nouvelle politique a pour objectif de consolider les organisations mises en place, d’autonomiser les pôles dans la démarche qualité gestion des risques, de renforcer l’implication des usagers, et de développer l’expérience patient.

Chaque année, le dispositif est analysé et fait l’objet d’évolutions.

Il est à noter qu’en date du 3 avril 2023 le Directeur Général du CHA a décidé (note d’information n°10/DG/2023/JLP/MB) de confier la gestion des Evènements Indésirables du CHA à la Direction des Affaires Générales et des Relations avec les Usagers.

Date de création : 12/12/2013 (V1) – Date de la dernière modification : 01/06/2023 (V5)

Des structures sont en place pour soutenir cette démarche :

- Un Comité de pilotage Qualité-Gestion des risques présidé par le Directeur Général et le Président de la CME, chargé de veiller à la mise en œuvre de la politique qualité.
- Une Direction Qualité Gestion des Risques chargée, en lien avec le Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins, de coordonner la démarche au quotidien.

Son champ d'action concerne :

- la qualité (Certification, GED),
- la gestion globale des risques
- la formation des professionnels,
- la communication,
- l'animation de groupes de travail,
- l'assistance au pilotage des thématiques,
- le soutien méthodologique aux initiatives de terrain.

La politique Qualité Gestion des Risques repose sur l'engagement et sur les valeurs partagées par l'ensemble des professionnels et s'organise autour d'axes généraux inscrits dans les orientations stratégiques de l'établissement.

Elle concerne notamment :

- le développement de la démarche qualité dans les Pôles et dans toutes les approches des processus hospitaliers,
- l'analyse des pratiques professionnelles pour améliorer le service rendu à l'utilisateur et la performance hospitalière,
- le renforcement des droits des patients et leur implication dans les démarches d'amélioration de la qualité au CHA.

### TEXTES REGLEMENTAIRES

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) et la mise en application des textes suivants ont modifié l'organisation de la démarche qualité et de gestion des risques :

- Décret 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé,
- Décret 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la conférence médicale d'établissement des établissements de santé privés,
- Décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé,
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé,
- Loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé
- Décret du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients,

Date de création : 12/12/2013 (V1) – Date de la dernière modification : 01/06/2023 (V5)

- Décret du 20 juillet 2016 fixant le contenu et les modalités de transmission de la lettre de liaison.
- Arrêté du 27 février 2017 fixant la liste des catégories d'événements sanitaires indésirables pour lesquels la déclaration ou le signalement peut s'effectuer au moyen du portail de signalement des événements sanitaires indésirables,
- Décret du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.
- Loi du 16 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Ma santé 2022
- Décret 2021-1047 publié le 4 août 2021 fixant les modalités de fonctionnement du dossier médical partagé (DMP) un élément à part entière de l'espace numérique de santé (ENS) pour le 1er janvier 2022.

## II. HISTORIQUE DE LA DÉMARCHE DE CERTIFICATION V2014

- **Mai 2016** : envoi du premier compte qualité à la HAS
- **Novembre 2016** : visite initiale de certification V2014 - HAS  
Suite à la visite de certification de novembre 2016, **la HAS décide de surseoir à la certification de l'Etablissement, rapport à venir.**
- **Novembre 2016** : installation de la nouvelle Direction Qualité et réorganisation de la démarche Qualité au CHA.
- **Juillet 2017**, réception du rapport qui fait état de :
  - 3 réserves
  - 5 obligations d'amélioration
  - 4 recommandations d'amélioration
- **Novembre 2017** : envoi du compte qualité supplémentaire à la HAS, objectif « levée des 3 réserves » ;
- **Janvier 2018** : visite de suivi de certification sur les 3 réserves ; champs de la visite :
  - « Management de la prise en charge médicamenteuse »,
  - « Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire »,
  - « Gestion des déchets ».Suite à la visite de certification de janvier 2018, la HAS décide de la levée des 3 réserves suscitées. Ce rapport fait état de :
  - 5 obligations d'amélioration,
  - 5 recommandations d'amélioration.
- **Septembre 2018** : envoi du compte qualité intermédiaire à la HAS ; objectif « levée des obligations d'amélioration et des recommandations d'amélioration ».
- **Mai 2019** : visite de suivi de certification sur les 5 obligations d'amélioration ; champs de la visite :
  - « Management de la qualité et des risques »

Date de création : 12/12/2013 (V1) – Date de la dernière modification : 01/06/2023 (V5)

- « Parcours du patient »
- « Management de la prise en charge du patient en endoscopie »
- « Gestion du risque infectieux »
- « Management de la prise en charge du patient en salle de naissance »

Suite à la visite de certification de mai 2019, la HAS décide de levée les 5 obligations suscitées. Ce rapport de certification (septembre 2019) fait état de :

- la certification de l'établissement avec 8 recommandations d'amélioration, coté (B)
  - « Management de la qualité et des risques »
  - « Parcours du patient »
  - « Management de la prise en charge du patient en endoscopie »
  - « Management de la prise en charge médicamenteuse du patient »,
  - « Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire »,
  - « Dossier patient »
  - « Droits des patients »
  - « Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle »

### III. ORGANISATION DE LA DEMARCHE QUALITE

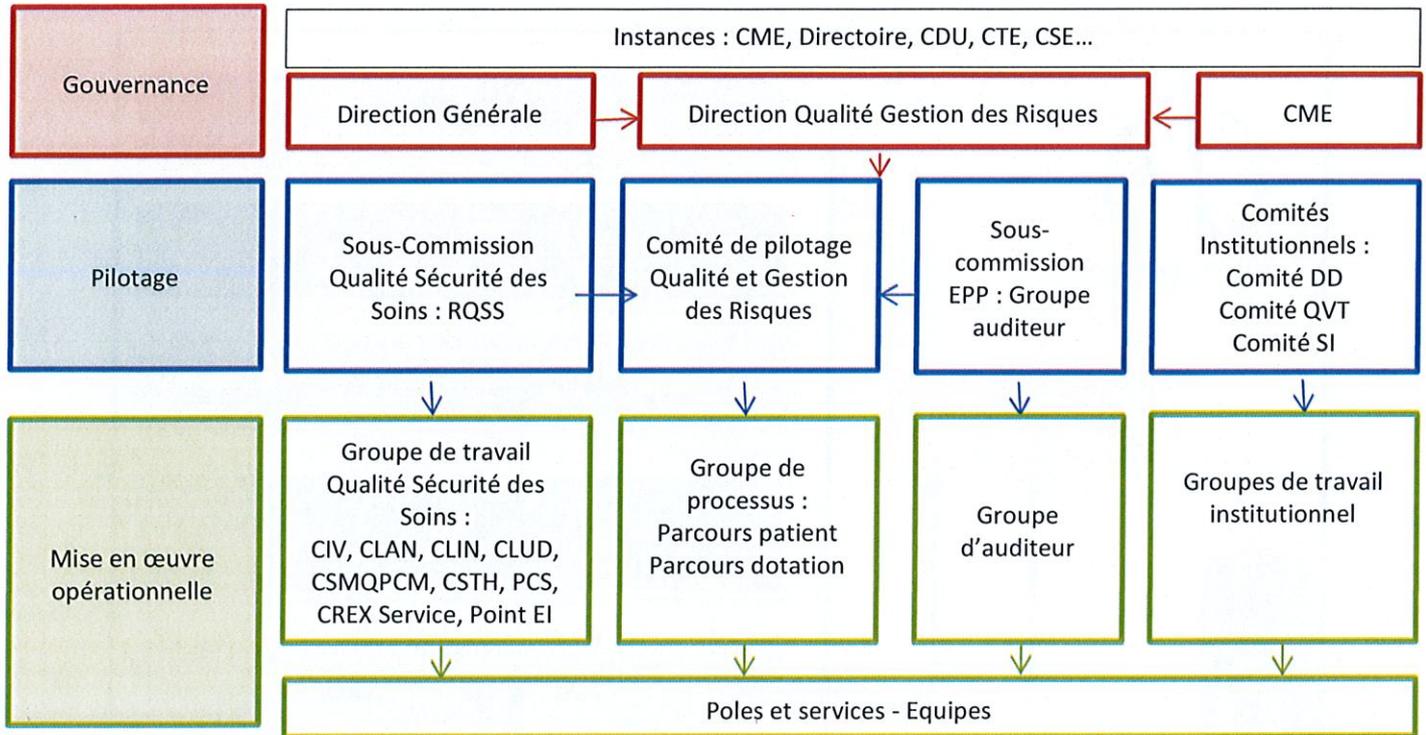
Afin de mettre en œuvre le Décret 2010-1325 abordant les thèmes de la qualité, de la gestion des risques et des évènements indésirables associés aux soins, le Directeur de l'Etablissement a validé la création de la **Direction Qualité - Gestion des Risques - Plans et Crises Sanitaires - Communication (D QGDR-PCS-C)**.

Monsieur Jean-Luc PESCE a nommé

- Monsieur Pascal DERUDAS, Directeur Adjoint en charge de la Direction Qualité Gestion des Risques Plans et Crises Sanitaires Communication.
- Madame le Dr Florence BILLARD, Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins, son suppléant est Monsieur Pascal DERUDAS, après avis de la CME.

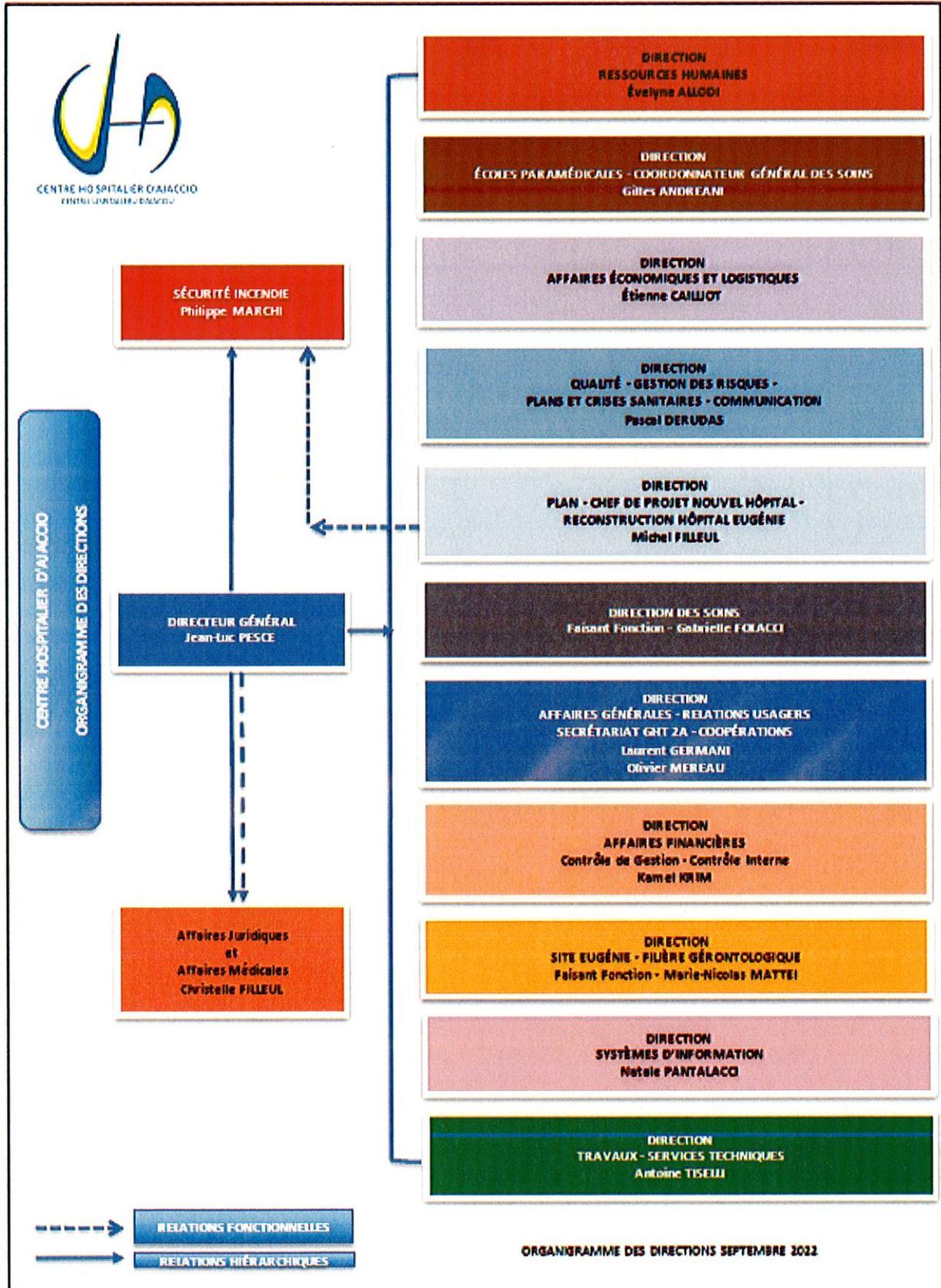
Date de création : 12/12/2013 (V1) – Date de la dernière modification : 01/06/2023 (V5)

## ORGANIGRAMME DU MANAGEMENT INSTITUTIONNEL DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES



Date de création : 12/12/2013 (V1) – Date de la dernière modification : 01/06/2023 (V5)

## ORGANIGRAMME DES DIRECTIONS



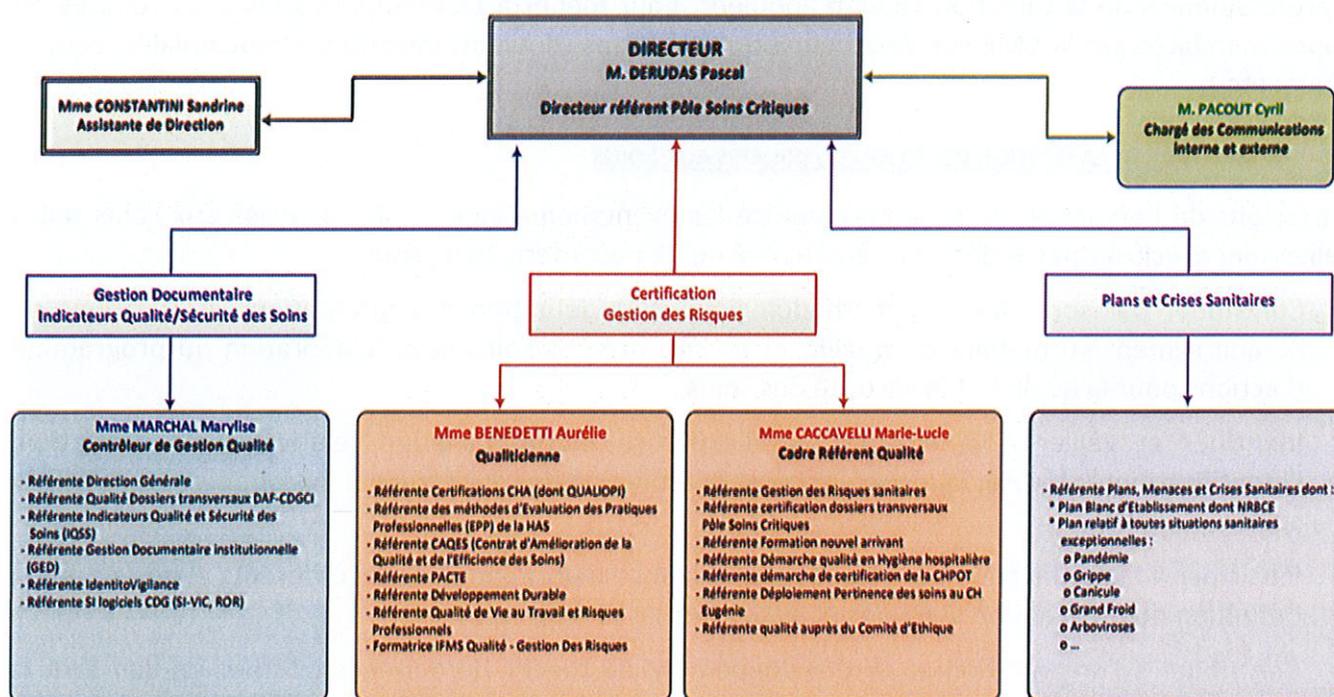
Date de création : 12/12/2013 (V1) – Date de la dernière modification : 01/06/2023 (V5)

## ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION Q-GDR-PCS-COM



### CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO CENTRU USPITALIERU D'AIACCIU

#### DIRECTION QUALITE - GESTION DES RISQUES - PLANS ET CRISES SANITAIRES - COMMUNICATION



Organigramme Direction Q-GDR-PCS-COM - Juin 2023

La **DIRECTION QGDR-PCS-C** a pour missions :

- Mettre en œuvre la politique de qualité gestion des risques ;
- Piloter la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients ;
- Mettre et en œuvre, suivre et revoir le programme d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins ;
- Piloter la démarche de certification de l'Établissement ;
- Assurer la maîtrise globale des risques.
- Coordonner et mettre en œuvre les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ;
- Garantir l'amélioration continue des pratiques ;
- Favoriser le développement professionnel continu (DPC) ;
- Assurer la gestion documentaire institutionnelle ;

Date de création : 12/12/2013 (V1) – Date de la dernière modification : 01/06/2023 (V5)

- Participer aux instances, comités et commissions (CME, CDU, CLIN, ...)
- Participer à la campagne IQSS ;
- Piloter la gestion des plans et crises sanitaires ;
- Assurer la veille réglementaire sur les champs qualité-sécurité des soins ;
- Mettre en œuvre la communication de l'Etablissement. A ce titre elle porte l'ensemble des projets « communication » relatifs tant au suivi du site internet du CHA qu'au suivi de tous les documents institutionnels (ex : livret d'accueil, articles, annuaire téléphonique, etc..).

Les professionnels de la Direction Qualité appuient, pour mener à bien leurs missions, les comités ou groupes mandatés par la CME sur des thématiques précises (douleur, infections nosocomiales, comité éthique, etc.).

### LE COORDONNATEUR DE LA GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS

Les missions de l'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins telles qu'elles sont précisées par le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010, sont :

- Contribuer par son expertise méthodologique à la définition des orientations stratégiques de l'établissement en matière de qualité et de sécurité des soins et à l'élaboration du programme d'actions pour la qualité et la sécurité des soins,
- Identifier et veiller à la diffusion de l'expertise méthodologique relative à la prévention, l'identification, l'analyse, la récupération et la réduction des événements indésirables associés aux soins
- Participer à l'identification des risques a priori en collaboration avec les différents experts pour la définition du programme d'actions et de ses indicateurs de suivi,
- Contribuer à l'organisation et au développement du recueil de données internes en lien avec la sécurité des soins,
- Veiller à l'analyse des événements indésirables en relation avec celle des plaintes et des réclamations, avec les pôles et les secteurs d'activités,
- Veiller à la mise en œuvre du programme d'actions en collaboration avec les différents experts et personnes ressources et les chefs de projets identifiés dans le programme,
- Coordonner une veille scientifique et réglementaire.

### LE COMITE DE PILOTAGE QUALITE-GESTION DES RISQUES

Les membres du Comité de pilotage Qualité-Gestion des risques sont :

- le Chef d'Etablissement,
- le Président de la CME,
- le Directeur Qualité,
- le Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins,
- le Directeur des Soins,
- les Chefs de Pôle,
- les Cadres de Pôle (Référénts qualité et sécurité des soins RQSS).

Date de création : 12/12/2013 (V1) – Date de la dernière modification : 01/06/2023 (V5)

Les missions du Comité de Pilotage Qualité-Gestion des risques sont :

- l'élaboration de la politique de qualité-gestion des risques,
- le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients,
- la validation du suivi programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- le suivi de la démarche de certification de l'Etablissement,

Les membres du Comité de Pilotage Qualité-Gestion des risques sont assistés par les professionnels de la Direction Qualité-Gestion des Risques-Plans et Crises Sanitaires-Communication (Direction Q-GDR-PCS-COM).

### LE COMITE DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE ET D'HEMOVIGILANCE (CSTH)

Le CSTH est une sous-commission CME. Il est présidé par Le Dr Florence BILLARD.

Le CSTH se réunit au moins une fois par an. Il a pour obligation de présenter le rapport d'activité lié à la sécurité transfusionnelle. Le CSTH propose un plan d'actions d'améliorations sur la sécurité transfusionnelle.

Le Comité permet de présenter les EPP en regard sur la sécurité transfusionnelle. Il permet d'apporter un avis technique. Le CSTH permet d'évoquer tous points en relation avec la sécurité transfusionnelle.

### LE POINT EVENEMENT INDESIRABLES

Dans la suite de la réorganisation souhaitée (cf. préambule), le point EI, s'il est maintenu, doit faire l'objet d'une diffusion auprès la Direction Qualité pour incrémentation au dossier Certification des éléments nécessaires.

### LES FOCUS EIAS

Le nombre et la fréquence des EI survenant lors de la prise en charge des patients reste très élevée et est directement liée à la nature de plus en plus complexe de l'activité de soin et d'accompagnement qui doit, à la fois, utiliser des technologies de pointe, un maillage organisationnel important, de multiples compétences humaines et s'adapter à la singularité des patients. Même si une partie de ce risque peut être acceptable au regard de la performance recherchée, des EI inattendus surviennent dans certaines situations et doivent être analysés. Tous les secteurs de délivrance des soins de l'Etablissement peuvent être confrontés aux EIAS.

Les focus EI doivent faire l'objet d'un chapitre dans le rapport d'activité et doivent être adressés à la Direction Qualité pour information Certification.

### LES CREX SERVICES

La CME a approuvé le projet de CREX Service en octobre /novembre 2018. Les cadres de pôles ont défini les modalités de réalisation de CREX Service :

- secteurs d'activité,
- membres,
- périodicité des réunions,
- calendrier de mise en œuvre.

Date de création : 12/12/2013 (V1) – Date de la dernière modification : 01/06/2023 (V5)

Les membres du CREX Service assurent le suivi et l'analyse des événements indésirables en lien avec les problématiques de leur service.

Ils peuvent mettre en place et assurer le suivi des actions d'améliorations et notamment des EPP (Comité de Retour d'Expérience — Revue Morbidité Mortalité — Audit...).

De la même manière que pour les points EI, les CREX Services doivent faire l'objet d'une diffusion auprès la Direction Qualité pour incrémentation au dossier Certification des éléments nécessaires.

### LE GROUPE DE TRAVAIL SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

Le Dr Emmanuelle PIERI, pharmacien responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (SMQMed) a été nommée par le Chef d'Etablissement et après avis du président de la CME. Elle pilote le groupe de travail « SMQMed ».

Ce groupe remplace le groupe de travail CBUM (ancien COMEDIMS). Il est chargé de la gestion du risque lié au « processus management de la prise en charge médicamenteuse », il élabore le programme d'actions en matière de sécurisation du circuit du médicament. Le groupe SMQMed peut, en collaboration avec le Point EI, analyser des erreurs médicamenteuses (EPP).

Ainsi, l'ensemble des actions proposées par le groupe doivent permettre de mettre en œuvre la politique institutionnelle du médicament (politique cosignée par le Directeur de l'Etablissement et le président de la CME).

Il est à noter qu'un document de collaboration entre la Direction Q-GDR et le groupe SMQMed a été formalisé.

### LES PLANS ET CRISES SANITAIRES

Dans l'attente du remplacement de la ressource humaine, financée depuis 2022 dans le cadre de la Mission d'Intérêt Général MIG 002 – Mise en œuvre des missions des établissements de santé de référence, Monsieur Pascal DERUDAS, Directeur Adjoint, assure la gestion globale des Plans et Crises Sanitaires au sein du CHA et assure la mise en œuvre et le suivi de l'ensemble des mesures relatives aux SSE (Situations Sanitaires Exceptionnelles).

## **IV. AXES PRIORITAIRES DU PROGRAMME D'ACTION QUALITE ET SECURITE DES SOINS**

La programme qualité et sécurisation des soins du Centre Hospitalier d'Ajaccio s'inscrit dans la continuité de la certification v2014 en amplifiant l'engagement partagé du patient et du soignant pour la pertinence du soin. Les mesures transversales des plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont structurés par les résultats des évaluations interne et externe, les bilans, les événements indésirables et les indicateurs qualité. Ces mesures sont articulées par 8 axes d'amélioration :

- Promouvoir une culture qualité et sécurité fondée sur la gouvernance et le management intégré,
- Maitriser les risques hospitaliers pour renforcer la connaissance des risques,
- Consolider l'implication du patient-usager-accompagnant au cœur de la démarche qualité afin de répondre à leurs attentes et à leurs droits,
- Renforcer la sécurité des « parcours patient » et des « parcours dotation » (Logistique),
- Pérenniser la dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles,
- Affirmer la coordination et le suivi des démarches de certification sanitaire et médico-sociale,

Date de création : 12/12/2013 (V1) – Date de la dernière modification : 01/06/2023 (V5)

- Renforcer l'engagement du CHA dans une politique de qualité de vie au travail,
- Renforcer l'engagement du CHA dans une politique de développement durable : l'environnement, le social et l'économie.

## V. PLAN D' ACTIONS PRIORITAIRE

<b>1 Promouvoir une culture qualité et sécurité fondée sur la gouvernance et le management intégré</b>		
	QUI	QUAND
Réactualiser les projets : médical, de soins et social		
Former, sensibiliser et accompagner les pilotes dans les démarches de qualité et de sécurité		
Former, sensibiliser et accompagner les équipes dans les démarches de qualité et de sécurité		
Former les nouveaux arrivants médicales et paramédicales		
Mettre en place un plan de communication autour des missions et des actions des instances, commissions ou des comités de pilotage (CLIN, CDU, CLUD...)		
Mettre à disposition des pilotes et des équipes les outils de pilotage, de mise en œuvre et de suivi de la démarche qualité (PAQSS, tableau de bord, tableau d'indicateur, résultat...)		
Réactualiser un réseau d'auditeurs internes		
Evaluer le processus de management de la qualité et des risques		

<b>2 Maitriser les risques hospitaliers pour renforcer la connaissance des risques</b>		
	QUI	QUAND
Parfaire l'identification et le suivi des risques a priori et l'analyse des risques a posteriori (PAQSS, EI, CREX, RMM, cartographie des risques, pertinence des soins, PACTE...)		
Accroître la prévention du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques		
Réactualiser et perfectionner la coordination des vigilances		
Garantir la gestion de situations de crise		
Sécuriser le processus de la prise en charge médicamenteuse		
Garantir la sécurisation du système d'information (DPI)		
Evaluer le processus gestion des risques et les indicateurs de suivi		

Date de création : 12/12/2013 (V1) – Date de la dernière modification : 01/06/2023 (V5)

### 3 Consolider l'implication du patient-résident-usager-accompagnant, cœur de la démarche qualité pour répondre à leur attente et droits

Réactualiser le règlement intérieur de la CDU, la politique des relations avec les usagers		
Mettre en place le « patient expert » et l'intégrer dans les groupes de travail		
Parfaire le partenariat et l'implication des associations		
Promouvoir la bientraitance et l'éthique (politique de la bientraitance)		
Mettre en œuvre sur l'ensemble du CHA le projet PACTE : La place de l'accompagnant dans le cadre d'une hospitalisation		
Poursuivre les actions garantissant les attentes et les droits des usagers		
Promouvoir et améliorer l'organisation d'information des usagers à chaque étape de leur prise en charge (directive anticipé, consentement éclairé...)		
Parfaire et faciliter l'expression de l'utilisateur (satisfaction patient-usagers)		
Evaluer le processus droit des patients-usagers-résident		

### 4 Renforcer la sécurité des « parcours patient » et des « parcours dotation »

Développer les parcours notamment les liens avec la ville		
Poursuivre l'identification et la formalisation des processus des nouveaux parcours patient (territoire, NH et parcours spécifique)		
Poursuivre l'identification et la formalisation des processus des parcours dotation du NH		
Poursuivre l'élaboration et le suivi des cartographies des risques par parcours		
Promouvoir la gestion des risques en équipe (PACTE, CREX Service...)		
Evaluer les processus des parcours patient et des parcours dotation		

### 5 Pérenniser la dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles

Réactualiser la politique des EPP		
Identifier un programme d'EPP annuel		
Former un pool d'auditeur aux nouvelles évaluations		
Mettre en œuvre le programme d'EPP		
Evaluer les pratiques professionnelles en déployant les patients traceurs, parcours traceurs, traceur ciblé et audit système		
Evaluer et suivre les indicateurs de résultats (IQSS, EPP, CREX, RMM, EI...)		

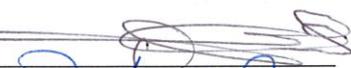
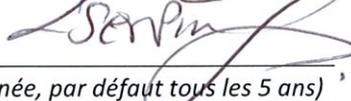
Date de création : 12/12/2013 (V1) – Date de la dernière modification : 01/06/2023 (V5)

<b>6 Affirmer la coordination et le suivi des démarches de certification sanitaire et médico-sociale</b>		
Garantir la réalisation des comités de pilotage, des réunions de groupe de travail		
Garantir la diffusion des informations des actions, des bilans, des résultats et des indicateurs		
Réactualiser le PAQSS au regard des résultats		
Evaluer et suivre le processus de management de la qualité et de la sécurité		

<b>7 Renforcer l'engagement du CHA dans une politique de qualité de vie au travail (QVT)</b>		
Mettre en place un comité de pilotage QVT		
Formaliser la politique de la qualité de vie au travail		
Suivre les indicateurs, les résultats d'évaluation, les EI		
Réactualiser le document unique des risques professionnels		
Identifier un plan d'action et le suivre		
Evaluer et suivre le processus QVT		

<b>8 Renforcer l'engagement du CHA dans une politique de développement durable : l'environnement, le social et économique (DD)</b>		
Mettre en place un comité de pilotage DD		
Formaliser la politique de développement durable de l'établissement		
Promouvoir le bien-être au travail		
Identifier et suivre un plan d'action relatif aux : achats, déchets, développement des énergies renouvelables, économie d'eau et d'énergie, l'écoconstruction et un plan de déplacement d'entreprise		
Réaliser les diagnostics énergétiques		
Evaluer et suivre le processus DD		

**REVISION ET APPROBATION**

	FONCTION	NOM	DATE	VISA
REDIGEE PAR	Directeur Qualité	Pascal DERUDAS	30/05/2023	
REVUE PAR	Contrôleur de Gestion Qualité	Marylise MARCHAL	01/06/2023	
VALIDEE PAR	Directeur Général	Jean-Luc PESCE	13/06/23	
VALIDEE PAR	Président CME	Dr Laurent SERPIN	13/06/23	
DATE D'APPLICATION (Celle de la date de validation)		PERIODICITE DE REVISION (si non renseignée, par défaut tous les 5 ans)		

