



LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE

LA STRATÉGIE

Le CPOM 2007-2012

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2007-2012 (CPOM) a été signé par le CHU et l'ARH le 4 avril 2007.

Il s'agit d'un premier contrat cadre comportant les orientations stratégiques du CHU pour les cinq années à venir, l'identification des activités à reconnaissance contractuelle ouvrant droit à suppléments financiers, le tableau de suivi des autorisations et des activités soumises à objectifs quantifiés ainsi que les objectifs quantifiés eux-mêmes, les activités relevant d'un financement au titre des MIGAC.

Les orientations stratégiques rappellent les priorités inscrites au projet médical dont notamment les grandes opérations structurantes, le développement des alternatives à l'hospitalisation, le projet oncologique, le gérontopôle, la politique d'aval, la prise en charge des urgences, les actions relevant des plans de santé publique.

Conformément à la réglementation, le contrat a été soumis à l'évaluation annuelle. Une enquête de suivi des indicateurs a précédé la première revue du CPOM qui s'est tenue, entre le CHU et l'ARH, le 17 juillet 2008. Cette évaluation a conduit à valider 54 fiches thématiques qui sont venues préciser et développer le contenu du contrat dans différents domaines : soins critiques, urgences, équipements médicaux lourds, chirurgie ambulatoire, qualité et sécurité des soins, actions de santé publique, activités de médecine et de chirurgie, coopérations et réseaux de santé. Le dossier de demande de révision des Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins du CHU a été constitué durant cette même période.

Dans le contexte de la mise en place, par l'ARH, d'une procédure de contractualisation des MIG dans le cadre du CPOM, un travail de mise à plat se poursuit. Il prend en compte les modélisations proposées par le guide de contractualisation des MIG et s'effectue sur la base de fiches comportant les données qualitatives permettant de mesurer la réalité de l'activité déclarée.

Suivi des autorisations d'activités de soins et d'équipements lourds :

Activités de soins :

En 2008, le CHU a vu ses autorisations renouvelées pour certaines activités de soins : Médecine, Chirurgie, Psychiatrie adulte, Psychiatrie infanto-juvénile,



SSR, HAD et SLD pour l'hospitalisation complète après le dépôt des dossiers d'évaluation de leurs activités en mars 2008.

Suite à la demande de l'ARH, le CHU a déposé un dossier complet de renouvellement de l'autorisation d'hospitalisation de jour pour la Médecine, la Psychiatrie adulte et la Psychiatrie infanto-juvénile en novembre 2008. Cette autorisation a reçu un avis favorable du CROS en date du 26 mars 2009.

Les demandes de renouvellement d'autorisation pour les équipements lourds concernent : caisson hyperbare, pet-scan.

L'autorisation d'Anesthésie Chirurgie Ambulatoire a été renouvelée par décision de la Commission Exécutive de l'ARH en date du 26 décembre 2008.

Le dossier d'autorisation de l'activité de Réanimation pédiatrique, déposé en novembre 2008, a fait l'objet d'un avis favorable du CROS le 26 mars 2009.

Suite aux décrets du 21 mars 2007 et à la révision du volet cancer du SROS, l'activité de traitement du cancer a fait l'objet d'une demande d'autorisation en janvier 2009. En février 2009, le CHU a sollicité l'autorisation pour le transfert des activités amenées à partir sur le site de la Clinique Universitaire du Cancer à Langlade. Cette demande, déposée en même temps que celle de l'Institut Claudius Regaud, a fait l'objet d'un avis favorable du CROS le 26 mars 2009.

Équipements matériels lourds :

Le dossier d'évaluation de l'autorisation pour l'équipement lourd suivant : Scanner Somatom Sensation 16 installé à la radiologie centrale de Purpan, a été déposé en avril 2008.

L'autorisation de la Caméra Marconi PRISM 3 000 a été renouvelée tacitement, suite au dépôt du dossier d'évaluation, le 7 avril 2008.

La demande de renouvellement de l'autorisation, avec remplacement d'équipement, pour le caisson hyperbare a été déposée fin 2008, elle a fait l'objet d'un avis favorable du CROS le 26 mars 2009.

Des visites de conformité ont été réalisées pour l'activité des EML suivants :

- IRM 1,5 t et Scanner Siemens 64 barrettes à la radiologie centrale de Rangueil,
- Scanner Light Speed 32 barrettes le 16 avril 2008
- Centre Tep à Purpan le 11 août 2008
- IRM 3 t à Purpan en Neuroradiologie le 18 septembre 2008.

Activités AMP/DPN :

Plusieurs agréments de praticiens ont été délivrés par l'Agence de la Biomédecine en 2008.

Appel à projets

Suite à la labellisation de centres de référence, une seconde étape prévue par le plan des maladies rares 2005-2008 a conduit à identifier, au CHU de Toulouse, 33 centres de compétences qui ont vocation à assurer la prise en charge et le suivi des patients à proximité de leur domicile et également à participer à l'ensemble des missions des centres de référence.



Ces centres (voir tableau rubrique « activité ») ont été désignés en 2008 par le Directeur de l'ARH Midi-Pyrénées, après avis favorable du Comité National Consultatif de Labellisation (CNCL) et de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS).

Cancérologie

L'année 2008 a été marquée par la réflexion menée entre le CHU et l'Institut Claudius Regaud autour du projet médical commun de la Clinique universitaire du Cancer. Celui-ci a été présenté à la Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins en mars 2009. Tenant compte des orientations du SROS révisé en septembre 2008 et du déploiement du pôle régional de cancérologie, prévu par le plan cancer, il repose sur une approche transversale des parcours et des filières patients par localisations tumorales.

Cette année 2008 a par ailleurs été marquée par la demande formulée par le CHU auprès de l'ARH, d'autorisation de poursuivre l'activité de traitement du cancer et cela suite à la publication des décrets du 21 mars 2007, comportant des conditions liées à la qualité de la prise en charge et aux volumes d'activité développés.

Le CHU poursuit sa politique de renforcement du dispositif d'annonce, avec l'identification d'IDE dans les différents pôles ayant une forte activité de cancérologie, et d'intensification de la concertation pluridisciplinaire (RCP), en lien avec le réseau régional de cancérologie.

Le Comité de coordination en cancérologie, bénéficiant de l'expertise d'un médecin épidémiologiste et d'un assistant qualité, a structuré son organisation et ses modalités de fonctionnement : différents groupes de travail sont en place sur l'annonce du diagnostic, le programme personnalisé de soins, la concertation pluridisciplinaire, le dispositif d'évaluation.

Le CHU est membre du GIP mis en place en 2008 pour le dépistage du cancer, intégrant désormais le sein et le colon. Cette participation est conforme aux orientations du 2^e plan cancer qui tend à renforcer et généraliser le dépistage du cancer.

Conventions d'aval

Conventions de partenariat HAD signées en 2008

30 avril : HAD MAPAD RONSARD

30 avril : HAD Cerisaie Castelmaurou

6 juin : HAD MAPAD Plénitude

6 juin : LE COCAGNE

23 juin : EHPAD BASTIDE MEDICIS

26 juin : EHPAD THEMIS Domaine Laplanes

9 octobre : EHPAD Tiers temps BLAGNAC

13 novembre : résidence Marguerite

30 décembre /EHPAD AUTA PORTET SUR GARONNE



POLITIQUE QUALITÉ

La certification

L'année 2008 a été l'année de la finalisation, de la validation de l'auto évaluation et de la constitution du dossier administratif à adresser à la Haute Autorité de Santé pour la préparation de la certification de l'établissement. La visite s'est déroulée du 2 au 20 mars 2009.

I - Auto évaluation

L'auto évaluation a fait appel à 12 groupes de synthèses. Ces groupes ont réalisé leur auto évaluation sur la base du manuel V2 version 2007 de la HAS. Quatre d'entre eux l'avaient débutée au dernier trimestre 2007 (logistique, santé mentale, hospitalisation à domicile). Cette auto évaluation a mobilisé, lors de 80 réunions de synthèse, 537 agents (taux de participation global : 71 %) représentatifs de la diversité des secteurs d'activité de l'établissement. Le recueil de leur expression a conduit à la production d'un rapport d'auto évaluation de près de 1400 pages décrivant les organisations et les pratiques de l'établissement. Le comité de pilotage, la Commission qualité, risques, évaluation, clientèle, dans sa séance du 17 novembre 2008, a validé la synthèse des travaux. Les résultats ont montré que 42 des 371 critères évalués (soit 11.3 % des critères) constituent des opportunités d'amélioration selon les cotations attribuées par les membres des groupes d'auto évaluation.

II - Information et sensibilisation des professionnels du CHU

Le déroulement de la démarche de préparation de la visite de certification s'est appuyé sur une campagne de communication initiée depuis 2006. Au titre de l'année 2008, celle-ci s'est poursuivie par des interventions dans les instances, dans les réunions d'encadrement, et la publication d'articles dans la revue interne *Trait d'Union*.

III- Suivi des recommandations V1

Le comité de pilotage, le Conseil de la qualité et de l'évaluation des pratiques professionnelles devenu la Commission Qualité, Risques, Evaluation, Clientèle, a abordé lors de ces différentes séances en 2008 les recommandations (en particulier le dossier patient, la logistique, la gestion documentaire) et a examiné un bilan du suivi des 20 recommandations (avril 2008). C'est sur cette base que l'ensemble des recommandations, en lien avec les directions et les secteurs, a fait l'objet d'un rapport précisant les actions réalisées depuis les dernières visites.

IV- Fiches sécurité

L'état des sécurités, obligatoirement fourni aux experts-visiteurs en début de visite de certification, présente l'état des lieux des derniers contrôles effectués par des organismes externes.

Pour la visite de mars 2009, il a regroupé plus de 170 contrôles ou bilans synthétiques.



V- Dossier administratif de la préparation de la certification

Ce dossier a été finalisé. Il comportait :

- un Volet d'Identification et de Planification des Etablissements de Santé (VIPES) mis à jour pour la troisième fois en décembre 2008 ;
- un Volet d'Organisation de la Visite (description de la démarche qualité, modifications survenues depuis la visite précédente description des secteurs et volumes de leur activité, liens avec les partenaires, attractivité, ressources humaines, représentation des usagers dans les instances ;
- une proposition de planning de visite (15 jours effectifs soit 3 semaines de visite sur le périmètre entier du CHU).

VI- L'EPP dans la certification et la dynamique EPP

L'évaluation des pratiques professionnelles s'est poursuivie en 2008 avec :

- les réunions du comité technique EPP (21 réunions en 2008) ;
- l'invitation des porteurs de projets d'EPP à venir présenter leurs travaux au comité technique EPP (février à mars 2008) ;
- la sélection des projets les plus avancés en prenant en compte les contraintes HAS (méthodes, nombre d'EPP par activités ou prises en charge et par références du manuel HAS). Ainsi les 25 projets demandés par la HAS ont pu être cotés et 10 projets supplémentaires ont pu également être intégrés au rapport d'auto évaluation compte tenu de l'intérêt de leur thématique pour l'institution et de leur degré d'avancement ;
- l'intégration dans les contrats de délégation de gestion du nombre d'EPP mis en œuvre par les pôles ;
- l'information du Conseil de la qualité et de l'évaluation des pratiques professionnelles (26 mars et 17 novembre 2008), de la CME (22 mai et 30 septembre 2008), des porteurs de projets de la position du comité technique EPP sur la présentation à la HAS de leur projet (avril 2008) avec une invitation à produire un rapport d'étape pour juin 2008 ;
- la mise en exergue de projets par leur publication dans la revue *Trait d'Union* ainsi que d'articles d'information généraliste sur le sujet.

ORGANISATION DE LA POLITIQUE QUALITE

Mise en place d'une nouvelle commission au plus haut niveau stratégique

Le Conseil de la qualité et de l'évaluation des pratiques professionnelles s'est réuni 3 fois en 2008 avant de laisser la place à la nouvelle Commission Qualité, Risques, Evaluation, Clientèle présidée par le Directeur Général et le Président de la CME. Celle-ci a été installée le 17 octobre 2008 et s'est réunie une fois de plus avant la fin de l'année 2008. Ces structures de pilotage et de coordination ont en particulier :

- défini les priorités qualité annuelles. Pour 2008, la priorité a été donnée à la préparation de l'établissement à la certification et notamment aux thèmes



- prioritaires de l'établissement qui en découlent (dossier patient, gestion des risques, hygiène) ;
- assuré un suivi des mesures d'amélioration relatives aux thèmes des recommandations, particulièrement sur la gestion documentaire, le dossier patient, la logistique ;
- suivi l'avancement de l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- suivi la préparation de la procédure de certification avec notamment la validation des travaux d'auto évaluation.

AUDITS

Douze audits ont été réalisés en 2008 par l'équipe d'auditeurs internes du CHU coordonnée par le Direction de la Qualité. Vingt auditeurs ont été mobilisés pour un volume de 98 jours d'audit.

- la banque de tissus
- le laboratoire de parasitologie
- le laboratoire de virologie
- les procédures de sécurité anesthésiques
- l'assistance médicale à la procréation
- la tumorthèque
- les activités de soins
- la pharmacotechnie
- le laboratoire de biochimie rangueil
- le processus de sécurisation du circuit des médicaments
- la charte de confidentialité
- le centre d'appel de la direction des systèmes d'information

GESTION DES RISQUES

Événements indésirables

En 2008, la cellule de gestion des risques a enregistré 2629 déclarations d'incidents soit 27 % de plus qu'en 2007. La répartition du nombre de déclarations par pôles déclarants a été la suivante :

- Pôles cliniques : 2 218
- Logistique/hôtellerie : 55
- Pôles médico-techniques : 301
- Pôle PISTE : 2
- Pôle Management : 14
- Sites : 39

Ces déclarations ont été réparties selon la criticité de l'événement et selon une typologie définie :

- Criticité mineure 60 %
- Criticité tolérable sous contrôle : 39 %
- Criticité inacceptable : 1 %



Répartition des incidents

Victimes	2629
Patient	1385
Personnel	847
Visiteur	22
Institution	375

Nombre de traitements réalisés	
Clinique	193
Logistique-Hôtellerie	163
Sites	126
Informatique	85
PISTE	84
Médico-techniques	46
Equipement	25
Management	10

Typologie des incidents	%
Sécurité des personnes	20 %
Soins	9 %
Transport des malades	11 %
Sécurité des biens	9 %
Accident	8 %
Dossier patient	5 %
Informatique	5 %
Approvisionnement	6 %
Multiservice	6 %
Accueil	4 %
Transport des biens	4 %
Restauration	4 %
Blanchisserie	2 %
Biomédical	1 %
Hygiène environnement	2 %
Pharmacie	1 %
Laboratoire	1 %
Stérilisation	0 %
Energies fluides réseaux	1 %
Identification patient	0 %
Travaux construction	0 %

Vigilances sanitaires

Les vigilances sanitaires regroupées au sein de la sous-commission des vigilances de la CME concernent à la fois la surveillance des risques liés aux produits de santé et/ou aux processus de prise en charge des patients.

Pour les produits de santé, sont ainsi suivis, en lien avec l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps), les médicaments (pharmacovigilance), les dispositifs médicaux (matérovigilance & réactovigilance), les produits sanguins labiles (hémovigilance), les organes, cellules et tissus d'origine humaine (biovigilance), les gamètes et cellules embryonnaires (AMP vigilance) et les produits cosmétiques (cosmétovigilance). Au niveau prise en charge du patient et de l'environnement, trois autres vigilances s'ajoutent aux précédentes : l'infectiovigilance, l'identitovigilance et la toxicovigilance.

La surveillance est assurée dans les deux sens :

- signalements (un millier en 2008)
- gestion des alertes : 550 en provenance soit de l'Afssaps, soit de l'InVS, soit de la DGS, soit encore des fabricants.

Une approche partagée de ces activités de veille est réalisée au sein des réunions de la sous-commission, qui a œuvré par 4 fois en 2008. Pour certaines d'entre elles (pharmacovigilance, hémovigilance, matérovigilance, réactovigilance, biovigilance), leur activité est évaluée chaque année au niveau régional par la CCREVI : les résul-



tats 2007, publiés en 2008, sont globalement bons, avec un niveau de performance bien au-dessus de la moyenne régionale. En 2008, la préparation à la visite de certification a permis, par ailleurs, de s'auto évaluer en interne et de s'assurer de la mise à jour des informations sur le site intranet de l'établissement.

La contribution des vigilances à la politique de qualité et de sécurité des soins est naturelle ; elle est confirmée par leur participation représentative à la Commission Qualité, Risque, Evaluation et Clientèle, mise en place en 2008.

POLITIQUE CLIENTÈLE

La Délégation à la Communication Clientèle a mis en place en 2008 un dispositif d'écoute clients coordonné entre la Direction de la Qualité, la Direction des Droits des Malades et la CRUQPC qui fédèrent leurs compétences respectives.

Ce dispositif permet de recenser l'ensemble des plaintes exprimées par les patients (orales ou écrites) via un formulaire en ligne sur Intranet et d'en extraire des tableaux de bord pertinents diffusés aux pôles et aux instances concernées. Par ailleurs, en complément de ce dispositif, des évaluations ponctuelles et thématiques sont de même conduites auprès des usagers, de leurs représentants et des associations. Ces représentants sont étroitement associés à la politique clientèle à travers notamment l'organisation d'un Forum annuel, des conférences et des ateliers de travail qui ont été mis en place en 2008-2009 sur les thèmes relatifs à :

- l'amélioration de l'information du patient
- l'amélioration des relations entre associations et professionnels de santé
- la structuration de la maison des associations

Le dispositif d'écoute clients du CHU, complété par l'analyse des questionnaires de sorties et des audits, se trouve ainsi renforcé et doit conduire les pôles à engager des actions d'amélioration au regard de l'expression des usagers et de leurs représentants.

La mesure de la satisfaction des patients

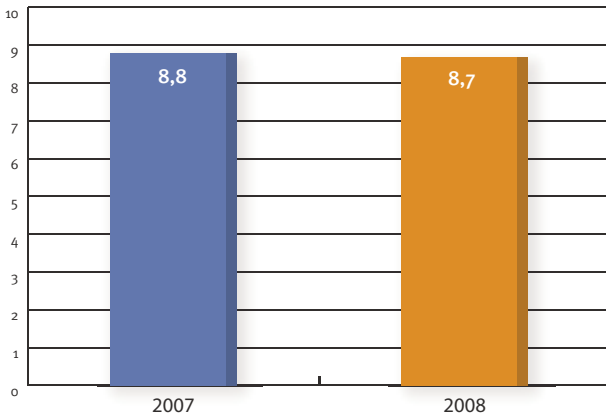
En 2008, la mesure de la satisfaction des patients a été réalisée par la direction de la Qualité à l'aide du questionnaire de sortie distribué dans les unités de MCO, du questionnaire distribué aux parents d'enfants hospitalisés, du questionnaire remis aux enfants hospitalisés à l'hôpital de jour de l'Hôpital des Enfants, ainsi que du questionnaire transmis annuellement aux familles des personnes hébergées en long séjour.

Questionnaire de sortie

En 2008, 5 894 questionnaires de sortie ont été remplis par les usagers adultes ou les parents d'enfants hospitalisés. La note moyenne attribuée par cette population à la prise en charge globale est de 17,5/20. La satisfaction tant pour les soins médicaux qu'infirmiers se situe à 98 %. Ces deux critères montrent une stabilité par rapport aux trois années précédentes.



PERCEPTION DES PATIENTS, QUESTIONNAIRE DE SORTIE, NOTE GLOBALE/10



Pour cette même période, les critères relatifs à l'accueil, la prise en charge de la douleur et l'information font apparaître une stabilité de satisfaction pour l'accueil dans l'unité, pour la prise en charge de la douleur, pour l'information sur l'état de santé. Tous ces critères sont associés à une satisfaction supérieure à 95 % (le taux regroupe les résultats : très satisfaits et les satisfaits).

Ces résultats font l'objet d'une communication semestrielle par pôle : comparatif du pôle avec le global CHU et évolution pour le pôle entre les deux semestres écoulés.

Satisfaction des enfants en hôpital de jour,

La mesure simultanée de la perception des enfants et des parents permet de comparer les résultats et de mesurer les différences de sensibilité entre les populations.

	PARENTS 513 questionnaires	ENFANTS 393 questionnaires
Note satisfaction globale	17,3	17,7
Accueil dans le service*	97 %	96 %
Qualité des soins*	99 %	Non posée aux enfants
Information santé/examen	97 %	94 %
Calme de la chambre	82 %	96 %

* le taux regroupe les résultats : très satisfaits et les satisfaits

Les résultats sont restitués à l'ensemble de l'équipe soignante lors de leur journée de formation.



Satisfaction en long séjour,

Le questionnaire est transmis à toutes les familles au mois de novembre afin d'être complété avec (lorsque ceci est possible) la collaboration de la personne hébergée.

Les résultats sont restitués lors de la réunion annuelle des familles.

Les résultats de novembre 2008 montrent une évolution de la satisfaction des personnes qui ont répondu :

	Taux 2008	Evolution 2008/2007
Qualité des soins	98 %	stabilité
Prise en charge de la douleur	97 %	+ 5%
information santé/examen	71 %	+ 11%
Satisfaction sur l'accueil	85 %	+ 8%
Propreté des locaux	78 %	+ 5%
Présentation des repas	75 %	+ 10%

* le taux regroupe les résultats : très satisfaits et les satisfaits



ANALYSE DES PLAINTES ET SATISFACTIONS

La délégation à la Clientèle a exploité les résultats portant sur le 1^{er} semestre 2009
Sur **351** courriers ou expressions orales enregistrées :
334 plaintes et 17 satisfactions

Qui s'exprime ?	
patients	234
familles	104
associations	9
Par quel moyen ?	
courriers	305
entretiens	26
téléphone	12
mails	7
médias	1
Quels Pôles ? (les plus fréquemment cités)	
le Pôle des médecines d'urgences	88
l'Institut locomoteur	25
le Pôles cardio - vasculaire	21
le Pôle enfants	21
le Pôle neurosciences	21
Quels sites ?	
Purpan	48%
Rangueil	33%
Hôpital des Enfants	6%
Larrey	4%
Paule de Viguier	4%
Nature des plaintes ? (les plus fréquemment citées)	
Contestations liées au coût et à la facturation	40,5%
Problèmes liés aux soins	36,3%
dont les soins médicaux	27,2%.



CLASSEMENT DU NOMBRE DE RÉCLAMATIONS PAR MOTIF ET CATÉGORIE

ACCUEIL 13,5%	Accueil téléphonique 0,9%	délais de réponse	0,44%	
		Formulation courtoisie	0,44%	
	Accueil Physique 6,0%		comportement attitude	2,65%
			confidentialité	0,22%
			disponibilité personnel	1,99%
			identification	0,00%
			parcours piéton	0,44%
			signalétique	0,22%
			stationnement	0,44%
	Accueil patients handicapés 0,7%		Ergonomie locaux	0,22%
			Parking, accessibilité	0,44%
	Accueil des familles 0,9%		décès	0,66%
			prestations commerces	0,22%
	Structures d'accueil 5,1%		bruit	0,66%
			chambre individuelle	0,66%
		confort chambre, sanitaires	0,66%	
		coût	0,22%	
		état des locaux	1,99%	
		manque de lits	0,44%	
		propreté locaux	0,22%	
		température, éclairage	0,22%	
SOINS 36,3%	Soins médicaux 27,2%	diagnostic	1,99%	
		disponibilité	1,77%	
		incident thérapeutique	4,87%	
		infection nosocomiale	1,99%	
		organisation médicale	0,66%	
		prise en charge douleur	1,11%	
		qualité prise en charge médicale	10,40%	
		relations, communication	3,76%	
		respect intimité, confidentialité	0,66%	
	Soins paramédicaux 6,9%	disponibilité personnel	1,11%	
		manque de personnel	0,22%	
		organisation des soins	1,33%	
		prise en charge douleur	0,22%	
		qualité des soins	1,99%	
		relations, communication	1,77%	
	respect intimité, confidentialité	0,22%		
	Prestations médico-techniques 2,2%	disponibilité personnel	0,66%	
		qualité plateau technique	0,22%	
qualité prise en charge examens		0,44%		
relations, communication		0,66%		
	respect intimité, confidentialité	0,22%		



INFORMATION 5,5%	Information générale 0%	droits, vie pratique	0,00%
	Information médicale 4,4%	accès, délais d'obtention du dossier médical	1,11%
		diagnostic, traitements, examens	1,77%
		préparation suivi, sortie	0,44%
		secret médical	0,22%
		information bénéfique/risque	0,88%
	Information paramédicale 1,1%	déroulement des soins, organisation	0,88%
préparation sortie, conseils, prévention		0,22%	
VIE QUOTIDIENNE 4,2%	Repas 2,0%	horaire de service	0,00%
		qualité, présentation	1,77%
		respect du régime prescrit	0,22%
	Prestations téléphoniques 0,2%	coût	0,00%
		qualité	0,22%
		relations prestataire	0,00%
	Prestations TV 1,1%	coût	0,00%
		qualité	0,88%
		relations prestataire	0,22%
	Transports internes, externes 0,9%	ambulances délais d'attente	0,00%
ambulances qualité prise en charge		0,22%	
brancardages délais d'attente		0,22%	
brancardages qualité prise en charge		0,44%	
INCIDENTS 40,5%	Maltraitements 0,7%	violences physiques	0,44%
		violences verbales	0,22%
	sécurité des biens et des personnes 2,9%	dégradations	0,00%
		pertes, vols	2,88%
	Incidents divers 36,9%	chute	0,66%
		contestations coûts facturation	35,40%
		fugue	0,00%
		refus de soins	0,22%
autres incidents		0,66%	

Répartition sur 452 motifs de plaintes