

Intégrer la santé mentale dans la communauté

Dr L DEFROMONT
Chef de Pôle
EPSM Lille-Métropole

G KRUELSKI
Cadre supérieur de santé

Du parcours de soins au parcours de Rétablissement



LE TERRITOIRE



6 communes - banlieue de Lille - 26 km²

86 000 habitants vivant en zone urbaine

Besoins de soins en santé mentale

Enquête SMPG 2008

Nombre d'habitants	Nombre d'habitants de plus de 18 ans	Nombre de personnes présentant au moins un trouble au MINI	Gêne dans la vie quotidienne	Sentiment d'être malade	Aide et soutien trouvé dans l'entourage proche	Nombre de personne présentant un risque suicidaire moyen ou élevé*
85 300	63 790	22 710	11 482	5 592	14 662	3 636

File active globale en 2018 : **3500** personnes

Des recommandations multiples et anciennes sur l'organisation de la santé



Recommandations de l'OMS pour les soins en Europe (Conférence d'Helsinki 2005)

- 1 – Mettre en place des **services de proximité** pour traiter et soigner les personnes ayant des problèmes de **santé mentale dans la collectivité.**

- 2 – **Des équipes spécialisées** doivent être mises en place pour traiter les groupes sensibles dans leurs milieux. Ces services devraient être **accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine**, et ils devraient être dispensés par une **équipe multidisciplinaire mobile.**

- 3- **Offrir des services résidentiels**

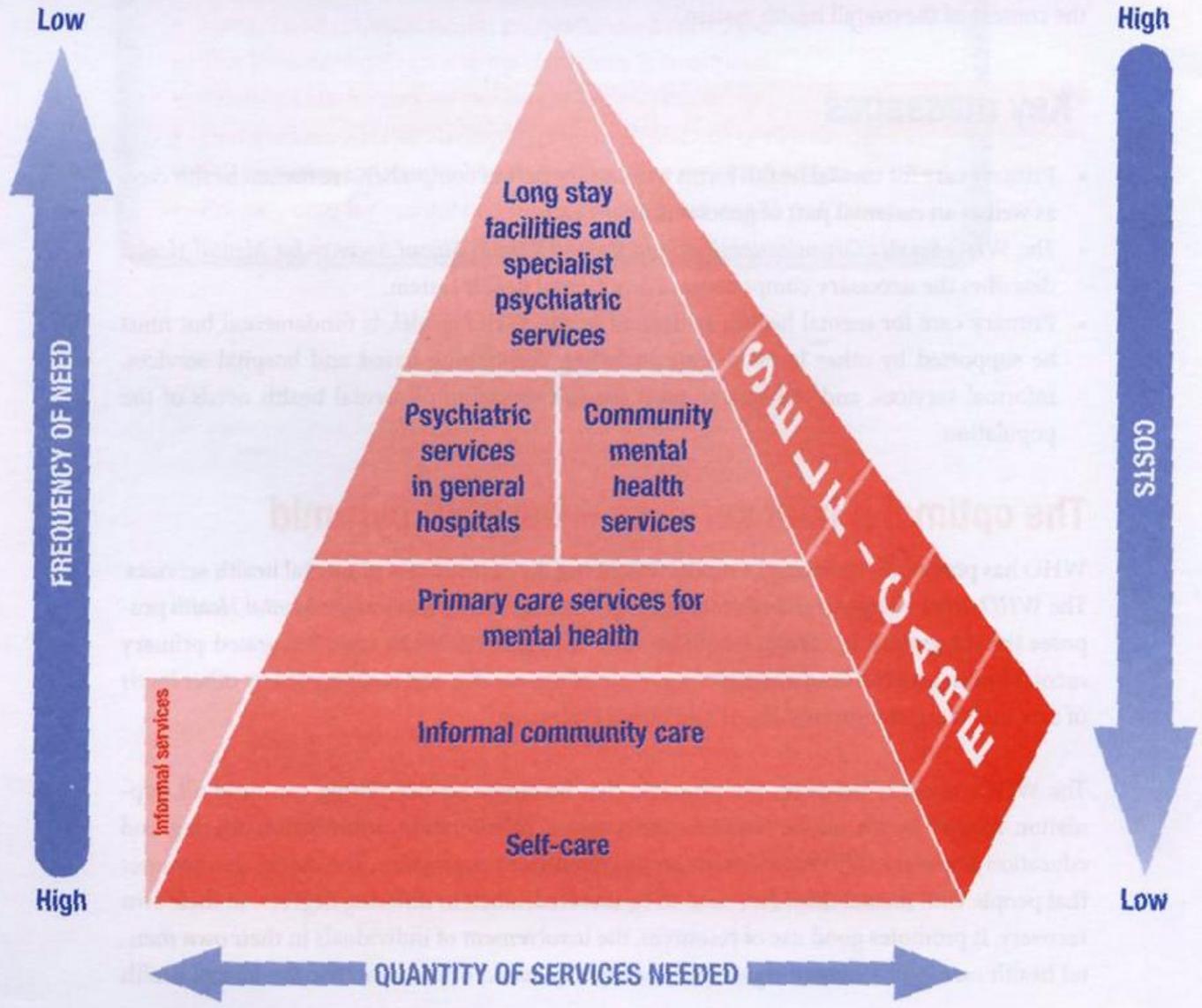
- 4- Fournir des services de prise en charge des urgences. (...) **assurés par des équipes d'urgence mobiles** ou rattachées aux hôpitaux.

- 5- Assurer la **promotion, la prévention et l'information.**

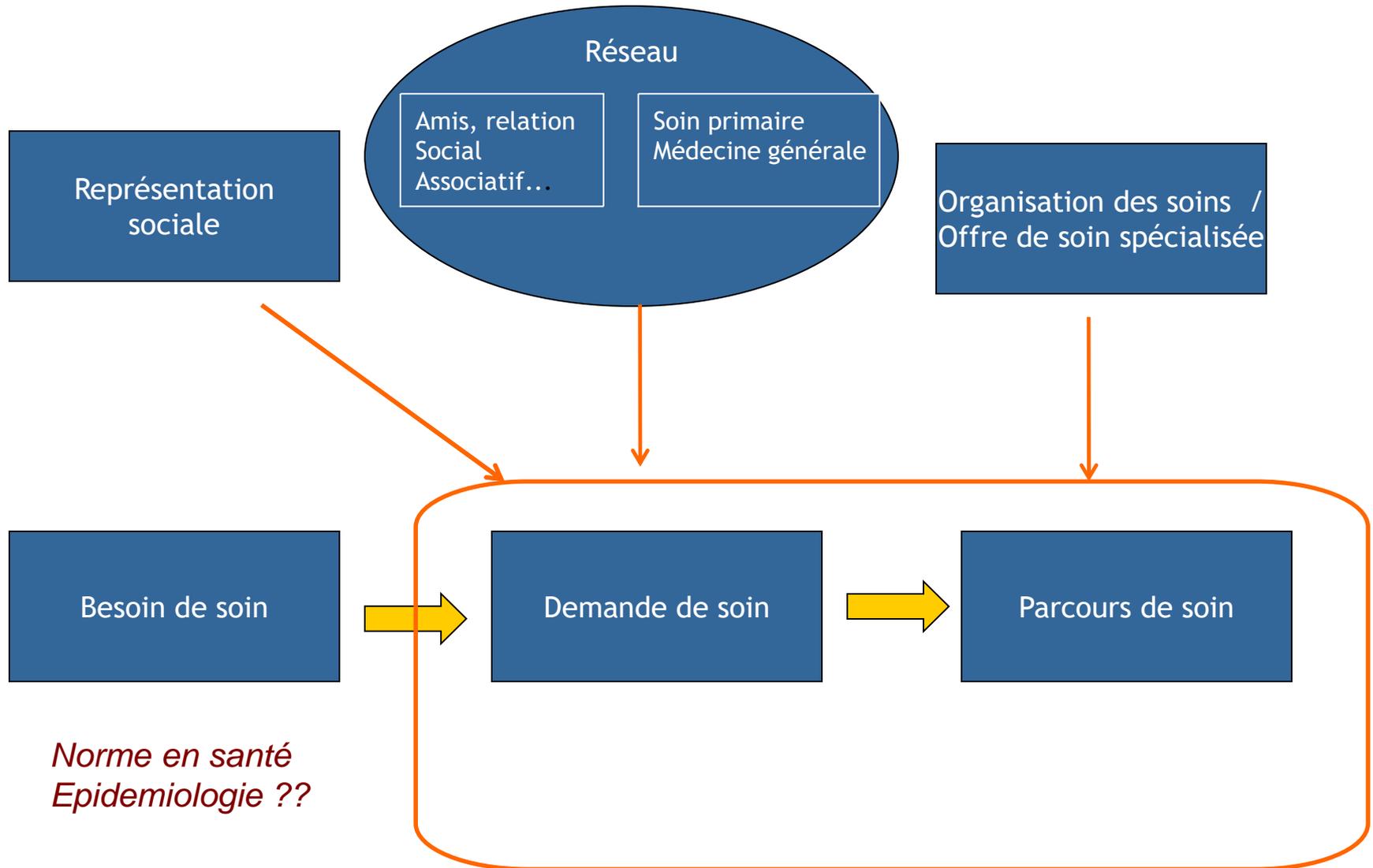
- 6- **Des relations doivent être établies avec les services de santé primaire et avec les services assurés dans le cadre des hôpitaux généraux.**

- 7- Mener des activités de recherche et de formation en santé mentale communautaire

- 8- **Liaisons intersectorielles. Santé, protection sociale, emploi, logement, justice, éducation, loisirs...**



Les déterminants du recours au soin



Des axes de travail

1. Représentations sociales
2. La démocratie sanitaire et l'inscription dans un territoire
3. Une offre de soin acceptable pour la population

1 Les représentations sociales un frein pour l'accès aux soins

- Être fou, malade mental, est lié à des actes transgressifs (meurtre, inceste, viol, être violent envers les autres) : **c'est l'autre jamais moi.**

L'hôpital psychiatrique est toujours perçu comme le lieu où « fou » et « malade mental » doivent être **enfermés**, c'est le **seul lieu** de soins pour eux.

On peut seulement s'identifier au « dépressif »: le sujet qui souffre. Le « dépressif » doit être soigné à la maison, avec, l'aide de son médecin généraliste et de ses proches.

une famille peut accueillir à nouveau un proche « fou », « malade mental » ou « dépressif », s'il est soigné.

La démocratie sanitaire et l'inscription dans un territoire

Développer la démocratie sanitaire

→ Dans l'organisation du territoire

→ Représentations des usagers
dans le pôle (empowerment)

C'est rendre les soins acceptables



AISSMC

Association Intercommunale

Conseil local de santé mental et porteur du contrat local de santé

Association support des appartements associatifs

*Commission appartement

Des actions de prévention et déstigmatisation

- *Atelier mieux-être : sensibilisation avec les usagers pour la déstigmatisation et l'entraide
- *Sensibilisation à l'intervention en crise suicidaire (mise à disposition de l'ensemble des partenaires)
- * Semaine d'information en santé mentale
- * Action du fond d'art contemporain, de la galerie Frontiere\$ politique de la ville.

Fédérer et coordonner les acteurs locaux

- *Cellule d'analyse des situations difficiles
- *Contrats locaux de santé

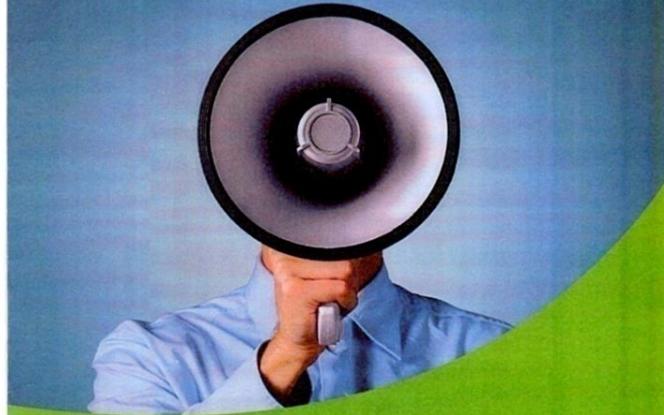
Démocratie sanitaire:

Favoriser une démarche de co-construction du pôle :
Porte Parole des usagers (*pas représentant*)

- * Forums des usagers et des familles
- * organisation d'élections
- * Recueil-analyse, intégration des **Fiches évènements indésirables** et restitution des avis des usagers
Au delà des institutions : CRU
- * Implication dans les instances décisionnelles « comité de pilotage du pôle »
- * Développement d'autres espaces participatifs :
« Parole aux usagers » avec les médiateurs de santé
- ~~* Invitation des usagers pour l'accueil des visiteurs~~



PÔLE DE SANTÉ MENTALE - ADULTE



**Usagers,
faites entendre
votre voix !**

les porte  paroles
LE LIEN ENTRE USAGERS ET PROFESSIONNELS

**Une offre de soin acceptable pour
la population :**

Du parcours de soins au parcours de Rétablissement

La transformation des pratiques

Un projet de pôle orienté par et pour le Rétablissement

La planification des actions du pôle se fonde sur :

1- Une **dynamique optimiste** (positive, réactive avec des propositions multiples)

2- « **L'éducation thérapeutique** » : mobilise les connaissances des théories de l'éducation pour aider les personnes à développer des connaissances ou des savoirs-faire qu'ils jugent utiles

3- La **responsabilité personnelle** – l'auto-gestion / **Empowerment** (boite à outils « bien être », **plan de prévention** et de crise et **Baromètre**)

4- Le soutien au **développement d'un réseau** de soutien durable



CHARTRE RETABLISSEMENT DU POLE DE SANTE MENTALE



*Afin d'aider au rétablissement de chacun,
les professionnels du pôle de santé mentale des villes de
Faches Thumesnil, Ronchin, Lesquin,
Hellemmes, Mons-en-Baroeul, Lezennes s'engagent à :*

- ✓ Adopter une attitude et un discours positifs tournés vers l'espoir,
- ✓ Proposer un accueil et un accompagnement qui ne réduit pas à une identité de « malade » pour limiter l'exclusion liée aux difficultés rencontrées par la personne (stigmatisation),
- ✓ Favoriser l'autonomie en rendant l'utilisateur acteur de sa prise en charge en développant l'information sur la santé et l'éducation thérapeutique,
- ✓ Faciliter l'inclusion sociale par les actions du pôle dans la Cité en lien avec l'association intercommunale santé, santé mentale et citoyenneté,
- ✓ Proposer des soins diversifiés et être à l'écoute des choix de chacun concernant les modes de prise en charge, les thérapies et les professionnels,
- ✓ Mettre à disposition des usagers, des équipes pluridisciplinaires, disponibles, mobiles, réactives et coordonnées,
- ✓ Favoriser l'autodétermination des usagers en proposant l'élaboration de plans d'actions contribuant au maintien du bien-être et à la gestion de la crise,
- ✓ Mettre en valeur les compétences et capacités des personnes vivant avec un trouble psychique en encourageant :
 - la formation des professionnels par des experts d'expérience
 - l'intégration des médiateurs de santé pair (MSP) aux équipes*
 - la participation des usagers par le biais d'espaces participatifs et par l'intégration aux instances de fonctionnement du pôle, de porte-paroles élus par les usagers
- ✓ Promouvoir l'entraide à travers la promotion des associations d'usagers,
- ✓ Toujours faire de l'information sur la santé mentale avec des experts d'expérience.

Le Chef
de pôle
L. Depoiron

Le Cadre Supérieur de
Santé
G. Krutelski

La Directrice
associée
L. Navy
Coatmeau

Les porte-paroles
des usagers
P/O

*Un MSP est une personne qui a une expérience personnelle des troubles psychiques, et qui grâce à son combat contre la maladie et la stigmatisation est capable de mener une vie satisfaisante et de partager avec des « pairs » des pistes de rétablissement.

Le conseil supérieur de la santé publique belge

Des recommandations sur la meilleure façon de considérer le diagnostic des problèmes de santé mentale

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9360_dsm5.pdf

Les limites entre personnes ayant une maladie et celles qui en sont indemnes sont plutôt **d'ordre dimensionnel que catégoriel**.

En légitimant une structure fondée sur un modèle biomédical, celles-ci empêchent la psychiatrie d'être influencée par les pressions pour évoluer. Cette approche biomédicale **ne réduit pas la stigmatisation et la discrimination** des patients dans les soins de santé mentale.

Au niveau clinique, **une approche basée sur le rétablissement** (clinique, personnel et social) contextualise mieux les symptômes et adapte les interventions en fonction des valeurs, affinités et objectifs des patients, en collaborant étroitement avec eux.

La prise en charge des plaintes psychiques doit se faire indépendamment de leur gravité, de manière non médicalisante, en mettant au centre la perspective et l'attribution de sens.

Des structures d'aide à bas seuil sont pour cela nécessaires.

Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées de l'ONU, 2006

- Ratifiée par la France sans réserve et avec le protocole additionnel en 2010
- Pas un engagement moral mais bien opposable juridiquement au gouvernement français
- **Article 12** – Elle consacre que les personnes disposent en toutes circonstances de leur capacité à prendre les décisions qui les concernent
- **Article 14** – Elle interdit la privation de liberté basée sur le handicap ou l'état de santé, notamment les pratiques de contraintes pour raison de santé

Sources : commentaires de l'ONU sur la mise en application des articles

Mise en application ?

- La France est un des pays où la contrainte en psychiatrie est la plus utilisée.

Rains LS, *et al.* (2019) Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *The Lancet Psychiatry*.

- Des dispositions similaires sont pourtant garanties par la Convention d'Oviedo de 1997.
- Le 26 juin 2019, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté à l'unanimité une résolution et des recommandations visant à mettre fin à la contrainte en santé mentale.

Valoriser le savoir expérientiel

- Pour les professionnels

- Rôle des médiateurs de santé pair (transformation de poste 5 ETP)
- Formation des professionnels par les usagers
« ce qui aide/ce qui n'aide pas »

- En prévention

- Ateliers mieux être
- Sensibilisation à l'accompagnement des personnes à risques suicidaires

- En soin et dans l'accompagnement : groupes de soutien par les pairs

- Favoriser l'accès à la pair-aidance:
- Organisation de rencontres dans les lieux de soins ou dans la ville

- Développement d'une politique territoriale de démocratie sanitaire

- Participation des associations locales d'usagers et d'aidants

projet local de développement d'un Recovery College

Valoriser le savoir expérientiel

Partenariat avec les associations d'usagers :

- Etoile Bipolaire,
- Alcoolique Anonyme, narcotique anonyme ...
- Le Réseau Entendeurs de Voix (REV)
- AFTOC
- Vivre son deuil
- Charlotte ensemble autrement...

Deux groupes d'entraide mutuelle GEM gérés par les usagers :

- Amitié Partage (Mons en Baroeul) et les Ch'tits Bonheurs (Ronchin)

Section Nord de l'UNAFAM

TRANSFORMER L'OFFRE DE SOIN

Vers une offre de soin favorisant
le Rétablissement (acceptable
pour la population)

PENSER UN SYSTEME DE SOINS EFFICACE

Faciliter l'**accès aux soins** :

- ✓ Diminuer le nombre de troubles graves nécessitant une hospitalisation

Un soin **précoce, continu** et de proximité :

- ✓ S'adapter aux besoins : des soins acceptables
- ✓ Éviter les récives, les rechutes... c'est en ville que cela se passe
- ✓ Coordination avec les autres acteurs de soins, urgences, médecin traitant...

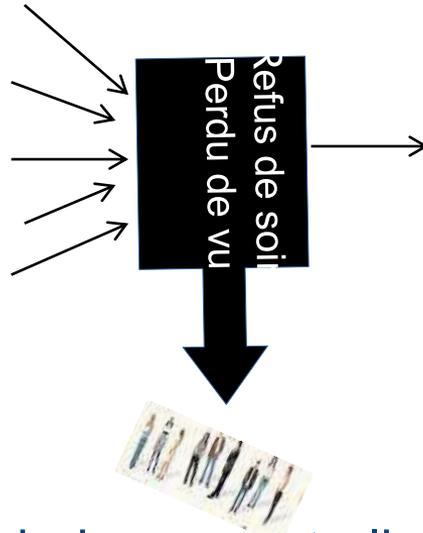
Accompagner l'insertion du handicap :

- ✓ Assurer le maintien en santé
- ✓ Loisir, culture, travail, logement

d'une hyperspécialisation des soins hospitalocentrés ...



Les individus



Proposer des soins hypertechniques centralisés dans des lieux donnés

Limite l'accès aux soins (les constructions de groupes)

Beaucoup d'échappement du système de soin

Nécessité un très grand bassin de population

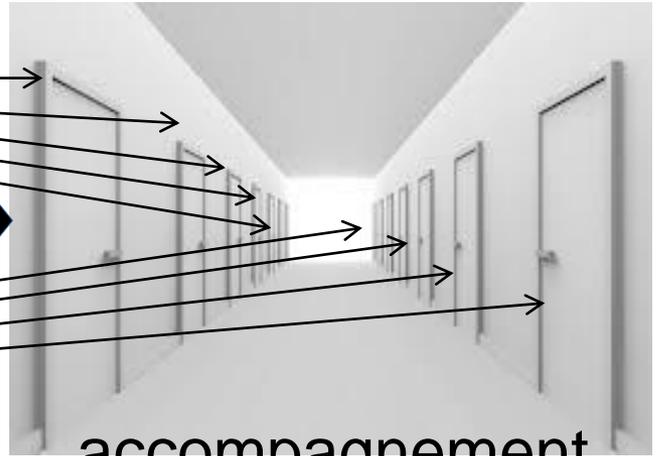
Médecin paternaliste et directif ; « voici la voie »

... À la Santé communautaire



Les individus

Diversification



accompagnement

Diversification des modes de d'accompagnement selon la demande de

Adaptabilité nécessaire du système de soins, aller vers...

Acceptation de la prise de risques et des choix des usagers (réduction

Plus de complexité à gérer, de souplesse organisationnelle : (sortir du

74% des professionnels en ambulatoire

Psychiatres, Psychologues, infirmiers, éducateurs, psychomotriciens, ergothérapeutes, médiateurs de santé pair, artistes et intervenants extérieurs, cadres de santé, manager culturel, moniteur éducateur, animatrice socio-culturelle, éducateur sportif...

**Une mobilité des professionnels
à travers le dispositif et le territoire**

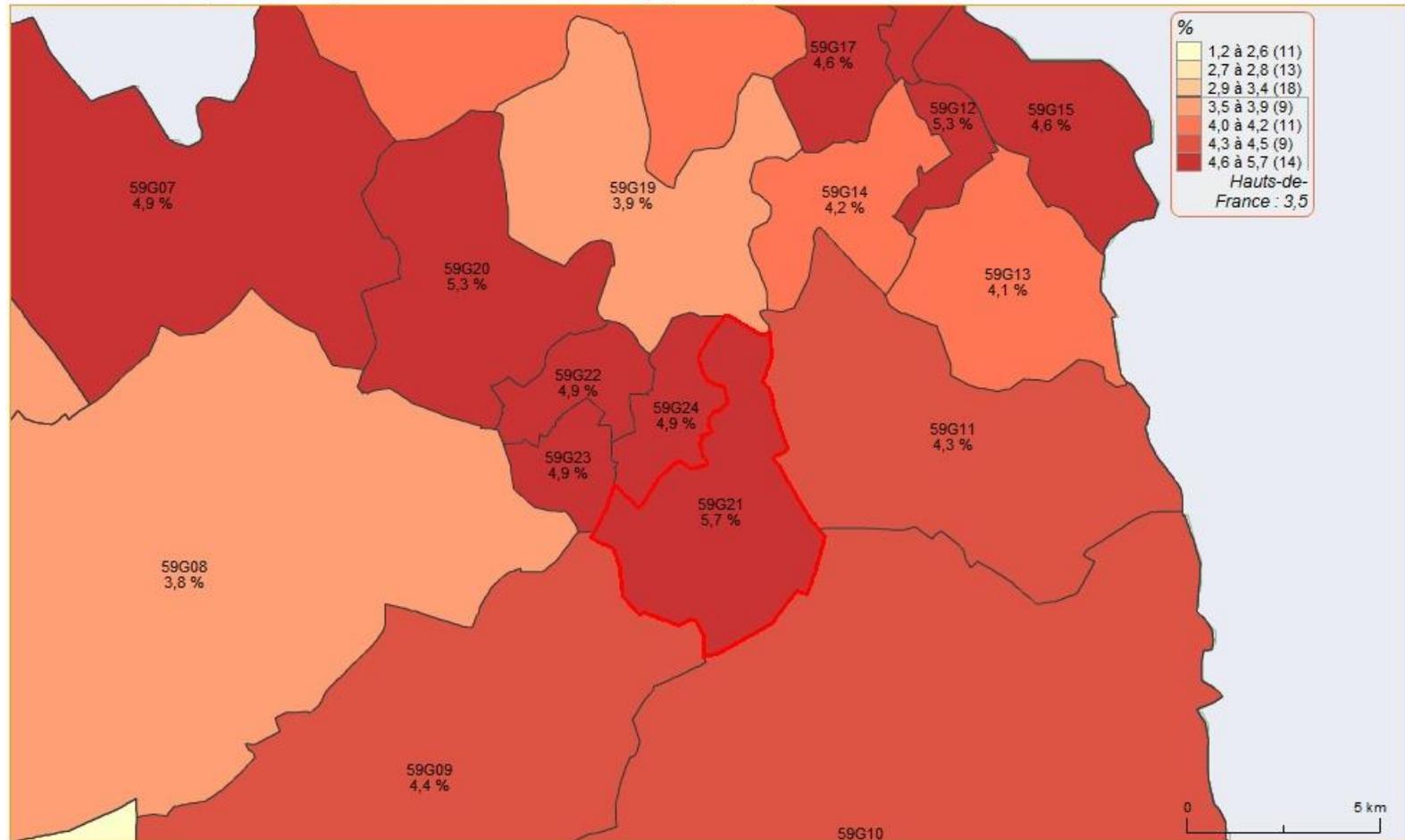
“Nouvelles demandes »

- Courrier demandé au Médecin traitant
- Accueil précoce **48 heures à 80% (certification)**
- Evaluation : entretien libre et structuré (MINI +/- MMS), risque suicidaire...
- Si urgence, vu immédiatement / évaluation avec l'astreinte médicale
 - Réponse rapide à toute demande médicale
 - Disparition des envois directs vers l'hospitalisation
- Avis pluridisciplinaire (2 fois par semaine)
- Courrier systématique au médecin traitant

1200 nouvelles demandes en 2018

Taux d'accès aux soins

Taux standardisé de prise en charge en ambulatoire en services de psychiatrie, 2015 - source : RimP



Source : F2RSM psy

File active globale en 2018 : **3500** personnes

Offre de consultation :

Service médico-psychologique de proximité : SMPP

✓ Proximité, 10 lieux de consultation (CCAS, maison médicale, centre medico-sportif, centre social, centre de soin infirmier....)

✓ amplitude horaire 9h-20h et samedi matin

✓ Pas de liste d'attente, Travail sur la **disponibilité** des consultants

• Plages d'urgence

• Plages nouvelles demandes (psychiatre, psychologue, psychomotricienne)

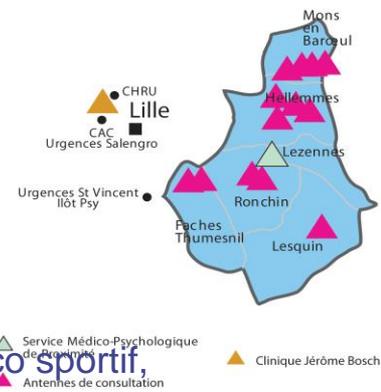
✓ Présence IDE 7 jours / 7 essentiellement au domicile

✓ **En lien avec la santé primaire**

***Courrier /pas de prescription des psychiatres/**

***Délivrance de traitement par les IDE libérales, les pharmacies**

Travail et coordination avec l'ensemble des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoires



-Defromont, L., Verriest, O., & Dudenko, P. (2012). Les médecins généralistes au coeur de la santé mentale. Revue hospitalière de France, (547), 20-23. (3ieme prix 2013 décerné par la revue)

-HAS Septembre 2018, Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux,

Les Soins Intensifs Intégrés dans la Cité (SIIC) Disponibilité et mobilité :

Gestion de l'urgence : Disponibilité d'un psychiatre PH en demi-journée (et places d'urgence)

Soins au domicile : un contact au moins quotidien

Psychiatre, psychologue, IDE, éducateur se déplacent au domicile

- ✓ Intervention précoce et Gestion de crise
- ✓ Limiter les ruptures dans les soins (toujours quelque chose à proposer)
- ✓ Limiter la durée d'hospitalisation

En 2018 : 235 personnes en soin intensif

640 interventions d'urgence

Les soins intensifs intégrés dans la cité (SIIC)

Disponibilité et mobilité :

Travailler avec l'environnement

- Préserver le tissu social et familial : aide aux aidants
- Place primordiale des aidants dans le pronostic des troubles psychiques
- Éviter les ruptures dans les soins : créer des repères d'accès aux soins
- Le médecin traitant
 - Constamment impliqué : consultations conjointes
 - Définir la collaboration
- Le pharmacien : la délivrance des traitements
- L'infirmier libéral : la délivrance des traitements à domicile

Les équipes mobiles contribuent à la déstigmatisation attachée à la maladie mentale par son travail en réseau et la multiplicité de ses lieux d'intervention.

Territorialisation de l'attention

Ne pas se soucier uniquement des personnes présentes dans les lits

Nécessité d'un territoire à taille humaine!

- Présence 24/24

- Astreinte médicale : gestion des urgences et orientations, coordonner l'ensemble du dispositif

- IDE nuit : Entretien de soutien, continuité avec la journée, développer un véritable accueil téléphonique de nuit, des entretiens de soutien et d'orientation

835 APPELS sur l'année 2018

- Coordination

-N° astreinte diffusé auprès des médecins traitants, des urgences

- Conférence téléphonique inter-structures matins et soirs

- Contact quotidien avec les urgences

- Coordination de "situations à risque et risque suicidaire du territoire

- Dossier informatisé du patient (Cariatides)

Accueil familial thérapeutique alternatif à l'hospitalisation AFTAH

- 4 places disponibles (diminution ! !)
- Durée moyenne de séjour : 15-21 jours
- Accueil temps plein avec une offre de soins globale

Clinique Jérôme Bosch

l'accueil au centre des pratiques

Les conditions d'accueil déterminent l'accès aux soins futurs



- Implantation CHRU 2013 : 10 places (soit 12 pour 100 000 habitants)
- Deux chambres avec lit d'accompagnant
- Service ouvert, tous modes d'hospitalisation (SDRE et carcéraux)
- La restriction de liberté est l'exception pas la règle
- Objectif : 0 contention / 0 isolement
- (1 personnes a été contenue en 2018 durant 40h /0 en 2019)



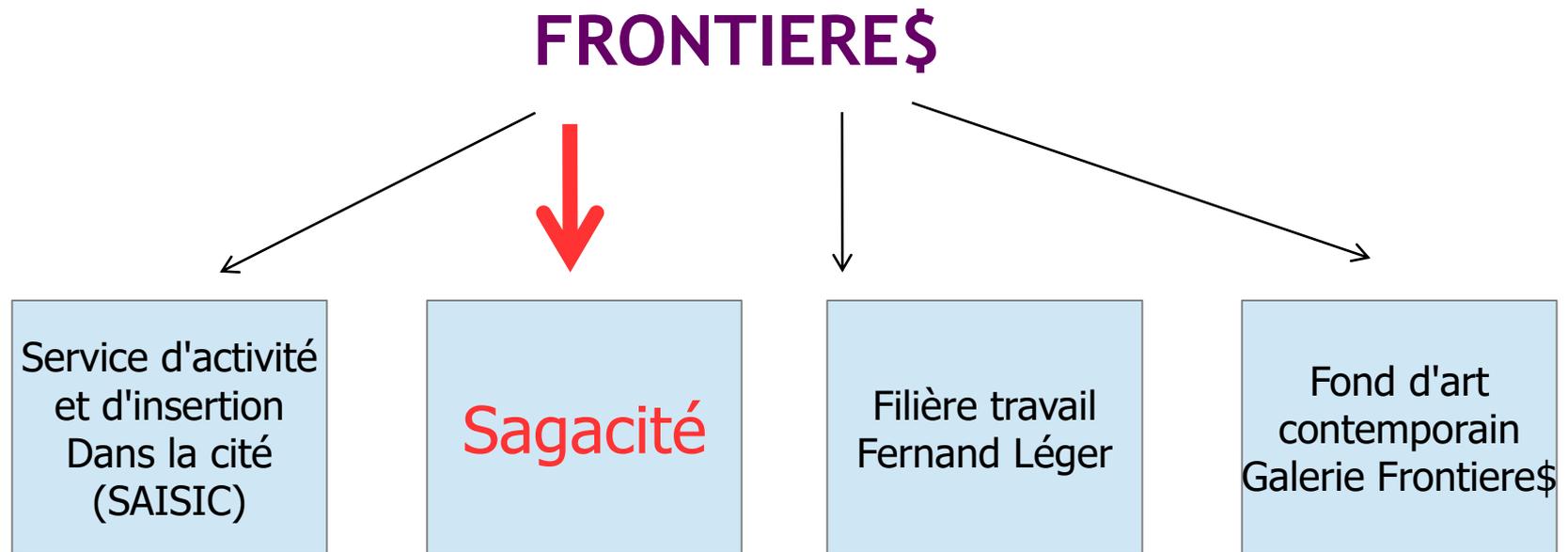
L'hospitalisation comme alternative

- Plus d'adressage direct par les médecins traitants
- Durée moyenne de séjour : 7 jours
- 7 patients hospitalisés en moyenne
- 148 entrées sans consentement pour 100 000 habitant

237 personnes hospitalisées en 2017

(276 pour 100 000)

C – ACCOMPAGNER L'INSERTION DU HANDICAP : LOISIRS, CULTURE, TRAVAIL, LOGEMENT



•Accompagner les usagers vers les bénéfices des activités physiques, culturelles, artistiques, professionnelles, de bénévolat...pour favoriser leur bien-être et leur inclusion sociale

•Dé-stigmatiser les troubles psychiques en promouvant la pratique artistique

Lieux d'accueil des activités éclatés sur le territoire



Centres sociaux, maisons de retraite, médiathèque, piscines municipales, complexes sportifs municipaux, maisons de quartiers, espaces associatifs

Bien-être : Activité physique, Artistique et culturel , chantier thérapeutique

HabiCité

Maintenir ou apporter l'intégration dans l'habitat, favoriser l'autonomie, la santé et faciliter l'élaboration d'un projet de vie des personnes présentant un handicap psychique

HabiCité

- Une équipe mixte éducative et infirmière pour 75 personnes suivies au domicile (1ETP/8 usagers)
- modèle des équipes : Flexible assertive community treatment)
- Des outils d'intégration dans le logement
 - Une vingtaine d'appartements accompagnés (intervention dans des foyers....)
 - Résidence André Breton : 6 places en appartement communautaire - HLM avec présence continue
 - La question de l'hébergement temporaire : Centre Samuel Beckett
- Coordination avec IDE libéraux, Médecins traitants, AMSAH, SAVS



CE QUE NOUS DEVONS AUX AUTRES

- De Trieste vers la Cité (Trieste, 1976) – Lille, 1977
- Des placements en famille au lieu des hospitalisations – une famille = un lit (Madison USA 1998) – Lille, 2000
- Des soins à domicile 7j/7 (Birmingham (2000) – Lille, 2005
- Des services totalement ouverts (Merzig, 1997) – Lille, 1999
- Des infirmiers en première ligne (Mauritanie, 2001) – Lille, 2003
- Des centres de crise de 72h Centre Hospitalier Universitaire de Lille, 2001
- Des réseaux opérationnels avec les MG (Oviedo, 2002) – Lille, 2003
- Des coopératives pour accéder au travail (Trieste, Turin 2003) – Lille, 2007
- Des clubs et des volontaires (Québec 1987 et 2006, Luthon et Monaghan 2005) – Lille, 2005
- Le projet Pair Aidant Médiateurs Santé (les « Stars » RU 2005, Québec 2008) – Lille, 2010
- La participation des usagers à l'amélioration de la qualité du service (RU 2008, Canada 2010, Italie 2010) – Lille, 2012
- La formation par des usagers experts et le partenariat avec les associations d'auto support (Canada, RU, Australie, Italie...) Lille 2013
- Flexible Assertive Community Treatment teams including peer support workers - Netherlands Habicité Lille, 2015

UN SYSTEME DE SOIN COHERENT ET EVOLUTIF

UN ensemble de service lié : notion d'équipe globale

- Pas de blocage dans le système : créer de la disponibilité pour faciliter les parcours
- Lutter contre le « y-a-plus-de-place » ou le « c'est-pas-à-moi-de-le-faire »
- Responsabilité sur l'ensemble du parcours (utilisation des ressources, priorisation, apprentissage des erreurs)

Nécessité d'innover

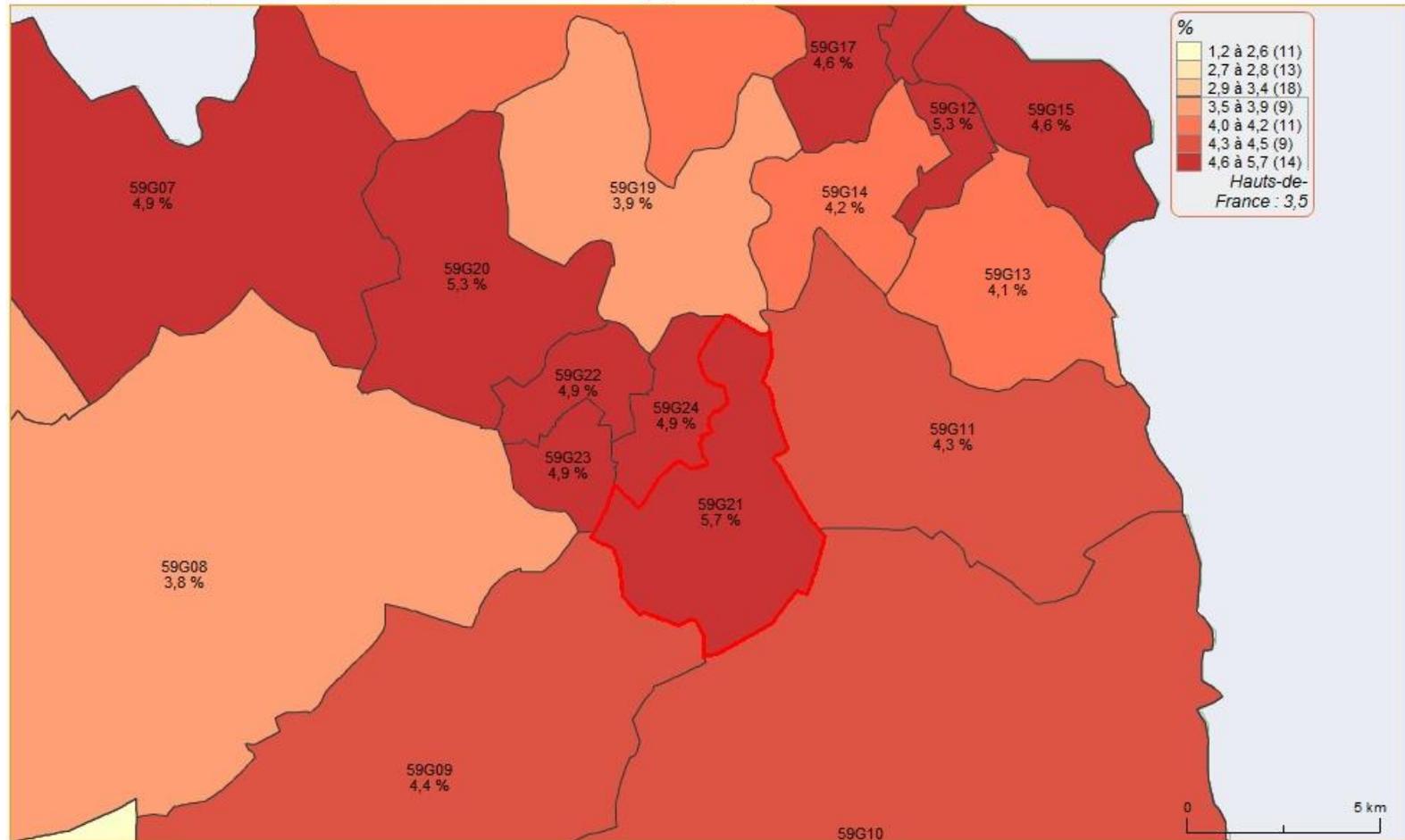
- Sortir du carcan « hospitalier » pour aller vers un établissement public de santé mentale s'inspirant des principes de la santé communautaire
- Transformer le système de soin en un outils d'amélioration continu (gestion de projet)
 - *passer d'outils fait pour durer à des outils fait pour évoluer*
- inscrire l'ambulateur dans une dimension pérenne et non pas les lits
- sortir de la hiérarchie par métier pour aller vers des organisations fonctionnelles
- **Attribuer les moyens aux populations pas aux établissements ou aux pôles (redéfinir des critères de répartitions)**

question de l'évaluation des Organisations

**Les indicateurs donnent la direction
(ou pourquoi l'acte n'est pas un bon indicateur)**

Taux d'accès aux soins

Taux standardisé de prise en charge en ambulatoire en services de psychiatrie, 2015 - source : RimP



Source : F2RSM psy

File active globale en 2018 : **3500** personnes

TABLEAU DE SUIVI DES INDICATEURS – Années 2012 à 2018



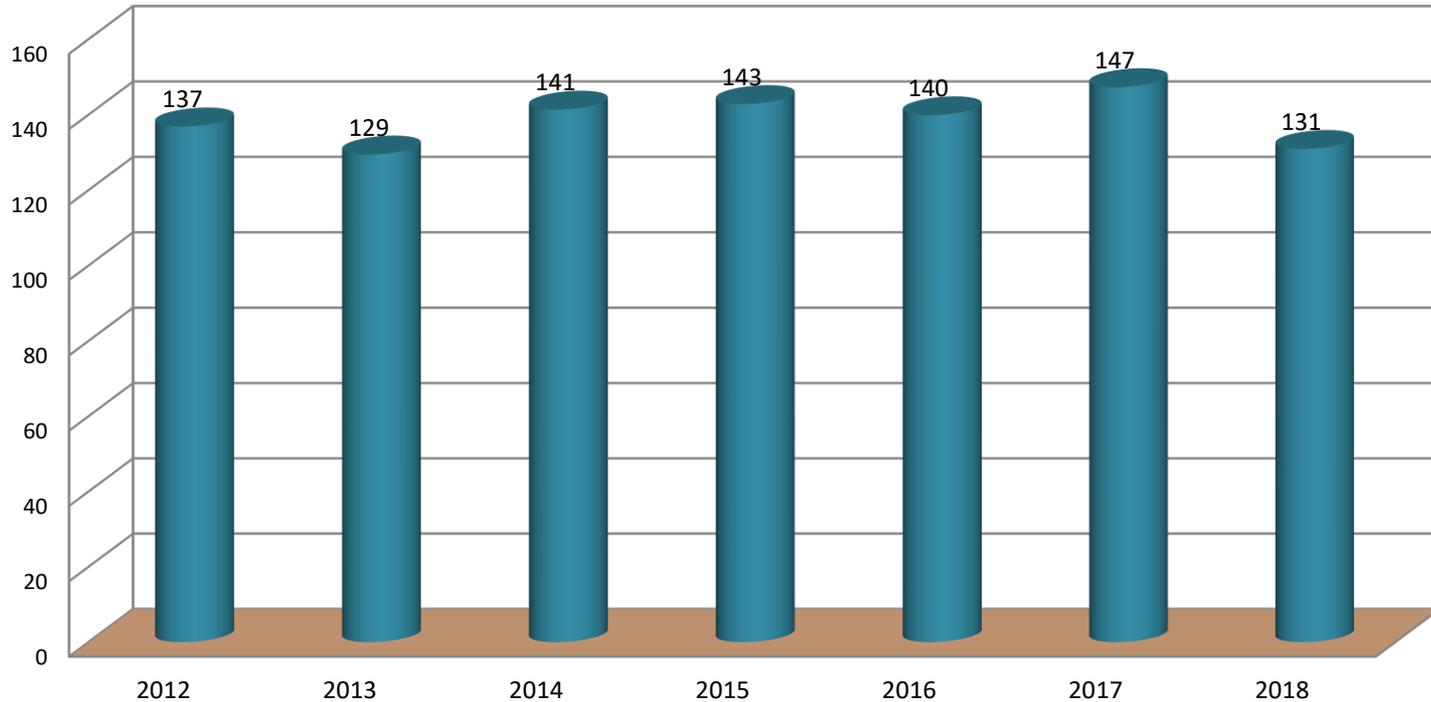
Entité	Processus	Indicateur	Objectif cible	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de nouvelles demandes				1098	1081	1092	1134	1135	1093	1203
Indicateurs du processus de gestion des consultations	Accueil Initial	Délai moyen (jour ouvrable)	2 jours	1,81	1,11	1,36	1,38	1,47	1,39	1,18
		<u>Nbre de RDV proposés dans un délai de 2 jours suivant l'appel (jours ouvrables)/Nbre total de RDV demandés.</u>	85 %	56 %	83 %	71 %	70 %	70 %	91 %	92,50 %
		Qualité du remplissage du dossier 5 critères de la tenue des dossiers	80 %	75 %	82 %	86 %	85 %	83 %	89 %	84,00 %
		Le délai de rendez-vous proposé avec un médecin ou un psychologue est en conformité avec le délai souhaitable défini par les professionnels lors de la réunion première demande entre 1 et 4 semaines	80 %	71 %	83 %	76 %	68 %	74 %	88 %	84,00 %
	Suivi des consultants	<u>Disponibilité des consultants</u> Nombre d'écart des variation entre la demande et le nombre de consultation <u>superieur à 15 %</u>	0	6	3	4	5	4	5	4

74% des professionnels en ambulatoire

Psychiatres, Psychologues, infirmiers,
éducateurs, psychomotriciens,
ergothérapeutes, médiateurs de santé pair,
artistes et intervenants extérieurs, cadres
de santé, manager culturel, moniteur
éducateur, animatrice socio- culturelle,
éducateur sportif...

**Une mobilité des professionnels
à travers le dispositif et le territoire**

Nombre de patients hospitalisés en temps plein concernés par une mesure de soins sans consentement au cours de leur séjour (pour 100 000 hab de 16 ans et +)



Augmenter le contact avec la population, augmenter « l'aller vers »

Risque d'augmenter les hospitalisations

Risque d'augmenter la contrainte

Si les alternatives ne sont pas plus importantes

Si le risque guide et pas le choix de la personnes

RAPPORT D'OBSERVATION CPA - Janvier 2018



QualityRights

THEME 1 DROIT A UN NIVEAU DE VIE ADEQUAT (Article 28 de la convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH))

THEME 2 DROIT DE JOUIR DU MEILLEUR ETAT DE SANTE PHYSIQUE ET MENTAL POSSIBLE (Art 25 de la CDPH)

THEME 3 RECONNAISSANCE DE LA PERSONNALITE JURIDIQUE ET DROIT A LA LIBERTE ET A LA SURETE DE LA PERSONNE (Art 12 et 14 de la CDPH)

THEME 4 DROIT DE NE PAS ETRE SOUMIS A LA TORTURE OU A DES PEINES OU TRAITEMENTS CRUELS, INHUMAINS OU DEGRADANTS, NI A L'EXPLOITATION, LA VIOLENCE, OU LA MALTRAITANCE (Articles 15 et 16 de la CDPH).

THEME 5 DROIT A L'AUTONOMIE DE VIE ET A L'INCLUSION DANS LA SOCIETE (Articles 19 de la CDPH).

Le taux de suicide local

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
France : 15/100000 habitants										
Suicide pour 100000 hab. pour le territoire	15,0	16,5	17,7	14,2	13,1	11,8	20	15,6	14,6	11,6

Un enjeu : obtenir une information sur les suicides et les décès des personnes suivies pour mieux organiser les soins.

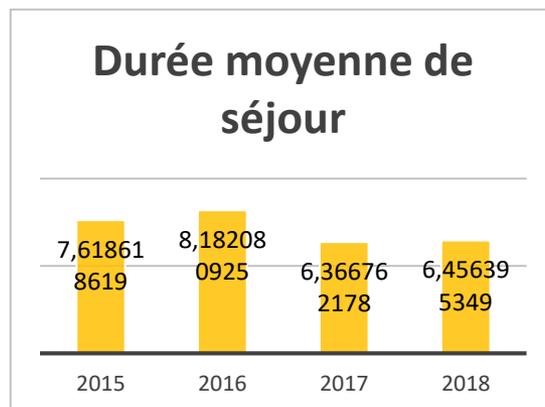
INDICATEURS

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Secteur G21	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1-Taux d'absence au travail maladie	6,4	4,66	3,44	3,93	4,65	4,15	3,43	6,13	7,89
2-Taux d'absence au travail accident de travail	0,91	0,5	0,16	0,36	0,76	0,98	1,08	0,16	0,42
3 - Nombre de jours d'arrêt en lien avec la violence	51	55	/	22	76	112	160	23	23
4-Nombre d'ETP moyen	132,51	128,67	129,7	128,24	126,5	123,64	121,68	122,28	118,14



Durée moyenne de séjour



Indicateur de bonne gestion des ressources hospitalière - taux de débordement

1 à 2 lits indisponibles en 2018/2019

Coût du pôle et répartition des moyens

Pôle 59G21
évolution 2018 / 2017 des coûts par patients et par habitants

libellé	2017	2018	évol N/N-1	
			valeur	%
total coûts directs	6 497 650 €	6 262 514 € *	-235 135 €	-3,6%
coût total	8 905 019 €	8 520 171 € *	-384 848 €	-4,3%
file active	3 055	3 189	134	4,4%
nbre habitant **	86 330	86 454	124	0,1%
dont 16 et + **	67 208	67 289	81	0,1%
coût / patient	2 915 €	2 672 €	-243 €	-8,3%
coût / habitant	103 €	99 €	-5 €	-4,5%
coût / habitant 16 et +	132 €	127 €	-6 €	-4,4%

* coût estimé

** données Insee (recensement 2014 pour l'année 2017 et 2015 pour l'année 2018)

Modifier les représentations et les pratiques du Soin

- Avoir une dynamique de changement des systèmes de soins (méthodologie)
- Des objectifs pour les établissements - où va t-on?

Les cadres du changement : l'orientation Rétablissement des services
Application de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées
Implication des usagers, des pairs et des citoyens donc les consommateurs

Merci de votre attention

