



RAPPORT  
D'ACTIVITÉ  

---

SYNTHÈSE

2010



Centre hospitalier  
SAINT JEAN DE DIEU

# SOMMAIRE

<b>I. Présentation générale</b>	
A. Mission de service public de psychiatrie de secteur	03
B. Organisation	06
C. Repères	09
<b>II. Analyse globale de l'activité médicale</b>	
A. Population des secteurs rattachés au Centre hospitalier Saint Jean de Dieu	11
B. File active globale	12
C. Données d'activité	17
D. Caractéristiques socio-démographiques des patients	18
E. Principales manifestations psychiatriques prises en charge	20
<b>III. Ressources</b>	
A. Ressources humaines	21
B. Ressources financières	23
C. Système d'information	25
<b>IV. Qualité et gestion des risques</b>	26
<b>V. Bilan et perspectives</b>	
A. Directrice des soins	27
B. Président de la CME	27
C. Directeur	31

# I. Présentation générale



## A. MISSION DE SERVICE PUBLIC DE PSYCHIATRIE DE SECTEUR

Le Centre hospitalier Saint Jean de Dieu, affilié à la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne à but non lucratif (FEHAP), est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) assurant les missions de service public de psychiatrie de secteur. A ce titre, il est chargé des missions de la sectorisation psychiatrique dans le sud du département du Rhône et dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de Lyon à savoir depuis 1<sup>er</sup> septembre 2010\* :

### 3 secteurs de psychiatrie générale 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

*\*L'établissement a mis en œuvre entre 2008 et 2010 une nouvelle cartographie des secteurs de psychiatrie adulte et enfant. Ainsi, les secteurs de psychiatrie générale 69 G13, 69 G14, 69 G15, 69 G16, 69 G17, 69G18/19, ont été réorganisés en 3 secteurs élargis : le secteur 69 G25 comprenant les cantons de Tassin la Demi Lune, Vaugneray (hors communes de Brindas, Messimy, Thurins, Yzeron), Saint Laurent de Chamousset, Ste Foy les Lyon, Oullins, et Lyon 7<sup>ème</sup>, le secteur 69 G26 comprenant les cantons de St Symphorien sur Coise, Givors, Condrieu, Mornant, Irigny, St Genis Laval (plus les communes de Brindas, Messimy, Thurins, Yzeron, et Irigny) et le secteur 69 G27 comprenant les cantons de St Priest, St Symphorien d'Ozon, St Fons et Vénissieux.*

*Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile 69 i07, 69 i08 et 69 i09 ont également été regroupés en 2 secteurs élargis : le secteur 69 i011 comprenant les cantons de Tassin la Demi Lune, Vaugneray, Irigny, St Genis Laval, Ste Foy les Lyon, Oullins, St Laurent de Chamousset, St Symphorien sur Coise, Mornant et le secteur 69 i012 comprenant les cantons de Vénissieux, St Fons, St Priest, St Symphorien d'Ozon, Givors, Condrieu, Lyon 7<sup>ème</sup>.*

En 2010, le territoire géographique référé au Centre hospitalier Saint Jean de Dieu couvre le sud du département et représente un tiers du département du Rhône tant au niveau du territoire que de la population. Plus précisément,

⇒ la superficie couverte est de 1 128 km<sup>2</sup>

⇒ la population référée au Centre hospitalier est de 560 148 habitants [source INSEE, populations légales 2006 en vigueur à compter de janvier 2009] dont 1/5<sup>ème</sup> de 0 à 16 ans. A noter que les dernières données de population (Insee : population 2008 en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2011) font apparaître une population de 567 848 habitants pour le territoire de Saint Jean de Dieu. L'exploitation des données par tranche d'âge n'étant pas encore disponible, seules les données 2006 sont détaillées dans le présent document. Les secteurs de l'hôpital appartiennent à des communes en forte expansion démographique. A l'exception des cantons des Monts du Lyonnais, ils regroupent des populations urbaines et suburbaines très denses. Plusieurs secteurs possèdent des pôles fortement urbanisés, composés de grands ensembles de banlieue dont la population est en majorité à faibles revenus, avec des taux élevés de personnes en difficulté sociale.

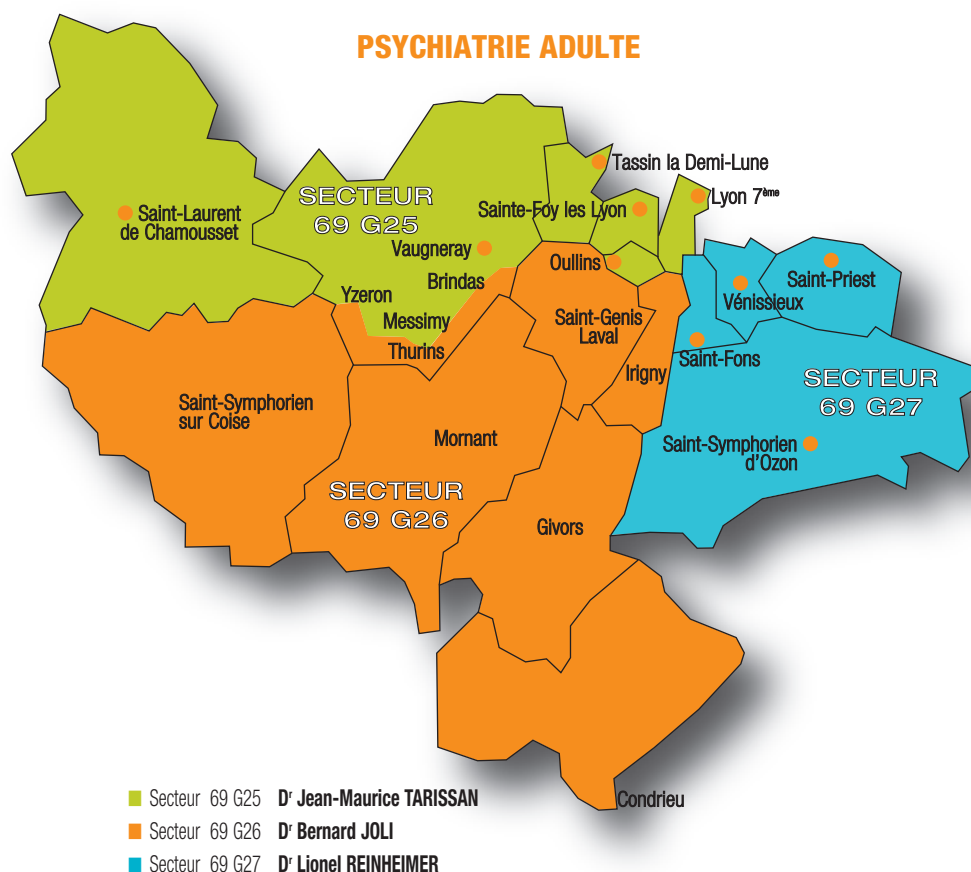
Ces situations socio-économiques induisent des pathologies et une morbidité spécifiques. L'importance très grande de ces situations dans les secteurs de l'Est et du Sud du Rhône doit être prise en considération pour les besoins de notre dispositif de soins.

A noter qu'un seul arrondissement de Lyon - le 7<sup>ème</sup> - fait partie de nos secteurs. Ce secteur est en forte expansion démographique : + 14,5% entre 1999 et 2008. Il comprend une population extrêmement variée dont un fort contingent d'étudiants.

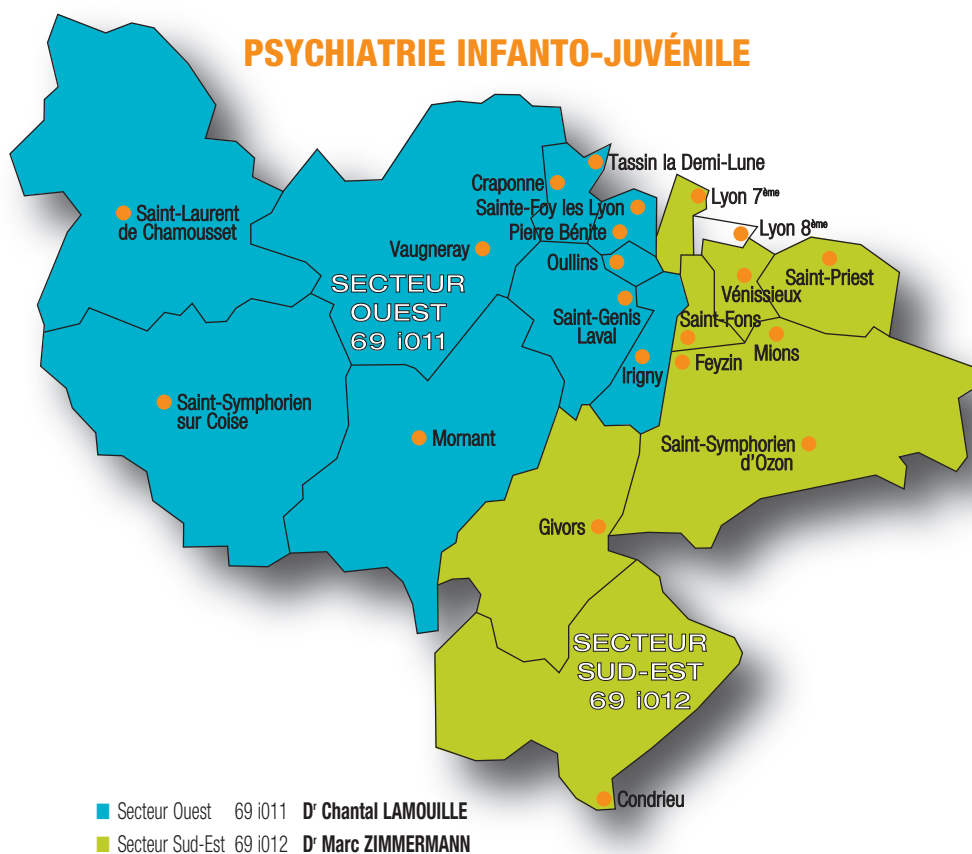
Au regard de leur superficie :

- un des trois secteurs de psychiatrie adulte (69 G26) a un territoire très étendu (supérieur à 600 km<sup>2</sup>).
- Le secteur infanto-juvénile 69 i011 est, quant à lui, d'une superficie encore plus importante (705 km<sup>2</sup>).

Secteur de psychiatrie générale			
Secteurs	Cantons ou communes	Km <sup>2</sup>	Populations légales au 1 <sup>er</sup> janvier 2006 (INSEE)
69 G25	<b>Cantons :</b> Tassin la Demi Lune Vaugneray* Saint Laurent de Chamousset Lyon 7 <sup>ème</sup> Sainte Foy les Lyon Oullins *Sauf communes Brindas, Messimy, Thurins, Yzeron.	303	205 631
69 G26	<b>Cantons :</b> Saint Symphorien sur Coise Givors Condrieu Mornant Irigny Saint Genis Laval Communes de Brindas, Messimy, Thurins, Yzeron.	621	175 505
69 G27	<b>Cantons :</b> Saint Priest Saint Symphorien d'Ozon Saint Fons Vénissieux	204	179 012
<b>Total</b>		1128	560 148



Secteur de psychiatrie infanto juvénile			
Secteurs	Cantons ou communes	Km <sup>2</sup>	Population de 0 à 16 ans Pop. 2006 (INSEE)
69 I011	Cantons : Tassin la Demi Lune Vaugneray Sainte Foy les Lyon Oullins Saint Genis Laval Irigny Mornant Saint Laurent de Chamousset Saint Symphorien sur Coise	705	57 396
69 I012	Cantons : Vénissieux Saint Fons Saint Priest Saint Symphorien d'Ozon Givors Condrieu Lyon 7 <sup>ème</sup>	423	65 841
Total		1128	123 237



## I. Présentation générale (suite)



## B. ORGANISATION

**Le Centre hospitalier Saint Jean de Dieu est géré par l'Association du Rhône pour l'Hygiène Mentale (ARHM) qui assure la gestion d'établissements issus des secteurs sanitaire et médico-social.**

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010, l'ARHM a choisi de structurer ces différents établissements en pôle de gestion à savoir :

### Le Centre hospitalier Saint Jean de Dieu



### Les Ateliers ESAT Denis Cordonnier



Les Ateliers ESAT Denis Cordonnier comprennent un Etablissement et Service d'Aide par le Travail de 330 places.

### Le Pôle Pléiade Accompagnement et hébergement



Le Pôle Pléiade comprend :

- un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) de 50 places,
- un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) de 30 places,
- un Service Tutélaire,
- une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) le « Bosphore » de 12 places.

### Le Pôle hébergement Moulin Carron



Le Pôle Moulin Carron comprend :

- un foyer d'hébergement, le « Foyer de Lérine » de 50 places,
- un foyer de vie, le « Foyer de vie Pierre d'Arcy » de 36 places,
- un foyer d'hébergement, le « Foyer de la Poste » de 12 places,
- un centre d'accueil de jour, le « Centre d'accueil de jour » l'Oasis de 5 places à temps plein et 20 places à mi-temps.

### Le pôle l'Escale accompagnement, handicap, dépendance



Ce pôle comprend :

- une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), le « Mas de Révolat » de 55 places,
- un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), le « FAM de l'Europe » de 21 places,
- les unités de vie pour personnes âgées souffrant de troubles psychiques (résidences Habitat Plus) de 27 places à savoir Habitat Plus « Rhapsodies », Habitat Plus « Louisiane » et Habitat Plus « Rive Gauche ».

## Organisation institutionnelle du Centre hospitalier Saint Jean de Dieu

Pour son fonctionnement institutionnel, le Centre hospitalier Saint Jean de Dieu possède, outre les rouages habituels d'un établissement de santé privé, une Commission de gestion qui constitue un organe particulier.

L'ensemble de son organisation institutionnelle s'établit comme suit :

### Le Conseil d'administration de l'Association du Rhône pour l'Hygiène Mentale

*Président : M. Antoine Martinez*

### La Commission de gestion

- composée dans la forme des Conseils d'administration des hôpitaux publics à caractère départemental.

*Président de droit : M. le Président du Conseil Général - M. Michel Mercier - qui délègue pour cette mission M. Paul Delorme, Vice - Président du Conseil Général.*

Cette Commission de gestion joue un rôle de commission de surveillance pour la bonne mise en œuvre des missions du service public de la sectorisation psychiatrique confiées à l'ARHM.

### La Conférence médicale d'établissement

- composée à l'identique des Commissions médicales d'établissements des hôpitaux publics et disposant d'attributions plus importantes.

*Président : Dr Bernard Joli*

### Le Comité d'établissement

- composé dans les formes légales.

*Président : M. Jacques Marescaux,  
chef d'établissement,*

*Secrétaire : Mme Odile Lepetit - SUD*

### Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

- chargé de prévenir les risques, de garantir l'hygiène et la sécurité et d'améliorer les conditions de travail,
- composé dans les formes légales.

*Président : M. Jacques Marescaux,  
chef d'établissement,*

*Secrétaire : M. Robert Gouillon - CGT*

### Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales

- chargé de la prévention des infections et de l'hygiène hospitalière,
- composé dans les formes légales.

*Présidente : Mme Muriel Calvo  
(Pharmacienne)*

### La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC)

- composée dans les formes légales.

*Président : M. Michel Maillé,  
par délégation du chef d'établissement.*

## I. Présentation générale (suite)



### **Organigramme des structures d'activité**

#### LE DISPOSITIF DE SOINS

##### **1. Les secteurs de psychiatrie générale et infanto juvénile**

Ces secteurs, placés sous l'autorité d'un médecin-chef de secteur, assurent les missions de la psychiatrie de secteur au profit des populations qui leur sont confiées. Les secteurs disposent d'unités d'hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et de structures de secteur dans la cité pour des soins ambulatoires ou des accueils thérapeutiques à temps partiel.

##### **2. Les dispositifs intersectoriels de psychiatrie**

Ces pôles intersectoriels assurent, pour la population des secteurs, soit la mise en oeuvre d'un soin particulier, soit la prise en charge d'une population particulière. Il s'agit plus précisément du pôle de Géro-nto-Psychiatrie, du pôle Intersectoriel de Soins et de Réhabilitation. Il s'agit également d'unités spécifiques, ayant une mission dépassant le cadre de l'établissement : Institut Régional d'Interventions Systémiques, Interface SDF, ATIS, consultation douleur et dispositif de psychiatrie de liaison (UPUL).

##### **3. Les services médicaux communs**

Ces services assurent, pour le compte des secteurs ou des services intersectoriels, des prestations médicales non psychiatriques et des prestations médico-techniques.

##### **4. Le Service de Soins**

Sous la direction de la Directrice des soins, ce service comprend l'ensemble des personnels infirmiers, aides soignants et agents des services hospitaliers.

#### LE DISPOSITIF DE FONCTIONS SUPPORTS AUX SOINS

##### **1. Le Département d'Information Médicale (DIM)**

Coordonne la gestion du traitement de l'activité médicale et soignante, organise également le recueil, l'exploitation et la diffusion de l'information médicale, en particulier l'activité de soins.

##### **2. La gestion documentaire (CDH-BM)**

Le Centre de Documentation assure la gestion de la documentation pour l'ensemble de l'établissement.

##### **3. Les services administratifs et logistiques organisés depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010 en 2 directions générales adjointes :**

- la direction générale adjointe « Ressources » regroupant la direction des ressources humaines, la direction des affaires financières, la direction du système d'information, la direction du patrimoine et de la sécurité, la direction des achats et des services hôteliers ;
- la direction générale adjointe « Stratégie et projets » regroupant les missions transversales qui soutiennent les projets et le développement des secteurs de soins : projet d'établissement et CPOM, démarche qualité, communication, développement associatif.

***Le Centre hospitalier Saint Jean de Dieu est également le siège du Groupement d'Intérêt Public ASCODOCPSY qui fédère 95 établissements psychiatriques français disposant d'un centre de documentation.***

***Président du Conseil d'administration :  
D Christian Muller,  
Directeur : M. Jacques Marescaux,  
Coordinatrice : M<sup>me</sup> Nathalie Berriau.***

## C. REPÈRES

Les résumés standardisés au format RIM-P sont à l'origine des indicateurs publiés dans ce rapport. La majorité d'entre eux sont donc identiques à l'exploitation qui en est faite par l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation)

<b>Activité</b>	<b>Données 2010</b>	<b>Données 2009</b>	<b>Écarts ou données brutes</b>
<b>File Active globale de l'établissement<sup>(1)</sup></b> comprenant la file active de psychiatrie générale, infanto-juvénile et des dispositifs intersectoriels.	<b>15 180 patients</b>	15 280	-0,65 %
File active de psychiatrie générale	<b>10 604 patients</b>	10 673	-0,64 %
File active psychiatrie infanto-juvénile	<b>4 643 patients</b>	4 666	-0,5%
Taux de recours au soin	<b>2,24 %</b>	2,26 %	
Taux de nouveaux patients <sup>(2)</sup>	<b>36,4 %</b>	41,5 %	
<b>Répartition de l'activité</b>			
<b>Hospitalisation temps complet</b>			
journées dont hospitalisation adultes	<b>123 692</b> <b>97 %</b>	123 131 97 %	+0,46 %
entrées (SDH)	<b>3 009</b>	3 066	-1,86 %
FA dont FA adulte temps complet	<b>1 759 patients</b> <b>94 %</b>	1 740 93 %	+1,09 %
<b>Activité à temps partiel</b>			
(CATTP – H. de jour – H. de nuit) dont accueil à temps partiel adultes	<b>41 329 journées</b> <b>71 %</b>	38 929,5 70 %	+6,16 %
File active patients suivis à temps partiel dont FA temps partiel adultes	<b>1 600 patients</b> <b>76,5 %</b>	1 466 76 %	+9,1 %
dont accueil de jour (= CATTP) dont temps partiel adultes	<b>16 789 journées</b> <b>82 %</b>	15 726,5 81,5 %	+6,7 %
File active patients suivis en CATTP dont FA CATTP adultes	<b>1 031 patients</b> <b>84,5 %</b>	893 83,5 %	+24 %
<b>Activité ambulatoire</b>			
des centres médico-psychologiques dont actes ambulatoires adultes	<b>130 991 actes</b> <b>58,5 %</b>	127 115 59 %	+3 %
File active patients suivis en CMP dont CMP adultes	<b>14 371 patients</b> <b>68,5 %</b>	14 496 68,5 %	-0,86 %

(1) nombre de patients ayant eu recours aux soins de l'établissement au moins une fois dans l'année

(2) patients qui n'ont pas été pris en charge par le Centre hospitalier Saint Jean de Dieu depuis 1993

## I. Présentation générale (suite)



<b>Activité</b>	<b>Données 2010</b>	<b>Données 2009</b>	<b>Écarts ou données brut</b>
<b>Taux d'occupation</b> (source : DAFAG, Analyse de gestion)			
psychiatrie générale : hospitalisation temps plein	95,5 %	100,6 %	
<b>Prise en charge sous contrainte</b> (source : DAFAG, SDH)	777	793	-2 %
Nombre de mesures mises en place (psychiatrie générale)			
<b>Durée moyenne des séjours (DMS)* d'hospitalisation à temps complet terminés en 2010, psychiatrie adulte</b>	62,3 journées	54	+15,3 %
<b>Durée moyenne d'hospitalisation par malade (DMHM),</b>	75,4 journées	76,1	-0,9 %
<b>Prise en charge somatique des patients hospitalisés par le Département de Médecine Polyvalente (DMP)</b>			
FA pour la médecine générale	1 017	1 250	-15,5 %
FA pour la médecine de spécialité	886	960	-7,7 %
FA pour la kinésithérapie	265	251	+5,5 %

\*Les DMS de l'établissement sont calculées sur la longueur réelle des séjours, y compris quand ces derniers ont débuté avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

### Capacité d'accueil

538 lits et places dont :

- 368 lits temps complet, dont 22 lits pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile,
- 170 places en hôpital de jour réparties sur 12 hôpitaux de jour dont 7 pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

### Ressources humaines

Répartition des effectifs équivalent temps plein au 31/12/2010 : 1092,09 ETP dont

- 80,9% de personnels affectés aux services de soins dont 10,6% de médecins, 3,7% d'encadrement infirmier, 34,1% d'infirmiers, 5,8% de psychologues, 3,2% de rééducateurs, 9,3% d'aides-soignants, 2,3% d'assistantes sociales, 5,1% de secrétaires médicales et 6,8% d'agents des services hospitaliers,
- 10,3% de personnels affectés à la fonction support logistique,

- 4,2% de personnels affectés à la fonction support administrative,
- 3,8% de personnels affectés à la fonction support médico-technique.

### Ressources logistiques

Patrimoine immobilier

- sur le site hospitalier  
290 route de Vienne à Lyon :  
un terrain d'une assiette foncière de 239 000 m<sup>2</sup>  
des bâtiments d'une surface utile de 51 119 m<sup>2</sup>
- sur les autres sites :  
soins hospitaliers et ambulatoires surface utile de 16 884 m<sup>2</sup>

### Ressources financières

Fonctionnement Budget d'exploitation (dépenses) : 79 152 163 €

## II. Analyse globale de l'activité médicale



### A. LA POPULATION DES SECTEURS RATTACHES AU CENTRE HOSPITALIER SAINT-JEAN DE DIEU : 560 148 HABITANTS

(Source INSEE, populations légales 2006 en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2009)

#### ■ Une population importante

La zone géographique référée au Centre hospitalier Saint-Jean de Dieu compte 560 148 habitants tous âges confondus.

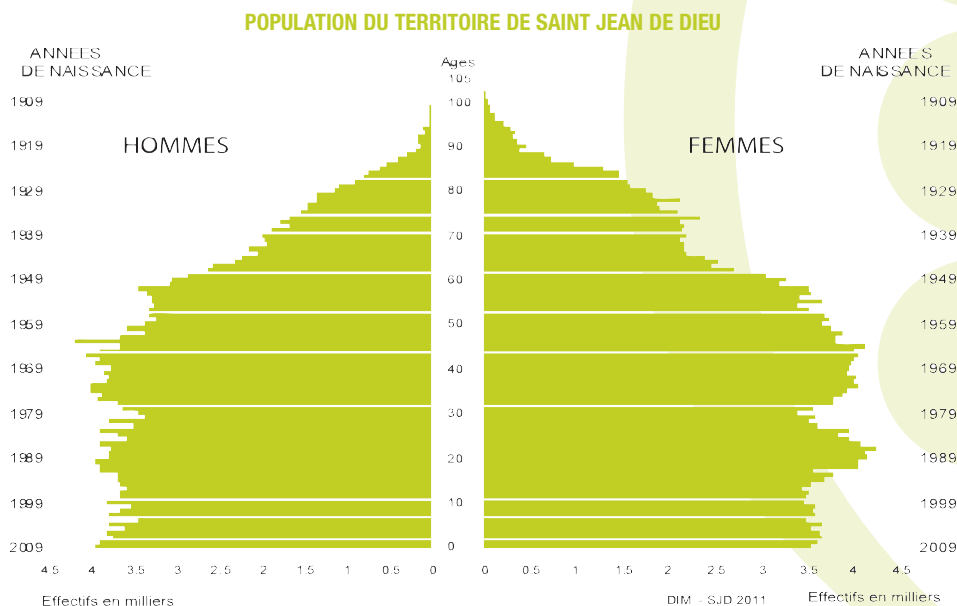
#### ■ Un double défi démographique : une évolution soutenue de la population jeune et une forte augmentation des âgés.

Pour le département du Rhône, la part des moins de 25 ans passerait de 33,7 à 31,8%, celle des 65 ans et plus de 14,8 à 20,9 d'ici 2040. De la même façon, les histogrammes ci-contre eux aussi, objectivent la demande croissante de soins à laquelle il faudra se préparer avec leurs bases stables et les deux modes d'âge bien visibles (20 et 45 ans) en 2010.

#### ■ Une population globale en progression

La progression de la population des communes couvertes par les secteurs du Centre hospitalier Saint Jean de Dieu se confirme au travers des chiffres de l'Insee puisqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2011 on constate une augmentation de plus de 1% des résidents (par rapport à la population légale 2006 en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2009), cette progression a été particulièrement marquée dans les cantons situés à l'ouest et au sud-ouest de Lyon (82%).

**Histogrammes de l'âge des résidents des secteurs de Saint Jean de Dieu par sexe**  
(chiffres Insee applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2009, n=560148)



## II. Analyse globale de l'activité médicale (suite)



### B. UNE FILE ACTIVE GLOBALE STABLE : 15180 patients en 2010

#### Définition

Il s'agit du nombre de patients ayant eu recours aux soins de l'Établissement au moins une fois dans l'année. Ainsi, les patients vus dans deux secteurs et plus ne sont comptés qu'une fois. De ce fait, la file active globale de l'Hôpital est inférieure à la somme des files actives des secteurs de « Psychiatrie Adulte » et de « Psychiatrie Infanto-Juvenile ».

On observe une légère diminution de la file active ambulatoire (- 0,86%), avec respectivement -0,78% et -0,97% pour la psychiatrie adulte et infanto-juvenile.

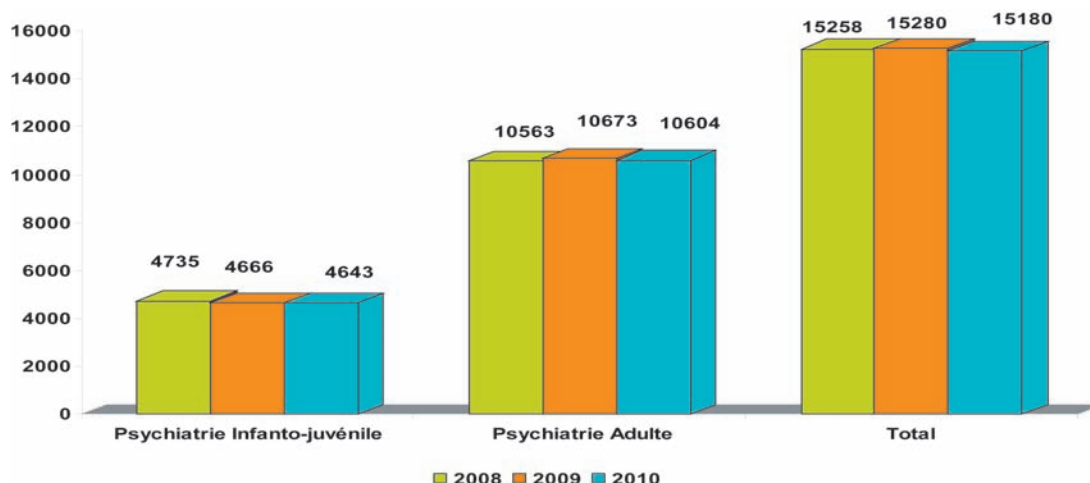
L'addition des files actives adultes, infanto-juvenile et des dispositifs intersectoriels est de 16 384, soit un différentiel de 8% avec la file active sans double compte.

#### Faits marquants

- La part des patients domiciliés en dehors des secteurs rattachés à l'Hôpital Saint Jean de Dieu reste stable ces deux dernières années (16%).
- Le renouvellement de la file active, en 2010, a été de 35% pour la psychiatrie adulte et de 39% en infanto-juvenile ;

- Parmi les patients âgés de plus de 16 ans pris en charge pour la 1<sup>ère</sup> fois en 2009 et suivis cette année-là exclusivement en CMP, 1% seront hospitalisés à temps complet en 2010 ;
- Le nombre de patients vus une seule fois représente 18,4% de la file active. Pour ces 2 797 patients, 75,5% ont été pris en charge en psychiatrie adulte, et 24,5% en psychiatrie infanto-juvenile ; 13% sont des adultes âgés de 65 ans et plus (11% en 2009).
- L'ancienneté de prise en charge des patients de la file active 2010 est illustrée sur le tableau ci-dessous. La part des patients connus depuis moins de 2 ans a été respectivement égale à 47% pour les structures adultes et 67% pour les enfants. En 2010, le mode de prise en charge prédominant pour ces patients demeure l'ambulatoire. La prise en charge ambulatoire exclusive représentait en 2010 77% chez les adultes et 90% chez les enfants. L'ambulatoire combiné avec une prise en charge d'hospitalisation représentait 16 et 8% respectivement dans ces deux grandes cohortes d'âge.

Evolution des files actives de 2008 et 2010



### Répartition de la file active en fonction de l'ancienneté de la prise en charge à Saint Jean de Dieu

Entrée du patient	Psychiatrie Adulte		Psychiatrie Infanfo-juvénile	
	FA	%	FA	%
antérieure à 2008	4927	46	1170	25
2008	687	6	406	9
2009	1244	12	1277	28
2010	3746	35	1790	39
<b>Total</b>	<b>10 604</b>	<b>100</b>	<b>4643</b>	<b>100</b>

### Répartition de la file active par mode de prise en charge

	2009	2010
	FA	FA
Toutes prises en charge confondues	15280	15180
H. plein temps, Post cure, séjours thérapeutique	1740	1759
H. de jour, H. de nuit, CATTP	1466	1600
Ambulatoire	14496	14371

### L'écart Hommes (51%) Femmes (49%)

- La distribution du sexe varie selon la forme d'activité puisque en hospitalisation 56,6% des patients sont des hommes (56,9% en 2009) contre 50,4% en ambulatoire (50,1% en 2009).

La distribution homme-femme varie également selon les services. Les patientes de sexe féminin sont ainsi représentées dans les différents services à hauteur de :

- Secteurs infanfo-juvéniles 34 et 37%
- Pôle Intersectoriel de Soins et de Réhabilitation 35%
- Adolescent 42%
- Les deux unités d'hospitalisation de courte durée 43 et 44%
- Secteurs de psychiatrie adultes pour l'hospitalisation : entre 33 et 49% pour l'ambulatoire : 57 et 55%
- Pôle de Géro-psi-chiatrie 63%

### LE TAUX DE RECOURS AU SOIN : 2,24%

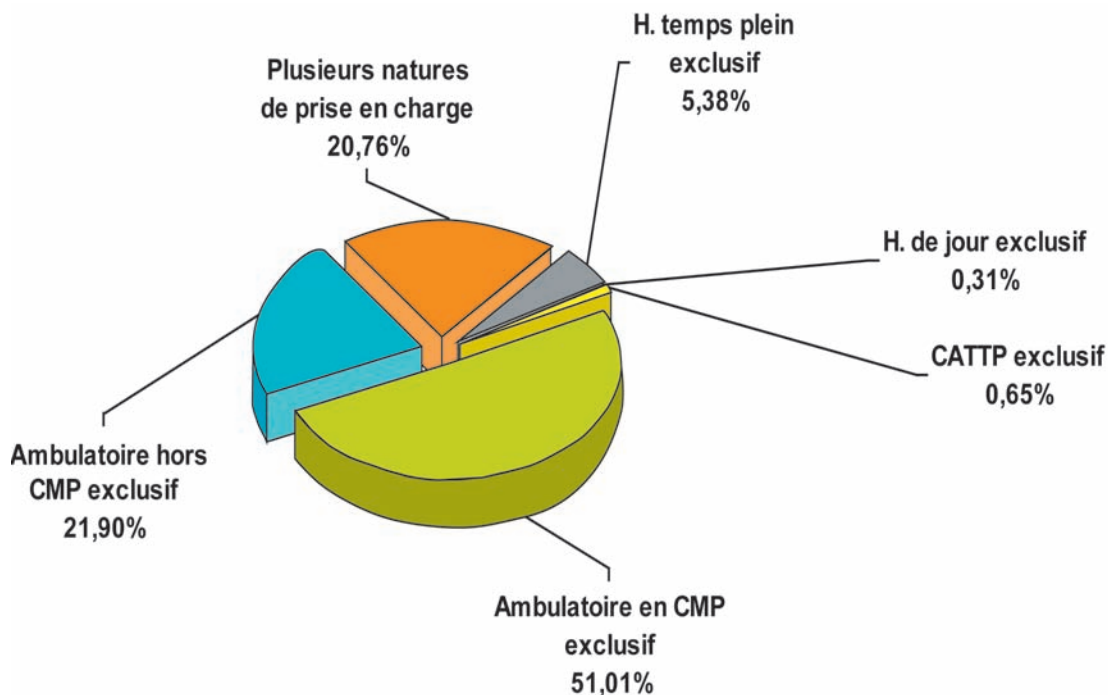
- Le taux de recours des patients originaires des secteurs de l'hôpital Saint-Jean de Dieu est stable (2,26 en 2009) ;
- En psychiatrie infanfo-juvénile, ce taux reste également stable : 3,53% (3,55 en 2009) ;
- De même, le taux de recours des patients de plus de 16 ans reste stable : 1,88% (1,89 en 2009).
- Les taux des secteurs adultes varient de 1,71 (69G25) à 2,20% (69G27). Cette différence est en partie liée à l'offre de soins (moyens et découpages sectoriels) ; à titre d'exemple, 3% des patients pris en charge par le G27 sont résidents du G26 et 4% des patients pris en charge par le G25 sont résidents du G26.

## II. Analyse globale de l'activité médicale (suite)

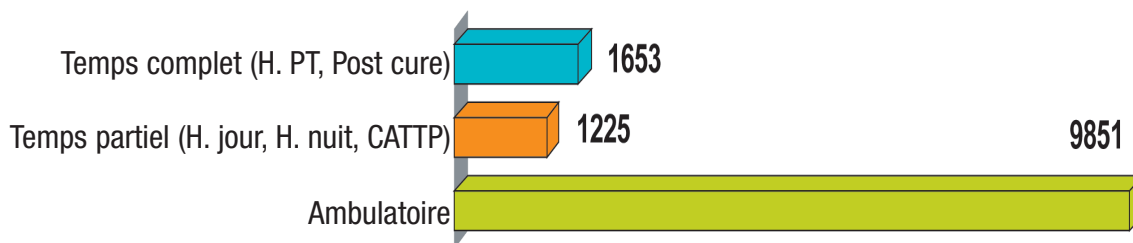


### NATURES ET FORMES DE PRISE EN CHARGE DE LA PSYCHIATRIE DE L'ADULTE

Une part importante de la file active (80%) a bénéficié d'une seule forme d'activité



### Distribution par nature de prise en charge



### Prise en charge des adultes : part des séjours dont la durée est égale ou inférieure à 5 jours.

Hospitalisation à temps complet

	2009		2010	
	N	(%)	N	(%)
<b>Total séjours</b>	1810		2063	
<b>Part des séjours de 5 jours et moins</b>	627	34,6	575	27,9

Prise en compte des séjours plein temps adulte commencés et terminés dans la période

## PSYCHIATRIE ADULTE

- La psychiatrie adulte recouvre les services sectorisés (G25 à G27), les dispositifs inter-sectoriels (Géronto-Psychiatrie, Pôle Intersectoriel de Soins et de Réhabilitation), les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée, l'Institut Régional d'Interventions Systémiques, Interface SDF, ATIS, la consultation douleur et le dispositif de psychiatrie de liaison (UPUL).
- On constate une stabilité de la file active des patients pris en charge à temps complet. La proportion de patients qui a bénéficié exclusivement de ce type de prise en charge bouge peu, soit 35% en 2010 (37% en 2009 ; 35% en 2008). La proportion des patients pris en charge en psychiatrie adulte ayant fait un séjour à temps complet reste stable en comparaison à 2009 (15,6% vs 15%). Néanmoins le nombre de séjours temps complet en psychiatrie adulte diminue en 2010 (2763 vs 3382).
- La file active des patients pris en charge à temps partiel est restée stable et représente 10% de la file active.
- La file active des patients suivis en ambulatoire augmente légèrement en 2010. Les unités ambulatoires ont pris en charge 95% de ces patients (93% en 2009), 77% étant suivis exclusivement sur ce mode de prise en charge.
- Les prises en charge thérapeutiques combinées en hospitalisation représentent une part importante des soins puisque 11% des patients ont bénéficié de ces combinaisons de soins.

## PSYCHIATRIE DES 65 ANS ET PLUS

- Cette classe d'âge (moyenne de 75 ans) représente 17,7% des adultes (17,4 en 2009). Ces patients ont consommé 13,7% des journées (dont 15% des journées temps complet). La DMS est sensiblement plus courte (55,5 j) en comparaison avec les séjours des adultes de moins de 65 ans (61,6 j) avec, également une DMHM plus courte (59,2 vs. 78,8 j).

Le groupe des troubles de l'Humeur reste, avec les troubles mentaux organiques, le motif principal des soins. Cependant, la comparaison aux adultes de moins de 65 ans montre :

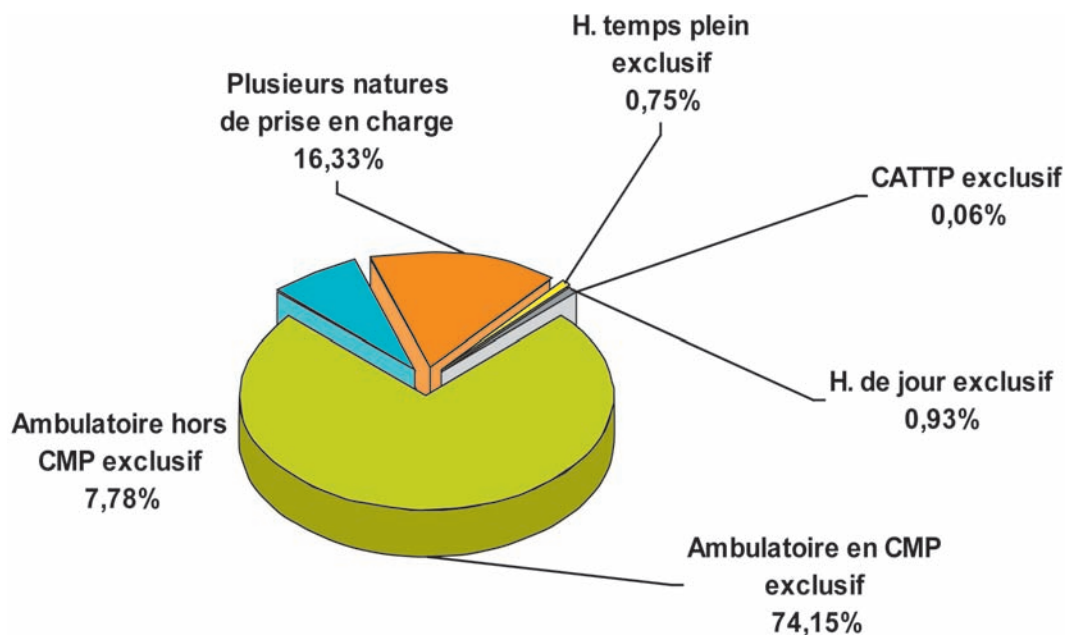
- Pour les troubles de l'humeur : 3,8 fois moins de patients, 3,1 fois moins de séjours, 1,9 fois moins de journées et 4 fois moins d'actes ;
- Pour les troubles mentaux organiques : 5,4 fois plus de patients, 1,9 fois plus de séjours, 1,6 fois plus de journées et 6,7 fois plus d'actes ;
- La proportion des séjours temps complet sous contrainte est de 23% (vs 25 pour les adultes plus jeunes).

## II. Analyse globale de l'activité médicale (suite)

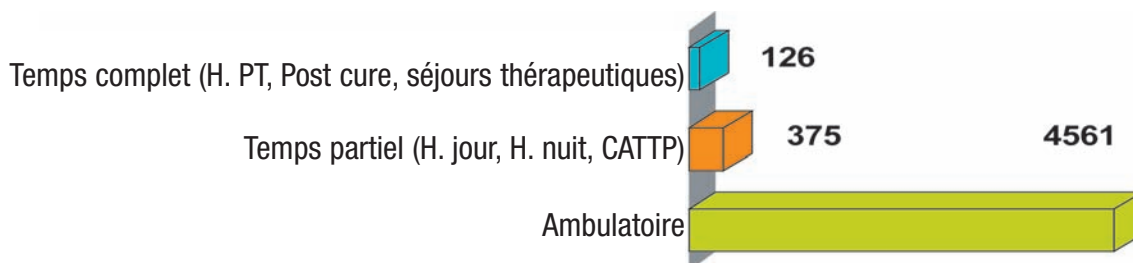


### NATURES ET FORMES DE PRISE EN CHARGE DE LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT

Une part importante de la file active (83%) a bénéficié d'une seule forme d'activité



Distribution par nature de prise en charge



### PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

En 2010, cette activité de soin a été réalisée par les deux secteurs i11, i12, le dispositif T.E.D. et l'unité des adolescents Ulysse.

- 98% des patients de ces services ont été suivis en ambulatoire dont 90% exclusivement sur ce mode.
- 8% des patients ont bénéficié d'une prise en charge à temps partiel en hôpital de jour ou en CATTP ; cette proportion est stable depuis 2005.

- Le département pour adolescents a pris en charge 109 patients ; 17% d'entre eux ont été suivis exclusivement en ambulatoire. L'activité temps plein de cette unité représente 73% des journées de la psychiatrie infanto-juvénile (2461 vs 2 508 en 2009) et 78% de la file active infanto-juvénile dans ce mode de prise en charge.

## C. DONNEES D'ACTIVITE

### L'ACTIVITE AMBULATOIRE A AUGMENTE DE 3%

Les équipes des CMP ont réalisé en 2010 un total de 130 991 actes (contre 127 115 en 2009).

Cette activité réalisée pour 14 371 patients se répartit principalement en activité d'entretien et de groupe (91% en psychiatrie adulte ; 84% en psychiatrie infanto-juvénile).

Le nombre moyen d'actes par patient (hors réunions et démarches) est de 7 pour la psychiatrie adulte et 10 pour l'infanto-juvénile.

Cette modalité de prise en charge concerne une majorité, de femmes chez les adultes (56%), de garçons chez les enfants (65%).

### L'ACTIVITE HOSPITALIERE TEMPS COMPLET EST STABLE

L'hospitalisation à temps complet reste stable :  
123 692 journées d'hospitalisation contre  
123 131 journées en 2009.

La durée moyenne de séjour augmente en psychiatrie adulte (62,3 vs 54 j), allongement qui résulte conjointement de la diminution des séjours de moins de 5 jours, de l'augmentation des hospitalisations sous contrainte avec sortie d'essai de plus de 48 heures et de l'augmentation de 20% des patients hospitalisés au long cours. Cette DMS augmente de manière non significative en psychiatrie infanto-juvénile (6,2 vs 5,9 j).

Pour la psychiatrie adulte, le nombre annuel de séjours temps complet reste stable (2 763 vs 2 731 en 2009).

On notera que le taux d'occupation en psychiatrie générale reste très élevé (95,5%) A noter que ce taux correspond à l'hospitalisation temps plein dans les unités sectorisées + unités des pôles inter-sectoriels. Ce taux se situait à 99,1% pour les unités de psychiatrie adulte sectorisées.

Les admissions sous contrainte (79,5% en HDT) diminuent de 2% par rapport à 2009, et concernent majoritairement les hommes (54%). Elles représentent 33% des entrées directes en psychiatrie adulte.

En 2010, 40% des journées d'hospitalisation temps complet adulte (hors sorties d'essai) ont été consacrées à la prise en charge des patients hospitalisés sous contrainte (38,5% en 2009).

Le nombre de journées d'hospitalisation en chambre d'isolement reste comme en 2009 sous estimé (2454 vs 2169).

Le nombre de décès en cours de séjour est de 16 en 2010 (22 en 2009).

La prise en charge combinée décrite par le RIM-P en 2010 représente 11% des séjours. Concernant la prise en charge à temps complet, 15% des patients ont été parallèlement suivis à temps partiel.

### L'ACTIVITE HOSPITALIERE TEMPS PARTIEL AUGMENTE

On observe une augmentation de 3% des présences et une augmentation de 6% des journées produites.

De 2009 à 2010 le ratio demi-venues sur venues reste stable ; pour le CATTP ce ratio de 7 en 2009 passe à 6 en 2010.

Mesuré en nombre de journées, le Temps Partiel s'est accru en 2010 de 8% en psychiatrie adulte et de 2% en psychiatrie infanto-juvénile.

L'hospitalisation de nuit reste une forme de soins rarement mise en œuvre dans notre établissement (332 nuits en 2010, 399 en 2009). L'activité des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) augmente en journées comme en file active, avec une file active de 1031 patients (contre 893 en 2009), essentiellement adultes (84%). Les journées produites pour cette activité CATTP (16 789) ont augmenté de 6,7%, avec en moyenne 32 demi-journées d'accueil par patient.

Evolution de la Durée Moyenne des Séjours de prise en charge en Temps Complet, terminés en 2010 et de la Durée Moyenne d'Hospitalisation par malade

	Psychiatrie adulte		Unité Ulysse	
	2009	2010	2009	2010
D.M.S. (jours)	54	62,3	24,8	19,4
D.M.A.H.M. (journée / FA)	76,2	75,4	40,7	34,8

Ratio demi-venue / venue des prises en charges à Temps partiel en 2010

Demi-venue / venue	2008	2009	2010
H. de jour	0,86	0,3	0,2
CATTP	11	7	6

## II. Analyse globale de l'activité médicale (suite)



### D. GRANDES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS

Toutes les caractéristiques et changements de situation concernant la file active 2010 sont pris en compte.

On constate :

- 13,8% de valeurs manquantes sur les 15180 identités recensées en 2010.

L'absence d'information est plus importante pour les patients suivis en psychiatrie adulte (20%) en comparaison à la psychiatrie infanto-juvénile (6%). Concernant les nouveaux patients 2010, on déplore 12% de valeurs manquantes chez les adultes et 9% chez les enfants.

- La distribution des valeurs manquantes n'est pas homogène puisque, par ordre décroissant, on dénombre 31% pour la situation professionnelle, 28% pour le mode de scolarité, 20% pour le domicile et 18% pour le mode de vie.
- Les patients de moins de 16 ans sont domiciliés chez leurs parents (60%) ou un seul parent (33%) ; dans un domicile qualifié de stable (99%) et suivent une scolarité ordinaire (90%). Dans 2% des cas, les ressources de leurs familles sont faibles (AHA, minimum sociaux et CMUc). Un très petit nombre sont mariés (0.04%) voire divorcés (0.02%).
- Les patients en âge d'activité (19-65 ans) représentent 79% de la file active. Le taux de chômage est de 6.5%, l'activité protégée de 2,4% et 34% sont inactifs. Le domicile des plus de 16 ans est qualifié de stable dans 87%, précaire (6%) ou absent (1,8%). Dans la majorité des cas, ils vivent seuls ou dans leur famille (32 et 17%). La proportion

de divorcés ou de veuf(ve)s est de 21,5%. Les ressources précaires dominent puisque liées à un handicap, aux minimums sociaux et à la famille représentent respectivement 19, 9 et 4%. Les bénéficiaires de la CMUc sont 4%.

- Pour les plus de 16 ans, 10% font l'objet d'une mesure de protection (mise sous tutelle dans 45% des cas).
- La file active des patients sans abri s'est élevée à 158 en 2010, la majorité (79%) était prise en charge en ambulatoire (équipe mobile Interface), 20% étaient hospitalisés à temps plein et 1% à temps partiel. Les femmes, en moyenne plus jeunes (40 vs 42 ans) représentaient 15% de la file active. Les manifestations morbides les plus fréquentes ont été les schizophrénies (52% des actes et séquences d'hospitalisation), les troubles de la personnalité (26%) et les troubles de l'humeur (12%).

#### PATIENTS EN PRECARITE : 40%

- Parmi les 10 727 patients décrits avec leurs caractéristiques socio-démographiques, 60% n'ont pas de facteurs de précarité liés au domicile, aux revenus, au mode de vie, à la situation professionnelle, ou à la mesure de protection.
- Dans la population dite précaire, 59% des patients présentent un seul facteur de vulnérabilité ; 10% souffrent d'une précarité très sévère.
- Les critères de précarité les plus fréquents sont la solitude, l'absence de domicile stable ou de ressources propres.

### Distribution des facteurs de précarités selon les populations d'âge prises en charge en 2010

part de la FA 2010 présentant :	FA 2010	moins de 16 ans		16 à 65 ans		plus de 65 ans	
		connus	nouveaux	connus	nouveaux	connus	nouveaux
un facteur de précarité	*40	11	11	57	49	38	36
Parmi les précaires : un seul facteur	23	80	74	55	56	58	58
précarité liée au mode de vie	37	48	42	34	38	36	38
précarité liée aux ressources	44	17	20	63	46	58	43

(\*les cellules du tableau sont des pourcentages)

L'association des caractéristiques d'activité et de relation sociale permet de décrire la distribution de la population des patients en 4

classes. En 2010, les personnes vulnérables représentent 25% des cas et 19% sont socialement assistées :

### Répartition de la file active 2010 en zones de vulnérabilité sociale et économique

	Intégration	Vulnérabilité	Désaffiliation	Assistance
<b>[0-6ans]</b>	*7.8	0.9		0.4
<b>[7-15ans]</b>	19.3	1.8		1
<b>[&gt;16ans]</b>	28.4	22.7	0.1	17.6

(\*les cellules du tableau sont des pourcentages ; valeurs manquantes traitées par la méthode du mode)

Selon l'importance de la précarité, la distribution des morbidités diffère significativement. Ainsi, la proportion des schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants est de 43% et 26% pour respectivement un et deux facteurs de précarité (17,3 dans la file active globale). De même, celle des troubles de la personnalité et du comportement s'élève à 13 et 8% pour respectivement un et deux facteurs de précarité (8,3 dans la file active globale).

Par l'analyse factorielle des correspondances multiples, on observe une relation statistique entre les affections mentales prises en charge chez les adultes et le niveau de précarité sociale de ces patients. Ainsi, les schizophrénies et troubles de la personnalité et du comportement (F2 - F6 de la CIM10) sont associés à un haut niveau de handicap et une activité professionnelle réduite ou absente ; les troubles mentaux organiques et troubles liés à l'utilisation de substances (F0 - F1) sont associés à un taux important de perte d'emploi ; a contrario les syndromes comportementaux liés à des perturbations physiologiques et des facteurs physiques (F5) ont un niveau de précarité faible ; les troubles de l'humeur et troubles névrotiques (F3 - F4) sont associés à un niveau médian de vulnérabilité.

### LES NOUVEAUX PATIENTS :

- En 2010, 36% de la file active a été renouvelée (soit 35% chez les adultes, 38% en infanto-juvénile).
- Les patients adultes sont caractérisés par une inactivité pour 36% (5,5% sont demandeurs d'emploi) ; ces patients vivent seuls pour 40%, ont un handicap avéré pour 11%, bénéficient d'un minimum social pour 8%.
- Selon les données disponibles, 37% des enfants ne vivent pas chez leurs deux parents ; 1,7% ont une scolarité spécialisée et 2,9% sont des mineurs protégés.
- Parmi les nouveaux patients, 12% ont plus de 65 ans, 39% d'entre eux ont au moins un facteur de précarité socio-économique et 13% ont plus de deux facteurs de précarité significatifs (touchant à la solitude, les ressources et le domicile).

## II. Analyse globale de l'activité médicale (suite)



### E. LES PRINCIPALES MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES PRISES EN CHARGES

#### PSYCHIATRIE ADULTE

80% DES JOURNEES PRODUITES SONT REALISEES POUR DES PATIENTS PRESENTANT L'UNE DES QUATRE CATEGORIES D'AFFECTIONS SUIVANTES

- « F2 - Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants » 50%
- « F3 - Troubles de l'humeur » 13%
- « F6 - Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte » 9%
- « F10 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives » 8%

85% DES ACTES PRODUITS SONT REALISES POUR DES PATIENTS PRESENTANT L'UNE DES QUATRE CATEGORIES D'AFFECTIONS SUIVANTES

- « F3 - Troubles de l'humeur » 27%  
(7 actes / patient)
- « F2 - Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants » 25%  
(11 actes / patient)
- « F4 - Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress » 19%  
(6 actes / patient)
- « F6 - Troubles de la personnalité et du comportement » 14%  
(7 actes / patient)

#### PSYCHIATRIE PATIENTS DE 65 ANS ET PLUS

75% DES JOURNEES PRODUITES SONT REALISEES POUR DES PATIENTS PRESENTANT L'UNE DES TROIS CATEGORIES D'AFFECTIONS SUIVANTES

- « F3 - Troubles de l'humeur » 31%  
(vs 10% pour les adultes plus jeunes)
- « F2 - Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants » 23%  
(vs 54% pour les adultes plus jeunes)
- « F0 - Troubles mentaux organiques » 21%  
(vs 2% pour les adultes plus jeunes)

73% DES ACTES PRODUITS SONT REALISES POUR DES PATIENTS PRESENTANT L'UNE DES TROIS CATEGORIES D'AFFECTIONS SUIVANTES

- « F3 - Troubles de l'humeur » 35%  
(7 actes / patient)
- « F0 - Troubles mentaux organiques » 23%  
(5,4 actes / patient)
- « F2 - Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants » 15%  
(8,2 actes / patient)

#### PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

70% DES JOURNEES PRODUITES SONT REALISEES POUR DES PATIENTS PRESENTANT L'UNE DES DEUX CATEGORIES D'AFFECTIONS SUIVANTES

- « F9 - Troubles du comportement et troubles émotionnels » 38%
- « F8 - Troubles du développement » 32%

88% DES ACTES PRODUITS SONT REALISES POUR DES PATIENTS PRESENTANT L'UNE DES DEUX CATEGORIES D'AFFECTIONS SUIVANTES

- « F9 - Troubles du comportement et troubles émotionnels » 48%  
(11 actes / patient)
- « F8 - Troubles du développement » 40%  
(14 actes / patient)

# III. Ressources



## A. RESSOURCES HUMAINES

### La structuration des emplois et des effectifs

L'effectif total salarié [contrats à durée indéterminée (CDI) et contrats à durée déterminée (CDD) hors personnel non rémunéré et y compris le personnel mis à disposition et les internes] est de **1 227 au 31 décembre 2010 soit 1092,09 équivalent temps plein.**

- La proportion des temps partiels reste stable avec 338 personnes.
- La féminisation est importante et représente 70 % des effectifs.
- Une personne sur deux a plus de 45 ans, avec une augmentation particulière des extrêmes (moins de 25 ans et plus de 55 ans).
- Le turn-over global a augmenté passant de 6,80% en 2009 à 7,99% en 2010 (dont 11,81% pour les infirmiers en 2010 contre 9,04% en 2009).
- Un nombre de départs à la retraite en réduction pour l'année 2010 (18 départs) et 414 départs sont potentiellement attendus dans les 10 ans à venir soit 33,74% des effectifs, [avec une pointe en 2014 (45)], dont 53 médecins, 131 infirmiers, 43 psychologues et 16 personnels cadres (directeurs et responsables de service) des fonctions support administratives et logistiques
- Le taux d'absentéisme pour maladie est en légère baisse : avec 13 377 jours d'arrêt maladie en 2010 et un ratio maladie de 5,68 % (3,75 % hors longue maladie).
- On observe une importante diminution de l'absentéisme AT et accident de trajet, il passe d'un ratio de 1,82 en 2009 à 1,00 en 2010.

### La structuration des emplois est, elle, restée comparable avec :

- 80,93% de personnels affectés aux services de soins dont 10,56% de médecins et 4,08% d'infirmiers,
- 10,33 % de personnels affectés à la fonction logistique,
- 4,19 % de personnels affectés à la fonction administrative,
- 3,77 % de personnels affectés à la fonction médico-technique,
- 0,77 % de personnels affectés à la fonction Direction.

En 2010, le centre hospitalier Saint Jean de Dieu a rempli son obligation d'emploi de travailleurs handicapés.

### Les dépenses de personnel

Elles représentent un total de **63.900.132 €** pour l'année 2010 dont 63 024 435 € au titre des frais de personnel (+ 3,3 % par rapport à l'année précédente) et 875 698 € au titre du recours intérimaire (+ 2,3 % par rapport à l'année 2009).

### Les chiffres-clés du plan de formation

- 126 lignes d'actions réalisées au plan de formation 2010, dont 28 organisées sur mesure pour l'établissement,
- **69,76 % de l'effectif** ont suivi une formation soit 856 personnes,
- **1986 départs en formation.**

Près de 72,38% du temps de formation concernent les secteurs de soins. La durée moyenne en formation, hors cycles promotionnels, s'élève par stagiaire à 17,35 heures.

## III. Ressources (suite)



### Bilan du projet social

#### Quatre actions prioritaires ont été poursuivies :

##### 1. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

L'entretien annuel est généralisé à l'ensemble des personnels.

##### 2. L'enrichissement du système d'information ressources humaines

L'enrichissement du système d'information ressources humaines se poursuit en 2010 par la mise en œuvre du module formation du logiciel ALICIA.

##### 3. Plan d'action en faveur des séniors

Le bilan 2010 du plan d'action en vue du maintien de l'emploi des séniors dans l'établissement, présenté au comité d'établissement en fin d'année, est positif.

En effet, l'établissement a respecté ses engagements dans la mesure où :

- 18,47 % des personnels présents au 31 décembre ont plus de 55 ans,
- 8 salariés de plus de 50 ans ont été recrutés en CDI sur l'année 2010,
- 139 salariés de plus de 55 ans ont bénéficié d'une action de formation dont 2 au titre du DIF.

##### 4. Une crèche pour les enfants du personnel

Le 4 octobre 2010, la crèche d'entreprise « Le Moulin de Bambins » située au cœur du Parc du Moulin à Vent et à 5 minutes en voiture de l'hôpital a ouvert ses portes. L'implantation de la structure et l'agencement des locaux

offrent des espaces intérieurs et extérieurs fonctionnels spécifiquement conçus pour l'accueil et l'éveil des enfants de deux mois et demi à quatre ans.

Cette structure de 25 berceaux, dont 20 réservés pour le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu, propose 3 types d'accueil aux personnels embauchés en contrat à durée indéterminée :

- Un accueil régulier pour les enfants de 2 mois et demi à 4 ans qui fréquentent la structure régulièrement avec un contrat d'accueil personnalisé.
- Un accueil occasionnel en halte garderie pour les enfants de moins de 4 ans qui fréquentent la structure de manière occasionnelle.
- Un accueil d'urgence pour les enfants accueillis très ponctuellement dans la limite de 2 semaines consécutives (en cas d'hospitalisation d'un des parents, problèmes familiaux, interruption temporaire de la garde mise en place habituellement...).

La création de cette structure permet d'une part, de répondre aux besoins des salariés dont les métiers sont soumis à de fortes amplitudes horaires propres au secteur de la santé en leur permettant de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale et d'autre part, de renforcer l'attractivité de notre établissement.

## B. RESSOURCES FINANCIERES

### Le résultat d'exploitation

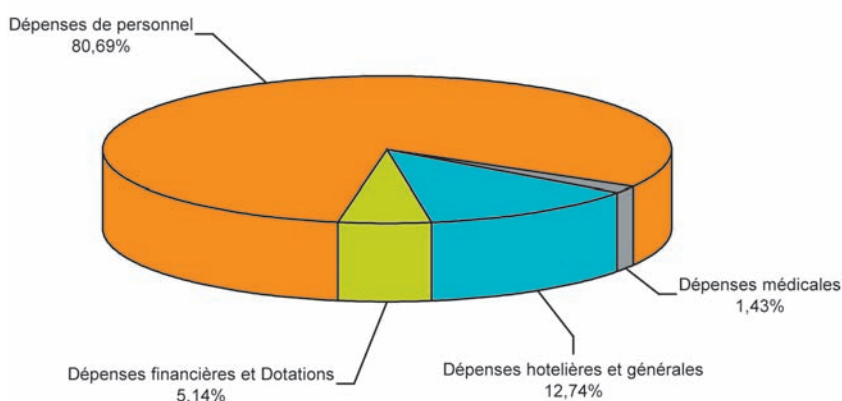
Le budget d'exploitation s'élève à 79.152.162,53 €. Les dépenses d'exploitation se répartissent comme suit :

- Les dépenses de personnel représentent 80,69% des charges d'exploitation.

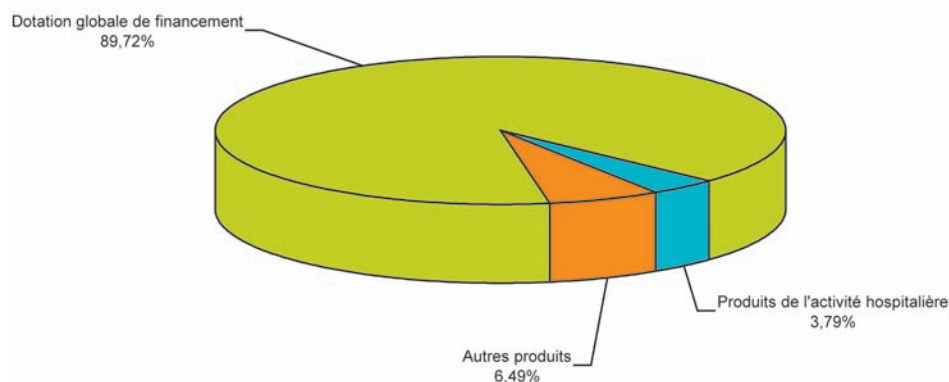
- Les charges hôtelières et générales 19,31%.

La dotation annuelle de financement représente 89,72% des recettes d'exploitation (88,79 % en 2009).

DEPENSES D'EXPLOITATION 2010



RECETTES D'EXPLOITATION 2010



DEPENSES D'EXPLOITATION	Dépenses 2010
Dépenses de personnel	63 864 849,00
Dépenses médicales	1 129 915,00
Dépenses hôtelières et générales	10 087 394,00
Dépenses financières et Dotations	4 070 004,00
<b>TOTAL DEPENSES</b>	<b>79 152 162,00</b>

RECETTES D'EXPLOITATION	Recettes 2010
Dotation globale de financement	72 448 130,00
Produits de l'activité hospitalière	3 058 015,00
Autres produits	5 241 421,00
<b>TOTAL RECETTES</b>	<b>80 747 566,00</b>
<b>RESULTAT BUDGETAIRE BRUT</b>	<b>1 595 404,00</b>

## III. Ressources (suite)



### Les résultats budgétaires

La progression des dépenses et recettes de l'année s'explique par l'effet "année pleine" de plusieurs dispositifs initiés ou renforcés sur 2009 : unité pour cérébrolésés, unité cognitivo-comportementale et centre Interface.

Des crédits pérennes ont également été obtenus pour la mise en place de la consultation douleur et d'un dispositif d'accompagnement de parents d'enfants autistes.

L'exercice 2010 s'achève avec un résultat positif de 1.595.404,05 € conforme aux dernières prévisions.

Cet excédent provient pour une très large part des financements obtenus dans la dernière phase de campagne budgétaire (décembre 2010), où l'établissement a bénéficié de près de 920.000 € de crédits qui n'ont pu être consommés sur l'exercice du fait de la notification tardive.

Près de 635.000 € d'excédent budgétaire sur la ligne de travaux expliquent également ce résultat tout à fait particulier.

Les annonces de taux d'actualisation particulièrement faibles pour 2011 laissent craindre une année difficile sur le plan budgétaire.

Dans ce contexte morose, il convient donc impérativement de maintenir les efforts entrepris afin de ne point dégrader la situation financière de notre établissement.

### L'investissement

Au-delà des travaux d'entretien et d'humanisation courants, plusieurs projets ont été finalisés sur l'année 2010 :

- La mise en service de l'unité Hermès
- La mise en route de la MAS Le Bosphore dans ses locaux provisoires

- L'installation du CMP de Thurins dans un pavillon en location

A également débuté sur l'année 2010 le chantier relatif au regroupement des structures pédopsychiatriques sur un plateau de 640 m<sup>2</sup> en immeuble neuf sur le site des Minguettes à Vénissieux.

La livraison de ce nouveau dispositif immobilier doit intervenir fin 2011.

### Un Programme d'Investissements à formaliser

Un nouveau programme (2010/2015) est en cours de travail. Ce projet devra faire la synthèse entre deux nécessités :

- La poursuite en intra-muros de l'humanisation des unités d'hospitalisation adultes dont les besoins sont nombreux,
- Extra muros, la modernisation et l'adaptation des dispositifs de soins ambulatoires aux nouveaux projets de secteurs.

Ce programme va s'appuyer sur le diagnostic immobilier déjà réalisé et sur une nouvelle déclinaison du plan directeur immobilier du site hospitalier (2010-2020).

### Des capacités financières à mobiliser

Les ambitions légitimes de ce nouveau programme vont dépendre des capacités de l'établissement à trouver de nouvelles marges de manœuvre sur le plan financier.

Toutefois, l'ampleur des besoins immobiliers identifiés et leurs évaluations financières dépasse largement les capacités financières de l'établissement et la mise en œuvre d'un tel programme dépendra nécessairement de l'accompagnement financier possible par l'ARS.

## C. SYSTEME D'INFORMATION

Une année difficile pour le service informatique dont les ressources ont été fortement mobilisées par la mise en œuvre du projet de modernisation de l'infrastructure technique des serveurs d'applications.

### APPLICATIFS METIERS :

#### ■ Gestion des patients :

Le déploiement du dossier patient à l'ensemble des professionnels de santé s'est poursuivi au cours de l'année.

De nouvelles versions de la prescription informatisée ont été testées dans les unités de gériatrie-psychiatrie, mais l'absence de certaines fonctionnalités n'a pas permis d'envisager un déploiement sur les autres unités d'hospitalisation de l'établissement.

#### ■ Gestion économique et financière :

Le progiciel actuel de gestion économique et financière est en service depuis une vingtaine d'années et ne correspond plus aux besoins de l'établissement. L'étude de son remplacement, dans le cadre du schéma directeur du système d'information de l'ARHM, a donc été lancée cette année. La mise en œuvre du projet aura lieu en 2011 pour un démarrage opérationnel en janvier 2012 sur l'ensemble des pôles de l'ARHM.

### CHANTIERS TECHNIQUES :

#### ■ Modernisation de l'infrastructure technique (projet KIWI) :

Pour accompagner la forte croissance de l'établissement ces dernières années et les projets de l'ARHM, une refonte complète et anticipée de l'infrastructure technique était nécessaire. L'étude réalisée en 2009 a permis une mise en œuvre en 2010. Ce projet complexe avait pour objectif de moderniser les serveurs d'application sans interrompre la production. C'est un projet qui s'est étalé de mars 2010 à octobre 2010, très consommateur de ressources et qui a demandé un très gros investissement de la part du personnel informatique.

### ETUDES :

#### ■ Schéma directeur du système d'information de l'ARHM :

Dans le cadre du chantier système

d'information de l'ARHM, un schéma directeur a été élaboré pour la période 2011 à 2014. Ce projet est conduit par la Direction du système d'information. Un comité de pilotage composé des directeurs des pôles de gestion est chargé de valider son élaboration et de suivre sa mise en œuvre. Une équipe projet a été mise en place pour réaliser un état des lieux et recueillir les besoins et attentes des différents pôles de gestion.

#### ■ Renouvellement de la messagerie

La Direction du système d'information a engagé une étude en vue du remplacement de la messagerie actuelle installée en 2002. La phase de mise en œuvre est prévue en 2011 pour l'ensemble des pôles de gestion de l'ARHM.

### PARC INFORMATIQUE :

L'établissement a poursuivi le renouvellement et l'installation de nouveaux équipements.

L'établissement compte au 31 décembre 2010 :

- 790 stations de travail dont 45 % sur les structures extérieures
- 476 imprimantes dont 37 % sur les structures extérieures
- 46 serveurs
- 44 lignes de communications vers les structures extérieures

### DOSSIERS MAJEURS 2011 :

- Informatisation des prescriptions et circuit du médicament
- Intégration de tous les pôles de gestion dans le système d'information de l'ARHM
- Mise en œuvre du nouveau progiciel de gestion économique et financière
- Remplacement de la messagerie

### CONCLUSION :

Les projets portés par la Direction du système d'information sont nombreux et complexes. Ils viennent s'ajouter à l'exploitation quotidienne et croissante du système d'information et dépassent désormais largement le périmètre de l'hôpital St Jean de Dieu. Le recrutement d'une personne en mai 2010 a permis d'absorber une partie de la charge de travail mais l'effectif reste cependant insuffisant au regard des projets de l'ARHM.

# IV. Qualité et gestion des risques



Les réalisations et réflexions en 2010 - dans les domaines de la Qualité et de la Gestion des Risques - sont inscrites pour l'essentiel dans les chantiers majeurs qu'ont été pour l'établissement :

- la préparation de la certification
- l'élaboration du projet d'établissement avec en filigrane, la nécessaire évolution du fonctionnement de l'hôpital, dans la logique de la loi HPST.

## Préparation de la certification

L'hôpital est entré officiellement dans la 3<sup>ème</sup> procédure de certification en septembre 2009, pour une visite prévue en septembre 2011.

L'année 2010 a été une année charnière :

- de partage des attendus propres à cette procédure
- de repérage des chantiers prioritaires à engager ou à soutenir.

La mise en place, au mois de mai 2010, d'une revue de direction mensuelle a permis de suivre l'évolution des différents chantiers et d'en tenir informé le CODIR élargi.

Par rapport aux chantiers prioritaires que sont le développement des EPP, la sécurisation du circuit des médicaments, la coordination de la gestion des risques, l'accès de tous au dossier patient, .... diverses mesures ont été prises en 2010 (voir ci-dessous). Les évolutions d'envergure figurent quant à elles dans les volets du PE 3, en cours d'élaboration.

## Evaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Pour donner au développement des EPP une impulsion nouvelle, le Comité stratégique a créé un dispositif de coordination reposant sur :

- un groupe ayant légitimité pour recenser les actions, proposer un dispositif innovant de communication et d'incitation, rendre compte périodiquement,
- un organigramme du management des EPP.

## Gestion des risques

Poursuite en 2010 du fonctionnement du COVIRIS et des circuits Evénements Indésirables (EI) et Graves (EG). On constate en 2010, une nouvelle baisse significative du nombre de signalements qui demanderait à être mieux explorée, mais aussi des améliorations issues des signalements des professionnels et de l'action du COVIRIS.

Plus globalement, le dispositif de gestion des risques en vigueur à l'hôpital nécessite d'être revisité, à la lumière de ses 10 ans de fonctionnement (pilotage, organisation, méthodes et outils, culture sécurité) et en référence aux exigences connues et à paraître, de la loi HPST. L'établissement a amorcé en 2010 une réflexion en ce sens, d'où l'axe prioritaire du volet Q/R/E du PE3 sur cette question.

## Gestion de crise

Le calendrier de travail 2010 a été consacré comme prévu à la « continuité logistique en cas de crise » : chauffage, électricité, téléphone, appel à l'aide, eau, réfrigération, système d'information. Les plans de continuité/reprise d'activité sur ces différentes fonctions devraient voir le jour en 2011 et 2012.

A noter, plusieurs exercices de simulation en 2010 :

- appel et mise en place de la cellule de crise
- évacuations en cas d'incendie

## Recueil de la satisfaction des patient

A l'instar de ce qui s'était fait en 2007 auprès des patients hospitalisés, l'établissement a mené en octobre 2010 une enquête de satisfaction auprès des patients suivis dans les CMP. Le questionnaire visait à recueillir l'avis des personnes sur les conditions d'accueil, d'information et de prise en charge.

Les résultats sont plutôt positifs avec un taux de retour de 27% et une satisfaction globale élevée. Les conditions de restitution des résultats aux patients et aux professionnels restent à réfléchir.

# V. Bilan et perspectives



## A. Directrice des soins

Cette année 2010, les secteurs adultes et enfants ont commencé la mise en œuvre de leur restructuration, la suractivité hospitalière était toujours présente mais les couchettes ont enfin disparu...

Nous percevons des changements dans les pratiques (augmentation des hôpitaux de jour dans les unités intra, diminution des VAD, mise en place des entretiens infirmiers de premier accueil...) et ce, tant en intra qu'en extra. Nous allons démarrer un travail dès 2011 sur cette thématique.

La charge en soins semble augmenter. Deux explications possibles : les profils des patients avec un profil somatique de plus en plus important et des patients en crise plus nombreux. Pour argumenter ce « sentiment », nous devons améliorer le recueil afin d'avoir une vision plus exhaustive de cette charge en soins.

Cette année, les problèmes de recrutement ont concerné l'encadrement, mais le turn over infirmier qui ne suit aucune logique temporelle nous incite à anticiper les recrutements pour maintenir l'équilibre des équipes et ce, toute l'année.

Fin 2010, nous avons repensé, l'intégration ainsi que la formation et le tutorat des nouveaux salariés soignants pour les amener à un bon niveau de connaissances et de compétences en santé mentale et dans l'espoir de les fidéliser plus longtemps. Ces dispositifs devront être

évalués régulièrement devant les nouveaux profils des équipes qui se dessinent (tant en intra qu'en extra, de jour comme de nuit) et avec la perspective de 2012 qui donnera le jour

à de nouveaux profils infirmiers à intégrer.

Nous poursuivons donc un accueil de qualité de ces étudiants infirmiers y compris pour les nouvelles promotions pour lesquelles un travail colossal a été réalisé pour les former dans de bonnes conditions.

Cette année, la CSSI, malgré une assiduité à géométrie variable, a mené un travail de fond sur les pratiques infirmières et la profession. L'ensemble de ces réflexions sera reprise dans le projet de soins.

La maturité professionnelle a permis l'émergence d'un projet de recherche.

## B. Président de la CME

Après deux années particulièrement dures, l'année 2010 est celle d'une consolidation de notre dispositif intra-hospitalier.

Vingt lits pour cérébro-lésés créés dans l'unité Hermès et le placement de patients au FAM de Saint-Cyr ont permis le démontage progressif de seize couchettes.

Ce répit nous a permis de nous lancer dans le chantier, un temps suspendu, d'un nouveau projet d'établissement tout en finalisant une profonde restructuration avec la mise en place de trois grands secteurs adultes (180 à 200 000 habitants) et de deux grands inter-secteurs enfants.

L'année 2010 restera également celle de la relance de la recherche et de la réorganisation de l'enseignement clinique.

L'anniversaire de l'ARHM, enfin, a donné à l'hôpital l'occasion de participer à ce nouvel élan donné à une association qui, dans le cadre de la loi HPST, retrouve un intérêt stratégique.

## V. Bilan et perspectives suite)



On se souvient des mesures de renforts que nous avons mises en place après une succession d'évènements tragiques qui témoignait de la grande vulnérabilité de notre dispositif intra-hospitalier : équipe RAR, atelier de formation continue sur la prise en charge de la violence, consolidation des savoirs pour les nouveaux arrivants, étude d'une convention hôpital-police-justice définissant les rôles, notamment au moment des réintégrations d'hospitalisation. La situation s'est nettement améliorée et cela se traduit par une baisse des signalements à l'observatoire national des violences hospitalières.

La principale cause de notre fragilisation, on le sait, est liée à une sur-occupation. Nous avons réussi à l'endiguer quelque peu mais au prix d'une augmentation des prises en charge en hôpital de jour dans les unités de secteur. Ce transfert n'a donc pas diminué la charge de travail des équipes.

Seuls les patients présentant les pathologies psychiatriques les plus acutisées sont hospitalisés. De plus en plus souvent, ils présentent des comorbidités qui témoignent des difficultés d'accès à la médecine générale, ce qui alourdit la tâche de notre département de soins somatiques.

La sur-occupation des chambres d'isolement reste la règle et cela impacte des unités d'hospitalisation comme Sivadon, Fontaine et Roseau ou Ulysse dont on est amené à réquisitionner temporairement les moyens.

De façon plus dégradée encore, mais moins souvent qu'il y a deux ans, il nous arrive d'avoir recours à la contention au lit dans des chambres ordinaires.

Conscients que cette pratique ne peut être banalisée, nous avons fait un audit, mis en place une EPP et rendu compte des indications cliniques à la CRUQPEC.

L'ouverture du FAM de St Cyr, en mars, a permis de tenir l'engagement vis-à-vis de nos équipes surmenées, de démonter progressivement les couchettes qui encombraient les unités de secteur.

Un premier soulagement est venu de l'ouverture dans l'unité Hermès de vingt lits pour des patients cérébro-lésés dispersés dans l'hôpital.

Cette création a été en soi un véritable exploit témoignant de la capacité assez exceptionnelle de mobilisation des équipes techniques, administratives et soignantes de l'hôpital.

En quelques mois : élaboration d'un projet clinique pour un public jusque là négligé, autorisation d'ouverture et financement, réhabilitation de locaux tout juste libérés pendant les fêtes de fin d'année, recrutement et création, ex nihilo, d'une équipe soignante de nouveaux diplômés, d'un cadre et d'un médecin généraliste, certes expérimenté mais n'ayant pas d'expérience hospitalière et ce, au moment où on recrutait un nouveau médecin chef !

Malgré ces efforts, les lits restent une ressource rare. Nous adressons, en amont, le plus possible de patients en clinique (nous avons signé des conventions avec la Chavannerie, Vaugneray et Notre Dame) mais il reste des malades pour qui l'absence de disponibilité de lits, en temps voulu, est une perte de chance. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons été particulièrement alertés des conséquences de la circulaire du 11 janvier 2010 durcissant les conditions de levées d'HO, ce qui nous a amenés à faire une démarche concertée avec nos collègues, présidents de CME, auprès de la Préfecture.

Les deux années de mobilisation de toutes les forces de l'hôpital pour redresser une situation difficile en intra et le constat simultané d'une augmentation continue de la demande de soins

en ambulatoire nous ont amenés à élaborer un nouveau projet d'établissement en rupture avec les deux précédents.

Si nous continuons à nous sentir concernés par toutes les dimensions de la souffrance mentale, ne pouvant « tout faire », nous pensons qu'il faut, avant tout, assurer le cœur de notre mission pour laquelle la psychiatrie de secteur reste l'organisation la plus pertinente.

Après trente années d'expansion continue, contraints à « optimiser » nos ressources, il faut hiérarchiser nos missions et procéder, quand c'est nécessaire, à un « repli stratégique » pour consolider un dispositif qui doit tenir compte d'une démographie médicale dont les conséquences se font cruellement sentir.

Cette « logique de consolidation » nous a amenés à restructurer l'hôpital en trois grands secteurs (de 180 000 à 200 000 habitants) clairement articulés à deux pôles, l'un de géro-psycho-psycho, l'autre de réhabilitation et à deux unités d'hospitalisation de courtes durées.

Dans une même logique, la pédopsychiatrie a été redécoupée en deux secteurs, en sanctuarisant les moyens affectés aux troubles envahissants du développement. Ce parti pris de larges redécoupages a naturellement nécessité des négociations difficiles.

Cette politique de refondation a été votée à l'unanimité en CME démontrant que cette instance reste capable, en articulation avec le Comité Stratégique, de dépasser les clivages. L'organisation « constitutionnelle » de l'hôpital avec ces deux instances a su anticiper le renforcement du pilotage que la loi HPST souhaite instituer sans perdre la capacité de mobilisation de la communauté médicale.

Garant de sa cohésion, le projet médical du projet d'établissement a été élaboré en collège de médecins chefs. Chacun a organisé une concertation au niveau de son service. A chaque étape, les cadres de santé et la directrice des soins ont participé à des mises au point.

Le projet a été présenté aux diverses instances ainsi qu'aux collègues des psychologues et des assistantes sociales qui ont été invités à apporter leur contribution.

Le projet médical, malgré la nécessité de consolidation, confirme la volonté de se porter candidat, dans le cadre de financements nouveaux, à la mise en place de dispositifs de santé publique à vocation départementale voire régionale.

Nous avons, à ce titre, quelques références témoignant de notre capacité et innovation :

- La consultation mémoire en géro-psycho-psycho,
- L'Institut Régional d'Intervention Systémique (IRIS),
- L'Action Thérapeutique contre l'isolement (ATIS),
- L'interface SDF étoffée qui s'est implantée sur le site,
- La consultation douleur qui a obtenu un financement pérenne.

Dès à présent, nous avons quelques dossiers de candidature comme celui de création d'une ELSA, des projets d'équipe mobile, des programmes d'éducation thérapeutique et de remédiation cognitive ...

Dans le cadre d'une politique continue d'amélioration de la prise en charge et de la qualité des soins, l'hôpital a recruté 0,6 EPT de pharmacien supplémentaire et relancé les travaux de la COMEDIM.

Nous avons également créé un poste d'archiviste et un état des lieux a confirmé l'ampleur des besoins.

Deux équipes de l'hôpital - celle de géro-psycho-psycho du Dr Dibie-Racoupeau et celle du G25 du Dr Tarissan ont été retenues pour l'appel à projet de l'ANAP pour « Cent pôles d'excellence ».

Ouverture d'un nouveau service, restructuration, projet d'établissement, ces chantiers simultanés se sont télescopés en fin d'année avec la phase d'autoévaluation de la certification qui nous a amenés à créer vingt groupes de professionnels pour examiner les thèmes identifiés dans le manuel !

## V. Bilan et perspectives suite)



De plus en plus absorbés dans ces tâches administratives, on pourrait craindre que les soignants ne se détournent de leurs engagements dans la cité.

Les équipes de Saint Jean de Dieu ont une forte tradition en ce domaine. Les conseils locaux de santé mentale restent très actifs. La CRUQPEC est très investie et l'enquête de satisfaction qu'elle a menée auprès des usagers des CMP a témoigné de retours très positifs. Notre Maison des Usagers a trouvé une place singulière dans l'établissement qui, par ailleurs, apporte un soutien aux groupes d'entraide mutuelle de OSE et Arlequin. Enfin, notre participation active aux manifestations de la SISM témoigne de cette volonté continue de susciter ou favoriser tout ce qui peut concourir à dé-stigmatiser les maladies mentales.

La salle de conférence est très souvent mobilisée pour des Congrès, débats et conférences attirant des publics variés. Ne citons que les conférences du GREPSY, la journée du diplôme universitaire de gérontopsychiatrie (d'audience nationale), les deux demi-journées d'évaluation du handicap organisées par le PISR et la MDPH, la journée organisée par le RPPC de l'Université Lyon II (avec laquelle nous envisageons une convention) sur la recherche sur la médiation thérapeutique, la conférence de philosophie «de l'épistémologie à l'éthique en psychiatrie»...

Sous l'impulsion de jeunes praticiens, nous avons également fait des efforts d'enseignement :

- Tables rondes mensuelles faisant le point sur les dernières données de la recherche sur la schizophrénie et leurs implications thérapeutiques,
- Convention avec la faculté Lyon Sud pour recevoir dix sept externes à qui nous assurons un enseignement clinique hebdomadaire mobilisant une douzaine de praticiens,

- Consolidation des savoirs comme nous l'avons déjà cité, en direction des jeunes infirmiers,
- Le retour à l'équilibre budgétaire a permis d'envisager de relancer la recherche. Un bilan de l'existant a montré que, malgré les difficultés, de nombreux cliniciens, infirmiers, psychologues et médecins participaient à onze recherches en cours dont quatre PHRC. Un nouveau projet, validé en CME, propose la création de quatre unités de recherche consacrées à la psychopathologie clinique, à la recherche en soins infirmiers, à la recherche en traitements médicamenteux et à la recherche en sciences cognitives.

Parmi les nombreux travaux, nous en citerons particulièrement deux : le programme hospitalier de recherche infirmier déposé sur l'approche infirmière de la prise en charge de patients schizophréniques et le projet MOPSY sur les maladies métaboliques qui mobilise la plupart des unités d'hospitalisation.

Nous sommes également assez fiers de la réussite de notre seconde journée de la recherche clinique sur le thème « vérité subjective-vérité scientifique ». Des retours élogieux nous permettent de croire que nous serons désormais un rendez-vous important à la rentrée.

Le soixantième anniversaire de l'ARHM a permis d'exhumer le document des pères fondateurs qui, très en avance sur leur époque, voulaient jeter des ponts entre champs médical et médico-social. La restructuration de cette association, particulièrement adaptée aux enjeux de la loi HPST, a été saluée par un discours chaleureux de la représentante de l'Agence.

Une année de consolidation donc, mais sans renoncement, bien au contraire.

## C. Directeur

---

Comme le montre bien l'excellent condensé du Président de la CME, l'hôpital a, globalement, retrouvé en 2010 une certaine sérénité et un fonctionnement plus normal, après les très difficiles années 2008 et 2009.

Cette sérénité a été retrouvée par les efforts conjugués et solidaires des équipes de secteurs et grâce à l'écoute et à l'appui de l'Agence régionale de l'hospitalisation qui a accepté de financer les surcoûts liés à la création de l'équipe RAR en 2009 et de l'unité Hermès début 2010.

La réorganisation des territoires sectoriels s'est achevée avec la mise en œuvre, en septembre, du nouveau découpage des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, dernière étape de ce travail engagé en 2008, avec la constitution du pôle de géronto-psychiatrie et poursuivi en 2009 avec la mise en œuvre du nouveau découpage de la psychiatrie adulte.

L'année 2010 a été l'occasion de célébrer à la fois le 30<sup>ème</sup> anniversaire du rattachement de l'hôpital à l'ARHM et le 60<sup>ème</sup> anniversaire de la création de l'ARHM. Cette célébration, qui a panaché les éléments festifs ouverts et les éléments d'échange inter-établissements et interprofessionnels, a été l'occasion de retrouver les valeurs et fondements communs des établissements de l'association. Avec une organisation des établissements et de la direction redéfinie, elle a aussi servi de « rampe de lancement » à la construction d'un nouveau projet institutionnel fédérateur de l'ARHM, qui prendra en compte la volonté des pouvoirs publics, volonté partagée par l'ensemble de la représentation nationale, de renouer les liens distendus depuis une quarantaine d'années entre ce qu'on appelle « le » sanitaire et « le » médico-social. Notre espoir est que ce 60<sup>ème</sup> anniversaire constitue l'acte fondateur d'une renaissance de notre association.

L'équilibre financier de l'hôpital a été consolidé avec une augmentation du nombre de postes stables et une réduction des emplois précaires. L'hôpital compte, fin 2010, plus de 100 équivalents temps plein supplémentaires en contrats à durée déterminée par rapport à la fin de l'exercice 2005 : même si l'on tient compte de l'intégration de l'ancien secteur 69 i 09 et d'ATIS, à périmètre d'activité constant, l'hôpital compte une trentaine de postes de plus. Pour la totalité, il s'agit de postes soignants, les fonctions supports ayant jusqu'à présent absorbé cette augmentation d'une centaine d'ETP sans faire varier leurs propres effectifs, performance qu'il ne sera pas possible de prolonger sans risquer une dégradation qualitative des prestations de ces services. Ce sont les infirmiers et les médecins qui ont été les professions dont les effectifs ont le plus progressé.

Ce nouvel équilibre budgétaire a permis de définir un nouveau cadre pour relancer la participation de l'établissement à la recherche clinique et épidémiologique, dont tous les rapports officiels depuis vingt ans soulignent la pauvreté en France.

Ce nouvel équilibre nous a permis aussi d'engager les ressources pour améliorer la gestion de notre système d'information : gestion des prescriptions, politique d'archivage et gestion des archives (avec le recrutement d'une professionnelle qualifiée), identité-vigilance...

Cet équilibre financier permet surtout de projeter l'élaboration d'un programme d'investissement ambitieux, absolument nécessaire, quand on sait que près d'un lit sur trois dans l'hôpital ne dispose ni de douche ni de toilettes dans la chambre, ce qui est inacceptable en 2011, dans une discipline où les séjours sont, en moyenne, de plusieurs semaines.

## V. Bilan et perspectives suite)



Il ne faudrait pas pour autant se faire d'illusion : si les emplois des secteurs sanitaires et médico-sociaux, et notamment ceux de l'hôpital, ont pour l'instant été épargnés des destructions d'emploi observées aussi bien dans le secteur industriel et commercial que dans les services publics de l'Etat, les financeurs publics de ces activités sanitaires et sociales (Etat, Sécurité sociale, Départements) sont confrontés à une crise financière d'une ampleur et d'une durée sans précédent. Il serait erroné de croire que, globalement, nos établissements et services pourront continuer à croître sensiblement plus vite que la richesse nationale.

Pour notre établissement, cela signifie que la vigilance reste et restera de mise en 2011 et bien au-delà. Toutes les sources d'économie qui ne dégradent pas la qualité du service rendu, qui contribuent à dégager les ressources pour financer l'humanisation des structures d'accueil et de soins et pour rendre plus efficace la gestion doivent continuer à être recherchées et mises en œuvre.

L'année 2011 nous donnera justement l'occasion à la fois :

- de nous projeter dans l'avenir, avec l'achèvement et l'adoption du projet d'établissement, un projet qui a pour premier objectif la consolidation des dispositifs de soins et l'amélioration de l'efficience ;
- d'évaluer la qualité de nos performances avec la troisième occurrence de la certification, qui culminera avec la visite des experts de l'HAS ;
- d'expérimenter un mode de management et de gestion plus décentralisé avec une contractualisation entre médecins chefs et direction, qui sera testée au deuxième semestre 2011, avec la volonté commune de soutenir les échanges et les solidarités entre secteurs d'activité qui se sont plutôt renforcés ces dernières années ;
- de poursuivre les améliorations engagées dans le domaine de la gestion du dossier patient et, plus largement, du système d'information.

Le directeur



**Jacques Marescaux**