

Colloque Filières Gériatriques

30 janvier 2007



Centre Gérontéval

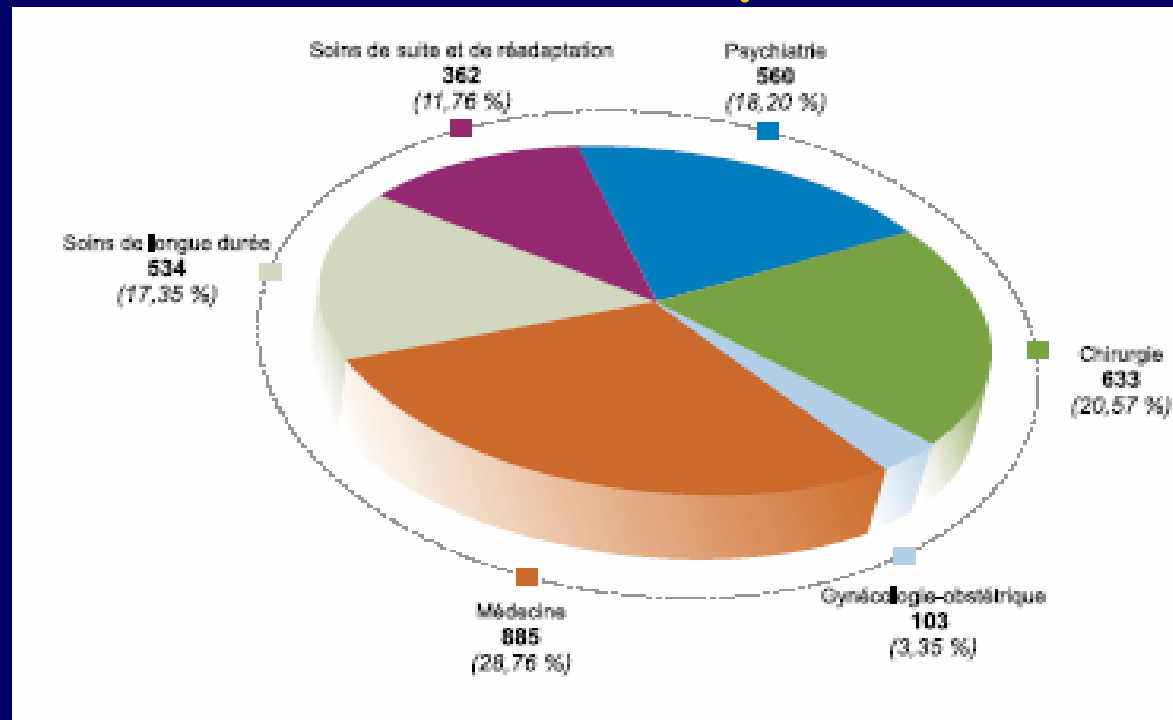
Mise en place d'un pôle gériatrique, 8 ans après

Monsieur Patrick GIRAUD
Directeur Adjoint
Directeur de la Plateforme n° 4

Docteur Vincent OULD-AOUDIA
Patricien Hospitalier
Chef de Service de Gériatrie

Le CHU de NANTES

3 077 lits et places



(Chiffres clés 2005)

Le CHU de NANTES

DISCIPLINE	JOURNÉES CUMULÉES	ENTRÉES CUMULÉES*	Taux d'occupation	Durée moy. de séjour
MÉDECINE	250 303	39 437	92,89 %	6,35
Chirurgie	157 827	32 518	77,69 %	4,85
Gynécologie-obstétrique	28 332	6 564	90,80 %	4,32
TOTAL COURT SÉJOUR	436 462	78 519	86,63 %	5,56
Soins de suite et réadaptation	112 531	2 937	90,16 %	38,31
Psychiatrie	107 946	4 290	91,45 %	25,16
Soins de longue durée	188 942	280	96,94 %	674,79
TOTAL CHU	845 881	86 026	89,84 %	9,83

*entrées directes + mutations inter-pôles

Gériatrique B	267	188 942	96,94 %	707,65
Gériatrique H	960	34 404	94,26 %	35,84

(Chiffres clés 2005)

Le CHU de NANTES

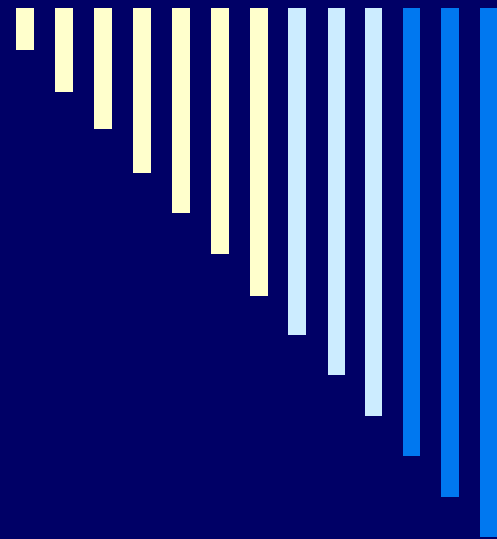
Effectifs :

médical = 1.918 personnes
paramédical = 8.618 personnes

Éléments budgétaires annuels:

exploitation = 552 M. €
investissement = 52 M. €

(Chiffres clés 2005)



Des Pôles en général et en Gériatrie en particulier



La mise en place du Pôle de Soins Gériatriques au CHU de Nantes partie intégrante de la mise en place générale des Pôles dans l'Établissement

10 ans de gestion de proximité en 5 étapes

PE 1997-2002

fixe le principe d'un découpage en 19 pôles
définit une charte de la gestion de proximité

1998-2000

expérimentation dans 3 puis 8 pôles
généralisation à toutes les activités cliniques et médico-techniques

PE 2003-2007

pérennise l'organisation en pôles et la gestion de proximité
prévoit de généraliser la contractualisation interne
met en place le management par projet

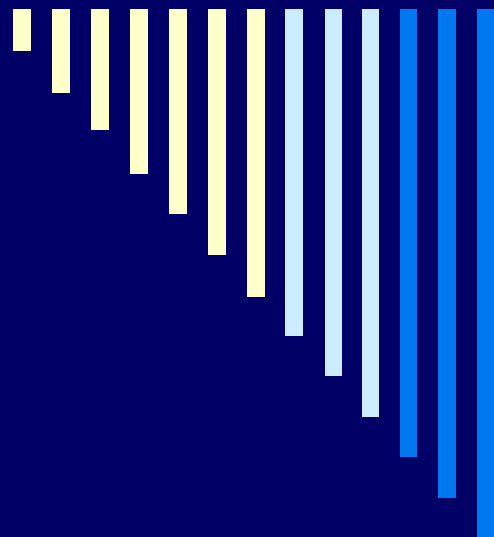
2004

expérimentation de la « nouvelle gouvernance »

03/04/2006

nouvel organigramme de direction
constitution de pôles administratifs et logistiques

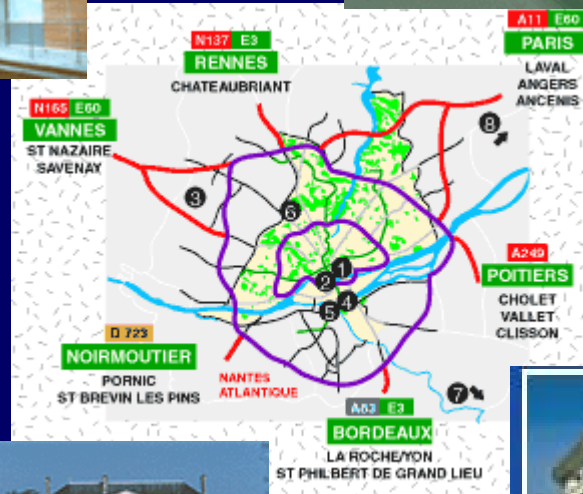
Le Pôle de Soins Gériatriques du CHU de Nantes



120 lits SLD



192 lits SLD



36 lits MPG + 64 lits SSG
Equipe Mobile de Gériatrie

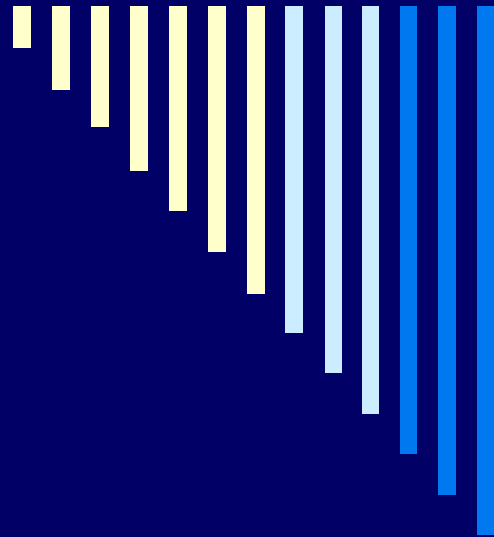


74 lits SLD



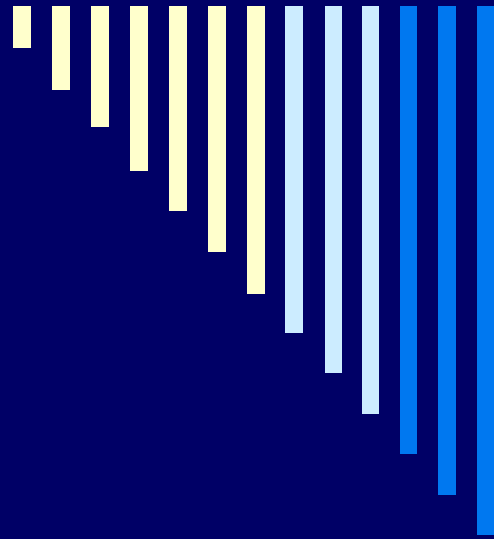
148 lits SLD + 36 lits SSG

Un gros potentiel : 670 lits
Une FMIH CHU/CH Bellier
Des sites dispersés

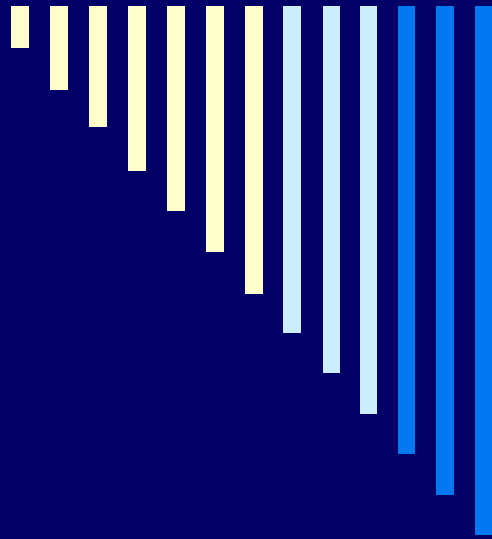


Le Pôle de Soins Gériatriques aujourd'hui :

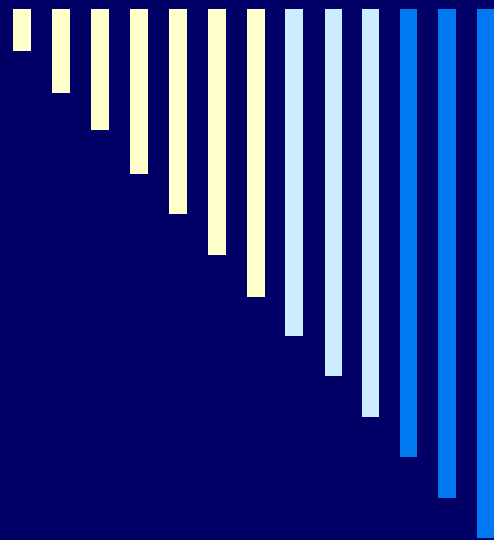
réflexions et perspectives



Au CHU de Nantes la création du Pôle de Soins Gériatriques a été concomitante de l'émergence de la discipline au sein de l'Établissement en même temps que sa reconnaissance par le CNU.



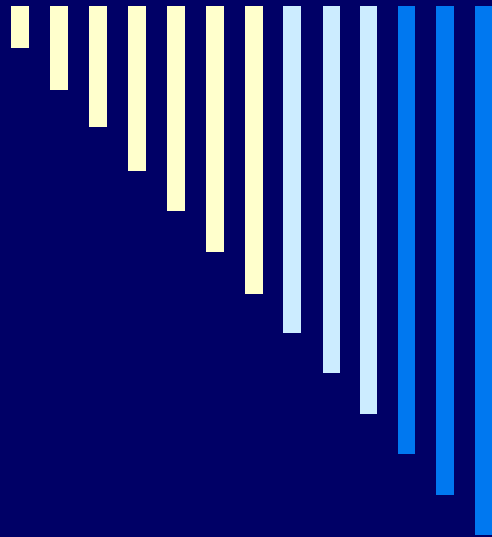
L'organisation en Pôle a permis de mutualiser des moyens pour des structures qui étaient auparavant disparates et éloignées géographiquement.



Pas de sectorisation dans les activités des médecins.

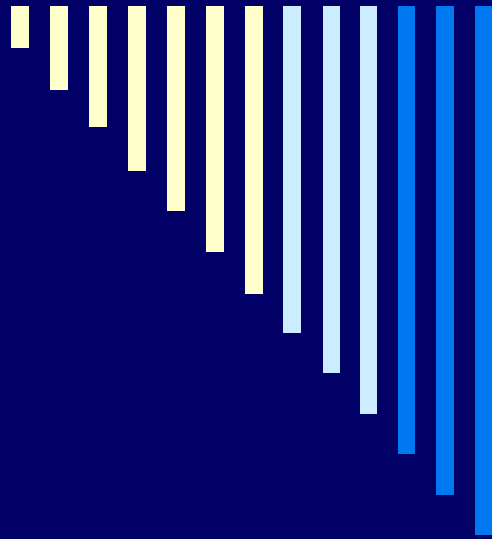
Ceux en soins de longue durée s'occupent aussi de soins de suite.

Et ceux en court séjour interviennent aussi en soins de longue durée.

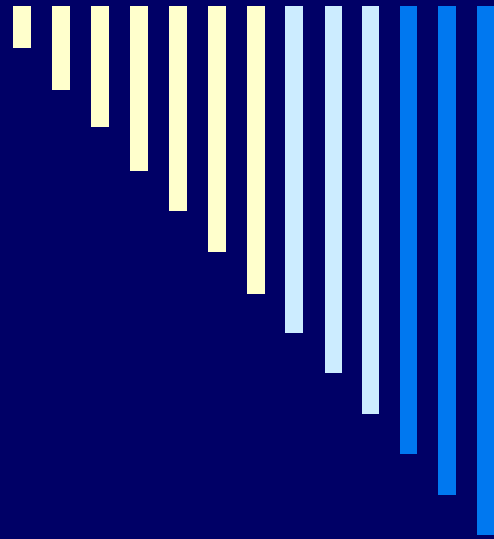


Les Pôles comme les filières
ne se décrètent pas.

L'organisation en Pôles ne
peut être que la résultante
d'une volonté commune du
corps médical et de
l'administration.

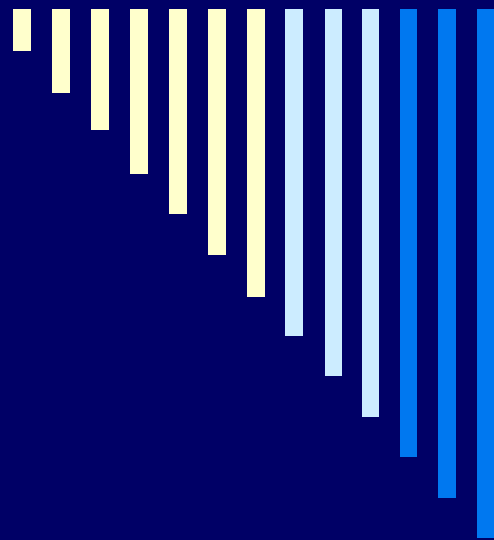


Le découpage en Pôles doit se faire dans une cohérence de soins, de fluidité ou de population.



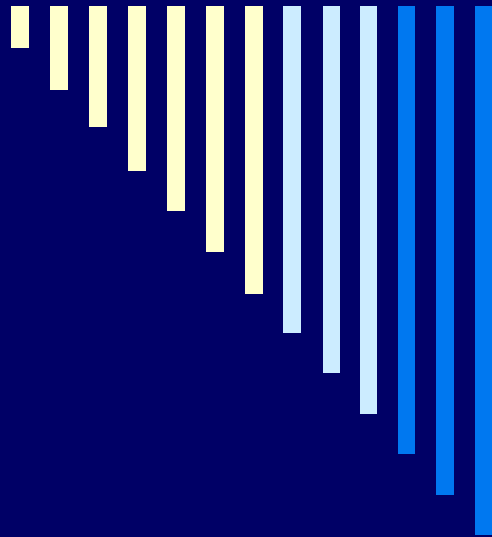
Un préalable : l'écriture d'un projet médical avec l'aide des cadres soignants.

Définir les objectifs, les choix stratégiques et le mode de fonctionnement du Pôle.



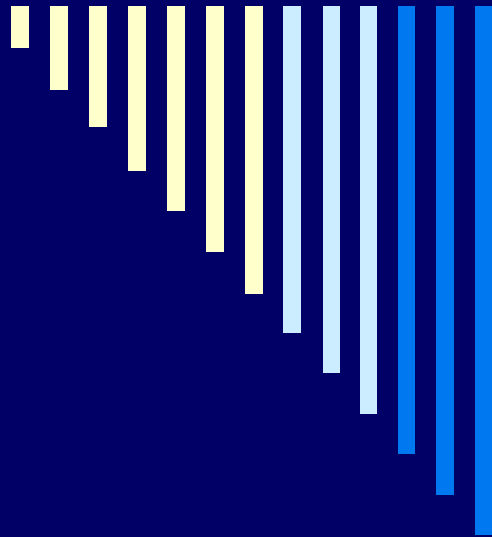
Le Directeur de Pôle, élu parmi et par les médecins du Pôle, est le porteur du projet auprès de la Direction de l'Établissement.

Il négocie les moyens de sa réalisation dans un contrat annuel.



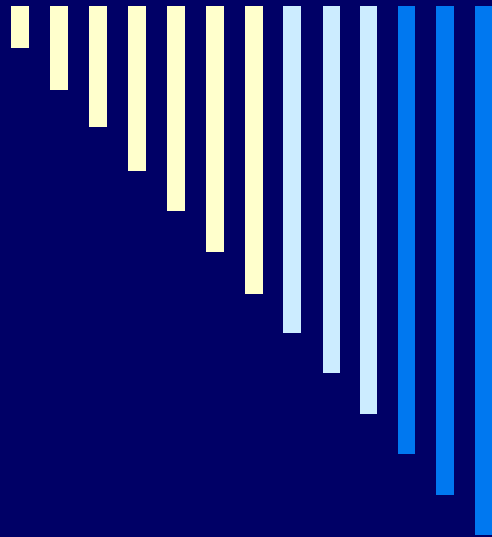
Il doit informer les médecins
du Pôle des choix politiques de
l'Établissement.

Chaque Pôle ne doit pas
devenir un mini établissement
sans lien avec les autres Pôles.

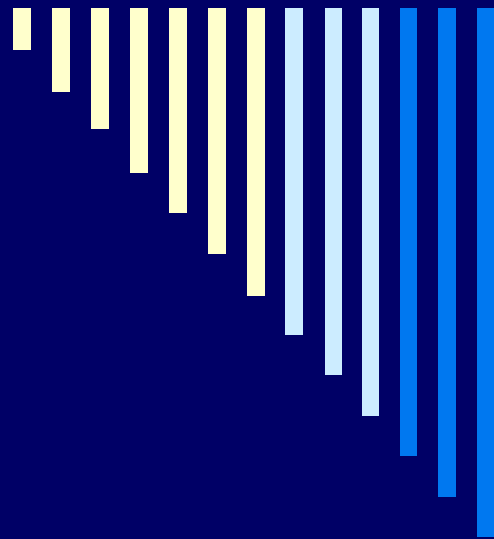


Le Directeur de Pôle n'est pas l'exécutant ou la courroie de transmission de la volonté administrative.

Il est l'interlocuteur unique du corps médical auprès de la Direction de l'Établissement.

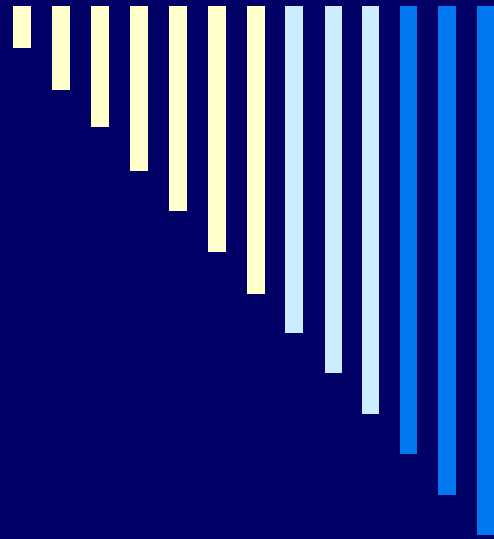


Sa fonction suppose un
affaiblissement accepté du
rôle et des fonctions des
Chefs de Service.

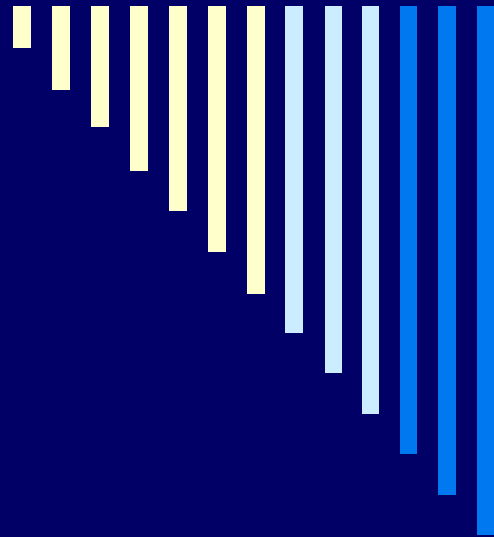


Le Directeur de Pôle n'est pas un gestionnaire. Il essaie d'harmoniser avec les médecins les protocoles thérapeutiques.

Il doit pouvoir donner à l'administration les explications médicales sur d'éventuels dépassements des lignes budgétaires.

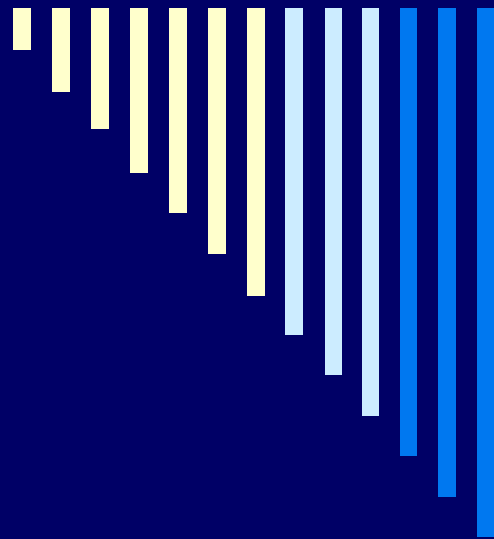


Il doit être clairement prévu un intéressement, perceptible par les médecins et les soignants du Pôle, en fonction des résultats obtenus en regard du contrat d'objectifs et de moyens.

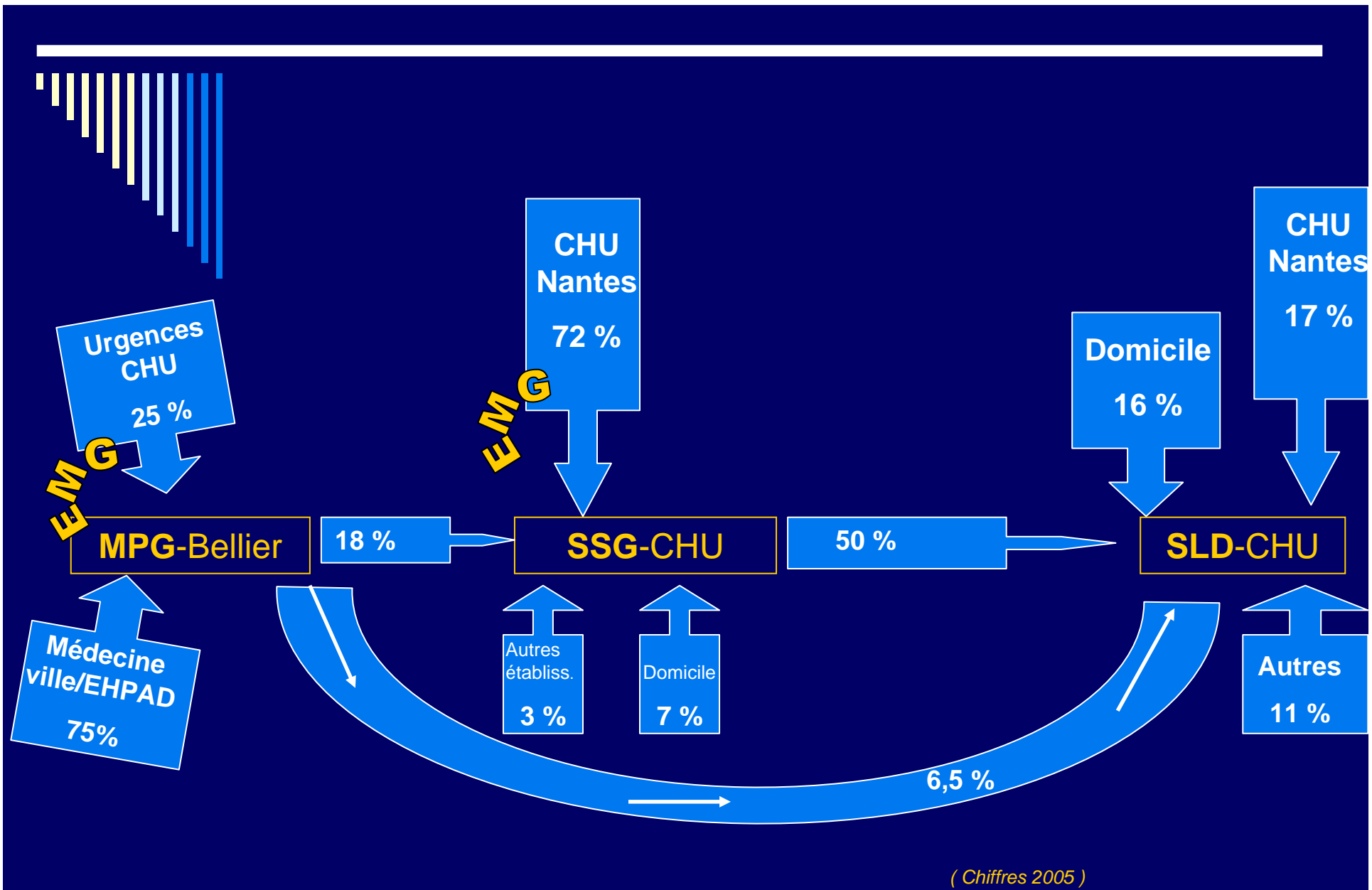


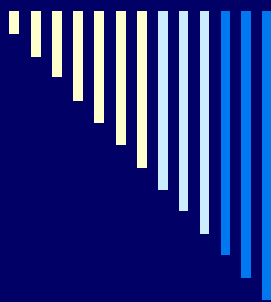
La fonction de Directeur de Pôle doit être temporaire et les mandats ne doivent pas se cumuler au-delà de 5 à 10 ans.

Le Directeur de Pôle ne doit pas se couper de sa fonction de soins sur le terrain.

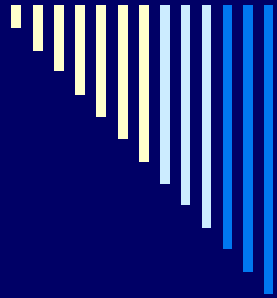


Le Pôle de Soins Gériatriques
représente une véritable
filière de soins interne avec
une équipe mobile de gériatrie
adossée à du court séjour, du
soins de suite et du soins de
longue durée ainsi qu'un
hôpital de jour en
construction.../...





Le Pôle de Soins Gériatriques est
l'un des principaux acteurs de
l'ouverture vers l'extérieur de
cette filière de soins en animant
la construction du volet
Personnes Âgées du Projet
Médical du Territoire de
Nantes.../...



Actions opérationnelles du PMT retenues par l'ARH pour le volet Personnes âgées

Installer les CLIC manquants

Renforcer l'équipe mobile du CHU

Créer une équipe mobile pour Châteaubriant

Créer une équipe mobile pour Ancenis, en lien avec Nantes
et/ou Châteaubriant

Elargir le périmètre territorial de l'activité de médecine en
HAD, notamment sur Châteaubriant et Ancenis

Développer l'HTP en hôpital local pour la réalisation de bilans
gériatriques et des consultations mémoires