

□ AXE 6 - RENOVER MANAGEMENT ET GOUVERNANCE

Les objectifs ambitieux du projet d'établissement supposent que l'ensemble des acteurs internes et externes se mobilise pour mettre en oeuvre les moyens nécessaires à leur réalisation.

Le projet d'établissement combine dans cet axe :

- ▶ **un projet social** visant à disposer de ressources humaines motivées, adaptées en nombre et en qualité (projet n°16, le projet social est détaillé en thèmes et actions prioritaires – au nombre de 15 - dans le document joint n°2),
- ▶ **un système d'information** accompagnant les orientations stratégiques (projet n°17, il est détaillé dans le document joint n°3, en 7 priorités),
- ▶ **des fonctions logistiques rénovées** (projet n°18),
- ▶ **un management** différent de tous ces projets et actions (projet n°19)
- ▶ **un plan d'investissement** ambitieux et cohérent (projet n°20).

Pour simplifier les organisations, les processus décisionnels et rendre lisible la multiplicité des projets et des acteurs, une réorganisation du pilotage institutionnel et de la gestion est engagée au CHU de Grenoble, facilitée par les réformes actuelles.

Les réformes concernant l'hôpital public ont vocation à rendre plus efficaces son organisation et ses ressources, en accordant une autonomie de gestion importante aux établissements de santé. Si la réforme de la T2A est présentée comme une réforme essentiellement budgétaire, elle constitue également **un levier pour un changement complet du mode de gestion de l'hôpital**. La rémunération de l'établissement dépendra en effet désormais de sa capacité à mieux s'organiser pour prendre en charge le patient.

Résolument engagé dans une gouvernance rénovée et la mise en place des pôles d'activités, le CHU de Grenoble entend mettre en oeuvre dans les 5 ans un projet managérial ambitieux et nouveau, mobilisant équipes médicales, soignantes et administratives autour du patient.

PROJET N°16 LE PROJET SOCIAL

Le vieillissement de la population active et l'allongement de la période de travail ouvrant droit à retraite, la réduction du temps de travail et son corollaire, la réduction des temps d'échanges au travail, sont autant de facteurs qui contraignent nos organisations et les personnes qui les composent à une continuelle adaptation et à la recherche constante des meilleures solutions.

Dans ce contexte toujours plus exigeant en termes de performance et de faculté d'adaptation, les qualités et la motivation des personnels médicaux et non-médicaux, seront déterminantes pour l'avenir de notre établissement.

Le projet social se décline à partir de quatre principes directeurs majeurs, déclinés en fiches actions.

► 1 Répondre aux besoins et évolutions de l'établissement, en particulier celles de l'offre de soins et la mise en œuvre des pôles d'activités

L'établissement va passer progressivement d'une conception relativement statique de la gestion des effectifs médicaux et non-médicaux et de la réduction du temps de travail, à une gestion prévisionnelle des emplois et compétences et une poursuite de l'organisation du temps de travail, afin de maîtriser, à la fois les défis démographiques et les changements à opérer dans les organisations, évoluant par ailleurs dans le cadre des pôles d'activité.

Il est donc prévu de :

► **Engager une démarche rigoureuse de définition de besoins en personnel**, en anticipant les évolutions des départs et entrées des agents, par catégories et grands secteurs. Pour gérer les évolutions des compétences, le CHU va répertorier et rendre accessible l'ensemble de ses profils de postes, en lien avec le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, référentiel servant de base à l'évaluation individuelle annuelle. Pour adapter en nombre et en qualité les ressources humaines à ces évolutions, seront réalisés des diagnostics et études préalables, des expertises, et définies des mesures d'accompagnement du changement.

► **Renforcer notre attractivité pour les candidats à l'embauche**, en communiquant mieux en amont sur les lieux de formation, et en améliorant l'accueil et l'encadrement des stagiaires sur le terrain.

► **Poursuivre la collaboration de l'hôpital avec l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine** permettant une gestion prévisionnelle fine des emplois médicaux.

► **Renforcer les actions de formation continue, nécessaires à la réalisation de certains axes majeurs du présent projet d'établissement**, tels que :

- ▶ La qualité et la sécurité
- ▶ Le développement de l'ambulatoire : connaissance des textes et des concepts organisationnels

- ▶ Les nouvelles modalités de management des pôles : formation des responsables médicaux, des cadres soignants et administratifs au management des ressources humaines, formations sur le rôle des futurs conseils de pôles.
- ▶ L'amélioration des prestations internes, de type clients/fournisseurs.
- ▶ Le développement des compétences, l'expertise et la formation clinique et paraclinique, plus spécifiquement dans le secteur des Urgences.

▶ **Accompagner le développement de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles**

La Commission Médicale d'Etablissement, s'appuiera sur des organismes agréés pour organiser l'Evaluation des Pratiques Médicales, par étapes annuelles. Les structures médicales qui s'engageront volontairement dans la démarche de certification seront soutenues par l'Institution. Un dossier professionnel personnalisé du praticien sera mis en place, permettant de suivre pour chacun les formations et participations aux congrès.

▶ **Réorganiser la gestion des ressources humaines dans le cadre de la mise en œuvre des pôles d'activités et la délégation de gestion**

Le cahier de charges des pôles fixera leurs attributions dans ce domaine, leurs relations avec la Direction des Ressources Humaines et avec les partenaires sociaux.

▶ **2 Améliorer les conditions de travail**

C'est d'abord l'amélioration des conditions de vie au travail qui sera recherchée, en s'efforçant de prévenir et de réduire la charge physique et psychique qui induit la pénibilité.

Les pratiques de recours aux astreintes et aux heures supplémentaires structurelles seront limitées aux situations exceptionnelles, en conformité avec les dispositions réglementaires.

Les moyens des équipes de suppléance paramédicales seront renforcés, au niveau de l'Institution comme à celui des Pôles d'Activité.

On recherchera également à assurer l'ergonomie et la sécurité des postes de travail en améliorant les conditions d'acceptabilité des mesures de protection par leurs bénéficiaires.

La gestion des risques encourus par le personnel passera par une identification accrue de ces risques pour une meilleure prévention. Le document unique réglementaire sera élaboré progressivement, en concertation avec le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), en coopération avec d'autres CHU et avec le soutien de la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL).

Le risque particulier d'exposition à la violence fait l'objet d'un accompagnement institutionnel, qui sera renforcé, en liaison avec la politique nationale de recensement des actes de violence en milieu hospitalier.

C'est aussi l'amélioration des conditions de vie hors travail qui sera recherchée, en matière de déplacements, en tenant compte des contraintes causées par les grands chantiers du CHU en matière de stationnement, ainsi que dans le domaine de garde d'enfants et de logements dans la perspective du rajeunissement prévisible des agents hospitaliers recrutés à compter de 2008.

▶ ③ Répondre aux attentes des personnels

▶ **Améliorer l'accueil des agents et des stagiaires** avec le développement de temps de formation-accueil, l'élaboration d'un guide pratique et d'un livret d'accueil de l'agent hospitalier, et l'actualisation de la procédure d'accueil à destination des Cadres.

▶ **Permettre aux agents de développer des projets professionnels** s'appuyant, d'une part sur l'évaluation annuelle individuelle avec l'encadrement, prenant en compte leurs aspirations, accompagnée le cas échéant de bilans de compétence et, d'autre part sur la promotion professionnelle par les formations initiale et continue et par la valorisation des acquis.

▶ **Reconnaître la mobilité comme facteur positif d'évolution de carrière** et le parcours professionnel de l'agent examiné dès sa troisième année d'affectation dans une même unité. Afin de promouvoir la mobilité, et dans le but d'améliorer la connaissance par tous les agents des possibilités de mobilité interne, des fonctionnalités adaptées seront développées avec l'Intranet du CHU.

▶ **Favoriser le dialogue social**, tant par l'expression des personnels au sein des conseils de pôles que par la concertation régulière de la direction avec les partenaires sociaux.

▶ ④ Favoriser une solidarité institutionnelle

Le sentiment d'appartenance à une collectivité hospitalière solidaire sera favorisé à travers l'ensemble des actions du projet social.

Les médecins responsables de pôles d'activité, de services et d'unités fonctionnelles, comme les cadres soignants et administratifs, recevront une formation au management pour permettre une meilleure compréhension et implication dans le domaine de la gestion de l'établissement.

Le sens de la mission de service public du CHU sera clairement identifié et renforcé par des formations à l'accueil des personnes démunies, des enfants, des personnes handicapées et des personnes âgées.

Des temps d'échanges collectifs seront recréés, notamment au sein des conseils de pôles.

S'agissant de l'absentéisme pour maladie, l'établissement favorisera le retour au travail et s'engagera dans la lutte contre le risque d'exclusion, par la réinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi.

La résorption de l'emploi précaire, situation propre à atténuer le lien avec l'Institution, sera poursuivie.

PROJET N°17 LE SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION

Le CHU de Grenoble a pu, dans le cadre du dernier Projet d'Etablissement, faire reconnaître son savoir-faire et son avance en matière de Système d'Information Hospitalier (SIH), orienté vers le dossier patient en technologie web. Cette avance et cette reconnaissance lui permettent d'être l'un des moteurs de la construction des réseaux de santé en France. L'effort de ce point de vue doit donc être poursuivi.

La réorientation effectuée du SIH autour du dossier patient durant ces dernières années a préparé le CHU à intégrer les évolutions du système de santé et les réformes hospitalières, qu'il s'agisse de la nouvelle gouvernance et la création des pôles d'activités médicales, la réforme de la tarification des établissements de santé, l'évaluation des pratiques professionnelles, le déploiement généralisé du dossier patient

1 La contribution du système d'information aux enjeux stratégiques du CHU

Les chantiers à poursuivre ou engager renvoient à des enjeux clairement identifiés autour de la performance de la production tels que :

- ▶ l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients
- ▶ l'optimisation des résultats de gestion
- ▶ l'amélioration du pilotage des secteurs d'activité
- ▶ l'intégration des hôpitaux dans leur environnement de santé publique
- ▶ l'optimisation du parcours du patient et de la plate-forme de la production des soins.

La contribution essentielle du système d'information, sa valeur ajoutée potentielle et ses domaines d'impact sont reconnus. Les opportunités résident dans :

- ▶ l'accroissement des recettes, autrement dit le développement de l'activité clinique
- ▶ le contrôle des dépenses, gage des gains de productivité
- ▶ la qualité des prestations délivrées par la mise en réseau des acteurs améliorant l'image de l'Etablissement

Afin de tirer pleinement parti des opportunités offertes par les technologies de l'information, le CHU de Grenoble entend promouvoir le respect des principes suivants :

- ▶ L'anticipation des réformes de telle sorte à maîtriser les délais de mise en œuvre
- ▶ La convergence des actions conduites sur le système d'information vers le respect des standards qualités et guides de bonnes pratiques
- ▶ La prise en compte des recommandations du groupement de modernisation du système d'information (GMSIH) et des normes techniques afin de garantir l'interopérabilité des systèmes déployés

- ▶ L'intégration des logiques métiers dans la conduite des projets informatiques en visant d'abord les processus et leur éventuelle réforme
- ▶ La priorité donnée aux actions transversales (en termes de déploiement) et fédératives (en termes de besoin)
- ▶ La sécurité des données, des échanges de données et des accès aux données qui a pour corollaire notamment la non dispersion des bases et le respect des plans d'habilitation des acteurs
- ▶ La productivité de l'investissement en système d'information par la mesure du retour sur investissement sur tous les projets d'ampleur significative et, a minima, par des dépenses en logiciel gagées par les économies en exploitation
- ▶ La mise en place d'une relation client/fournisseur avec l'évaluation annuelle systématique de la satisfaction

▶ 2 Les priorités de la politique du système d'information

Le schéma directeur du système d'information décrit dans le document adjoint consacre le dossier commun du patient comme priorité de l'établissement et le place au cœur du dispositif pour le partage et l'échange des informations de santé centrées sur le patient.

La philosophie et la construction du schéma directeur s'appuient sur une déclinaison d'orientations stratégiques fortes qui seront actualisées régulièrement afin de tenir compte et garantir une réactivité importante en cas d'évolution réglementaire, d'impératifs techniques ou de besoins imprévisibles à ce jour.

Le bilan du précédent schéma directeur a été mené durant le premier cycle du Projet d'Etablissement et intégré dans la démarche du groupe de travail qui a élaboré le SDSI 2006/2010. Cette évaluation a notamment souligné l'émergence d'une véritable culture du système d'information, caractérisée par la complétude et le niveau d'appropriation des outils sur les principales fonctions ou métiers de l'unité de soins. Il ressort également du bilan la nécessité de poursuivre ces actions en déployant largement les modules sur l'ensemble du CHUG et d'améliorer le management du SIH.

Les acquis significatifs de ces actions permettent aujourd'hui de réactualiser le schéma directeur en consacrant 7 axes politiques prioritaires sur lesquels la contribution du système d'information sera recherchée sur la période 2006-2010 :

▶ Action 1 Déployer largement le dossier Patient Informatisé Cristal-Net

D'ici la fin 2006, le CHU de Grenoble entend achever de déployer sur 100 % de ses lits installés en court séjour la prescription informatisée, directement dans le module OPIUM, en cohérence avec le projet pharmaceutique et le contrat du bon usage du médicament.

Dans les deux ans, le dossier médical (dossier minimum ou dossier de spécialité) ainsi que le Dossier Communautaire du patient (DCOMP) devront être déployés sur 100 % des unités.

► Action 2**Garantir l'efficacité et l'optimisation de l'activité dans le cadre de la T2A**

Le CHU de Grenoble devra avoir mis en œuvre une chaîne de facturation de qualité dans la perspective de la T2A : saisie en amont, intégration des logiciels, automatisation des procédures d'extraction vers l'ARH puis vers le dossier administratif patient. Dès 2006, le CHU de Grenoble devra avoir mis en place le conteneur Dossier Résumé de Venue (DRV) pour les Résumés d'Unité Médicale (RUM).

Aussitôt les travaux nationaux de normalisation achevés, et selon les possibilités des partenaires extérieurs, le CHU de Grenoble devra avoir déployé une liaison informatisée avec la Trésorerie et la CPAM pour les échanges de titres. La liaison sécurisée avec la CPAM sera mise en œuvre en 2006. Dès la fin 2006, les unités de soins devront s'appuyer sur des outils d'aide capables de garantir la qualité du codage mais aussi l'exhaustivité du traitement des dossiers dans le cadre d'une cible de facturation à la sortie du patient.

► Action 3**Améliorer la productivité des fonctions administratives, logistiques et celles du plateau technique****Accroître la productivité de l'administration et des tâches administratives**

Partie intégrante du projet de gestion, cette action nécessite au préalable des études d'amélioration de la productivité des tâches administratives, l'informatisation des tâches utilisant les supports papier étant une cible privilégiée.

Les expériences menées en France de déploiement d'un progiciel de gestion intégré (PGI, également dénommé entreprise resource planning ou ERP) seront étudiées dans la perspective d'une intégration plus poussée des fonctions économiques et financières et sous l'angle de leur retour sur investissement (ROI).

Informatiser les fonctions logistiques

Informatisation de la plate-forme logistique en relation avec le pôle logistique et études préalables pour les secteurs gérant des stocks importants (ex : pharmacie et biologie).

Informatisation de la gestion des transports internes de malades et de la gestion des ambulanciers et leur commande depuis l'unité de soins, sur la base d'un cahier des charges précis.

Poursuivre l'urbanisation de la biologie

La poursuite de cette urbanisation passe par la réduction significative de ces combinaisons SGL/Serveurs/Bases de données. En parallèle, la gestion des catalogues doit être simplifiée et achevée pour permettre un déploiement du module de demande d'examen (STADE) sur tout le CHU de Grenoble d'ici fin 2007. C'est un préalable à l'entrée dans le futur Institut de Biologie.

Développer la démarche du «sans film» en radiologie

Le projet de «sans film», initialisé en 2004 dans le service central de radiologie, avec le secteur de l'équipement biomédical doit être mené à son terme avec deux objectifs : disposer d'un réseau d'images et d'archives (PACS ou picture archiving and communication system) commun à tous les producteurs d'images, avec un outil unique d'accès aux images depuis n'importe quel poste de travail de clinicien.

Intensifier le déploiement de la gestion des blocs opératoires dans une vision globale de leur organisation

La gestion des blocs opératoires – projet IPOP – est à composante multiple : la gestion des ressources humaines et l'optimisation des salles, la gestion des actes pour l'activité et le PMSI, la traçabilité en particulier des dispositifs médicaux implantables (DMI) ou stériles.

Les chantiers sont nombreux et impliquent les personnels des blocs eux-mêmes mais aussi le DIM, la Direction de la Clientèle, la DRH, la DAM, la Pharmacie, le directeur référent du pôle. Pour progresser de manière significative, il est nécessaire de généraliser en 2006 cet outil unique.

Accompagner le projet stratégique de la Pharmacie

Les axes de travail ont été définis avec la Direction de la Pharmacie : informatisation de la Stérilisation Centrale, déploiement du circuit du médicament et robotisation, intégration dans les logiciels métiers des éléments de traçabilité nécessaires au suivi des DMI, médicaments dérivés du sang (MDS), etc. Compte tenu de la place de la pharmacie dans les différents chantiers de la T2A, dès la fin de l'année 2007, l'ensemble des outils nécessaires au suivi des DMI et MDS devra être déployé sur l'ensemble du CHU de Grenoble.

► Action 4

Mettre en œuvre les outils d'aide au pilotage, à l'évaluation et à la qualité

Dans le cadre de la réforme de la gouvernance, il convient de créer des outils fiables, faciles à mettre en œuvre et pouvant éclairer les décideurs, directeur du Pôle, chef de service, direction transversale et de doter les structures internes du CHU d'un système d'information décisionnel reposant sur des informations agrégées, fiables, réactualisées régulièrement, faisant l'objet de traitements connus et partagés, et permettant à chaque responsable de piloter et d'analyser la production qui lui est rattachée.

D'ici la fin de l'année 2007, le CHU de Grenoble devra avoir mis en œuvre les principales étapes de la construction de son système décisionnel :

- ✓ Conduire un travail de fond en amont de la création de l'entrepôt de données
- ✓ Mettre en œuvre les outils décisionnels généralistes et sectoriels
- ✓ Mettre en place l'entrepôt de données (datawarehouse) sur le dossier patient
- ✓ Mettre en œuvre les outils d'analyse de données (reporting)
- ✓ Elaborer des outils de pilotage et de suivi des projets destinés à la direction générale, au Conseil Exécutif mais aussi dans des sites pilotes cliniques.

A cette occasion, seront mis en place un fichier unique des structures alimentant l'ensemble du système d'information, et une comptabilité analytique renouvelée, tirant parti de l'expérience accumulée dans la participation à l'Etude Nationale de Coûts.

► **Action 5**
Conforter le rayonnement régional et national du CHU de Grenoble

Le soutien aux réseaux de santé est affirmé : il doit se traduire dans les faits par des réalisations techniques au service de la communauté médicale. Dès 2006, le CHU de Grenoble doit avoir mis en place le projet STIC d'identification régionale du patient et la connexion au projet DPPR, dossier patient régional. Ces projets doivent se traduire par des réalisations techniques mais également par la mise en place d'une stratégie médicale.

Le CHU de Grenoble prévoit naturellement de se connecter au dossier national DMP dès sa mise en œuvre, et plus globalement de coordonner, à la demande de l'ARH, des projets ayant une incidence régionale et participant à la mise en œuvre du système d'information de santé (SIS) de Rhône Alpes.

► **Action 6**
Poursuivre la sécurisation, l'industrialisation du SIH et l'optimisation des investissements

Poursuivre la modernisation des équipements

Offrir un support de qualité : afin d'améliorer le service rendu aux utilisateurs, les appels pour un conseil, un télé dépannage ou une intervention sur place doivent faire l'objet d'une meilleure gestion avec un processus organisationnel voulu et accepté par l'Institution : un projet pour la mise en place d'un Centre d'appels sera lancé.

Améliorer les services offerts par la technologie : la technologie doit être au service des utilisateurs. L'anticipation doit être la règle dans le cadre d'une gestion efficace des risques et des coûts.

Réduire les coûts de possession de l'infrastructure : le CHU de Grenoble poursuit résolument ses efforts dans la maîtrise des coûts de maintenance de leurs infrastructures et l'approche des coûts sera croisée avec celle de la qualité du service rendu.

Ouvrir le SIH et garantir la sécurité : les actions en matière de sécurité seront poursuivies.

Industrialiser les applications critiques : d'ici la fin de l'année 2006, les modules Cristal-Net feront l'objet d'une maintenance industrielle sous traitée à une SSI sélectionnée après appel d'offre.

► **Action 7**
Mettre en place le management du SIH

La gestion prévisionnelle des projets du système d'information s'appuiera sur les orientations stratégiques générales de l'établissement, formalisées, validées par les instances décisionnelles et accessibles à chaque responsable de Pôle. A cet effet, une "cartographie" hiérarchisée des projets permettra de traduire schématiquement les effets du Projet d'Etablissement et d'en suivre l'exécution.

La DSIO présentera au moins une fois par an au Conseil Exécutif l'ensemble des projets en cours avec un point des financements engagés et prévus. Lors de cette présentation, la DSIO présentera également les projets «éligibles» au SDSI de l'année à venir. Les projets du SDSI sont régulièrement revisités permettant ainsi de bénéficier d'arbitrages institutionnels adaptés mais aussi d'une gestion dynamique des projets inscrits au SDSI.

Une démarche qualité globale sera systématiquement mise en place pour chaque projet, passant par une identification rigoureuse des processus à optimiser, et leur analyse approfondie avec les équipes concernées, afin de s'accorder sur les gains directs ou indirects attendus au regard des ressources à mobiliser.

Les projets inscriptibles au Schéma directeur du système d'information respecteront un formalisme interne. Cette trajectoire du besoin à l'enregistrement au SDSI permet de garantir une bonne allocation des ressources et le respect des objectifs opérationnels poursuivis par l'institution.

L'évaluation du SDSI fait partie intégrante de ce projet. Les indicateurs seront régulièrement analysés. La DSIO met en œuvre également des enquêtes de satisfaction sur ses services, ses prestations, les logiciels installés.

PROJET N°18 DES FONCTIONS LOGISTIQUES ET HOTELIÈRES RENOVÉES PERFORMANTES

Des modernisations indispensables restent à réaliser dans les fonctions logistiques et hôtelières (restauration, linge), dans la continuité de celles concrétisées lors du précédent projet d'établissement (bâtiment consacré aux archives médicales et à l'imprimerie et nouvelle unité de production de repas). La réalisation de ces projets sera conditionnée par leur autofinancement et donc précédée d'études économiques et de calcul des retours sur investissement, intégrant les économies générées ou les recettes attendues vis à vis de prestataires externes.

1 Créer une plate-forme logistique et moderniser l'ensemble des flux

Cette entité qui prendra en charge le stockage des produits de la DAE mais aussi une partie de ceux de la Pharmacie (solutés, CAMPS) pourrait être implantée sur un terrain appartenant au CHU à Saint-Ismier à proximité immédiate de l'autoroute. **Cette plate-forme sera composée de 4 zones : réception, stockage, expédition, administration.** Elle se positionnera comme un prestataire ayant en charge les opérations de réception, stockage, préparation de commandes et livraisons.

Elle permettra d'optimiser l'ensemble des flux logistiques vers les deux sites Nord et Sud, réalisant ainsi des économies conséquentes en :

- ▶ disposant de locaux fonctionnels, alors qu'actuellement les magasins de la DAE et de la CAMPS sont localisés dans des bâtiments du 19^{ème} siècle très difficiles d'accès,
- ▶ mettant fin aux nombreuses zones de stockage éclatées dans l'établissement et à l'existence de magasins secondaires,
- ▶ rationalisant et optimisant les moyens supprimant les effets pervers et coûteux du système actuel : dispersion des effectifs, sur-stockages, nombreux transferts internes de marchandises et ruptures de charge,
- ▶ permettant d'acheter et de se faire livrer moins souvent et en grande quantité et donc d'obtenir de meilleurs prix sur les produits.

2 Achever la modernisation de la fonction linge

Dix ans après l'ouverture de la blanchisserie, **il est nécessaire de réaliser une extension**, prévue dès la construction, sur une superficie d'environ 800 m², pour achever la modernisation de la fonction linge, améliorer la prestation en termes d'hygiène, et maintenir à l'optimum le bilan coût /prestation en :

- ▶ renouvelant des matériels en fin de vie après 10 à 15 ans d'utilisation et en disposant d'équipements complémentaires pour améliorer notablement les performances, la productivité et ainsi générer des économies significatives.

- ▶ remédiant aux limites de capacité et de productivité de l'unité : elle traitait 10 t/j pour les besoins du CHU en 1996, avec possibilité d'atteindre 13 t/j avec les établissements clients extérieurs, elle a traité 14,3 t/j environ en 2005,
- ▶ rétablissant une marge de manœuvre suffisante pour absorber des tonnages supplémentaires et pour faire face facilement aux pointes d'activité ou aux difficultés ponctuelles (matériel, effectifs...) inévitables sans remettre en cause les prestations réalisées pour les établissements extérieurs, sources de recettes importantes.

▶ ③ Achever la modernisation de la fonction restauration

Après la montée en charge de l'unité centrale de production (UCP) ouverte en 2005 sur le site Sud, les liaisons avec le site Nord (hôpital Couple Enfant et hôpital Michallon) doivent être modernisées et mises en conformité :

- ▶ **en repensant** l'organisation de ces liaisons et flux logistiques, pour améliorer le fonctionnement d'ensemble de la structure et mieux maîtriser les coûts,
- ▶ **en créant** un office central de bâtiment fonctionnel répondant parfaitement aux exigences des services vétérinaires, dans les surfaces libérées au rez-de-chaussée bas par l'UCP, permettant ainsi de regrouper les personnels et toutes les fonctions (à l'exception du self service du personnel).

PROJET N°19 UN MANAGEMENT DIFFERENT DES PROJETS ET ACTIONS

La modernisation et la professionnalisation de différentes missions assumées par les directions administratives (ex : archives, marchés publics, politique d'achats, gestion logistique, fonction restauration) ont été engagées avec des résultats positifs, grâce à l'introduction de nouveaux métiers, d'investissements immobiliers importants et des apports du système d'information. Cette évolution doit être amplifiée dans les cinq ans : l'efficacité des organisations et des prestations, la maîtrise des coûts et la mise en œuvre des pôles justifient cette ambition de gestion performante et d'amélioration de la productivité globale.

Un management différent et plus performant des projets et actions est nécessaire, pour rendre plus lisible à chacun le sens de son action, et le mouvement de l'institution. Il combinera une gestion de projet plus efficace, une plus grande délégation de la gestion, en particulier dans le cadre des pôles, et une recherche plus systématique de la performance.

1 La gestion de projet : identification et suivi des projets (cf annexe 2)

Les 6 axes du projet d'établissement se déclinent en 20 projets : pour chacun seront définis un chef de projet et une équipe. Cette cartographie clairement définie sera mise à jour régulièrement, les projets n'ayant pas tous la même échelle de temps.

Chaque projet fera l'objet d'une évaluation précise, selon ses objectifs et sa nature, en termes d'efficacité ou d'efficacité, de satisfaction des utilisateurs et de retour sur investissement. Des tableaux de suivi de projet, évaluant le respect des plannings et les résultats attendus seront élaborés. Le pragmatisme sera privilégié pour déterminer les données significatives et leur croisement, pour certains projets sur un modèle de type BSC (balance scorecard). Enfin, une synthèse annuelle de l'avancée et de la réalisation des projets sera publiée dans le cadre du rapport de gestion, soumis au conseil exécutif et aux instances et notamment au Conseil d'administration.

2 Une plus grande délégation de gestion

La délégation de gestion permet une prise de décision au niveau le plus pertinent pour faciliter la réalisation des activités et la prise en charge des patients. Elle s'exerce dans le respect des normes, des statuts et des enveloppes de crédits. Elle consiste à confier aux pôles la responsabilité de décider de l'opportunité de consommer des ressources, dans les limites d'une enveloppe préalablement arrêtée, pour la réalisation des activités. Elle porte aussi bien sur les ressources humaines que sur les dépenses hôtelières, pharmaceutiques, et certaines dépenses d'investissement.

L'année 2006 sera mise à profit pour préparer la mise en œuvre au 1^{er} janvier 2007 d'une première étape de délégation de gestion, qui sera approfondie sur la période du projet d'établissement. Ses principes sont :

- ▶ La contractualisation interne, comme mode de management des politiques institutionnelles (évolution de l'offre de soins, qualité, prise en charge du patient...), d'allocation des ressources et de gestion des prestations entre pôles,
- ▶ La responsabilisation des acteurs à la gestion par l'affectation d'enveloppes de ressources et la mise en place d'un suivi régulier,

- ▶ La recherche systématique de la simplification des procédures et des processus, s'appuyant notamment sur l'accès à des référentiels et documents en ligne,
- ▶ La définition des modalités d'intéressement des pôles aux résultats de la contractualisation de la gestion.

Fin 2006, l'organisation interne des pôles d'activité sera finalisée, s'appuyant sur la mutualisation des compétences et des moyens humains, des plateaux techniques et des équipements, et sur une optimisation des filières de soins. L'organisation en pôles, disposant d'une masse critique (plusieurs services et/ou départements) répond à la volonté d'une gestion optimale des ressources, en donnant plus de souplesse d'organisation et en facilitant le pilotage institutionnel.

Un levier important de la réforme passe donc par la **délégation de gestion aux pôles** afin de représenter des masses financières suffisantes pour mettre en œuvre des mécanismes de gestion. En rapprochant la décision de gestion du terrain, en responsabilisant, notamment par l'intéressement, l'objectif est de retrouver des marges de manœuvre nécessaires pour la modernisation.

La démarche projet relative à la délégation de gestion, s'appuyant sur un chef de projet, une équipe, des groupes de travail, a pour objectifs de :

- ▶ **Fixer** le champ des décisions déconcentrées aux pôles, s'appuyant sur le principe de subsidiarité qui consiste à laisser agir l'échelon de proximité, chaque fois qu'il se trouve être le mieux qualifié pour opérer les choix les plus pertinents.
- ▶ **Redéfinir** les missions des directions fonctionnelles et des directions de site, pour faciliter les liaisons directes entre les pôles et ces directions. Il paraît primordial en effet de limiter le nombre de niveaux d'intervention et les interfaces inter-directions.
- ▶ **Décrire** les nouveaux processus de gestion courante du personnel ou d'achats et la mission de chaque acteur dans ce processus. Ces processus nouveaux s'inscriront dans les politiques de modernisation engagées par les directions fonctionnelles et dans leur structuration en pôles administratifs et logistiques. Ainsi la Direction des Affaires Economiques, de l'équipement biomédical et de la logistique (pôle Hôtellerie, Biomédical et Logistique) poursuivra la politique déjà bien engagée de regroupement de ses différents secteurs pour plus de cohérence et d'efficacité, la modernisation de ses outils avec une dématérialisation progressive des commandes, la professionnalisation de la fonction achat ... qui pourrait être étendue à d'autres secteurs.
- ▶ **Définir** le niveau des ressources humaines qui seront nécessaires aux pôles pour accomplir leurs missions, que ces ressources soient mises à disposition, créées ou redéployées et définir les profils de poste. Il conviendra notamment de préciser, compte tenu de l'élargissement du champ de compétences des cadres supérieurs, quels collaborateurs devront leur être adjoints pour leur permettre de se recentrer sur la mise en œuvre de la politique de prise en charge des patients.
- ▶ **Préciser** les modalités de suivi et les outils du contrôle de gestion, à intégrer aux orientations schéma du système d'informations et d'évaluation.
- ▶ L'ensemble de cette démarche de réorganisation de la gestion fera l'objet de **mesures d'accompagnement** au changement, d'audits organisationnels et d'un plan de communication et d'information.

▶ ③ La recherche de la performance

Les objectifs stratégiques étant clarifiés, ainsi que la gestion de projet et la réorganisation de la gestion, la recherche de la performance sera systématisée. Elle est complémentaire des objectifs de qualité et de sécurité qu'il s'agisse de la prescription, de la performance des plateaux techniques, des fonctions logistiques...

Dans l'amélioration des processus de prise en charge des patients, la non qualité coûte cher (reconvocations, plaintes...), et la mise en œuvre de l'accréditation version 2 (et des EPP) se veut complémentaire de la T2A : la modulation de l'allocation de ressources en fonction du niveau de qualité de prise en charge doit d'ores et déjà être intégrée dans la façon dont nous allons réformer nos modes de fonctionnement. Le développement de compétences en organisation et étude des processus devient indispensable, et cette mission nécessite une structuration plus visible au sein de la direction.

Dans l'amélioration des processus de gestion administrative, deux exemples peuvent être cités, l'organisation de la fonction achat et de la maîtrise d'ouvrage.

Moderniser la fonction achat intéresse également les unités de soins

Faire évoluer la fonction achat dans le cadre de la mise en place de pôles et de la responsabilisation des services clients permet en effet :

- ▶ d'assurer une meilleure fluidité et transparence de la chaîne d'achat par l'installation de logiciels informatiques qui uniformisent les supports de demande d'achat pour les services et permettent une information en temps réel (sans double saisie) des clients et acheteurs. L'installation de tels supports doit améliorer la productivité des services administratifs.
- ▶ par la dématérialisation des commandes, les services clients (unités de soins, services médico-techniques...) pourront à terme passer certaines commandes (consommables informatiques, papeterie, droguerie...) directement auprès des fournisseurs, sur la base d'un catalogue de produits autorisé par les services achat et d'une enveloppe budgétaire déterminée (e-procurement). Ceci suppose, après une étude organisationnelle poussée, l'adaptation des outils informatiques et la formation du personnel du service achat et des services clients.

Pour les acheteurs du CHU, la modernisation de la fonction vise à :

- ▶ pouvoir passer progressivement toutes les commandes des services achat par Internet sur les catalogues des fournisseurs retenus en marché. Objectif : simplifier le travail, raccourcir les délais de traitement des commandes et de livraison, assurer des gains de productivité et des économies
- ▶ participer aux groupements de commandes des CHU pour optimiser les coûts
- ▶ dématérialiser les transmissions de dossiers à la tutelle et à la trésorerie
- ▶ accompagner le personnel des services achats dans ces changements et professionnaliser la fonction d'acheteur
- ▶ utiliser les nouveaux outils qui vont se développer à moyen terme :

La carte d'achat :

Outil simple et rapide de type carte bancaire de passation et d'exécution des commandes publiques de faibles montants. Objectif : réduction des coûts de gestion et des délais de paiement, voir des consommations (moins de stock dans les services) en responsabilisant les porteurs de carte dûment habilités localisés dans les services achat dans un premier temps, puis ensuite éventuellement au niveau des pôles

Les enchères électroniques

Nouvelle technique d'achat qui s'inscrit dans la droite ligne de la dématérialisation des marchés publics adaptée pour l'achat de fournitures courantes, plus particulièrement de produits massifiés, avec des spécifications techniques bien définies. En raison de l'intérêt sur des volumes importants il est probable qu'elle se développe dans le cadre d'achats fait en groupement.

Moderniser la maîtrise d'ouvrage vise à réduire les coûts et les délais

Pour réaliser les grandes opérations en cours, et durablement augmenter le volume d'investissements réalisé par le CHU (travaux et équipement), le CHU doit faire évoluer l'organisation des services concernés (direction des services techniques et service biomédical), et recourir chaque fois que possible aux procédures rapides et innovantes, ouvertes par l'ordonnance du 4 septembre 2003, qui n'ont pas été mises en œuvre au CHU à ce jour (conception réalisation notamment). En réduisant les délais, elles réduisent les coûts, mais supposent des compétences nouvelles, des formations, et des choix d'organisation, notamment entre maîtrise d'ouvrage, prestations d'étude et d'assistance, et maîtrise d'œuvre.

PROJET N°20 UNE STRATEGIE DE FINANCEMENT AU SERVICE DE LA MODERNISATION

Dans le cadre de son projet d'établissement, le CHU de Grenoble entend mener un programme ambitieux mais nécessaire d'investissement, découlant pour l'essentiel de deux impératifs souvent fortement intriqués : la mise en sécurité (IGH Michallon, biologie, hôpital sud...) et la restructuration en vue de leur optimisation de ses infrastructures existantes (biologie, plateau technique, hôpital couple enfant...). Parallèlement aux opérations majeures de travaux incluses dans le plan directeur, le CHU se doit de dégager des marges pour financer le renouvellement de ses équipements, notamment biomédicaux, et le développement de son système d'information.

▶ 1 Le plan pluriannuel d'investissement et ses conséquences en matière d'exploitation

Le plan pluriannuel d'investissement prévoit sur les 5 ans du projet (2006-10) un programme d'investissement de **385 M€, soit en moyenne 77 M€ par an**. Ce niveau est nettement supérieur à celui constaté en 2003-2005, soit en moyenne 45 M€ par an, mais cet accroissement traduit la réalisation des opérations majeures.

Parmi ces opérations d'investissement, un certain nombre d'entre elles sont autofinancées par l'établissement par les gains d'efficacité que ces investissements génèrent (Institut de biologie, plate-forme logistique, extension de la blanchisserie). Est également intégrée la reconstruction du CMC sur le site sud, qui fera l'objet d'une aide spécifique à l'investissement par l'ARH.

Pour faire face à ces surcoûts d'investissement, une aide de 4,5 M€ d'euros reconductible est octroyée au CHU de Grenoble dès 2005. Celle-ci conforte donc la situation du CHU. **Elle ne permet pas à elle seule de financer la totalité du projet d'établissement, à résorber le passif de l'établissement et à dégager l'avenir.**

En matière d'exploitation, une fois déduites les opérations autofinancées et le CMC qui recevra un financement extérieur spécifique du niveau régional, le programme d'investissement génère un surcoût moyen d'exploitation sur la période 2006-10 d'environ 6 M€ par an.

En conséquence, le CHU devra dans toute la mesure du possible dégager dès l'exercice 2006 sur son résultat d'exploitation des provisions pour financer ses investissements, à une hauteur résultant des aides accordées et des efforts de gestion réalisés.

Les exercices 2003 et 2004 se sont traduits par des déficits respectifs de 4 et 8 M€ (soit 1,6 % du budget en 2004). Ces résultats s'expliquent pour l'essentiel par la progression des dépenses de groupe 4 (amortissements, frais financiers et provisions) - pour partie compensée par des aides - et des dépenses médicales et pharmaceutiques.

En 2005, le CHU retrouve l'équilibre budgétaire, grâce à la modération des prescriptions internes (hors rétrocessions, neutres pour le résultat) et des dépenses de personnel. La première a été favorisée par le déploiement de la prescription informatisée (OPIUM), qui couvre plus de 50 % des lits : le CHU est ainsi le plus avancé dans la sécurisation globale du circuit du médicament, qui repose également sur un robot de dispensation et des armoires sécurisées dans les unités de soins. L'aide à l'investissement accordée par l'ARH en novembre 2005 (4,5 M€ reconductibles) finance l'augmentation du groupe 4 en 2005, et, par mise en provision, pour partie en 2006 par anticipation.

Pour tenir ses objectifs, le CHU s'engage sur un retour durable à l'équilibre, par la maîtrise des dépenses et des recettes, notamment d'activité, un effort sur la production des données (rapidité, fiabilité et exhaustivité), et le développement des activités pertinentes.

Concernant les données d'activité, le CHU modernise son organisation interne et les outils du système d'information (saisie des actes par GESTACT, des diagnostics par GESTDIAG, codage de façon croissante par les unités et contrôle par le DIM), en responsabilisant les acteurs médicaux et soignants et le DIM. Le recensement de l'activité et sa facturation font partie des priorités de l'établissement et du schéma directeur du système d'information.

En outre, le suivi et l'analyse de toutes les activités pouvant élargir au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), et notamment de leur part consacrée à l'enseignement, la recherche, le recours et l'innovation (MERRI), nécessitent un travail approfondi,

La comptabilité analytique médicalisée devient en effet dans le cadre de la T2A un outil de dialogue entre les médecins, producteurs des recettes de l'institution, et les gestionnaires. Elle est un instrument de discussion qui permet d'aborder les coûts sous un angle médical (séjour patient). La comptabilité analytique médicalisée devient dès lors un outil primordial pour orienter des décisions, ce qui ne veut pas dire pour autant qu'il doit être le seul. Le CHU de Grenoble participe depuis plusieurs années à l'Etude Nationale de Coûts (ENC), ce qui lui permet de connaître ses coûts de production internes par séjour. Il s'agit d'un atout considérable pour notre établissement, puisque seuls 30 % des CHU disposent aujourd'hui d'un tel outil.

Enfin, la mise en place des pôles et la démarche de contractualisation qui l'accompagne, s'appuieront sur un contrôle de gestion rénové, développant les études médico-économiques analysant le lien entre activité et recettes.

En matière de maîtrise des dépenses de groupe 2, les effets du contrat de bon usage, les efforts de la commission des prescriptions de médicaments et l'informatisation du circuit du médicament (OPIUM, armoires informatisées et sécurisées) bien avancée au CHU, doivent permettre une évolution contenue de ce poste de dépenses.

En matière de maîtrise de groupe 4, le CHU est sans doute en revanche au bout des possibilités autorisées par la gestion active de la dette et de la trésorerie, dans un contexte de début de remontée des taux d'intérêt.

Afin de financer son ambitieux programme d'investissement dans le cadre du présent projet d'établissement, le CHU aura recours à un niveau moyen de financement par emprunt de 80 % sur la période 2006-2010. L'objectif reste de maintenir le fond de roulement à un niveau constant dans le cadre de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et du plan global de financement pluriannuel (PGFP), pendant le projet d'établissement et au-delà. Dans le nouveau cadre budgétaire et comptable, plus que l'équilibre budgétaire, ce sont les disponibilités (la trésorerie) qui conditionnent le fonctionnement financier de l'établissement.

En 2005, l'encours de la dette du CHU a été stabilisé à 120 M€. Mais son niveau en fin de projet d'établissement, fin 2010, pourrait doubler en l'absence d'aide complémentaire, malgré un effort de gestion déjà significatif, puisqu'il compenserait l'augmentation du groupe 4 à hauteur de 6 M€ en moyenne sur la période, et davantage au-delà. Pourtant, la poursuite de l'utilisation des ouvertures de crédit à long terme (OCLT) et d'une ligne de trésorerie, combinée à la politique de gestion de trésorerie zéro, devrait permettre de différer au maximum le recours à l'emprunt et continuer ainsi à limiter les frais financiers.

La capacité du CHU à financer son projet d'établissement sera au cœur des discussions que mènera le CHU avec l'ARH et le ministère au 1^{er} semestre 2006, sur la base de ce projet d'établissement, et dans le contexte des plans nationaux de modernisation. Elle sera évaluée au travers des grands équilibres bilanciaux que sont le fond de roulement, le besoin en fond de roulement et in fine la trésorerie, du maintien ou de l'amélioration de la capacité d'autofinancement et de la trésorerie potentielle d'exploitation, en compatibilité avec le groupe 4.

Le fond de roulement constitue l'équilibre entre les emplois stables de l'institution (immobilisations et créances de très long terme) et ses ressources stables (apports, dettes, amortissements, provisions, résultats d'exploitation affectés, réserves de trésorerie). Dans le cadre de la réforme budgétaire et comptable, il constitue la ligne d'équilibre de l'EPRD, qui lui-même n'est autre que la tranche annuelle du plan global de financement pluriannuel.

Le CHU de Grenoble présentait à la fin de l'exercice 2004 un fond de roulement négatif de 27 M€, dont 11 M€ d'insuffisance de sa réserve de trésorerie (inférieure à la créance ancienne dite de l'article 58, résultant du passage au budget global en 1984), et 16 M€ de report à nouveau déficitaire (déficits 2003 et 2004 pour 12 M€, moins-values sur recettes de groupe 2 pour 4 M€), qui sera ramené à 11 M€ fin 2005.

Le CHU devra en premier lieu, par le dégagement de marges de manœuvre d'exploitation, faire face à ses charges d'amortissement sans dégrader pour autant son compte de résultat, c'est-à-dire améliorer sa capacité d'autofinancement.

Au-delà, le CHU s'efforcera de dégager des excédents d'exploitation afin de solder progressivement son arriéré en matière de déficits cumulés (report à nouveau déficitaire), qui actuellement pèsent sur sa trésorerie et génèrent des frais financiers. Par ailleurs, le CHU de Grenoble continuera à demander que sa réserve de trésorerie puisse être renforcée, au-delà des quelques cessions d'actifs qu'il pourra réaliser à partir de sa dotation non affectée (sauf à ce que, pour tous les établissements publics de santé, la créance dite de l'article 58 soit remboursée ou compensée dans le cadre de la réforme du financement).

Le besoin en fond de roulement (BFR) représente le décalage au sein du cycle d'exploitation entre les encaissements et les décaissements. Le CHU de Grenoble présente de longue date un besoin en fond de roulement plus important que les CHU de taille et d'activité comparable. Sur la période récente, l'application de la réduction réglementaire du délai global de paiement à 50 jours et la pratique des paiements en urgence à 30 jours, ne se sont pas traduites par une réduction corrélative des délais d'encaissement.

La politique d'optimisation du besoin en fond de roulement doit donc être poursuivie en impliquant l'ensemble des acteurs, et porter sur les trois composantes du BFR :

- ▶ **les stocks**
- ▶ **les encaissements**
- ▶ **les décaissements**

En ce qui concerne les stocks, l'objectif sera d'aboutir à une plus grande vitesse de rotation et partant une diminution de leur montant. Le développement et le déploiement de nouveaux instruments de gestion comme le progiciel OPIUM, les armoires à pharmacie sécurisées et la robotisation de la cueillette des médicaments devraient contribuer à l'atteinte de ce résultat.

Sur le volet encaissement, la mobilisation des points de gestion déjà engagée, ainsi que celle du trésor public, seront systématisées. La facturation doit devenir une fonction à part entière. La rapidité de la facturation doit être un objectif partagé, sans en diminuer la qualité, gage de la diminution des créances irrécouvrables.

Enfin, pour ce qui est des décaissements, le CHU se fixe pour objectif, tout en continuant de respecter le délai global de paiement réglementaire de 50 jours, de développer la politique d'escompte et de prioriser ses règlements afin de développer et de systématiser une politique de paiement «juste à temps».

► 2 Les choix d'investissement du CHU pour le projet d'établissement

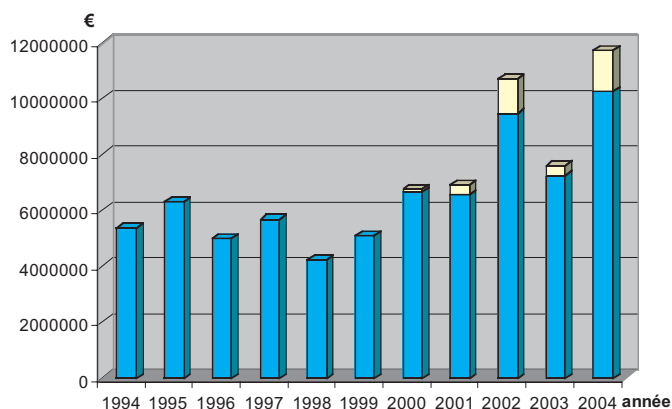
Les cinq opérations majeures de travaux, qui vont se réaliser durant le présent projet d'établissement 2006-2010, ont été préparées (préalables, études, ou début des travaux) pendant le précédent projet 1999-2004) :

- **la sécurisation incendie** : elle porte surtout sur l'hôpital Michallon (à hauteur de 36 M€), afin de pallier la vétusté de conception de cet immeuble de grande hauteur (IGH) ; le site Sud est également mis en conformité pour 5 M€,
- la construction de **l'hôpital Couple-Enfant** (80 M€ de travaux en deux tranches 2005-2009) : il rassemble des activités de maternité, génétique et pédiatrie dispersées dans des pavillons datant d'un siècle et appelés à la destruction,
- la construction d'un **institut de biologie** (37 M€ entre 2006 et 2008) : ce projet est autofinancé par le regroupement de laboratoires dispersés dans Michallon, où ils posent un problème majeur de sécurité incendie,
- **l'intégration des lits de soins de suite encore situés sur le plateau de Saint-Hilaire du Touvet** sera achevée par une extension de l'hôpital sud (30 M€), qui permettra au CHU de concrétiser dès 2008 un pôle hospitalo-universitaire de médecine physique et de réadaptation ; l'offre de SSR dans l'agglomération sera renforcée par les opérations en cours dans le cadre du SROS 3.
- **la modernisation du plateau technique de Michallon**, par extension et construction d'un bâtiment satellite de 1300 m² (48 M€) destiné aux réanimations, blocs opératoires et accueil des urgences, et la mise en conformité des surfaces libérées dans Michallon (en priorité les 8.000 m² libérés par la biologie) ; ces opérations réalisables en 2009 et 2010 concrétisent la mise en conformité urgente d'un plateau technique de 30 ans d'une conception dépassée : les 38 salles opératoires disposent en effet de surfaces et circuits exigus, et ne sont pas conformes en salles post-interventionnelles ; les 4 unités de réanimation sont pour leur part dispersées dans l'hôpital Michallon et situées dans des locaux vétustes.

Le développement résolu de toutes les alternatives à l'hospitalisation (relance de l'activité d'HAD, ouverture dès 2006 et développement de la chirurgie ambulatoire, regroupement et renforcement des hôpitaux de jour - cancérologie, cardiologie, suivi des transplantations - , surfaces nouvelles dédiées à l'ambulatoire) prépare l'avenir ; il ouvre la voie au recentrage des ailes d'hospitalisation de Michallon sur leur vocation, à leur mise en conformité incendie et en hôtellerie, qui mobilisera le projet d'établissement suivant et transformera la capacité d'hospitalisation complète du CHU. En effet, la part de chambres individuelles reste infime à ce jour, avec une hôtellerie vétuste, dépourvue de douche individuelle. La sécurisation et la modernisation de l'hôpital Michallon (150.000 m²) est donc une opération lourde et coûteuse, qui se poursuivra au-delà de la période 2006-2010, mais elle passe en priorité par la mise en conformité du plateau technique (réanimations, hématologie et blocs opératoires, avec leur environnement technique).

S'agissant des équipements biomédicaux, un schéma à 5 ans a été élaboré, tenant compte de la vétusté du parc, puisque sur 12 600 équipements inventoriés à ce jour au CHU, 50 % sont antérieurs à l'année 1995. Un effort de mise à niveau est donc nécessaire chaque année pour éliminer les équipements les plus anciens, sachant que ces dernières années le délai d'obsolescence s'est beaucoup raccourci.

Evolution des investissements Biomédicaux de 1994 à 2004 (mandatés)



L'évolution des investissements en matériel biomédical sur les 10 dernières années a été assez stable de 1994 à 1999. Par contre les investissements ont fortement augmenté de 2 000 à 2004, renforcés par les crédits liés à la recherche et aux subventions diverses.

Compte tenu des volumes importants à consacrer à l'investissement immobilier dans les 5 ans, le rythme d'investissement en matériel médical devra être adapté, et ne se maintiendra pas nécessairement au niveau exceptionnel constaté en 2002-2004 du fait du renouvellement d'équipements lourds. Sauf intéressement venant en complément, une enveloppe de 31 M€ a été réservée pour ce schéma d'équipement biomédical à 5 ans (2006-10), qui combinera innovation technologique et renouvellement des équipements, en portant une double attention :

- ▶ à l'accompagnement des projets majeurs comme l'Hôpital Couple/Enfant et l'Institut de Biologie,
- ▶ au développement des activités dans le cadre du SROS et de la T2A.

Pour l'hôpital Couple-Enfant, la prévision d'équipement prépare les dates de livraison des deux tranches (2007/9), en fonction des hypothèses de capacité connues à ce jour. Pour l'Institut de Biologie, le gros des investissements est prévu au moment de l'ouverture avec notamment l'acquisition d'une chaîne analytique pour le plateau technique quotidien. Ces investissements correspondent pour beaucoup à des acquisitions de matériel venant en remplacement de mises à disposition d'équipements, dans le cadre de l'autofinancement du projet.

Au titre des développements d'activités, ont été validées, après étude médico-économique :

- ▶ l'acquisition d'une deuxième salle d'angiographie cardiaque et en corollaire, la création de 4 lits de soins intensifs de cardiologie et l'installation de 10 lits supplémentaires de cardiologie,
- ▶ la création de 3 lits de réanimation, la transformation de 6 lits de Soins Intensifs d'Urgences et de 4 lits de Soins Intensifs Post Opératoires en lits de réanimation.

Au total, la dynamique d'activité et de retour à l'équilibre retrouvée par le CHU de Grenoble le met en situation de proposer et de réaliser un programme d'investissement ambitieux mais nécessaire à sa modernisation, dans le cadre d'une stratégie de financement à inscrire dans la réforme du financement, le SROS de troisième génération et le contrat à négocier avec l'ARH.