

## □ AXE 4 - MIEUX PRENDRE EN CHARGE

**Centré sur le patient et impliquant l'ensemble des personnels et des pôles d'activité, cet axe comprend trois projets au cœur de la nouvelle accréditation :**

- ▶ **Le projet de prise en charge du patient**, qui fédère l'action de l'ensemble des soignants, est détaillé en thèmes et actions prioritaires dans le document joint n°1. Il répond à la double ambition de mieux accueillir et prendre soin (**projet n°10**), pour l'ensemble des patients.
- ▶ **La démarche de qualité et sécurité des soins** (qui correspond au **projet n°11**) vise trois objectifs dont l'importance a été confirmée par des textes législatifs récents : renforcer la place des usagers, faire vivre la démarche qualité avec les pôles d'activité et renforcer la gestion des risques, enfin développer l'évaluation des pratiques professionnelles ou EPP.
- ▶ **Enfin, le projet n° 12** portant sur la **culture et la communication**, signe l'ouverture du CHU sur la cité.

### PROJET N°10 MIEUX ACCUEILLIR ET PRENDRE SOIN

Le projet de prise en charge globale du patient s'adresse à l'ensemble des professionnels médicaux et para médicaux impliqués dans le processus de soin et au patient acteur de sa prise en charge.

Ce projet, décliné par action dans le document joint n°1, a pour ambition d'être l'outil structurant des actions à poursuivre ou à engager par les pôles d'activités pour répondre aux besoins de santé des personnes ayant recours au CHU.

**La prise en charge du patient sera axée sur :**

#### 3 aspects principaux du parcours de soin...

- ⇒ L'accueil et la prise en charge du patient
- ⇒ Les modalités de soin
- ⇒ La préparation de la sortie du patient

#### ...Commun à 5 types de prise en charge

- ⇒ Les soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique)
- ⇒ Les soins de suites ou de réadaptation
- ⇒ La psychiatrie et la santé mentale
- ⇒ Les soins de longue durée
- ⇒ L'hospitalisation à domicile

La spécificité de chaque type de prise en charge s'exprimera lors de l'élaboration du projet des pôles d'activités tout en valorisant l'interdépendance des acteurs et leurs complémentarités.

Le manuel d'accréditation sera le fil conducteur de la démarche qualité dans le cadre du projet de prise en charge du patient, qui veut dans son esprit et ses objectifs prendre en compte les orientations déclinées dans le projet d'établissement et impliquer le patient.

## ► ① L'accueil et la prise en charge du patient

### 1.1 Une procédure d'accueil pour chaque patient

Un entretien d'accueil pluri professionnel sera développé dès l'entrée du patient afin de poser un diagnostic médico-psycho-social. Cette approche pluridisciplinaire des situations de soins repose sur la reconnaissance de la globalité de la personne. Par cette démarche, les professionnels de santé se mettent en position de pouvoir proposer des services issus d'un collectif attentif aux droits et besoins des patients, aux avancées scientifiques et en regard des sciences humaines.

### 1.2 L'accueil et le traitement des urgences

Parce que le service d'urgences du CHU est un lieu d'accueil et de prise en charge des soins 24h sur 24, 365 jours par an, il devient, pour une part de son activité, le lieu de consultations et de soins non programmés, sans lien nécessairement avec l'urgence.

Bien que cette part d'activité se soit réduite, ces dernières années, elle contribue aujourd'hui à la suractivité du SAU, source de difficultés de prise en charge. Une des problématiques du Service d'Accueil des Urgences (SAU) se situe dans la régulation de la gestion des flux en amont et en aval. Le manque de lisibilité sur la disponibilité des lits dans certaines unités de soins accentue les difficultés de placement des patients des urgences.

**Face à ces difficultés, en complément des actions structurantes sur l'offre de soins interne mais aussi externe, telles que décrites dans la partie 2, le projet de prise en charge du patient propose des actions en amont et en aval des urgences :**

#### En amont des urgences

► **Améliorer l'accès des médecins de ville à un conseil diagnostic et thérapeutique** auprès des médecins hospitaliers selon la spécialité, permettant d'éviter des orientations non indispensables de patients au SAU.

► **Pallier à la saturation quotidienne des urgences** en incitant la permanence des soins par la médecine de ville et en renforçant la collaboration avec le SAMU-SMUR, les établissements de santé du bassin grenoblois et de l'arc alpin.

► **Engager une politique de communication et d'information de la population sur l'offre de soins et le bon usage des urgences**, permettant de réduire le recours aux urgences.

► **Permettre rapidement d'avoir accès aux compétences de la filière** dont dépend le patient en sollicitant la présence médicale sénior et le croisement des compétences urgentistes-spécialistes.

## En aval des urgences

► **Impliquer chaque pôle d'activités** dans la gestion des lits pour l'accueil des patients du SAU et engager des collaborations avec les structures et la médecine de ville.

► **Améliorer la connaissance de la disponibilité des lits** en renforçant les missions de la commission de gestion de l'offre de soins sur la programmation des fermetures et en réduisant, dans les unités de soin, le délai de mise à jour des données, pour avoir une fiabilité améliorée des disponibilités de lits dans l'outil INTRANET.

### 1.3 L'accueil des personnes en situation particulière

La prise en charge du patient doit être adaptée aux personnes vivant avec un handicap moteur, sensoriel et les personnes en situation de précarité sociale.

Deux structures appropriées ont été mises en place au CHU, qu'il convient de mieux faire connaître :

- la Permanence d'Accès aux Soins Santé (PASS) pour les personnes en situation de précarité,
- le pôle Rhône Alpes d'accueil et de soins en langue des signes.

**La prise en charge des patients handicapés doit être améliorée notablement dans les 5 ans:** pour ce faire, sera étudiée la possibilité de mettre en place une équipe mobile «de rééducation pour l'évaluation et la prise en charge du handicap».

## ► ② Les modalités de soins

L'action volontariste du CHU repose sur la nécessité de fédérer les actions autour du diagnostic, des soins préventifs, des soins curatifs, des soins palliatifs et la sortie du patient en y associant les soins de base, techniques, relationnels et éducatifs, tout au long de la prise en charge du patient. L'utilisateur en qualité de patient est impliqué dans les soins qui lui sont dispensés.

### 2.1 Le diagnostic médical et para médical

Un diagnostic juste et précis détermine une prise en charge adaptée et de qualité c'est pourquoi il est nécessaire de centrer la réflexion et l'action de soins sur le diagnostic médical et para médical.

► **Mettre à disposition du patient des compétences**, par le renforcement de la seniorisation médicale vers certains secteurs d'activités, par la généralisation du diagnostic para médical et le développement des techniques de soins gériatriques, du handicap, des soins palliatifs, des conduites addictives.

► **Accéder rapidement au plateau technique**, en limitant les délais d'attente par un travail de coordination entre les professionnels des services prestataires et demandeurs et en développant la télémédecine avec les hôpitaux de l'Arc Alpin.

► **Restituer le diagnostic** au patient, en prenant le temps lors d'un colloque singulier médecin / patient de l'explication de la maladie, de son évolution et de sa thérapeutique et en informant, favorisant la réflexion du patient au bénéfice/risque, au projet thérapeutique proposé par le médecin. Les personnels para médicaux dans leur champ de compétence s'impliquent dans la démarche.

## 2.2 Les soins de prévention

Le CHU et la médecine de ville doivent poursuivre leurs rôles de prévention dans des programmes majeurs de prévention (diabète, hypertension artérielle, tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, obésité etc.) et dans le développement de consultations spécialisées (tabacologie, addictologie, nutrition, douleur chronique etc).

L'établissement doit continuer son implication dans le domaine de l'éducation thérapeutique afin de diminuer notamment la non observance et les effets secondaires du traitement.

Le traitement et la correction de la dénutrition hospitalière pourraient être organisés par une unité mobile de nutrition gérant l'ensemble des acteurs impliqués dans le diagnostic et le traitement.

## 2.3 Les soins curatifs

Les différentes modalités d'hospitalisation classent les soins curatifs en soins de courte durée, soins de suite ou de réadaptation et soins de longue durée. **Deux thématiques** apparaissent prioritaires dans la qualité des soins lorsqu'on interroge les patients : la prescription médicale et la réalisation des soins au travers d'un projet de soins individualisé au patient.

### ► La prescription médicale

Dans le cadre du contrat de bon usage du médicament et des produits et prestations, chaque pôle d'activités cliniques s'engage à élaborer et diffuser un **référentiel de bonnes pratiques de prescription médicamenteuse** portant sur les points suivants :

- ✓ **L'historique médicamenteux à l'entrée**
- ✓ **La juste prescription / référentiels scientifiques validés**
- ✓ **La dispensation du médicament**
- ✓ **L'administration du médicament**
- ✓ **La réévaluation du traitement**
- ✓ **L'information et/ou l'éducation thérapeutique à la sortie du patient**

**Les actions essentiellement retenues** s'expriment par une proximité plus forte entre médecin-pharmacien - sages-femmes et personnels para médicaux, favorisant la collaboration. Elles découlent notamment du projet pharmaceutique tel que décrit dans la partie 3, comme :

- ✓ **La répartition des pharmaciens** dans les pôles d'activités cliniques et le déploiement d'internes et de préparateurs en pharmacie
- ✓ **Le développement de la dispensation nominative** des médicaments avec un automate en pharmacie
- ✓ **L'Installation d'armoires sécurisées** dans chaque unité de soins gérées par les préparateurs en pharmacie

Dans les cinq années à venir, la généralisation de l'informatisation, permettant une très haute conformité aux exigences légales, devrait accroître la sécurité de la prescription et la réalisation d'économies sur les dépenses de médicament, de biologie et d'imagerie.

### ► La réalisation des soins

**Tout malade hospitalisé doit disposer d'un projet de soin individualisé, associant approches médicale et para médicale.**

Chaque pôle d'activité devra garantir pour chaque patient, au travers de son projet de soins :

- La planification et la coordination des soins
- La structuration de la démarche de soin
- La description des prises en charge (processus)
- La continuité des soins
- La prise en compte des situations nécessitant des soins adaptés
- La gestion des risques lors des soins
- L'information du patient et de ses proches tout au long de sa prise en charge
- L'implication du patient et de ses proches
- L'éducation pour la santé

## 2.4 Les soins palliatifs

Pour renforcer la dynamique de développement des soins palliatifs impulsés par l'unité mobile de soins palliatifs, le CHU veut aller plus loin dans la réponse à l'amélioration des modalités de prise en charge des soins palliatifs en proposant, outre l'identification de lits de soins palliatifs et la création d'une unité de soins palliatifs spécialisée, citées dans l'axe 2 :

- **La prise en compte de la douleur physique et psychologique des malades**
- **Le soutien des équipes par des groupes de parole d'analyse de pratique**
- **La prise en charge spécifique pour les enfants**
- **Le partenariat avec les familles**
- **La formation de référents en soins palliatifs**

Les soins de support et d'accompagnement seront développés en complémentarité avec les soins palliatifs et la prise en charge de la douleur dans une volonté de soins continus.

## 2.5 La sortie du patient

Face aux difficultés de gestion des sorties des patients pour différents motifs (offre structurelle d'aval insuffisante, relais difficile parfois de la médecine de ville, mauvaise préparation et transmission insuffisante des informations....), la sortie du patient en vue d'un retour à domicile, d'une mutation ou d'un transfert à l'hospitalisation doit être considérée comme :

- Une mission des professionnels de chaque unité d'hospitalisation que de la prévoir et l'organiser au mieux dès la consultation et ou l'entrée du patient dans une unité de soins.
- Un acte de soin à part entière permettant la continuité de la prise en charge et la mise en place de systèmes d'alerte et de prévention.

### ► La sortie du patient des urgences

Le service d'accueil des urgences (SAU), est trop souvent confronté à la difficulté de trouver un lit adapté à la pathologie du patient et à des négociations difficiles en interne. Il paraît indispensable **d'engager une contractualisation entre le service d'accueil des urgences et les pôles d'activités** pour faciliter l'hospitalisation ciblée.

### ► La sortie au domicile ou vers une autre structure hospitalière ou médico sociale

Le retour à domicile après un séjour hospitalier est particulièrement difficile pour un certain nombre de patients (patients âgés, patients atteints de déficit locomoteur, patients nécessitant des soins palliatifs) et nécessite de **planifier, d'organiser** la sortie du patient, avec le médecin traitant, les professionnels de la ville, les structures d'accueil, les réseaux.

Deux procédures standardisées à toutes les unités de soins seront élaborées dans le cadre d'une démarche qualité :

- **Une procédure de sortie simple** qui fait appel à l'intervention des professionnels de l'unité d'hospitalisation
- **Une procédure de sortie pour prise en charge lourde et complexe** qui demande une coordination ville-hôpital.

Un projet d'une plate-forme mixte de coordination liaison associant les réseaux et le conseil général est envisagé pour organiser les sorties en amont et en aval de l'hospitalisation, avec une articulation conjointe des champs sanitaire et médico-social.

### ► Le retour du patient vers l'établissement d'origine

Le retour du patient doit être incitatif auprès de l'établissement d'origine. Le transfert intra ou inter établissements qui implique pour le patient un changement de lieu, d'équipe médicale et para médicale, d'habitudes de séjour est un processus complexe qui nécessite l'engagement d'une démarche qualité visant à améliorer la transmission de l'information et les conditions de transfert. En cela, les points suivants doivent être traités :

- ▶ **Modalités de concertation-communication entre les équipes médicales**
- ▶ **Préparation du transfert, intégré au projet de soin**
- ▶ **Procédure de transfert**
- ▶ **Organisation du transport organisé, identification du financeur**
- ▶ **Modalités de contractualisation avec les établissements du bassin de santé et de l'arc alpin**
- ▶ **Evaluation de la satisfaction des différents partenaires, sur les conditions**

## 2.6 Le patient, acteur de sa santé

La reconnaissance des droits de la personne dans ses relations avec le système de santé repose sur des textes législatifs et des valeurs fondatrices du soin, ainsi **le patient devient un acteur à part entière de sa santé**. Les professionnels du CHU entendent eux aussi mieux reconnaître et conforter l'implication du patient : «il est informé de son état de santé et partie prenante de sa prise en charge» afin d'encourager son autonomie.

**Le projet de prise en charge globale du patient doit trouver une place pleine et entière dans le projet de soins des pôles d'activités, porté par des équipes pluri professionnelles soucieuses d'apporter toujours plus de sécurité et de qualité dans les soins.**

## **PROJET N°11 QUALITE ET SECURITE DES SOINS**

La Direction Générale et la CME ont défini la **qualité** et la **sécurité** au CHU comme des objectifs stratégiques.

**L'amélioration de la prise en charge des usagers** en renforçant la transparence sur les soins et les services qui leur sont apportés sera une action prioritaire. Pour répondre à ces exigences le CHU devra concevoir l'usager comme un interlocuteur permanent, améliorer l'organisation de la qualité, maîtriser les risques et mettre en place un système d'évaluation des actions mises en place.

Ces actions devront permettre d'assurer une **prise en charge du patient globale** de qualité et sécurisée. Des structures sont identifiées dans le CHU pour mettre en œuvre cette politique : comité de pilotage de la qualité, direction de la qualité, département de veille sanitaire avec l'Unité de Qualité et d'évaluation médicale.

Cette politique est déclinée en programmes annuels et répondra aux exigences de la démarche d'accréditation de la HAS qui en constitue le fil conducteur.

### **1 Renforcer la place des usagers à l'hôpital : l'écoute des patients et des correspondants médicaux et paramédicaux**

#### **1.1 La représentativité des usagers**

Les usagers veulent se faire entendre et participer aux décisions les concernant. Il est nécessaire de mieux les associer en améliorant leur représentation dans l'établissement. La **création d'une Maison des usagers** gérée par les associations donnera un lieu de rencontre et d'information aux usagers, familles, professionnels et associations. **Une Charte commune à toutes les associations en dictera les missions, les règles et objectifs.**

Un autre enjeu sera **l'écoute de l'usager dans ses requêtes**. Les propositions constructives des associations alimenteront le choix et les actions du CHU à la fois en terme d'accès, de délivrance de l'information, du respect des droits du patient et de la qualité de vie de l'usager au quotidien dans l'établissement. Une réflexion sera menée sur les modalités d'implication des représentants des usagers dans l'évaluation de la diffusion de l'information.

En conséquence, le CHU cherchera à mieux reconnaître la place et le rôle des usagers. La présence des usagers dans la vie institutionnelle sera organisée tant au niveau des professionnels que des usagers eux-mêmes et de leurs familles.

#### **1.2. Des prestations de qualité régulièrement évaluées pour tous les usagers**

La structuration d'un programme d'actions visera à offrir une qualité de prestations à tous les usagers quels que soient leurs profils et le lieu où ils sont accueillis et soignés. La première action consistera à permettre **l'accessibilité de toute personne en tout lieu**. Avec l'implication des professionnels, des experts et des usagers, la signalétique et l'accessibilité aux bâtiments seront étudiées pour tout nouveau projet architectural. De même, un programme d'aménagement de l'accessibilité dans les bâtiments existants sera élaboré ainsi qu'un calendrier de réalisation. La réactivation de la commission d'amélioration de l'accessibilité permettra d'avoir une vision globale sur tous les sites du CHU.

**Le renforcement de la professionnalisation de l'accueil** sera un autre objectif. Il est indispensable dans les années à venir de poursuivre les efforts dans le domaine de la signalétique ; de l'accueil physique des usagers, téléphonique, du courrier postal et électronique ; de l'aménagement de points d'accueil et de la propreté des locaux. Cela améliorera dès lors la qualité du séjour. La promotion de l'accès à divers services tels que le stationnement, le téléphone, les services postaux, la culture, la restauration, la sécurité des biens et les espaces verts doit être favorisée.

Au même titre que l'action «Hôpital sans tabac», une action «**Hôpital silencieux**» doit être entreprise afin de minimiser les inconvénients du bruit et leurs retombées sur les usagers.

Cette qualité du séjour doit aussi comprendre une **meilleure diffusion de l'information** par une plus large distribution du livret d'accueil et du questionnaire de sortie. Ce dernier doit faire l'objet d'une exploitation qui permettra de cibler les actions dans les domaines les plus critiqués : l'information médicale et la prestation hôtelière.

### 1.3. Les droits et obligations de l'usager

Ces droits et obligations sont énoncés dans la Charte du patient hospitalisé. La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) veille, quant à elle, au respect de ces droits. Le défaut d'information du patient est source d'insatisfaction. **Le CHU, pour améliorer la communication avec les usagers, s'engage à mener une gestion active et réactive des dossiers. La transparence de l'information** doit être garantie : une information claire et loyale doit être donnée et la possibilité offerte au patient d'accéder à son dossier médical respectée.

Enfin, **l'information à destination de l'usager aura une visée éducative.** Cette information doit comprendre le fonctionnement de l'établissement dans ces différentes composantes.

## ► 2 Poursuivre avec les pôles la politique qualité et renforcer la gestion et la prévention des risques

### 2.1. Développer la culture qualité par des actions transversales de formation des professionnels

Des interventions dans les formations initiales et journées d'accueil des nouveaux agents médicaux et non médicaux seront développées.

D'autre part, un programme transversal de formation continue sera élaboré en direction des services médicaux et médico-techniques, des services administratifs, techniques et logistiques. Les modalités de ce programme seront définies par les professionnels et après avis des instances CME et Commission de soins en intégrant la formation aux méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles. Ce programme de formation fera l'objet d'une évaluation annuelle.

## 2.2. Déployer la démarche et des actions qualité dans les pôles d'activité

**La gestion de la qualité et des risques est partie intégrante du projet de pôle.** Lors de l'élaboration des documents constitutifs du pôle, il sera inscrit des objectifs qualité et risques. Dans ce cadre, les démarches qualité des services doivent être accompagnées et suivies grâce à la formation des professionnels, la mise à disposition de référentiels, guides et documents divers. Une assistance directe dans les services sera modulée en fonction du programme.

Enfin, la mise en œuvre de démarches qualité dans les services techniques, logistiques et administratifs pourra aller jusqu'à des certifications ISO, comme c'est le cas avec la stérilisation, la restauration ou encore les archives, ou bien revêtir un cadre réglementaire, tel que le HACCP en restauration.

Un volet d'évaluation de la démarche doit être mis en œuvre. Il se situera dans la lignée de la seconde accréditation du CHU.

## 2.3. Asseoir la gestion documentaire

Les modalités de gestion des documents internes (procédures...) et externes (décrets...) papiers ou informatiques ont été définies. Une procédure définissant les règles de gestion documentaire est diffusée et un responsable de la gestion documentaire qualité nommé au niveau institutionnel. Cette gestion documentaire, une fois appliquée dans les services, fera l'objet d'évaluations régulières.

## 2.4. Améliorer le système de gestion des risques

**La circulaire DHOS/E2/E4 N°176 du 29 mars 2004** relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé doit être mise en place. La gestion des risques a, pour l'instant, reposé principalement sur l'action de l'unité d'hygiène hospitalière et de l'unité de gestion des risques.

Il convient à présent de conforter l'organisation de ce secteur en nommant **un gestionnaire des risques**, conformément à cette circulaire, dont la mission consistera à coordonner la gestion de l'ensemble des risques au niveau de l'hôpital.

**Concernant les risques professionnels**, le CHSCT doit être associé dans la mise en œuvre du système de gestion des risques, dans le cadre de ses missions et de ses compétences. De plus, le document unique répertoriant les risques professionnels sera élaboré et mis à jour.

**Le dispositif de veille sanitaire**, déjà opérationnel, sera amélioré en valorisant le signalement, en donnant un rendu des signalements à l'UMAGRIS au déclarant, au cadre et au chef de service et en assurant un suivi des réponses et corrections apportées. En complément du signalement, des outils axés sur le préventif, comme les visites de risques, seront développés. Enfin, les missions de l'UMAGRIS doivent être élargies à tous les risques.

**Un programme annuel concerté de gestion préventive des risques sera élaboré**, suivi et évalué. Les vigilants, la médecine du travail, les services techniques, les services logistiques, les services administratifs seront sollicités et le CHSCT consulté. Le responsable de chaque structure transversale intervenant dans le domaine du risque communiquera au Comité de pilotage son programme annuel de gestion des risques. Dans cet objectif, le CLIN transmettra chaque année son programme qui repose sur les objectifs généraux de lutte contre les infections nosocomiales. Ceux-ci sont l'application des réglementations, la formation du personnel, la surveillance épidémiologique des infections prioritaires dont les infections de site opératoire et l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'hygiène en s'appuyant sur le programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008.

Tous les plans d'urgence ainsi que le plan blanc et ses composantes doivent être finalisés, mis en œuvre et suivis.

### ▶ 3 Développer l'évaluation et les dynamiques d'amélioration

#### 3.1. Développer l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

**L'évaluation des pratiques professionnelles s'appuie sur un trépied** : l'évaluation de la pertinence des pratiques, du risque lié aux soins, et de la prise en charge de pathologies ou problème de santé significatifs.

L'évaluation des pratiques professionnelles doit permettre de **développer la culture qualité des secteurs de soins**. Elle répond également à une obligation de l'accréditation.

**Une plateforme EPP** composée d'experts dans le domaine de l'évaluation, de professionnels de soins, d'acteurs médicaux, de référents HAS, d'ingénieurs en organisation, de contrôleurs de gestion **sera créée**.

Chaque service s'engagera à choisir un ou plusieurs thèmes dans une liste prédéfinie et à faire **au moins un audit clinique ciblé par an**.

Les services pourront également utiliser d'autres méthodes : revues de mortalité-morbidité, suivi d'indicateurs de résultat ou de performance, participation à des études transversales (hygiène, contrôle ultime...).

Enfin, **des évaluations de type transversal** seront conduites par l'Unité Qualitique de l'Évaluation Médicale (UQEM) sur demande du Comité de pilotage de la gestion des risques et de la qualité.

**Un bilan annuel des évaluations réalisées au CHU sera systématiquement diffusé**.

#### 3.2. Communiquer sur le programme de la gestion de la qualité et des risques

Un plan de communication interne et externe doit être impulsé. Le forum qualité doit favoriser la connaissance des diverses actions qualité et risques des services du CHU.

En parallèle, pour promouvoir cette gestion des risques au sein de l'établissement, un programme de formation à la gestion des risques pour tous les professionnels doit être élaboré en définissant des obligations minimales de formation.

### **3.3. Evaluer le programme de gestion de la qualité et des risques**

La mise en œuvre du programme de gestion de la qualité et des risques fera l'objet d'une évaluation annuelle qui portera notamment sur l'atteinte des objectifs du programme et sur la gestion documentaire. Cela se fera au moyen d'indicateurs définis et suivis.

## **PROJET N°12 LA CULTURE ET LA COMMUNICATION**

La politique de communication du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble sur les années 2006-2010 aura pour objectif central la **modernisation des outils de communication existants** afin d'une part d'informer le personnel sur la vie de l'établissement et notamment la réalisation des projets institutionnels, et d'autre part, de promouvoir le CHU notamment en améliorant les services apportés aux patients;

### **La mise en œuvre de cette politique comportera deux volets :**

► **Une communication interne à destination des personnels du CHU**, dont les actions consisteront à améliorer les supports de communication actuels et à développer des moyens permettant de les alimenter en information. L'objectif est de faire connaître les projets en cours dans l'institution et de valoriser les démarches mises en œuvre dans les pôles. La politique de communication sur ce versant doit permettre le développement d'une culture d'établissement partagée par l'ensemble des professionnels quel que soit son lieu d'exercice ou son secteur d'activité. Les personnels doivent connaître et se reconnaître dans la communication faite sur le CHU de Grenoble.

► **Une communication externe répondra aux besoins d'information des usagers (patients, familles et visiteurs), de la médecine de ville et des structures extérieures, des médias et des tutelles en apportant des services complémentaires en lien avec l'information.**

L'axe central de cette politique de communication consistera sur la période 2006-2010 à implanter et à développer **une nouvelle chaîne interne de télévision** dont une partie des programmes diffusés dans les chambres des patients sera consacrée à la présentation et au fonctionnement du CHU de Grenoble. **Des supports d'informations administratives** ou liées à la santé seront également développés sous différents médias pour faciliter l'accueil, le séjour et la sortie des patients. Un autre axe du versant externe concernera la **communication envers la médecine de ville** et les réseaux pour favoriser les liens avec le CHU par une information adaptée à leurs attentes. **La vitalité du site Internet sera dans cet optique un objectif à atteindre.**

Enfin, la direction de la communication intensifiera les **relations avec les médias** afin d'implanter une gestion active et réactive sur l'actualité médicale, scientifique, la vie hospitalière et les projets du CHU pour promouvoir à l'extérieur la vitalité de l'institution.

L'objectif central de la politique culturelle pour les 5 prochaines années sera axé autour d'une programmation culturelle de qualité en direction des personnels, patients et usagers du CHU. L'action culturelle proposée doit concourir à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient pendant son temps d'hospitalisation et à la diffusion de la culture auprès de personnes qui n'y ont pas accès. Elle devra permettre aux personnels d'instaurer une autre relation avec les patients. Il s'agit d'offrir une sortie du soin et de la maladie tout en appréhendant l'institution sous un angle différent. Elle tend également à améliorer les relations humaines à l'hôpital par l'utilisation d'un autre médium.

Une programmation culturelle est proposée sur les différents sites s'appuyant sur des projets préparés en concertation avec les services hospitaliers. Les projets seront engagés avec des établissements culturels de référence de la région grenobloise (musées, festival, compagnies, services culturels de la ville et du Conseil général...), ceci afin d'assurer une programmation de qualité. C'est également le moyen d'intégrer le CHU sur son territoire.

Des actions culturelles seront proposées en lien avec l'évènementiel culturel national tels que les journées du patrimoine, la fête de la science, la fête de la musique et les évènements locaux tels que le festival des Arts du récit, Grenoble Jazz Festival par exemple. Le CHU en prolongeant l'offre culturelle proposée aux autres citoyens, rompt la séparation entre l'hôpital et la ville, ce qui participe à sa meilleure intégration dans la cité. Au cours des années 2006-2010, la présentation d'expositions temporaires également consacrées à la sculpture, à la peinture dans un service hospitalier ou dans les halls d'accueil, sera poursuivie ainsi que l'action engagée en partenariat avec le musée grenoblois des sciences médicales, consacrée à la conservation et à la valorisation du patrimoine de la santé.