

POLITIQUE D'ACCUEIL POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



FONDATION
BON SAUVEUR D'ALBY



DÉFINITION DU HANDICAP

La Commission Des Usagers (CDU) du CHSPJ a pris la décision, dans le cadre du projet des usagers, de porter une réflexion sur un projet par an.

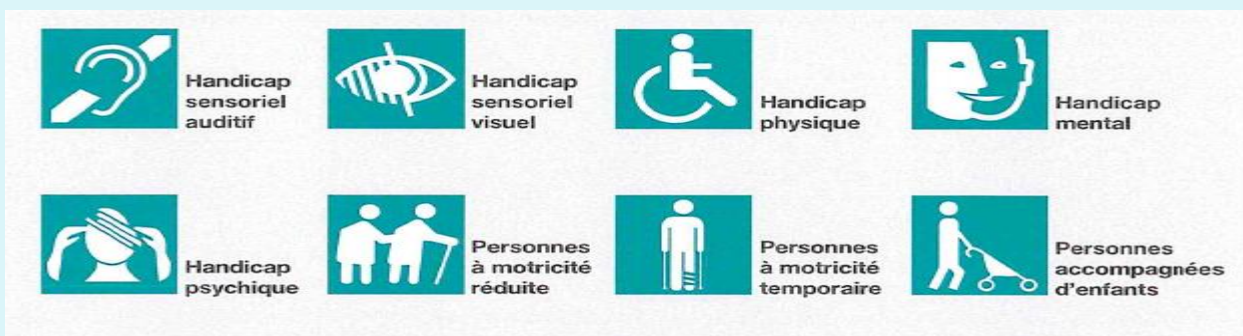
Le premier thème concerne la politique d'accueil (charte d'accueil, registre public d'accessibilité, ...) notamment pour les personnes handicapées.

- ✓ Selon la loi du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : « constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (article L. 114 de la loi n°2005-102).
- ✓ La loi reconnaît 6 types de handicaps :
 - le handicap moteur,
 - le handicap sensoriel,
 - le handicap mental,
 - le handicap psychique,
 - le handicap cognitif,
 - le polyhandicap.
- ✓ Les conséquences sociales de la déficience touchent huit grands domaines de la vie :
 - l'éducation,
 - la formation tout au long de la vie,
 - l'emploi,
 - l'habitat,
 - la vie affective et sexuelle,
 - l'accès à l'information,
 - l'accès aux soins,
 - la prise en compte du vieillissement précoce,
 - la protection juridique.
- ✓ La Convention internationale des droits des personnes handicapées vient préciser la liste des droits fondamentaux: droit à la vie, droit à l'éducation et à la formation tout au long de la vie, droit au travail et à l'emploi, droit au logement, droit aux loisirs et aux sports, droit à la culture, droit à l'information, droit à la santé, droit à des ressources décentes et droit de se déplacer librement.

LES DIFFÉRENTES SITUATIONS DE HANDICAP

L'article 2 de la loi 2005-102 du 11 février 2005 redéfinit la notion de handicap afin de l'étendre à tous les types de handicaps et non plus au seul handicap moteur (loi d'orientation du 30 juin 1975), et que le handicap soit provisoire ou définitif.

L'utilisation des pictogrammes suivants est recommandée :



Handicap sensoriel auditif

La surdité et la malentendance sont des handicaps visibles. Seules 3% des personnes sourdes utilisent la langue des signes, les autres s'expriment oralement.

Différents degrés de surdité :

Pour se repérer, on retiendra que la voix chuchotée correspond à une intensité de 30 à 35 décibels (dB), la voix normale à 60 dB, la voix très forte criée à 90-95 dB ; l'audition est dite normale quand la perte est inférieure à 20 dB.

- Déficience auditive légère (perte auditive moyenne comprise entre 20 et 40 dB). Certains mots sont mal perçus et les nuances de la pensée exprimées par l'intonation mal appréhendées.
- Déficience auditive moyenne (perte auditive moyenne comprise entre 40 et 70 dB). Seule la voix forte et articulée est comprise. Une prothèse auditive permet généralement de restituer la quasi-totalité du message sonore en atmosphère non bruyante.
- Déficience auditive sévère (perte auditive moyenne comprise en 70 et 90 dB). La personne entend des sons et des bruits mais « ne peut pas toujours faire le tri ». Dans ce cas, la prothèse auditive améliore la distinction du message sonore, mais n'est pas suffisante pour en restituer l'intégralité, et la personne devra compenser en utilisant la lecture labiale.

Si ce handicap n'a pas été dépisté chez un enfant, ce dernier risque un retard sur le développement du langage.

- Surdité profonde (perte supérieure à 90 dB).

Les enfants nés avec une surdité profonde peuvent bénéficier d'aides auditives (appareil ou implant cochléaire) et/ou apprendre la langue des signes française (LSF). Leur éducation peut également se faire oralement à l'aide du langage parlé complété (LPC). Les adultes qui deviennent sourds peuvent aussi s'appareiller et apprendre à lire sur les lèvres.

Le handicap auditif est un handicap pour la communication et l'accès de l'information. Les personnes sourdes ou malentendantes vivent dans une société qui leur est de plus en plus accessible avec des aides techniques (boucles magnétiques, centre relais téléphonique, sous-titrage) et des professionnels de la communication (interprète LSF, codeurs LPC ou techniciens de l'écrit).



Handicap sensoriel visuel

Seulement 10% des personnes déficientes visuelles sont aveugles, les autres sont malvoyantes. Une définition complexe.

La déficience visuelle est définie par deux critères (toujours évalués à partir du meilleur œil après correction) : la mesure de l'acuité visuelle (aptitude que possède un œil pour apprécier les détails) et l'état du champ visuel (espace qu'un œil immobile peut saisir).

On distingue les personnes :

- aveugles (atteinte de cécité); qui possèdent une vision binoculaire corrigée inférieure ou égale à 1/20,
- malvoyantes (atteintes d'amblyopie), dont l'acuité visuelle du meilleur œil après correction est comprise entre 4/10 et 1/10.

Mais ces normes ne suffisent pas à apprécier finement une déficience visuelle, il faut aussi quantifier la vision de près, connaître la qualité de la vision des couleurs ou de la vision nocturne. Une même déficience visuelle peut aussi avoir des retentissements différents selon qu'elle est congénitale ou acquise, précoce ou plus tardive, isolée ou associée à d'autres pathologies. La personne aveugle appréhende le monde principalement par ses autres sens (toucher, ouïe, odorat), même si elle ne vous voit pas, elle vous entend et sent votre présence. La personne malvoyante voit mal, mais est une personne voyante. Elle peut distinguer les choses qui l'entourent, mais a besoin de se rapprocher des personnes et des objets pour les reconnaître.

Un malvoyant possède toujours des capacités visuelles qui lui permettent d'effectuer un certain nombre de tâches avec la vision « restante ». Mais ces capacités peuvent être fluctuantes.

L'atteinte du champ visuel peut avoir pour conséquence une restriction plus ou moins importante de la vision centrale ou périphérique.



Handicap moteur

Le handicap moteur recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs.

Les troubles de la motricité peuvent entraîner une perte totale ou partielle de la mobilité, de la préhension et parfois des troubles associés tels que des troubles de la communication.

Si certaines déficiences peuvent provoquer des difficultés à contrôler ses gestes et à s'exprimer, elles n'altèrent pas pour autant les capacités intellectuelles.

La personne peut être en fauteuil roulant, se déplacer avec une canne ou des béquilles, ou ne disposer que d'une autonomie de marche limitée car la station debout lui est pénible.



Handicap mental

L'expression « handicap mental » qualifie à la fois une déficience intellectuelle (approche scientifique) et les conséquences qu'elle entraîne au quotidien (approche sociale et sociétale).

Le handicap mental se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision, etc. Ces difficultés doivent être compensées par un accompagnement humain, permanent et évolutif, adapté à l'état et à la situation de la personne. C'est à la solidarité collective qu'il appartient de reconnaître et de garantir cette compensation.



Handicap psychique

Le handicap psychique se définit par une atteinte d'une pathologie mentale avérée, c'est-à-dire diagnostiquée et confirmée. Ces pathologies chroniques, même lorsqu'elles sont stabilisées, génèrent des conséquences de l'ordre de l'incapacité et du désavantage que l'on peut définir comme handicap psychique. Ce handicap n'est pas la conséquence d'une déficience innée, ce qui correspondrait à un autre type de handicap, très différent : le handicap intellectuel.

Ces deux catégories ont longtemps été confondues sous le terme de handicap mental. Le handicap psychique est la conséquence de maladies chroniques de type psychose schizophrénique ou maniacodépressive, survenues au cours de l'existence, souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La majorité des personnes qui sont atteintes par ce type de troubles, peuvent être « stabilisées » sur le plan médical, mais gardent des séquelles profondes. Il n'y a pas de déficience intellectuelle permanente, mais un handicap comportemental et affectif, se traduisant par des difficultés à acquérir ou exprimer des habiletés psychosociales. S'ensuivent des déficits d'attention et des difficultés à élaborer et suivre un plan d'action et une alternance d'états calmes et tendus.

Le handicap psychique est la reconnaissance d'une limitation de la participation d'une personne à la vie sociale du fait de troubles psychiques graves, qui perdurent et entraînent une gêne dans son quotidien.

La déficience psychique est générée par des troubles psychiques, elle est caractérisée par une altération de la pensée, de l'humeur et des troubles du comportement.

Une personne handicapée psychique peut souffrir d'une incapacité ou avoir des capacités réduites à communiquer, maintenir en continu une stabilité de la pensée, de la perception, du comportement, de l'humeur, des émotions, de la conscience, de la vigilance.

Autisme

L'autisme et les troubles envahissants du développement.

« L'autisme est un trouble touchant l'ensemble du développement d'une personne, tout au long de sa vie.

Il y a plusieurs formes d'autismes, se manifestant de façon différente d'une personne à une autre. Pour nommer l'ensemble des formes possibles de l'autisme, on parle actuellement de troubles envahissants du développement (TED) ou de troubles du spectre autistique (TSA).

Dans tous les cas, l'autisme entraîne une difficulté :

- des interactions sociales, avec souvent une tendance au repli,
- de la communication, y compris le langage,
- du comportement : intérêts restreints, mouvements répétitifs (stéréotypés).

Le plus souvent il existe des troubles sensoriels (insensibilité / hypo ou hypersensibilité à certains sons, couleurs ou intensités lumineuses, au contact de certaines matières, etc.).

Généralement, l'autisme se révèle au cours des trois premières années de la vie. Ce trouble peut entraver les apprentissages de tous ordres. Il évolue tout au long de la vie. Des acquisitions sont possibles au prix d'un soutien approprié et continu.

L'autisme s'accompagne fréquemment d'un retard mental plus ou moins sévère. Lorsqu'il n'y a pas de retard mental, on parle « d'autisme de haut niveau ». Le syndrome d'Asperger est une forme d'autisme de haut niveau.

L'autisme peut être isolé ou associé à d'autres troubles ou maladies : troubles du sommeil, troubles anxieux ou dépressifs, hyperactivité, épilepsie... ».

I – ACCESSIBILITÉ POUR LE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a créé une dynamique en faveur de l'accès « à tout pour tous ». Ce principe s'adresse bien à toutes les personnes, quel que soit le type de handicap, et concerne tous les aspects de la vie du citoyen.

La convention des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées réaffirme ce même principe puisque le texte pose l'accessibilité comme l'un des principes généraux, au même titre que la dignité, la participation et l'intégration pleine et effective à la société, la non-discrimination et l'égalité des chances.

Si un certain nombre de dispositions réglementaires et d'initiatives existent concernant le handicap moteur, visuel et auditif, elles doivent être également développées pour le handicap intellectuel et cognitif.

Rendre l'établissement de santé accessible consiste à lever les différentes barrières qui entravent l'accès aux lieux et aux services. La question de l'accessibilité concerne donc :

- l'accessibilité physique des locaux, notamment pour les personnes dont la mobilité est réduite,
- la formation des personnels d'accueil sur les différents types de handicap et leurs particularités,
- l'accessibilité à l'information, la communication, la signalétique, l'évitement des situations anxiogènes...

A/ ACCESSIBILITÉ DES LOCAUX

L'accessibilité concourt également à maintenir la personne la plus autonome possible dans un environnement hospitalier.

L'accessibilité physique des bâtiments constitue une obligation légale pour les établissements de santé qui doivent adapter ses zones d'accueil, ses locaux et ses équipements mobiliers pour se conformer à ces dispositions.

Le CHSPJ met un plan d'accès (*annexe 1*) indiquant les stationnements PMR à disposition à ses accueils, sur le site ainsi que dans le livret d'accueil patient.

Une réflexion va être menée lors de la mise en place du nouveau site internet pour faciliter l'information.

Un état des lieux a été fait concernant les chambres spécialement équipées pour l'accueil des personnes en situation de handicap afin de faciliter l'orientation dans le service le plus adapté en fonction de son état de santé.

	Nombre de chambres	N° de chambre
USBP ⁽¹⁾	0	\
UJD	2	3 – 4
UCB	2	18 – 24
St Jean	20	1 à 20
St Bernard	0	\
UJAAD	12	1 à 12
Ste Anne ⁽²⁾	25	9 en rez-de-chaussée
Service réhabilitation psycho-sociale	4	13- 14-15-16
CAPS	2 + 1 chambre ado	2 chambres iso ⁽³⁾ + chambre ado
Gérontologie	0	\
Unité de psychogériatrie	3	16 – 17 – 18
Unité Françoise Dolto complet	1	5
Clinique d'addictologie complet	1	10
UMD unité A	1	1A
UMD unité B	1	1B
<i>Fait en novembre 2018</i>		

⁽¹⁾ USBP : les toilettes et le lavabo de la chambre ne sont pas accessibles pour un patient qui est en fauteuil. Par contre, les toilettes handicapées sont disponibles dans le couloir ainsi que 2 douches handicapées.

⁽²⁾ Ste Anne : tous les patients en fauteuil sont en rez-de-chaussée.

⁽³⁾ équipement à adapter en fonction du handicap

B/ LISTE DES FAUTEUILS ROULANTS

Une liste des fauteuil roulants a également été rédigée pour permettre de répertorier le nombre et le lieu où sont stockés ces fauteuils.

	Nombre	Gabarit
USBP	1	Moyen
UJD	1	Standard
UCB	1	Standard
St Jean	1	Standard
St Bernard	0	\
UJAAD	1	
Ste Anne	5 fauteuils pliants	
Service réhabilitation psycho-sociale	1 (ancien)	
CAPS	2	
Centre de psychogériatrie (stockés en gériopsychiatrie)	5 fauteuils pliables	Taille M
	4 fauteuils avec tablette	Taille unique
	19 fauteuils Climatis	7 taille S – 9 taille M – 3 taille L
Unité Françoise Dolto complet	0	\
Clinique d'addictologie complet	2	
UMD unité A	1	
UMD unité B	1 (côté ECT)	
Aumônerie	1	
Pharmacie	1	Standard

Fait en mai 2019

Un état des lieux devra être fait chaque année pour évaluer les besoins par service.

C/ SALON DES FAMILLES

Une pièce accessible permet aux usagers (patients, résidents) de recevoir leur entourage, y compris les personnes handicapées, en dehors des services de soins.

D/ VÉHICULES DE L'ÉTABLISSEMENT

Deux véhicules de l'établissement adaptés sont également à disposition pour faciliter le déplacement des patients à mobilité réduite :

- 1 véhicule pouvant intégrer un fauteuil dans le coffre avec la personne assise dans le siège avant du véhicule (réservation au garage),
- 1 véhicule pouvant intégrer la personne sur son fauteuil roulant (réservation auprès de la MAS).

II – LE REGISTRE PUBLIC D'ACCESSIBILITÉ

Le décret du 28 mars 2017 impose à tous les établissements recevant du public de disposer d'un registre public d'accessibilité.

Ce registre a pour objectif d'informer le public sur le degré d'accessibilité des établissements recevant du public (ERP) et de ses prestations.

Cette information, surtout si elle est accessible à distance (via un site internet ou par téléphone si une personne appelle), est essentielle pour préparer le déplacement d'une personne handicapée.

Ce registre mentionne les dispositions prises pour permettre à tous, notamment aux personnes handicapées, quel que soit leur handicap, de bénéficier des prestations offertes par l'établissement.

Éléments qui devront être retrouvés dans le registre public d'accessibilité du CHSPJ :

- information complète des prestations proposées dans l'établissement,
- liste des pièces administratives et techniques relatives à l'accessibilité des personnes souffrant de handicap,
- description complète et justificatifs des actions de formation des personnels chargés de l'accueil des personnes handicapées.

III – FORMATION DU PERSONNEL

L'accompagnement humain reste essentiel pour certaines personnes dont l'autonomie complète au sein d'établissement ne peut être envisagée. La mise en accessibilité passe également par la présence d'une personne sensibilisée aux différents types de handicap, formé à l'accueil et à l'accompagnement de tous les publics, connaissant l'attitude à adopter et soucieux de satisfaire ses visiteurs.

Cette formation va être dispensée au personnel assurant l'accueil du public (accueil, bureau des admissions, secrétariat, ...).

Objectifs pédagogiques :

- être capable de repérer rapidement une personne déficiente intellectuelle sans la stigmatiser,
- identifier les caractéristiques liées à la déficience intellectuelle,
- repérer les difficultés que rencontrent les personnes déficientes intellectuelles dans leur vie quotidienne,
- être capable d'accueillir, de renseigner et d'accompagner une personne déficiente intellectuelle en employant un comportement adapté,
- maîtriser la signification et l'utilisation du pictogramme « S3A ».

Contenu :

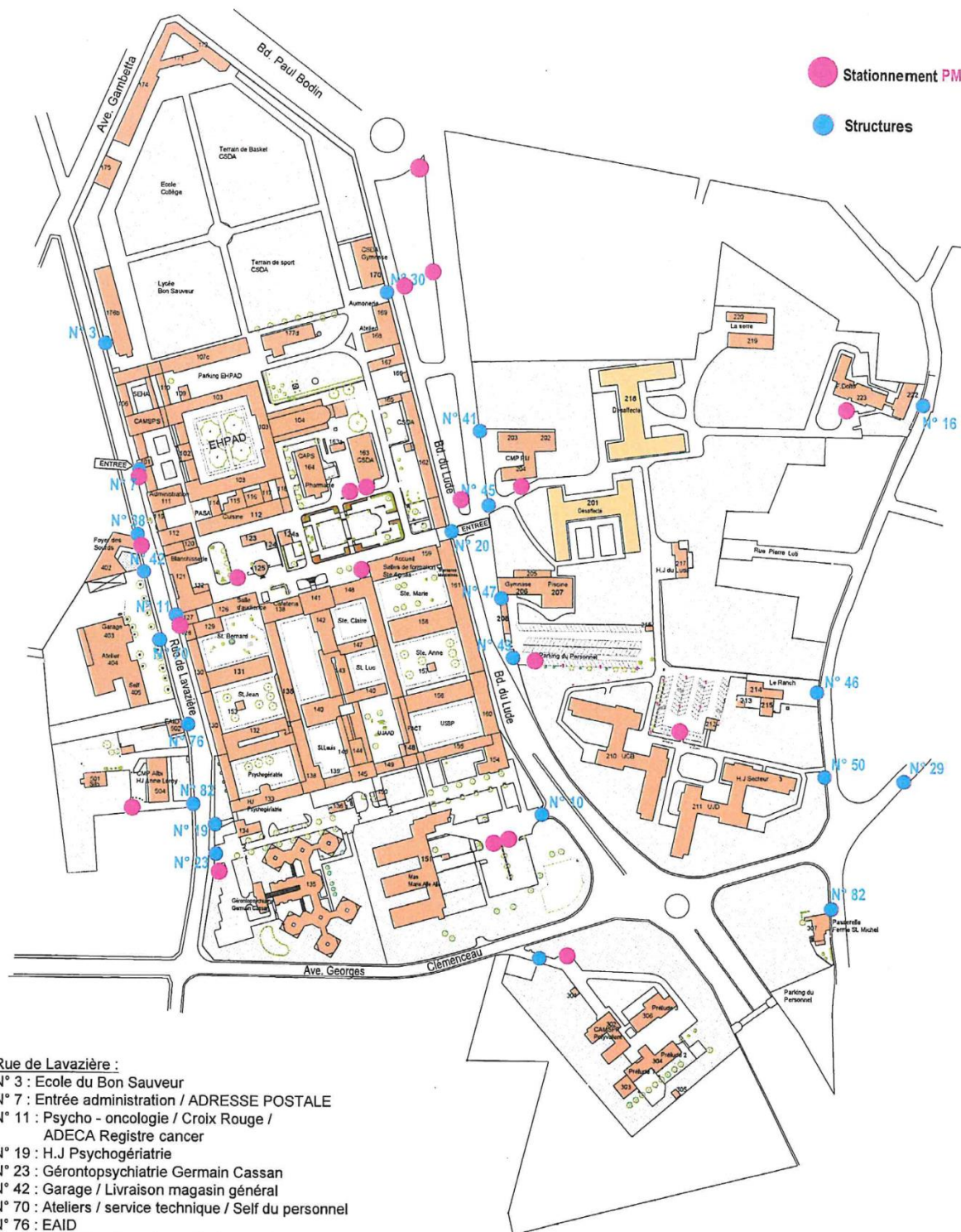
- présentation de l'UNAPEI et de l'association locale,
- approche du handicap mental (déficience intellectuelle),
- comportement et attitudes à adopter,
- cadre législatif en faveur de l'accessibilité,
- accessibilité pour les personnes handicapées mentales,
- présentation du pictogramme « S3A ».

IV – PLAN D’ACTIONS

1. Poursuite de la mise en place du registre public d’accessibilité.
2. Poursuite de la formation pour sensibiliser le personnel aux différents types de handicap, ...
3. Création et diffusion d’un petit guide à destination du personnel de l’établissement résumant les attitudes générales à adopter en fonction des besoins spécifiques du patient et/ou des difficultés rencontrées.
4. Définir les documents d’information à disposition des usagers pour voir ceux qui doivent être transcrits en FALC.
5. Réflexion sur le projet architecture du nouvel hôpital en tenant compte des recommandations (*annexe 2*).
6. Prévoir la mise en place d’une maintenance régulière du matériel nécessaire à la prise en charge des usagers handicapés (ex. : fauteuils roulants, coussins anti-escarres, ...) et évaluer si nécessaire l’achat de matériel (fauteuil, ...) en fonction des besoins des services.
7. Proposer à la CDU, la nomination d’un référent handicap par pôle avec une fiche de mission.

ANNEXES

- Annexe 1 : plan général de l'établissement avec places PMR
- Annexe 2 : point sur les actions mises en œuvre ou à entreprendre pour améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de handicap à la Fondation Bon Sauveur d'Alby (outil n°1 du guide d'améliorations des pratiques professionnelles – HAS juillet 2017)

**Plan Parking PMR**

Version du : 02/09/2019

Plan de masse

Fondation Bon Sauveur d'Alby
7, rue de Lavazière - 81025 Albi Cedex 9



FONDATION
BON SAUVEUR D'ALBY

OUTIL N°1 - LES ACTIONS À ENTREPRENDRE POUR S'AMÉLIORER

Extrait du guide d'amélioration des pratiques professionnelles : accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap (HAS juillet 2017).

OBJECTIFS (QUI ?)	ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE (QUOI ?)	AVANCEMENT (non fait, en cours, non débuté, non applicable)	OBSERVATIONS ET REMARQUES
Organisation de l'établissement de santé (la Direction)	1.1 L'établissement met en place une équipe de pilotage pluri-professionnelle incluant les représentants de personnes en situation de handicap, pour coordonner ce projet.	Un groupe de travail, suite à un projet des usagers, a été mis en place courant 2018 pour travailler sur une politique d'accueil notamment pour les personnes handicapées.	Cf liste groupe bientraitance (voir la possibilité de nommer 1 réfèrent par pôle)
	1.2 L'établissement identifie les besoins pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap au sein du territoire : les acteurs externes sanitaires (SSR, HAD, etc), médico-sociaux et sociaux (externe), associations de personnes en situation de handicap et bilan de l'existant en interne auprès du personnel (CME, DSIMT, en consultant la CDU et les personnes en situation de handicap).	Projet d'établissement 2017/2021.	
	1.3 L'établissement élabore une politique institutionnelle sur la prise en charge du patient en situation de handicap : formalisation d'un document (ex. : charte, projet spécifique handicap à insérer dans le projet d'établissement).	Charte Romain Jacob signée par l'établissement.	
	1.4 L'établissement inscrit cet axe dans le projet d'établissement (à travers le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), le projet médical, le projet de soins infirmiers, le plan de formation et de DPC et dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).	Projet d'établissement 2017/2021.	

Projet - outil n°1 - les actions à entreprendre pour s'améliorer

OBJECTIFS (QUI ?)	ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE (QUOI ?)	AVANCEMENT (non fait, en cours, non débuté, non applicable)	OBSERVATIONS ET REMARQUES
Organisation de l'établissement de santé (la Direction)	1.5 L'établissement officialise le lancement du projet : comme, par exemple, à l'occasion de la signature de la charte Romain Jacob ou à l'occasion de la première signature de convention de partenariat, en participant à des projets régionaux, nationaux sur le handicap.	Signature de la convention Romain Jacob par l'établissement et présentée en CDU en octobre 2017.	
	1.6 L'établissement établit des conventions de partenariats avec les structures médico-sociales, sociales et les maisons/centre/pôles de santé pour coordonner leurs actions entre elles et favoriser la continuité des soins.	Une personne référente des partenariats suit et évalue (suivi indicateurs, ...) les conventions de partenariats avec les structures médico-sociales, ...	Cf liste des différentes conventions.
	1.7 L'établissement s'appuie sur une organisation pour faciliter l'accueil et l'orientation des personnes, avec, par exemple : ♦ un numéro de téléphone unique et e-mail/SMS/fax pour faciliter l'information de ces personnes, ♦ un site Internet accessible à tout type de handicap, ♦ un personnel dédié (ex. : référent handicap ou équipe spécialisée, service), ♦ l'identification sur le site Internet de ce personnel dédié (ex. : icône spécifique), ♦ un(e) dispositif/procédure d'accueil spécifique aux urgences, ♦ l'aide de partenaires extérieurs (réseau, association, ESMS, autres), ♦ autres.	Le nouveau site internet prévoit les informations nécessaires pour faciliter l'accueil des personnes handicapées (places PMR, ...). Mise en place des registres d'accessibilité dans les différents accueils de l'établissement. Une réflexion sera menée suite à l'état des lieux concernant cet accueil (procédure d'accueil spécifique aux urgences, numéro de téléphone unique et e-mail/SMS/fax pour faciliter l'information de ces personnes, un personnel dédié). Une analyse des documents accessibles aux usagers et à l'entourage va être faite par le groupe de travail pour transformer en FALC certains documents prioritaires.	

Projet - outil n°1 - les actions à entreprendre pour s'améliorer

OBJECTIFS (QUI ?)	ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE (QUOI ?)	AVANCEMENT (non fait, en cours, non débuté, non applicable)	OBSERVATIONS ET REMARQUES
Organisation de l'établissement de santé (la Direction)	1.8 L'établissement évalue l'accessibilité de ses locaux et services aux patients, et met en œuvre les moyens nécessaires pour assurer une accessibilité effective, en hospitalisation et pour les consultations externes (accessibilité physique comme les tables de consultation, le matériel spécialisé (ophtalmologie, fauteuil dentaire, etc), accessibilité de l'information au patient (site web, documents rédigés en "Facile À Lire et à Comprendre" remis aux patients, explications orales, fléchage adapté, langue des signes, etc).	Un état des lieux a été fait avec la réalisation d'un agenda d'accessibilité programmé. Des travaux d'amélioration (rampe d'accès, sonnette accessible, repérage des places PMR, ...) sont faits. Le système ACCEO est disponible dans plusieurs unités de soins pour faciliter la prise en charge des usagers malentendants.	
Sensibilisation et formation (l'encadrement)	2.1 Sensibilisation : l'ensemble des professionnels est sensibilisé à la prise en charge des personnes en situation de handicap : ♦ inscription dans le plan de formation et de DPC de l'établissement, ♦ nombre de professionnels sensibilisés.	Une formation "accueillir et renseigner les personnes handicapées mentales" a été mise en place dans l'établissement depuis 2018 et sera reconduite. Le personnel d'accueil bénéficie d'une formation interne à la Fondation. Une sensibilisation est faite aux nouveaux entrants lors d'une réunion d'accueil ainsi que sur le livret salarié.	
	2.2 Formation : l'établissement définit une cible prioritaire de professionnels à former à la prise en charge des personnes en situation de handicap en fonction de leur mission (référénts handicap, personnel de l'accueil aux urgences, de l'accueil, admission, médecins et infirmiers, aides-soignants, autres) en assurant une représentation de tous les services : ♦ inscription dans le plan de formation et de DPC de l'établissement, ♦ nombre de professionnels formés.	Liste à définir pour repérer les professionnels à former à la prise en charge des personnes en situation de handicap en fonction de leur mission (accueil, soignants, ...).	

OBJECTIFS (QUI ?)	ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE (QUOI ?)	AVANCEMENT (non fait, en cours, non débuté, non applicable)	OBSERVATIONS ET REMARQUES
Sensibilisation et formation (l'encadrement)	2.3 Les personnes en situation de handicap sont sollicitées pour ces actions de sensibilisation/formation.		
	2.4 Une communication régulière sur la prise en charge des personnes en situation de handicap est assurée (plan de communication, affichage de la charte, etc) : ♦ fréquence et nombre d'actions de communication menées.	Une note de service sera faite au sein de l'établissement.	
Qualité et continuité (encadrement médico-soignant)	3.1 Un référent handicap ou une équipe dédiée est mobilisée en appui/conseil des équipes.	Proposition du groupe de travail sur la politique d'accueil : nommer des référents handicap. Sera proposée à la CDU.	
	3.2 Une procédure d'accueil et de prise en charge des personnes en situation de handicap est en place, quel que soit le type d'admission (consultation, hospitalisation, urgences).	À réaliser.	
	3.3 Un temps dédié collectif est prévu pour organiser en amont du séjour de la personne.	À évaluer.	
	3.4 Les documents de liaison ou le carnet de santé du patient permettent la coordination entre les professionnels auxquels la personne fait appel.	À évaluer.	
Présence des aidants (encadrement et équipes médico- soignantes)	4.1 L'équipe de soins identifie les aidants (naturels et professionnels) dans le dossier du patient.	L'information est tracée dans le dossier médical informatisé du patient dans la partie "correspondants".	
	4.2 Si le patient le souhaite, sa présence est discutée, puis, le cas échéant, organisée dans les services de jour comme de nuit (chambre pouvant l'accueillir, horaires de visites élargis).	Information transmise lors de l'admission et réévaluée si nécessaire en fonction de l'évolution de la prise en charge.	

Projet - outil n°1 - les actions à entreprendre pour s'améliorer

OBJECTIFS (QUI ?)	ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE (QUOI ?)	AVANCEMENT (non fait, en cours, non débuté, non applicable)	OBSERVATIONS ET REMARQUES
Présence des aidants (encadrement et équipes médico- soignantes)	4.3 Si besoin, leur présence et leurs rôles sont déterminés par l'équipe (ex. : réalisation d'actes de la vie quotidienne) et formalisés.	Information transmise lors de l'admission et réévaluée si nécessaire en fonction de l'évolution de la prise en charge.	
Évaluer le projet (la structure de pilotage)	5.1 La structure de pilotage évalue les actions entreprises.	En cours.	
	5.2 Elle évalue la qualité perçue et la satisfaction des usagers et des professionnels externes.	La satisfaction des usagers est évaluée avec les questionnaires d'évaluation. Le fonctionnement des partenariats est évalué régulièrement par la personne en charge des partenariats.	
	5.3 Avec la Direction et l'équipe médico-soignante, elle évalue le fonctionnement des partenariats mis en place avec les structures de l'environnement.	En cours.	
	5.4 Elle communique régulièrement sur le sujet auprès du personnel.		

Projet - outil n°1 - les actions à entreprendre pour s'améliorer