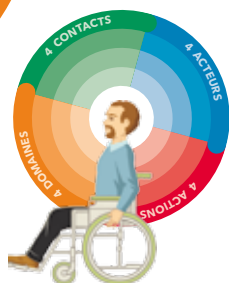
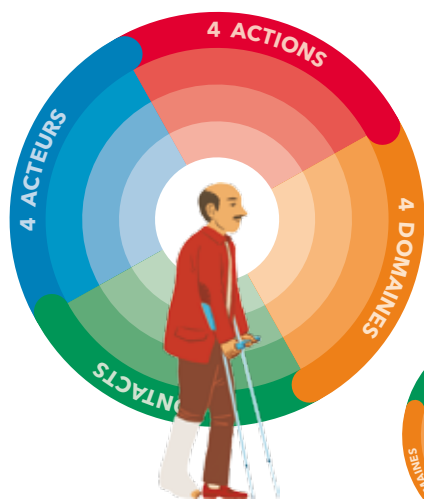
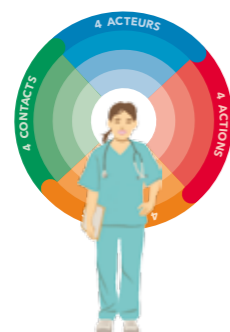
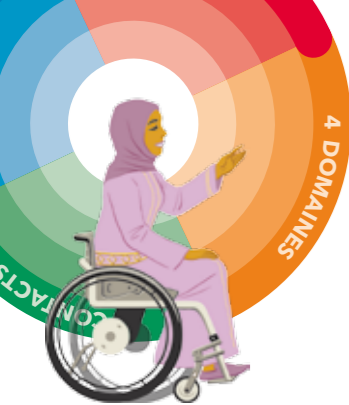


BIEN VIVRE ENSEMBLE SON CENTRE DE SANTÉ

Des centres de santé
accessibles à tous





GUIDE DES BONS USAGES

Pour les personnels des centres de santé et les patients

RESPONSABLES DU PROJET

Sylvie Kaczmarek, Directrice des projets, Fondation Malakoff Médéric Handicap
Nadia Sahmi, Architecte DPLG en qualité de vie, accessibilité et psycho-sociologie de l'architecture

CONCEPTION, RÉALISATION

Fondation Malakoff Médéric Handicap
COGITO ERGO SUM... à propos de Qualité d'Us-âges

ILLUSTRATIONS

Philippe de la Fuente

MAQUETTE

Amélie Clément

ONT COLLABORÉ À LA RÉDATION DE CE GUIDE

Centre de Santé Daniel Renoult, Montreuil
Centre Médical Jack Senet, Paris
Centre Médical Broca, Paris
Centre de santé Croix Rouge, Villeneuve-la-Garenne
Centre Médical et Dentaire de Paris MGEN
Centre municipal, Stains

Couleur sur Mesure, Marie-Reine Portailier
www.couleursurmesure.net

Édition : mars 2018

FONDATION HANDICAP



Fondation Malakoff Mederic Handicap
2 rue Clisson, 75013 Paris
Courriel : fondationhandicap@malakoffmederic.com
Site web : www.fondationhandicap-malakoffmederic.org

GUIDE DES BONS USAGES



INTRODUCTION
Guide des bons usages
Remerciements



MÉTHODOLOGIE
4 x 4 postulats
Glossaire



CAHIER N°1
Prise de RDV par téléphone
Prise de RDV par internet



CAHIER N°2
Accueil physique
Bâti, mobilier
Signalétique
La couleur



CAHIER N°3
Soin, matériel
Formation



CAHIER N°4
Comprendre les patients



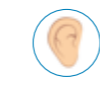
FICHE N°1
Patient en situation de handicap physique



FICHE N°2
Patient en situation de handicap mental



FICHE N°3
Patient en situation de handicap visuel



FICHE N°4
Patient en situation de handicap auditif



FICHE N°5
Patient avançant en âge



FICHE N°6
Évacuation en cas de sinistre



FICHE N°7
Fiches SantéBD





GUIDE DES BONS USAGES

DES CENTRES DE SANTÉ ET DES STRUCTURES DE SOIN ACCESSIBLES À TOUS

OBJECTIFS

- Mieux accueillir tous les patients, dont les patients en situation de handicap, puisque les patients sont, par définition, tous fragilisés.
- Améliorer l'accès au soin de mon centre de santé.
- Améliorer mon image et fidéliser ma patientèle.

MÉTHODE

Les cahiers à thèmes et les fiches apportent des éléments de réponse destinés à améliorer la qualité d'accueil et de soins des centres de santé et de toute autre structure de soin.

GUIDE DES BONS USAGES

Le GUIDE DES BONS USAGES vise à promouvoir l'impact positif de l'amélioration des conditions d'accueil et de soin des patients en situation de handicap, fragilisés, et vieillissants, tout en contribuant à l'épanouissement personnel des acteurs de santé.

Le GUIDE DES BONS USAGES n'a pas vocation à vous présenter les seuls aspects de la réglementation à appliquer sur l'accessibilité physique et sensorielle des centres de santé pour des patients en situation de handicap. Il vient en complément des guides pratiques publiés dans vos régions respectives, en libre service sur les sites publics.

Exemples de sites publics :

www.accessibilite-batiment.fr

www.cnisam.fr

www.prathic-erp.fr

www.accessibilite.gouv.fr

www.has-sante.fr

Site de la DMA (Délégation Ministérielle à l'Accessibilité) et Guide des locaux pour les professionnels de santé.

Pour que les centres de santé de demain répondent aux usages des professionnels de santé et de la patientèle, il s'agit préalablement à tous travaux, d'inviter tous les acteurs concernés à mettre en place une stratégie systémique globale.



INTRODUCTION

FONDATION HANDICAP



1 LA FONDATION MALAKOFF MÉDÉRIC HANDICAP

Créée en 2013, la **Fondation Malakoff Médéric Handicap**, fondation d'entreprise entièrement dédiée à cette cause, a pour double mission de faciliter l'accès à l'emploi et à la santé des personnes en situation de handicap.

Son ambition est d'agir très concrètement en identifiant ou en initiant des projets innovants généralisables sur tout le territoire, qu'elle pourra soutenir dans la durée et qui placent la personne handicapée au cœur de leur dispositif.

Si la loi de 2005 « pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a promu l'accès « à tout pour tous » et permis de réelles avancées dans de nombreux domaines (éducation, tourisme, emploi, etc.), elle n'a pas résolu la question du renoncement aux soins qui reste importante, faute de lieux accessibles et d'équipes d'accueil et de soin formées aux besoins de toute une patientèle en attente de bienveillance.

2 NOTRE PROJET

En 2015, la Fondation Malakoff Médéric Handicap a lancé le projet « **Développer l'accessibilité des centres de santé – Bien vivre ensemble son centre de santé** », en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé et un groupe de travail composé de plusieurs centres de santé, afin d'agir concrètement sur les enjeux de l'accès au soin pour tous. Ce projet de santé publique fait écho à la loi relative à l'adaptation de la société aux personnes en situation de handicap de février 2005 et à la loi vieillissement, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

3 LES ACTEURS DU PROJET

Un comité de pilotage composé de professionnels et de partenaires institutionnels et associatifs a été créé pour mettre en place une méthodologie.

Initialement, cinq centres de santé ont été mobilisés afin de donner l'impulsion de départ à ce projet :

- Centre de Santé Daniel Renoult, Montreuil (93)
- Centre Médical Jack Senet Paris 15^{ème}
- Centre de santé Croix Rouge, Villeneuve la Garenne (92)
- Centre Médical et Dentaire de Paris MGEN
- Centre municipal, Stains (93)

Des représentants des personnes en situation de handicap, des ergothérapeutes, un institut de formation professionnel et un expert en accessibilité et qualité de vie, ont mené les travaux techniques et ont co-piloté le projet en collaboration avec la patientèle et la Fondation Malakoff Médéric Handicap.

4 MÉTHODE DE TRAVAIL

Une étude qualitative exploratoire, à la fois transversale et longitudinale, a été menée sur trois années dans les centres de santé partenaires. Cette étude a porté sur : l'accès aux soins, l'architecture, la distribution des locaux, les ambiances, les outils organisationnels, technologiques et les moyens humains.

Les comportements de toute la patientèle, dont la patientèle en situation de handicap et vieillissante ont été examinés et abordés dans chaque centre de santé. Une attention particulière a été portée sur l'observation :

- des profils et de la moyenne d'âge de la patientèle ;
- des modalités de prises de rendez-vous et de paiement ;
- des modalités d'accueil et d'attente ;
- des capacités des personnes à s'orienter dans les centres de santé ;
- de l'adaptation des soins et du matériel ;
- des modalités de retour à domicile et de retour au centre de santé.

Ont également été consultées les études existantes (Programme de formation du docteur Éric Revue, les études de Pascal Jacob, Handidactique « Résultats de l'étude Handifaction » du 14 septembre 2016, les travaux de COACTIS...).

5 LES CONSTATS DE CES TRAVAUX

INTERDÉPENDANCE

Les résultats des observations et des interviews confirment que les facteurs cités ci-avant sont interdépendants et que du traitement de leur interdépendance peut dépendre la qualité de soin des patients fragilisés. Les soins peuvent être rendus difficiles, voire générer une forme d'exclusion.

FREINS

Les résultats des études ont fait émerger les freins, les résistances aux soins des patients en situation de handicap sensoriel, physique, social ou mental.

En effet, avant même d'être liés au cadre bâti ou technologique, les freins sont majoritairement organisationnels et humains : manque de formation collective, de temps, de moyens humains et de bienveillance.

Les professionnels des centres de santé affirment qu'ils contournent les freins « en se débrouillant... » ; « On s'adapte comme on peut ».

FAUSSES IDÉES REÇUES

Les résistances sont aussi le fait de fausses idées reçues :

- Le seul savoir médical est suffisant pour donner un acte de soin « adapté à une patientèle dite fragilisée, en situation de handicap ou vieillissante » ;
- La seule formation du praticien suffit ;
- Le soin du patient en situation de handicap, vieillissant est chronophage et il n'est pas possible d'y remédier ;
- La seule accessibilité aux lieux suffit.

BIENVEILLANCE

La bienveillance constitue un préalable à la captation et la fidélisation de toute la patientèle.

Les résultats interpellent sur l'impératif de faire prendre conscience à tous les métiers des centres de santé que la nécessité de bienveillance à l'égard des patients dits « fragilisés », notamment vieillissants ou en situation de handicap physique, sensoriel, mental, social, passe par la nécessité d'être bienveillant avec soi-même.

BESOINS

Enfin, les résultats des études montrent chez les professionnels, l'émergence des besoins suivants :

- être soutenu ;
- bénéficier d'aides pratiques et logistiques ;
- partager des pratiques avec les collègues et confrères ;
- travailler en équipe depuis l'accueil jusqu'au soin ;

afin de gérer les difficultés interprofessionnelles du fait de :

- défaut de sensibilisation, de formation continue, d'information ;
- défaut de collégialité, de stabilité et de cohérence des équipes ;
- défaut de matériel adapté ;
- défaut de personnel, notamment dans le cas de nécessité d'intervenir en binôme ;
- défaut de temps.

SE FORMER ENSEMBLE

L'accessibilité comme la bienveillance sont des sujets fédérateurs interdisciplinaires / inter-métiers qui exigent de se former « ensemble » pour une prise en charge linéaire, tout au long de la chaîne de déplacement, de participation et d'interventions qui doivent majoritairement se faire en binômes.

PATIENTÈLE



Patient en situation de handicap physique



Patient en situation de handicap mental



Patient en situation de handicap visuel



Patient avançant en âge



Patient en situation de handicap auditif



4 LES 4 X 4 POSTULATS INITIATEURS

Les travaux de terrain ont également démontré qu'il y a dans tous les centres de santé **quatre temps de contacts clés** dans le processus de consultation. Ils déterminent la relation au soin du patient fragilisé.

Ces quatre temps de contacts sont corrélés à quatre domaines, quatre acteurs et quatre actions interconnectés.

Cette approche systémique est la clé de voûte, la condition du succès de toute politique d'amélioration de la qualité d'accueil et de soin de tous les patients en situation de handicap et vieillissants.

5 CONTENU DU GUIDE DES BONS USAGES

L'ensemble des cahiers et fiches suivent la logique d'un processus de préparation à l'acte de soin depuis le domicile jusqu'au centre de santé sur un mode « Aller/Retour ».

Cet ensemble permet aux centres de santé qui présentent des prestations ou des aménagements spécifiques de s'adapter au cas par cas.

Le classeur se compose :

- d'une fiche méthodologique globale visant à articuler les quatre axes opérationnels définis, en transversalité avec les différents services internes et externes aux centres de santé et avec les patients ;
- des cahiers et fiches pratiques qui précisent les modalités de mise en œuvre du dispositif au bénéfice du personnel d'accueil, du personnel soignant et du patient.

CADRE SOCIÉTAL ET RÉGLEMENTAIRE

Cela s'inscrit dans le cadre sociétal, réglementaire de la loi de février 2005, la loi vieillissement de décembre 2015 et la loi du 18 janvier 2016.

- La logique médicosociale ne doit plus systématiquement passer avant la logique « de la personne ».
- Les dispositifs à mettre en place pour certains doivent constituer une plus value pour tous.

Les dispositifs à mettre en place doivent :

- satisfaire aux besoins des patients, ceux des administrateurs, personnels d'accueil, personnels de soin et praticiens ;
- miser sur l'évolution de centres de santé participatifs répondant au besoin de lien social ;
- s'insérer dans les opportunités qui se présentent : travail d'acculturation, de partenariat entre centres de santé, de réseau extérieurs ;
- permettre de sortir de l'effet de sentier (habitudes/conforts/peurs) pour s'autoriser à être novateur ;
- permettre de s'ouvrir aux nouvelles technologies et à la télémédecine.



REMERCIEMENTS

Une équipe projet pluridisciplinaire associant professionnels administratifs, professionnels d'accueil, professionnels de soin et patientèle en situation de handicap ou pas, a constitué le groupe de travail qui a motivé cet art de coopérer avec bienveillance et non plus dans la peur de mal faire.

EN PARTENARIAT AVEC

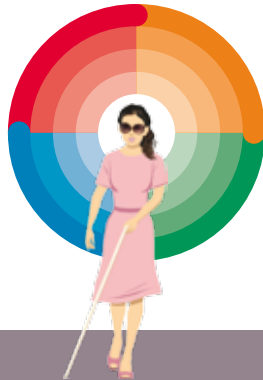
Les directions et les professionnels administratifs, d'accueil et de santé des centres :

- Daniel Renoult, en la personne de Mme Guchet-Attuil Audrey
- Stains, en la personne de Mme Jidkoff Olga
- Mutuelle Générale, en la personne de M. Masotta Roland
- MGEN, en la personne de Mme Bissey Gaëlle
- Croix Rouge, en la personne de Mme Poupin Francine
- L'ARS, en la personne de Mme Sevadjian Béatrice
- Le CIH (Comité Interministériel du Handicap)

REMERCIEMENTS

À la patientèle et aux personnels de soin et d'accueil des centres de santé, dont :

- Mme Marine Faucon
Ergothérapeute pour tout patient en situation de handicap
- Mme Béatrice Idiard-Chamois
Sage femme et haptothérapeute (Paraplégique)
pour tout patient en situation de handicap
- Mme Aurélie Letessier
Masseur-Kinésithérapeute (mal-voyante)
pour tout patient en situation de handicap
- Mme Christine Miqueu-Baz
Psychanalyste (tétraplégique), Atelier de sensibilisation handicap moteur
- M. Boucif Moussa Belhadj
Formateur (sourd) en LSF-Langue des Signes Française,
Atelier de sensibilisation handicap auditif
- Mme Agnès Piccini
Psychologue et Formatrice
Atelier de sensibilisation Handicap invisible - mental
- Mme Ly Phan
Diététicienne et Formatrice pour tout patient en situation de handicap
- Mme Nacira Sedrani
Formatrice et guide sensorielle (Non voyante),
Coache sur les problématiques de l'organisation et du handicap
- Dr Nathan Wrobel
Gynécologue - Obstétricien pour tout patient en situation de handicap
- My Thien Stéphanie Nguyen
Fondatrice de ASIAYANA MIEUX-ETRE (AME), Formatrice et Kinésiologue en
Communication interpersonnelle, Management et Qualité de vie au travail
- Pauline d'Orgeval et Odile Antoine
COACTIS Santé



MÉTHODOLOGIE

OBJECTIFS














ORGANISER / RÉORGANISER

- Identifier les facilitateurs et les obstacles, à l'accueil et aux soins;
- Permettre d'affiner les rôles de chacun et de mettre en place les dispositifs qui peuvent être des absorbeurs de tension;
- Améliorer l'accueil, améliorer le soin;
- Faire gagner un temps précieux aux praticiens et aux patients.

SOLUTIONS

- Traiter l'intégralité de la chaîne de déplacement et de participation, l'ensemble des usages et des pratiques médicales, architecturales, humaines, technologiques et organisationnelles;
- Ne pas se limiter à initier des actions «sparadrap»;
- Ne pas considérer qu'un simple ajustement normatif n'impactant que le cadre bâti est suffisant lorsqu'il s'agit d'accueillir et de permettre à un patient en situation de handicap ou vieillissant d'accéder aux soins et à des consultations bienveillantes.
- ...

GUIDE DES BONS USAGES

	INTRODUCTION Guide des bons usages Remerciements	●
	MÉTHODOLOGIE 4 x 4 postulats Glossaire	●
	CAHIER N°1 Prise de RDV par téléphone Prise de RDV par internet	●
	CAHIER N°2 Accueil physique Bâti, mobilier Signalétique La couleur	●
	CAHIER N°3 Soin, matériel Formation	●
	CAHIER N°4 Comprendre les patients	●
	FICHE N°1 Patient en situation de handicap physique	
	FICHE N°2 Patient en situation de handicap mental	
	FICHE N°3 Patient en situation de handicap visuel	
	FICHE N°4 Patient en situation de handicap auditif	
	FICHE N°5 Patient avançant en âge	
	FICHE N°6 Évacuation en cas de sinistre	
	FICHE N°7 Fiches SantéBD	

1 ANALYSE COMPORTEMENTALE

- **C'est l'analyse comportementale des usages de la patientèle traditionnelle qui permet d'identifier les dysfonctionnements à corriger.**
Tous les petits dysfonctionnements concernant l'accueil ou le soin, rencontrés par tous les patients, deviennent des gênes ou des impossibilités pour les patients en situation de handicap sensoriel, mental ou physique. C'est pourquoi il vous est proposé de les relever pour les corriger.
- **Il y a plus d'exception que de norme aujourd'hui.**
Les solutions à mettre en œuvre pour améliorer l'accueil et l'accès aux centres de santé et aux actes de soins sont, de fait, plurielles et s'organisent autour de 4 questions centrales.

2 4 QUESTIONS CENTRALES
FÉDÉRER ET MOBILISER

Comment fédérer et mobiliser les équipes autour de nouveaux moteurs d'engagement comme le « centre de santé bienveillant avec les patients fragilisés » ?

SAVOIR-ÊTRE / SAVOIR FAIRE

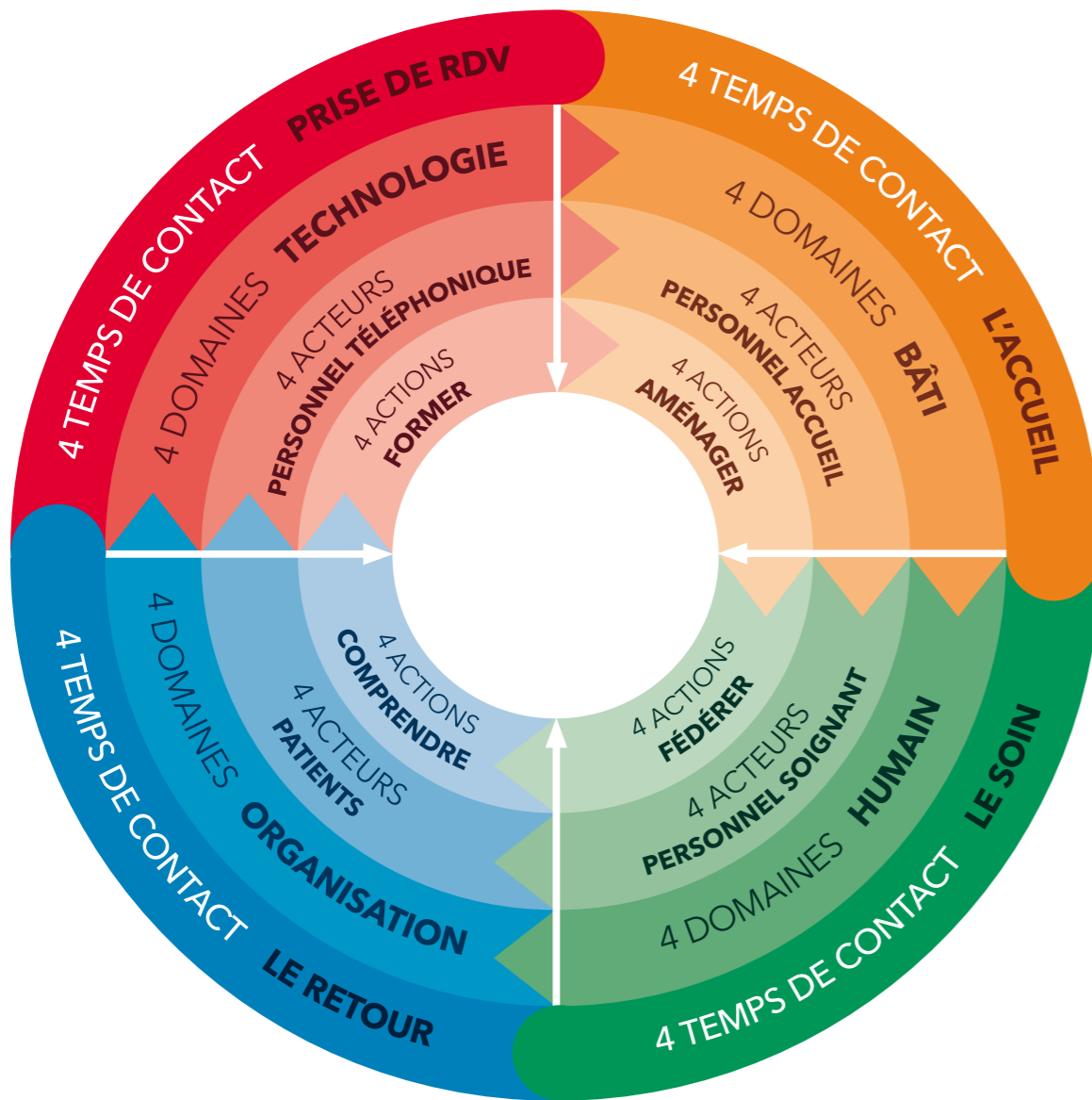
Quel savoir-être et quel savoir faire développer pour être capable d'accueillir au mieux chaque personne quelle que soit sa spécificité, sa problématique ?

ESPRIT DE SOIN

Quelle écoute, attention et esprit de soin développer à partir de « l'expérience du patient extraordinaire, fragilisé » pour améliorer la qualité d'accueil de toute la patientèle ?

RÉDUIRE LES DÉFICITS

Comment réduire les déficits inhérents au fonctionnement des centres de santé en s'appuyant sur l'esprit de soins et de services des patients fragilisés ?



PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT

- **UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE** impliquant **4 temps de contact** dans **4 domaines d'expertise** auprès de **4 acteurs clés** en **4 actions clés**.
- **4 AXES FÉDÉRATEURS**, interdisciplinaires et incontournables, si l'on veut être en mesure d'**accueillir, soigner et fidéliser le patient fragilisé**.

4 CONTACTS

PRISE DE RDV

Identifier rapidement les besoins et attentes du patient, évaluer, anticiper.

ACCUEIL PHYSIQUE

Accueillir dans une ambiance chaleureuse et sécurisante.

SOIN

Écouter, inspirer confiance, soigner.

SORTIE, RETOUR

Venir, repartir, revenir. Respecter un protocole d'accueil et un protocole de retour.

4 ACTEURS

ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE

Intervenir auprès des personnels d'accueil téléphonique afin qu'ils acquièrent le bon vocabulaire.

ACCUEIL PHYSIQUE

Intervenir auprès des personnels d'accueil physique afin qu'ils acquièrent le bon vocabulaire + le bon comportement.

SOIN

Intervenir auprès des personnels de soins médecins / infirmiers-ères afin qu'ils acquièrent le bon vocabulaire + le bon comportement + les bons gestes.

PATIENTS

Intervenir auprès des patients afin qu'ils préparent leur déplacement et se préparent à l'acte de soin.

4 ACTIONS

CASSER LES IDÉES REÇUES

Casser les idées reçues sur la thématique du handicap et du vieillissement.

FORMER

Apporter au personnel aidant, soignant et administratif les mêmes savoir-faire et savoir-être.

COLLABORER, FÉDÉRER

Comprendre que cette thématique exige de travailler ensemble car toute rupture dans la chaîne des acteurs, de déplacement et de participation implique une réticence à se faire soigner, à revenir se faire soigner.

COMPRENDRE

Comprendre que l'on ne peut pas réduire cette attente sociétale à la seule formation des médecins, à la seule acquisition de matériel adapté ou à la seule adaptation de locaux.

4 DOMAINES

HUMAIN

Former et accompagner les personnels administratifs, d'accueil et de soin « ensemble ».

ORGANISATIONNEL

- Mettre en place des procédures d'accueil, des procédures d'interventions en binômes,
- Organiser des réseaux de centres de santé complémentaires, des procédures d'évacuation...

BÂTI

Améliorer les accès, les aménagements et les ambiances (signalétique, mobilier, couleurs, etc).

TECHNOLOGIE

Acquérir du matériel de soin adapté par spécialité ainsi que de nouvelles technologies et nouveaux outils sur chaque site pour un gain de temps et d'énergie précieux pour le praticien et le patient.

QUELQUES CHIFFRES

Combien y a-t-il de personnes handicapées en France ?

Difficile de répondre précisément à cette question car les chiffres varient énormément selon les sources et la définition du handicap retenue.

En 2003, selon un rapport de la Cour des Comptes intitulé *La vie avec un handicap*, le nombre de personnes handicapées en France variait entre 280 000 et 23 650 000 selon les critères retenus.

Le fameux chiffre communiqué par l'INSEE (12 millions de Français handicapés, 20% de la population, une personne sur cinq...), est issu de l'enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID). Cette vaste enquête HID menée en 2002 s'est intéressée à l'ensemble de la population et à tous les domaines de la vie quotidienne en se basant sur la classification des déficiences établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Le handicap augmente avec le vieillissement de la population.

Selon les projections de l'INSEE, en 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus. Or, avec une population vieillissante, de plus en plus de personnes seront exposées à des situations de handicap.

Le handicap ne touche pas uniquement les personnes âgées. Malgré les progrès de la médecine **le nombre d'enfants handicapés augmente**. Un rapport de l'INSERM publié en 2004 dévoile que 15 000 enfants naissent avec un handicap chaque année en France, dont la moitié avec un handicap sévère, soit une naissance sur cent.

ACCESSIBILITÉ

Mesures d'adaptation et d'aménagement de l'espace social destinées à en faciliter l'accès aux personnes handicapées ou à mobilité réduite. Ces mesures concernent la voirie urbaine, les transports publics, toutes installations neuves de locaux ouverts au public dont les centres de santé, les immeubles d'habitations, etc.

AIDANTS

- Aidant naturel : Art. L. 1111-6-1 du Code de la santé publique
- Aidant familial : Art. R. 245-7 du Code de l'action sociale et des familles
- Proche aidant : Art. L. 113-1-3 du Code de la santé publique

L'accompagnement de la personne en situation de handicap par un « aidant » est une des composantes de son droit à la compensation des conséquences de son handicap.

L'aidant familial à la personne peut en effet contribuer à la qualité de vie, bien sûr, de la personne hospitalisée et, par son expertise, à la qualité des soins.

AUTONOMIE

L'autonomie désigne la capacité d'une personne à prendre les bonnes décisions dans la vie au quotidien. La notion d'autonomie englobe les capacités intellectuelles, cognitives et motrices.

DÉPENDANCE

La notion de dépendance a été utilisée pour la première fois en 1973 par Yves Delomier, médecin d'hébergement et de long séjour, et s'est généralisée suite à la loi de 1997 instituant une prestation spécifique dépendance (PSD), notamment pour les personnes âgées. Cette loi définit la dépendance d'une personne comme l'état d'une personne qui nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes « moteurs » essentiels dans la vie courante (s'habiller, se laver, se déplacer du lit au fauteuil, se nourrir...). La dépendance est une notion plurifactorielle et multidimensionnelle. Sa définition ne peut se limiter à la seule référence biomédicale. Elle est également fonction de l'environnement physique et social au sein duquel vit la personne.

HANDICAP

De manière générale, le terme handicap désigne l'incapacité d'une personne à vivre et à agir dans son environnement en raison de déficiences physiques, mentales, ou sensorielles. Il se traduit la plupart du temps par des difficultés de déplacement, d'expression ou de compréhension chez la personne atteinte.

La loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a, dans son article 114 défini la notion de handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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. »

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) définit le handicap comme un terme générique pour les déficiences, les limitations de l'activité et restrictions à la participation. Le handicap est l'interaction entre des sujets présentant une affection médicale (paralysie cérébrale, syndrome de Down ou dépression) et des facteurs personnels et environnementaux (par exemple, attitudes négatives, moyens de transport et bâtiments publics inaccessibles, et soutiens sociaux limités). La CIF aborde l'invalidation comme une interaction entre les potentialités d'un individu et son environnement en précisant le rôle des facteurs environnementaux.

SPÉCIFICITÉS

ACUITÉ VISUELLE

L'acuité visuelle définit la qualité de la vue d'une personne. Elle est déterminée par la capacité d'un individu à discerner deux points distincts séparés de la plus petite distance possible. En France, l'acuité visuelle s'exprime en dixième. Une acuité visuelle normale est de 10/10^e.

ACUITÉ AUDITIVE

L'acuité auditive désigne la capacité de l'oreille humaine à percevoir des sons. Elle est spécifique à chaque individu et évolue tout au long de la vie. Elle peut être déterminée par des facteurs héréditaires, par l'âge ou par l'entraînement de l'oreille à la perception des fréquences.

AGNOSIE

Trouble des fonctions permettant d'identifier des sons, des stimuli visuels et des objets par la vision ou le toucher.

3 étapes :
perception - reconnaissance - identification

APRAXIE

Praxies = gestes volontaires : intentionnalité et choix relation entre pensée et production du mouvement.

Apraxie = trouble de la programmation du schéma du geste, consécutif à une lésion cérébrale.

AVC

Accident Vasculaire Cérébral. Il peut avoir pour origine soit un vaisseau qui se bouche (thrombose) ou bien qui se fissure (hémorragie).

AVQ

Ensemble de gestes accomplis chaque jour par une personne dans le but de prendre soin d'elle-même ou de participer à la vie sociale.

BLESSURE MÉDULLAIRE

Lésion de la moelle épinière.

BM

Blessés Médullaires : toute atteinte de la moelle épinière d'origine traumatique, infectieuse, accidentelle, vasculaire, cancéreuse.

CMT

Maladie Charcot Marie Tooh. Regroupe un ensemble d'atteinte du nerf moteur périphérique.

DMLA

La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge est une maladie dégénérative de la rétine d'évolution chronique qui débute après l'âge de 50 ans.

Elle touche sélectivement la région maculaire, c'est à dire la zone centrale de la rétine, entraînant une perte progressive de la vision centrale. Elle laisse habituellement intacte la vision périphérique ou latérale.

GLAUCOME

Le glaucome est une maladie oculaire qui touche surtout les personnes de plus de 45 ans. Il est dû à une montée de la pression oculaire entraînant une atteinte du nerf optique (qui envoie les informations visuelles au cerveau) et du champ visuel (espace de vision).

HÉMIPLÉGIE

Paralysie affectant la moitié (gauche ou droite) du corps. Une hémiplegie peut concerner une ou plusieurs parties du corps en même temps : il existe des hémiplegies d'un bras, d'une jambe, parfois de la face, mais toujours sur un seul côté du corps.

IMC

Infirmes Moteur Cérébrale. Le QI est normal.

IMOC

Infirmes Moteur d'Origine Cérébrale. Le QI est inférieur à la normale.

MNM

Maladie neuromusculaire : différentes atteintes de l'unité motrice primitives ou secondaires, isolées ou associées.

- Atteinte du neurone moteur (ex : SLA SMA PAA),
- Atteinte du nerf moteur périphérique (ex : CMT, Polyradiculonévrites, Porphyrie),
- Atteinte de la jonction neuro musculaire (ex : myasthénie),
- Atteinte du muscle (les myopathies : myopathie des ceintures, myopathie de Steinert, myopathie de Duchenne).

OI

Ostéogénèse Imparfait. Maladie génétique autosomique dominante principalement.

PAA

Poliomyélite Antérieure Aigue.

PC

Paralysie Cérébrale. Comprend les IMC et les IMOC, atteintes périnatales et jusqu'à l'âge de ans sans évolution de la pathologie (définition Pr. Tardieu).

POLYHANDICAP

Ensemble de pathologies regroupant toujours une atteinte motrice et intellectuelle, d'origine virale (ex. encéphalite), génétiques (ex. T21) ou accidentelles (au moment de l'accouchement, anoxie périnatale).

PR

Polyarthrite Rhumatoïde.

SEP

La Sclérose En Plaques est une maladie auto-immune qui affecte le système nerveux central. Elle entraîne des lésions qui provoquent des perturbations motrices, sensitives et cognitives. À plus ou moins long terme, ces troubles peuvent progresser vers un handicap irréversible. Les traitements actuels permettent de réduire les poussées et améliorent la qualité de vie des patients, mais ils ont une efficacité insuffisante pour lutter contre la progression de la maladie.

SLA

Sclérose Létérale Amyotrophique, ou maladie de Charcot.

SMA

Amyotrophie Spinale.

SPA

Spondylarthrite Ankylosante.

SPASTICITÉ

La spasticité musculaire correspond à l'augmentation exagérée et permanente du tonus musculaire (tension musculaire) d'un muscle au repos.

TC

Traumatisme Crânien.

UFR

Utilisateur de Fauteuil Roulant.

STRUCTURES ET DOMAINES ADMINISTRATIFS

AGEFIPH

Association nationale de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées. Elle a pour objectif de favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail. Elle perçoit le versement de la contribution annuelle des entreprises privées qui ne respectent pas l'obligation d'emploi du travailleur handicapé.

APA

Allocation Personnalisée d'Autonomie.

APHP

Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Vous trouverez sur leur site des outils pratiques comme les fiches de liaison pour l'accueil de l'enfant et l'adulte handicapés dépendants, publiées en 2012.

CAP EMPLOI

Le Cap Emploi est une structure financée par les fonds de l'AGEFIPH et qui a pour vocation d'aider les travailleurs handicapés dans leur maintien et leur recherche d'emploi tout en assurant le suivi de leur placement. Sa mission peut également être remplie par des EPSR (Équipe de Préparation et de Suite au Reclassement) ou des OIP (Organisme d'Insertion et de Placement).

CDAPH

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées a été créée par la loi du 11 février 2005. Elle succède ainsi à la CDES et à la COTOREP depuis le 1^{er} janvier 2006 et siège au sein des MDPH. Elle prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée, notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation.

CICAT

Un Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques a pour vocation de répondre à un besoin d'information et de conseil sur les différentes aides techniques en faveur des personnes handicapées ou âgées tels que le matériel (fauteuil roulant, canne, domotique...), l'accessibilité et l'adaptation du logement, etc.

CDCPH

Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées.

CNISAM

Centre National d'Innovation Santé Autonomie et Métiers. Le CNISAM a publié les « Bonnes pratiques face aux personnes déficientes ou en situation de handicap – Communication et attitudes » en 2013.

CNSA

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie créée en 2005.

DIRECCTE

Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi.

ESMS

Établissements et Services Médicaux Sociaux.

FALC

« Facile À Lire et à Comprendre » a publié une méthode européenne permettant une accessibilité des informations aux personnes déficientes intellectuelles, dans tous les domaines de la vie.

FDC

Fond Départemental de Compensation.

FIPHFP

Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées Dans La Fonction Publique créée en 1987.

HANDIDACTIQUE

Handidactique, Union française pour la santé bucco-dentaire. Vous y trouverez comment les chirurgiens-dentistes se mobilisent pour la santé des Personnes en situation de handicap.

HAS

Haute Autorité de Santé

MDPH

Il existe une Maison Départementale des Personnes Handicapées par département sous la direction du Conseil général. Elle a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Chaque MDPH met en place entre autres une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne handicapée, et une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne.

OETH

Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés. Agréée en 1991 par le Ministère du travail, l'accord OETH est le premier accord relatif à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés du secteur sanitaire, social et médico-social privé non lucratif. Cet accord réunit la Croix-Rouge Française, la Fehap, Nexem et les organisations syndicales CFDT, CFTC, CFE-CGC, CGT et FO.

OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé est une institution spécialisée de l'Organisation des Nations unies (ONU) pour la santé publique créée en 1948.

PCH

La Prestation de Compensation du Handicap est une allocation versée aux personnes handicapées depuis le 1^{er} janvier 2006. Elle prend en compte les besoins et le projet de vie de la personne handicapée. Elle peut être affectée à des charges liées à un besoin d'aides humaines, d'aides techniques, à l'aménagement du logement et du véhicule, et/ou à un besoin d'aides exceptionnelles ou animales. L'évaluation et la décision d'attribution de la prestation sont effectuées au sein de la MDPH.

RQTH

La Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé est attribuée par la CDAPH aux personnes handicapées. Selon le code du travail, « Est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques ». Cette reconnaissance ouvre droit à un certain nombre d'avantages pour la personne handicapée (orientation professionnelle par la CDAPH ou formation, aide des Cap emploi, aides de l'Agefiph ou du Fiphfp, etc.) et pour l'employeur (obligation d'emploi, aide au poste, etc.).

SURDIFRANCE

Bucodes SurdiFrance. Parler à une personne malentendante. Mode d'emploi.

SAMSAH

Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés.

SAVS

Services d'Accompagnement à la Vie Sociale.

SPASAD

Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile), les SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale).

SSIAD

Services de Soins Infirmiers À Domicile.

UNAPEI

Union Nationale des Associations de Parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis (anciennement : Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés).

L'UNAPEI a publié un guide pratique pour vous accompagner dans vos démarches en matière d'accessibilité en faveur des personnes en situation de handicap mental en 2010.

UNAFAM

Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et ou handicapées psychiques. L'UNAFAM a publié un recueil des bonnes pratiques de prise en charge psychiatrique en 2015.

MATÉRIELS
AIDE TECHNIQUE

Appareil spécialement conçu pour soutenir, maintenir ou remplacer une partie du corps ou une fonction déficiente et utilisé par un individu dans le but de maximiser son autonomie, d'assurer son maintien dans un milieu de vie naturel ainsi que son intégration sociale, scolaire ou professionnelle.

COUSSIN ANTI ESCARRES

Coussin en mousse visco élastique à mémoire de forme, ou en gel ou à air (en général se met sur le FRM ou FRE).

FRE

Fauteuil Roulant Électrique.

FRM

Fauteuil Roulant Manuel.

VERTICALISATEUR

Équipement qui donne la possibilité à une personne en situation de handicap moteur de se mettre debout.





CAHIER N°1

PRISE DE RENDEZ-VOUS PAR TÉLÉPHONE ET PAR INTERNET



1^{ER} FREIN À L'ACTE DE SOIN

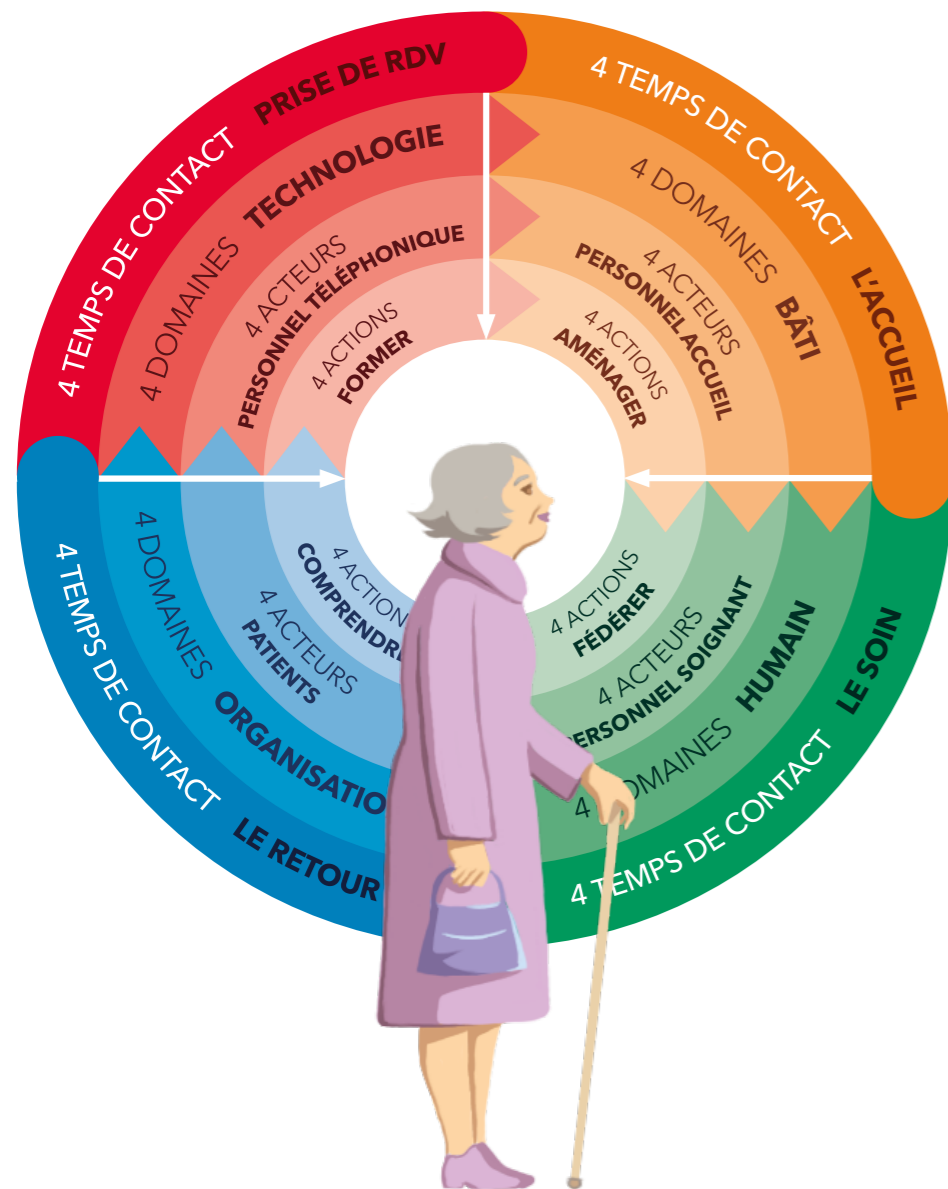
- La difficulté de la prise de rendez-vous téléphonique est le premier frein à l'acte de soin.

OBJECTIFS

- Identifier rapidement les besoins et attentes du patient;
- Donner les informations essentielles au déplacement et au soin.

SOLUTIONS

- Proposer différentes modalités de prise de contact entre le patient et le centre, afin de répondre à des situations et demandes très diverses, tout en respectant les contraintes du centre de santé et du patient.
- ...

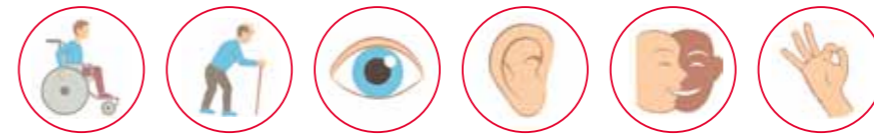


PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT

- **UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE** impliquant 4 temps de contact dans 4 domaines d'expertise auprès de 4 acteurs clés en 4 actions clés.
- **4 AXES FÉDÉRATEURS**, interdisciplinaires et incontournables, si l'on veut être en mesure d'accueillir, soigner et fidéliser le patient fragilisé.



1^{ER} CONTACT PRISE DE RENDEZ-VOUS PAR TÉLÉPHONE



1^{er} temps de contact du patient avec le centre de santé :
le contact téléphonique ou le contact internet.
Qui ? Selon quelle modalité ? Par qui ? Avec quels mots ?

1 CONTEXTE

- Se remettre dans le contexte des centres de santé, d'une structure de soin, et croiser les attentes.

Le personnel :

- Le personnel est soit multitâche, soit dédié (c'est rare car cela pose des difficultés d'organisation).
- L'appel téléphonique est dédié à la gestion de rdv (prise, décalage, annulation), la réclamation, au relais avec le praticien.

Les attentes et usages du patient :

- Je prépare ma visite à domicile (grâce aux outils internet, à la plateforme téléphonique, à l'accompagnement humain prévu à cet effet,...).
- Pour faciliter la prise de rdv pour tout patient, dont les patients fragiles ou en situation de handicap, il faut répondre aux questions suivantes :
 - Comment répondre aux attentes conscientes et inconscientes du patient ?
 - Comment répondre au besoin de parler à un interlocuteur « humain » (de préférence connu, reconnu) exprimé par les patients fragilisés ?
 - Comment mieux informer les patients, dont les patients fragilisés ou en situation de handicap, en amont de la visite ?
 - Comment inviter le patient à parler de ses besoins spécifiques pour mieux préparer son accueil ?
 - Comment les orienter pour trouver le centre de santé dans le quartier ? Pour trouver l'entrée ? « Où je suis ? Où je vais ? Comment j'en repars ? Quelles offres de soins me sont adaptées ? »...

2 BESOINS CONSTATÉS ET EXPRIMÉS

- **Besoin de proposer différentes modalités de prise de contact entre le patient et le centre, afin de répondre à des situations et demandes très diverses, tout en respectant les contraintes du centre de santé et du patient.**
 - Besoin d'orienter efficacement les appels pour les traiter rapidement.
 - Besoin de dépasser les limites inhérentes à l'accueil téléphonique par serveur vocal (interne ou externalisé).
 - Besoin de gérer des demandes à fortes amplitudes en termes d'horaires et de fréquence (pics d'appel).
 - Besoin que les plateformes développent des offres pour répondre aux demandes ou besoins particuliers sans stigmatiser les patients : ex... si vous avez besoin de LSF, de vélotypie, d'une assistance particulière, d'une aide à la marche, ... etc. Être formé à inviter les patients en situation de handicap à se présenter et à faire état de leur difficulté sensorielle ou physique, afin d'adapter leur accueil et leurs soins.
 - Besoin d'aborder correctement une patientèle qui combine des difficultés sensorielles et/ou motrices et qui ne se reconnaissent pas dans le handicap pour autant.
 - **Sans oublier le cas des appels « complexes » :** la personne fragile peut recourir au téléphone comme outil de prise de RDV, parce qu'elle y bénéficie d'une écoute. Ce type d'appel (de grands séniors par exemple, mais pas seulement) monopolise la ligne, parfois plus de 20 mn/appel. Les causes peuvent en être les suivantes :
 - elles ne comprennent pas bien,
 - elles n'entendent pas bien,
 - elles se sentent seules.

3 RÉPONSES COMPLÉMENTAIRES À DÉPLOYER

- **Comment faciliter la prise de rdv pour tout patient dont les patients fragiles ou en situation de handicap : un bouquet de solutions à mettre en œuvre**

Éventail de solutions possibles pour la gestion des rendez-vous, à adapter en fonction des contextes des centres de santé :

- L'accueil téléphonique totalement internalisé ;
- L'accueil téléphonique totalement externalisé ;
- Le débordement ;
- Le site internet.

À intégrer dans des bouquets de solutions interactives et complémentaires

- Parce que l'externalisation ou le débordement ne permettent pas de répondre aux demandes 24h/24 et 7j/7 ;
- Parce que le patient n'a pas internet ;
- Parce que le patient ne comprend pas la boîte vocale ;
- Etc.

4 SOLUTIONS À ADAPTER AUX DIFFÉRENTS CONTEXTES DES CENTRES DE SANTÉ

INTERNALISÉ

AVANTAGES

LIMITES

- Parfaite connaissance du centre, de ses abords, de ses matériels adaptés, de ses praticiens par le personnel d'accueil.
- Les coûts de l'accueil sont connus (salaires) et maîtrisés en interne.
- Avec des secrétaires médicales polyvalentes, l'alternance des pics et des périodes creuses à l'accueil peut être compensée par d'autres tâches.

- Impossibilité de gérer les pics d'appels téléphoniques en interne avec un effectif stable.
- Les créneaux horaires d'accueil physique ou téléphonique sont restreints par les horaires et jours d'ouverture du centre et/ou de présence des secrétaires.
- Pour maîtriser les coûts, le standard doit parfois être tenu en parallèle de l'accueil physique, générant délais de réponse, files d'attente et pression pour les personnels au guichet.

EXTERNALISÉ

AVANTAGES

LIMITES

- Améliore le taux d'appels décrochés ainsi que le temps moyen d'attente des patients, dans la mesure où le prestataire met en œuvre l'organisation nécessaire.
- Permet de redéployer les effectifs du Centre auparavant mobilisés par l'accueil téléphonique, au profit d'autres tâches.
- Mobilise des professionnels spécialisés dans l'accueil téléphonique, ce qui permet un traitement rapide et efficace des appels.
- Peut améliorer les créneaux horaires d'accès téléphonique (si la plateforme a des horaires et jours d'activité plus extensifs que le centre).
- Génère, si l'externalisation se déroule bien, un coût de prise en charge de l'appel moins élevé et/ou une amélioration de l'activité (plus grand nombre de rendez-vous pris).

- Nécessite de bien calculer le rapport coût / bénéfiques, afin de ne pas alourdir la situation financière du Centre.
- Entraîne souvent une évolution des organisations et/ou l'adoption de l'outil informatique de prise de RDV de la plateforme externe par le Centre de santé.
- Moindre connaissance des spécificités du centre voire du fonctionnement d'un centre de santé en général, par les télérespondants.
- Impératif de productivité des télérespondants peu compatible avec le traitement de demandes complexes.
- Recours fréquent de ces plateformes à un serveur vocal interactif dont la souplesse de configuration est limitée et qui peut être coûteux à actualiser.
- Pour le recours à certaines plateformes, obligation de mettre en place un numéro surtaxé, ce qui peut constituer un frein pour certains patients.

DÉBORDEMENT

AVANTAGES

LIMITES

- Accessibilité du service en permanence, ce qui facilite non seulement la prise mais le déplacement ou l'annulation de rendez-vous, d'où une meilleure gestion de l'absentéisme des patients.
- Fluidité de la prise de rdv pour le patient qui arbitre lui-même ses préférences (ex. rdv dans les 48h vs. créneau compatible avec son propre agenda mais lointain).
- Accessibilité aux sourds, malentendants, voire non-voyants si site internet compatible.
- Coût de revient plus faible qu'un appel téléphonique.
- Désengorgement du standard téléphonique permettant de consacrer plus de temps aux demandes complexes.

- Nécessite de bien estimer le volume prévisionnel d'appels gérables en interne et ceux qui basculeront, afin de négocier la prestation sur des bases fiables (compter 1€ par appel au moins).
- Entraîne souvent une évolution des organisations et/ou l'adoption de l'outil informatique de prise de RDV de la plateforme externe par le Centre de santé.
- Moindre connaissance des spécificités du centre voire du fonctionnement d'un centre de santé en général, par les télérespondants.
- Impératif de productivité des télérespondants peu compatible avec le traitement de demandes complexes.
- Recours fréquent de ces plateformes à un serveur vocal interactif dont la souplesse de configuration est limitée et qui peut être coûteux à actualiser.

5 SPÉCIFICITÉS EN SERVICE DENTAIRE



Compte tenu de l'**élaboration d'un plan de soins**, régit par des nécessités médicales strictes (délai incompressible entre les consultations). Ce service gère en général ses rendez-vous téléphoniques.

- Pas de prise de rdv par Internet dans cette spécialité en dehors de la première consultation pour un nouveau patient, voire d'une urgence – l'urgence devant idéalement être appréciée par un(e) assistant(e) dentaire).
- Pour les patients déjà en cours de traitement, un **échange avec l'assistant(e) dentaire(e)** du service ou le praticien lui-même est nécessaire si un rdv doit être pris ou déplacé.

6 BOUQUETS DE SOLUTIONS À METTRE EN ŒUVRE

Les solutions complémentaires pour améliorer la relation patient, au-delà de la gestion des RDV.

- **Pour accueillir et renseigner « autrement » le patient fragilisé :**
 - Imaginer une autre prise en charge pour les patients fragilisés dont les patients vieillissants ;
 - Organiser des partenariats avec des associations formées à répondre au besoin d'écoute et de temps de parole à accorder à chacun, notamment « SOS amitié », « SOS suicide », etc ;
 - Organiser une autre manière de gérer ces entretiens en les invitant à continuer la discussion au centre de santé, en les recevant (mettre en place un autre type de consultation).
- **Des supports de communication complémentaires à mettre en œuvre parce que les profils de patients sont pluriels :**
 - Campagne SMS aux patients connus (de nombreuses personnes n'ont pas accès à internet) ;
 - Affichage à l'accueil et sur les portes des cabinets de consultation ;
 - Flyer ;
 - Travailler les messages les plus courts et pertinents possibles.

PRISE DE RENDEZ-VOUS PAR TÉLÉPHONE S'ADAPTER AUX BESOINS DES PATIENTS



OBJECTIF

Mieux accueillir les patients, dont les patients en situation de handicap, soit TOUS les patients puisqu'ils sont par définition tous fragilisés.

QUESTION

« Rencontrez-vous des difficultés pour venir jusqu'au centre de santé ? En voiture, en taxi, en bus, à pieds, etc ? »

● Comment m'aider à prendre un rdv téléphonique ? ou par internet ?

En me permettant d'accéder à des services et des sites internet qui prennent en compte les besoins spécifiques de chacun d'entre nous.

● Quelles sont les erreurs que les boites vocales et les personnels téléphoniques ne doivent plus commettre ?

Le renvoi systématique vers un numéro supplémentaire, l'obligation de taper une autre touche pour accéder à un autre service, me demander de répéter un mot que je n'arrive pas à prononcer, ne pas me donner la possibilité de joindre un interlocutrice sont des freins que je n'arrive pas à dépasser.

● Quelles sont les conditions qui me permettent de prendre un rdv aisément ?

J'ai besoin d'un échange verbal avec un interlocuteur en capacité de me donner des informations sur l'environnement du centre de santé, sur le centre de santé et sur les services et soins qui y sont donnés.

● Comment m'inviter à dire que j'ai un handicap ou une difficulté liée à l'âge de manière à ce qu'ils l'enregistrent et préparent ma venue ?

Être déculpabilisant et bienveillant. Poser systématiquement, lors de chaque appel, auprès de tous les patients, la question suivante : **Rencontrez-vous des difficultés pour venir jusqu'au centre de santé ? En voiture, en taxi, en bus, à pieds... ?**

Et en fonction de la réponse, inviter, avec bienveillance, le patient à développer... Par exemple, dès lors que le patient a indiqué qu'il avait une difficulté visuelle, l'inviter à préciser s'il se déplace avec une aide technique ou un chien guide.

PRISE DE RENDEZ-VOUS PAR TÉLÉPHONE S'ADAPTER AUX BESOINS DES PATIENTS

- **Quel niveau d'information faut-il que le service téléphonique me donne ?**

Le personnel devra être en mesure de me décrire :

- les abords du centre, s'il y a des difficultés d'accès liées aux trottoirs, à la chaussée, etc ;
- l'entrée physique du centre, m'expliquer comment je trouve le centre, comment je trouve l'entrée, comment je trouve la banque d'accueil, comment j'y accède, etc ;
- l'accueil du centre, les services d'accompagnement possibles et le matériel disponible afin de le réserver et de préparer au mieux l'accueil et le soin.

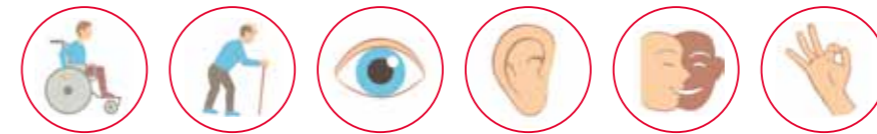
Après, c'est l'humain qui prend le relais.

- **Comment je souhaite que vous m'accueilliez lorsque je suis arrivé(e) à l'accueil ?**

Le personnel devra être en mesure de s'adresser à moi en connaissance de cause et avec bienveillance (que le personnel ait été formé comme l'exige la loi) et qu'il puisse m'accompagner ou appeler quelqu'un qui m'accompagnerait, si j'en ai besoin, si je suis un patient aveugle ou mal-voyant par exemple.



1^{ER} CONTACT PRISE DE RENDEZ-VOUS PAR INTERNET



1 OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES



- **Un site internet doit répondre aux exigences d'accessibilité selon le référentiel en vigueur du W3C niveau AA** (équivalent aux critères exigés par le Référentiel Général d'Accessibilité des Administrations publiques selon l'article 47 de la loi du 11 février 2005). Mais au delà, les centres de santé devraient travailler sur des **espaces dédiés** qui offriront un filtrage des informations par famille de handicap et faire apparaître :

- La liste des offres et services mis en place par famille de handicap : horaires des visites, prestations, praticiens, etc. et ouverts à tous, ainsi que l'organisation des démarches à effectuer pour un patient individuel ou venant accompagné ;
- La répartition des offres et services (existence de matériel notamment) pour une consultation, un renseignement, ou autre recensement d'informations et de matériels utiles pour faciliter l'accès aux soins.

- **Et au-delà de la réglementation, proposer un confort d'utilisation et de lecture des informations :**

- Les médias diffusés sur Player accessible (compatibles avec les outils additionnels utilisés par les personnes en situation de handicap moteur et en situation de handicap visuel notamment) avec sous-titrage, audio-description et à terme, Langue des Signes Française pour la présentation des offres de soins, avec le paramétrage possible pour l'affichage des pages ;
- Le téléchargement de documents et fichiers sonores en préparation de la visite du patient ;
- Etc.



« Téléphoner » en LSF
(Langue des Signes Française)

2 PRISE DE RDV, PRISES D'INFORMATIONS

- **L'externalisation ou le débordement ne permettent pas de répondre aux demandes des patients 24h/24 et 7j/7; le relais sur internet est intéressant**
En interne comme en externe le coût de revient du traitement d'un appel téléphonique est important, pour une valeur ajoutée qui varie selon la nature de la demande : une prise de rendez-vous simple ne nécessite pas forcément un échange téléphonique.
- **Le développement de la prise de rendez-vous sur Internet est une réponse à ces lacunes.**
 - Mettre en place, sur une page Internet (le site Internet du centre ou celui d'un prestataire spécialisé) une interface qui permet au patient de visualiser l'agenda des plages horaires disponibles et de s'inscrire directement sur un créneau de consultation qui n'a pas encore été attribué;
 - Elle ne doit pas être confondue avec la simple demande de RDV par courriel, dont le traitement est aussi chronophage qu'aléatoire pour le patient comme pour le Centre de santé.

AVANTAGES

- Accessibilité du service en permanence, ce qui facilite non seulement la prise de rendez-vous mais aussi le déplacement ou l'annulation du rendez-vous, d'où une meilleure gestion de l'absentéisme des patients;
- Fluidité de la prise de rdv pour le patient qui arbitre lui-même ses préférences (ex : rdv dans les 48h vs. créneau compatible avec son propre agenda, mais plus lointain);
- Accessibilité aux sourds, malentendants, voire non-voyants si site Internet compatible;
- Coût de revient plus faible qu'un appel téléphonique;
- Désengorgement du standard téléphonique permettant de consacrer plus de temps aux demandes « complexes ».

LIMITES

- Certains rdv peuvent difficilement être pris ou calibrés par le patient lui-même (rdv multiples et consécutifs, consignes spécifiques à délivrer avant un examen, temps de consultation à ajuster selon le motif, etc.);
- Certaines demandes faites à l'accueil ne concernent pas la prise de rdv donc ne passeront pas par Internet;
- Certaines populations n'ont pas accès à l'outil Internet : pas de connexion ou d'équipement disponible (17% de la population), pas de maîtrise de l'outil informatique, illettrisme, (défaut de maîtrise de la langue pour une personne sur vingt);
- Les statistiques disponibles donnent ainsi une estimation de 50% de rdv pris pas Internet dans les pays ayant fortement développé cette pratique.

3 3 DISPOSITIFS DE PRISE DE RDV

- **Sur site internet : les 3 modalités possibles**

Concerner



TYPE DE SOLUTION WEB

Module de prise de rdv intégré au dossier patient informatisé : les données administratives du patient ne sont saisies qu'une fois, les personnels ne manipulent qu'un seul agenda (celui du dossier).

Module de prise de rdv déployé en parallèle du dossier patient, par un prestataire, mais accessible uniquement sur le site du centre de santé.

Outil externe de prise de rdv (type Doctolib) : le patient prend rdv sur une page internet différente de celle du centre.

AVANTAGES

- Solution intégrée avec synchronisation garantie entre le dossier et l'agenda;
- Permet d'ajouter une rubrique « préparer son rdv », avec des informations pour le patient.

- Outil dédié à la prise de RDV donc fonctionnalités et ergonomie adaptées;
- Adaptabilité de l'outil aux souhaits du Centre;
- Maîtrise de l'image du Centre (lien accessible via son site).

- La visibilité plus ou moins grande de cette page (référencement) peut contribuer à la notoriété du centre et lui apporter des patients supplémentaires.

LIMITES

- L'ergonomie et les fonctionnalités de l'agenda ne sont pas toujours idéales dans un outil dont ce n'est pas la vocation principale (dossier patient);
- Les aménagements du module de RDV dépendent de l'éditeur du dossier patient.

- Pas de gain de notoriété ou référencement (subordonné à ceux du site du Centre);
- Synchronisation délicate et risque d'utilisation parallèle de l'agenda de l'outil Web et du dossier patient : double écran de lecture et de saisie pour les personnels d'accueil et les praticiens.

- Image commerciale du service (via une plateforme);
- Faible poids du Centre sur les fonctionnalités du service (ouvert à de multiples clients);
- Visualisation de la concurrence par le patient, sur la même page;
- Synchronisation délicate et risque d'utilisation parallèle de l'agenda de l'outil Web et du dossier patient.





CAHIER N°2

ACCUEIL PHYSIQUE



2^{ÈME} FREIN À L'ACTE DE SOIN

La difficulté d'accès au centre de santé et l'absence de formation du personnel d'accueil sont des freins à l'acte de soin.

OBJECTIFS

- Identifier rapidement les besoins et attentes du patient et être bienveillant.
- Améliorer l'accès physique et sensoriel du patient au centre de santé.
- Transformer l'accessibilité en opportunité.

SOLUTIONS

- Améliorer les aménagements, ambiances, confort thermique, physique et acoustique : éclairage, mobilier, technologie, couleurs.
- Adapter les protocoles d'accueil.
- ...



PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT

- **UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE** impliquant 4 temps de contact dans 4 domaines d'expertise auprès de 4 acteurs clés en 4 actions clés.
- **4 AXES FÉDÉRATEURS**, interdisciplinaires et incontournables, si l'on veut être en mesure d'accueillir, soigner et fidéliser le patient fragilisé.

2^{ÈME} CONTACT ACCUEIL PHYSIQUE BÂTI, MOBILIER



Les accueils physiques représentent le 2^{ème} temps de contact avec le patient. Il est donc indispensable que tout y aille de soi, intuitivement. Que l'accueil, l'ambiance, l'atmosphère y soient apaisés et apaisants.

1 APPROCHE HUMAINE DU CENTRE DE SANTÉ, ET AUTRES STRUCTURES DE SOINS

- **Au-delà de chercher comment concevoir les espaces, il faut surtout se demander comment sont perçus ces espaces :**
 - Rapprocher le simple (l'incontournable approche réglementaire, les normes, les vocables) et le complexe (le ressenti, le vécu, le savoir intuitif des usagers et l'expérience déjà efficacement éprouvés par les confrères, les autres responsables de sites);
 - Répondre aux attendus conscients et inconscients du patient;
 - Mettre en place une dynamique inclusive.
- **Ne pas attendre, ni chercher à être parfait pour passer à l'action.**
- **Des aménagements à établir en fonction de l'observation des comportements et élans spontanés des patients.**
 - Pour la patientèle fragilisée, la qualité de l'accueil, de l'espace d'accueil et le rapport à l'humain, sont encore plus importants : « J'ai un sentiment de sécurité et de confort psychique et physique... dans un environnement apaisant » (éclairage, acoustique, colorimétrie, ambiance, sentiment de sécurité, limitation ou suppression des éléments anxigènes etc.).
 - Ne pas aller « à l'encontre de », c'est limiter les risques de blocages, les contresens et les tensions :
 - préparer des modes opératoires pour anticiper des situations et y répondre sereinement;
 - faire gagner de précieuses minutes d'explications au personnel d'accueil.

● Rappel des comportements spontanés du patient :

1. Le patient prépare sa visite à domicile, grâce aux outils internet, à la plateforme téléphonique, au personnel d'accueil, aux aidants, et à l'accompagnement humain formé à cet effet ;
2. Le patient cherche le bâtiment puis son entrée ;
3. Le patient en quête d'assistance, s'oriente spontanément vers l'accueil, vers le relais humain ;
4. Le patient attend du personnel d'accueil des réponses qui font sens pour lui et de la bienveillance.

● Le bâti, les aménagements doivent donner les informations intuitives nécessaires pour aider le patient à :

1. Repérer le centre de santé depuis la voirie, la dépose minute, le transport en commun de proximité, la place de parking adaptée et le parcours le plus adapté et sécurisant ;
2. Trouver l'entrée ;
3. Accéder à la porte d'entrée ;
4. Entrer ;
5. Être accueilli, « je sais où me présenter, je sais à qui m'adresser », le professionnel de santé sait comment s'adresser à moi ;
6. Se poser, attendre, en restant en contact visuel et auditif avec la vie du centre ;
7. Renforcer son sentiment de sécurité et de confort psychique et physique ;
8. Être apaisé ;
9. Accéder aux services et aux cabinets de soin ;
10. Revenir au poste de paiement des consultations ;
11. Repartir, avoir envie de revenir.

● Transformer l'accessibilité en opportunité pour donner un sentiment d'appartenance à un centre privilégié

Les solutions à mettre en oeuvre pour améliorer l'accueil et l'accès aux centres et aux actes sont **plurielles**. Cela passe par l'attractivité de ces espaces partagés où s'exercent le lent, le rapide, le complexe, le simple, le large, le lisse et les mobilités douces.

L'architecte, en disposant un lieu d'une certaine façon, dispose les individus qui occuperont ces lieux à éprouver certaines tonalités affectives.

Heidegger

2 SOLUTIONS POUR TOUS

L'accueil représente le deuxième point de contact avec le patient. Dans un **espace d'accueil adapté à toute patientèle**, il faut que tout y aille de soi, intuitivement, que l'ambiance et l'atmosphère y soient apaisées et apaisantes. Cela nécessite :

- D'adapter l'accueil et l'information aux différents besoins des visiteurs ;
- De rendre chaque accès unique et donc aisément identifiable ;
- De simplifier le repérage d'un cheminement, d'un cabinet de soin, d'un service ;
- De faciliter la mémorisation de l'information donnée à l'accueil général ;
- De voir et d'être vu, dégager les champs visuels pour tous.

3 AMÉNAGEMENTS

Concerne 

Tout le monde doit pouvoir bénéficier des aménagements destinés :

- Au patient en situation de handicap visuel qui ne doit pas rencontrer d'obstacle qui risquerait de le blesser, voire, de trouver un fil d'Ariane podotactile ou sonore à suivre jusqu'au relais humain ;
- Au patient malentendant qui doit pouvoir communiquer avec le personnel ;
- Au patient en fauteuil roulant qui doit pouvoir être accueilli de niveau à niveau ;
- Au patient fatigable qui doit pouvoir s'asseoir au droit de la banque d'accueil et au delà ;
- À tout patient qui doit trouver une réponse mobilière adaptée au stress et au refus d'aller s'asseoir parce qu'il a peur de perdre son tour. Les tickets de gestion de file ne suffisant pas à palier à ce problème.



Manque d'assises et d'appuis ischiatiques.



4 AMBIANCE



- L'uniformité du traitement des escaliers, sols, murs, éléments de signalétique et du mobilier est le pire ennemi du patient.
- Créer une ambiance favorisant la détente et la communication au moyen :
 - d'un éclairage diffus avec quelques sources ponctuelles ;
 - de matériaux souples et absorbants atténuant la réverbération des bruits ;
 - d'un plafond suspendu pour travailler sur les hauteurs de plafonds dessinant l'espace d'accueil ;
 - de possibilité de ventilation naturelle des espaces d'attente ;
 - d'éléments de mobilier et d'assises plurielles ;
 - de coloris chauds participant à calmer l'agressivité du patient difficile ;
 - d'un principe de signalétique directionnelle et informative intuitive, institutionnelle, de sureté et de sécurité.

5 CONFORT THERMIQUE CONFORT PSYCHIQUE



- La qualité d'accueil de la patientèle dépend aussi du confort thermique en été comme en hiver.

Il est démontré que même en présence de systèmes de climatisation, les portes et fenêtres son ouvertes. C'est humain. Aller à l'encontre, c'est s'exposer à des mal-être, et des stress qui peuvent rendre difficiles l'accueil et les consultations.

- Ne pas l'anticiper, c'est s'exposer aussi à des conflits d'usages ;
- L'anticiper c'est éviter que des fenêtres ouvertes ou des portes fenêtres, ou pire, des portes d'issues de secours maintenues en position ouvertes fassent obstacle à la circulation ;
- L'anticiper c'est coupler les systèmes de climatisation aux ouvrants de façon à ne pas surconsommer d'énergie.

Il s'agit de donner :

- aux utilisateurs et patients la possibilité d'ouvrir les fenêtres afin de ventiler naturellement les espaces d'attente pour créer des courants d'air ;
- aux praticiens la possibilité d'ouvrir les fenêtres après un soin sur certaines pathologies.

Cesser, par là même, d'essayer absolument de contrer la nature humaine, ne pas interdire ; accompagner et « inviter à », c'est limiter les sujets de tension qui mettent dans de mauvaises dispositions praticiens et patients.

6 ACOUSTIQUE



Le bruit est souvent facteur d'angoisse pour les personnes présentant des difficultés intellectuelles, auditives, visuelles ainsi que pour les enfants.

- Améliorer l'acoustique des espaces d'accueil et d'attente :
 - Plafond abaissé et absorbant pour générer une « bulle acoustique » sur cette zone ;
 - Revêtement mural et matériaux souples et absorbants atténuant la réverbération des bruits.
- Améliorer l'insonorisation des équipements qui génèrent du bruit :
 - Revêtement mural pour absorber les bruits de compresseurs et moteurs d'aspiration dans une pièce technique différente de celle des soins.

7 CABINETS DE SOIN, ÉCLAIRAGE



- Éclairage diffus avec quelques sources ponctuelles :
 - Favoriser l'éclairage naturel et améliorer l'éclairage d'ambiance et de fonctionnement ;
 - Coupler une variation d'éclairage avec détecteur de présence et de luminosité sur une base d'éclairage constant.
- Dans les salles de soin, l'éclairage peut être source d'angoisse pour les personnes présentant des difficultés mentales :
 - Double ambiance lumineuse : l'une provenant de la salle, l'autre des instruments ;
 - Revoir le système d'éclairage scialytique et privilégier des éclairages liés aux instruments eux-mêmes ;
 - Pour tous les examens pouvant être potentiellement anxiogènes, l'utilisation de lumière plutôt décalé vers le rouge et à changement de longueur d'onde peut permettre d'apaiser le patient.



8 MOBILIER

Concerne  et surtout 

● Assises plurielles et emplacement des assises

Il est important de prendre conscience qu'il est nécessaire de démultiplier les modèles d'assises avec hauteurs diversifiées pour répondre aux différents besoins d'une population plurielle.

- Favoriser l'emplacement des assises dans des accueils et espaces d'attente ouverts, décroissés afin de laisser l'oeil, l'oreille, les sens libres de contrôler ce qui se passe, d'apaiser le patient qui, par là même, trouve le temps d'attente moins long ;
- Placer les assises en dehors des circulations (dans de petits renforcements) mais toujours à proximité de l'entrée de la salle de consultation.



Possibilité de s'asseoir dans une file d'attente.



Exemples d'assises debout.



● Assises Plurielles

- Favoriser les assises plurielles en formes et en hauteur : modulables pouvant présenter de grandes largeurs, bariatriques ;
- Favoriser les assises modulables avec accoudoirs, notamment au titre de la loi vieillissement : besoin de s'asseoir et de se relever (hauteur d'assise 0,48 m plus accoudoirs).



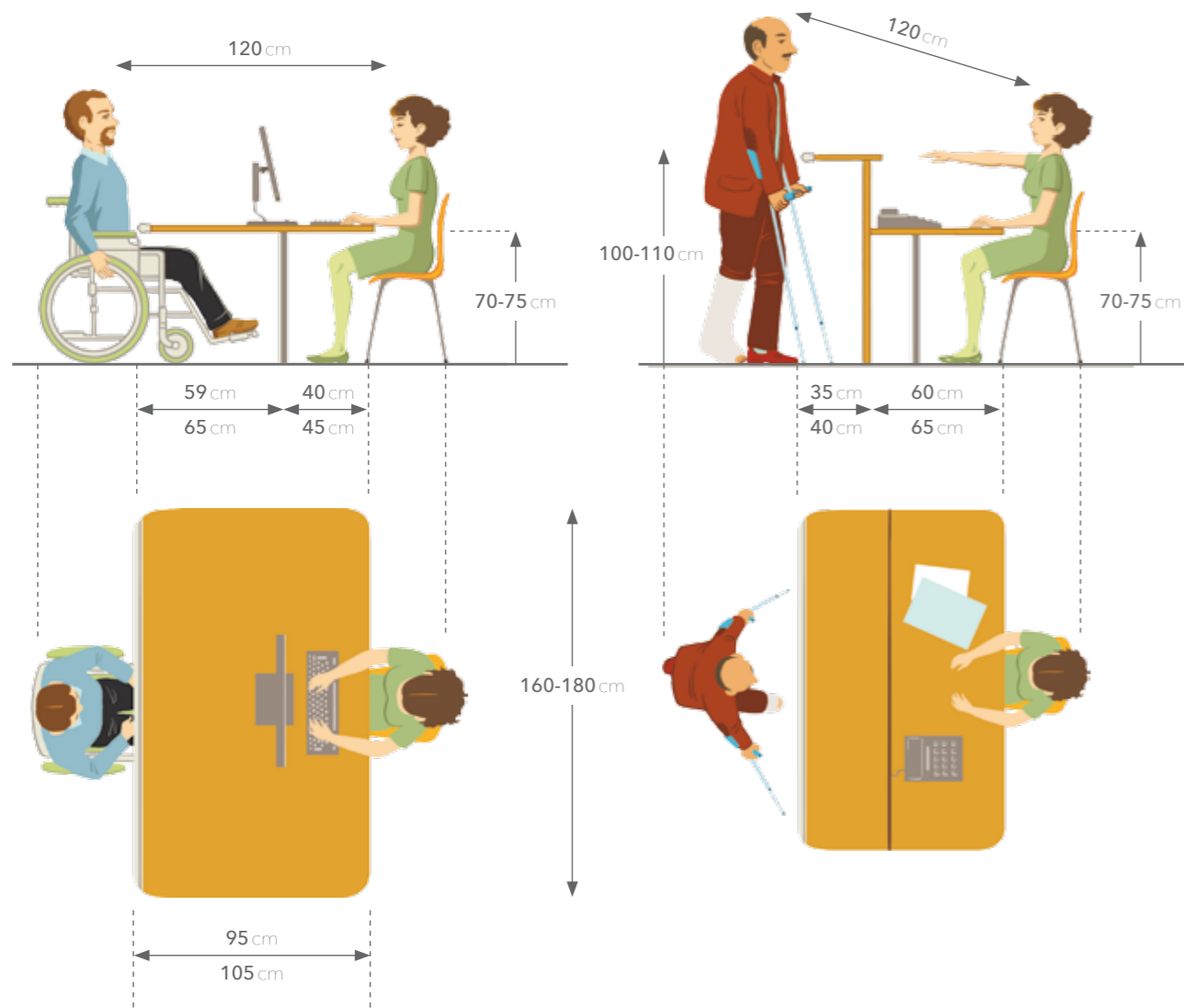
● Fontaine à eau

- Mettre à disposition des patients des fontaines à eau ;
- Notamment au titre de la loi « d'adaptation de la société au vieillissement, besoin de boire un peu régulièrement et des alertes chaleurs « des plans canicule ».

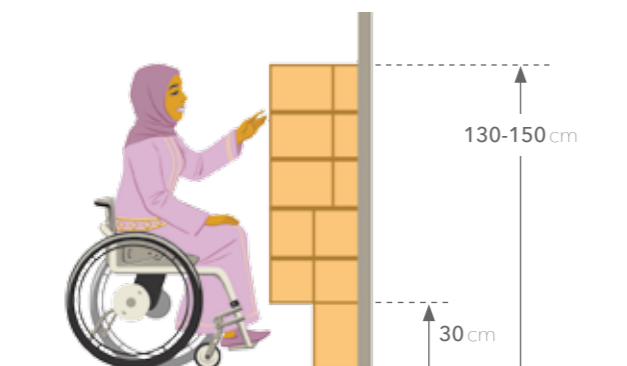


8 MOBILIER / DIMENSIONS

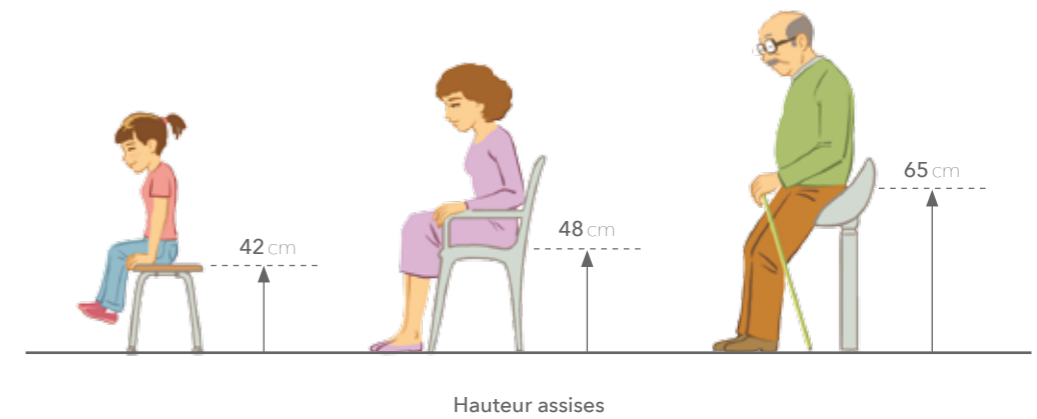
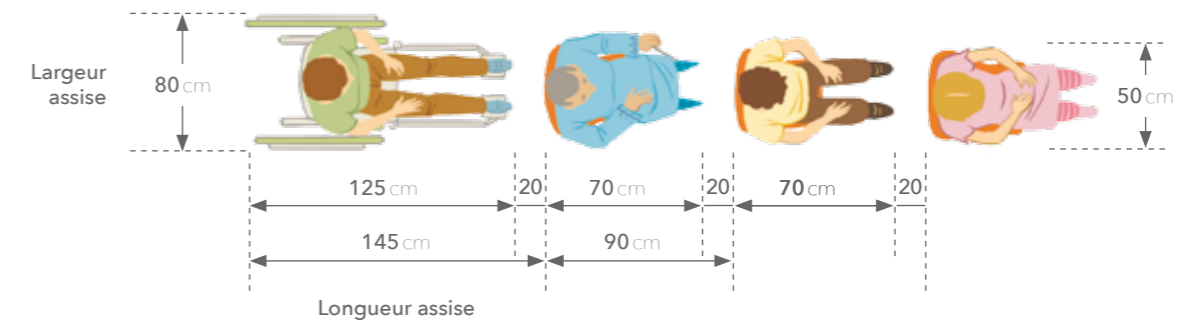
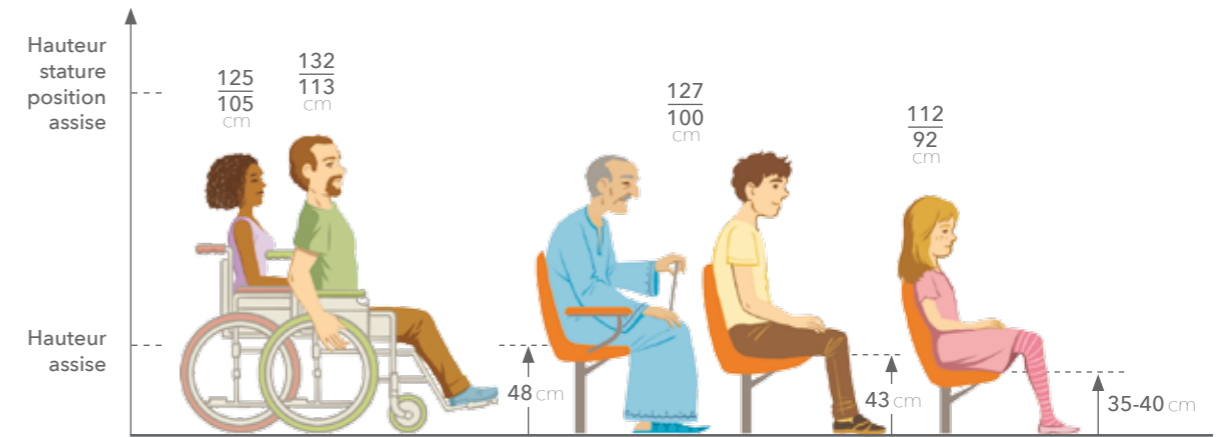
● L'accueil



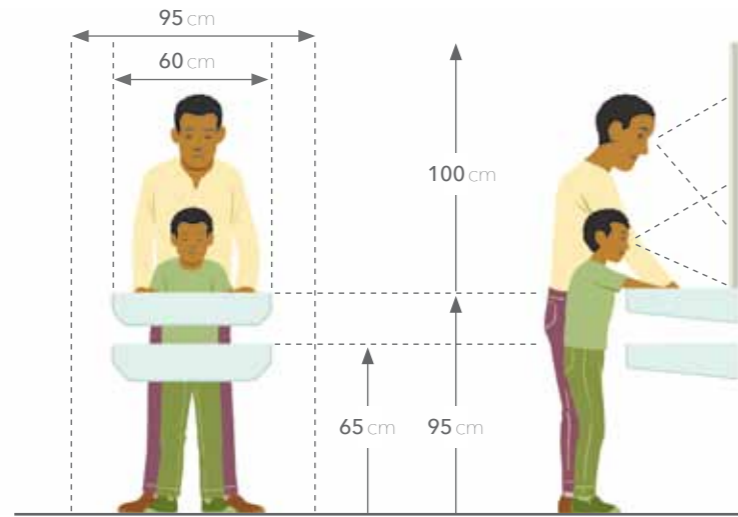
● Casiers



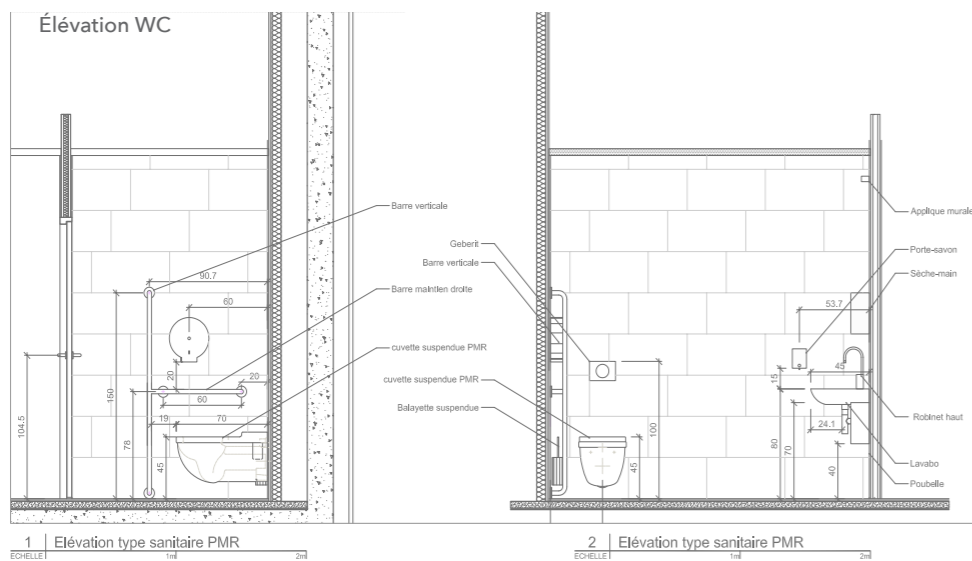
● Assise, attente



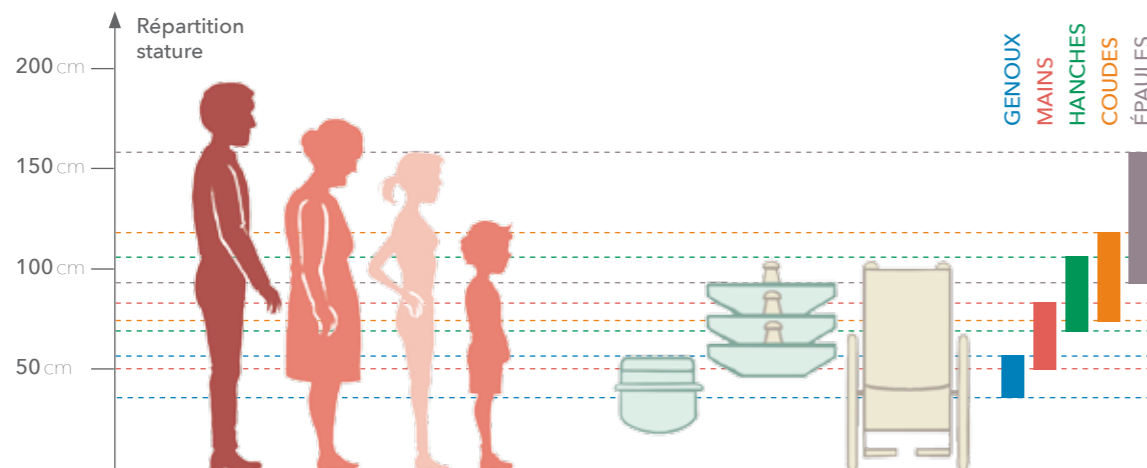
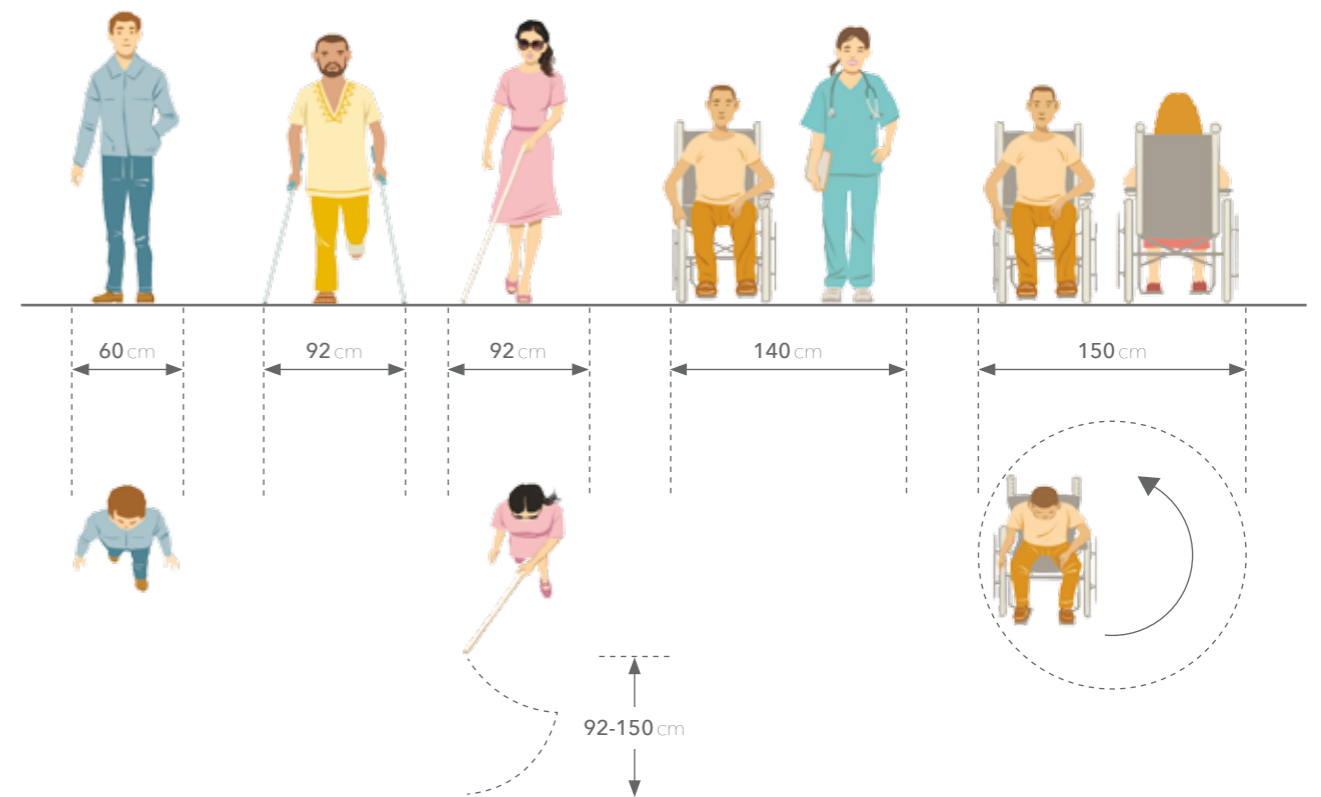
● Sanitaires : hauteurs personnalisées pour utilisateurs debouts ou en fauteuil



On préférera la barre en T inversé.



● Circulation, espaces libres



9 TECHNOLOGIE

Concerne  et surtout 

- Portes d'entrées automatisées ou de préférence motorisées et commandées, à destination des personnes à motricité et tonicité réduite ;
- Boucle magnétique et LSF placées sur les banques d'accueil et de paiement, à destination des personnes malentendantes ou sourdes ;
- Borne sonore d'aide à l'orientation placée au droit de la porte d'entrée, à destination des personnes aveugles.

Porte automatisée



Borne sonore



Manchon Braille de main courante



Boucle magnétique



Commande ascenseur

10 ORGANISATIONNEL

Concerne 

- « A l'accueil, on me remet la fiche informative visuel/texte du soin recherché », dès lors que je présente des difficultés de compréhension :
 - parce que cela permet de soulager les efforts de mémoire du patient et de lui éviter de fournir des efforts de concentration ou de gestion d'un stress ajouté ;
 - parce que cela fait gagner un temps d'explication précieux au personnel d'accueil et au personnel de soin :
 - une fiche information en gros caractères pour les patients mal-voyants,
 - une fiche information en braille pour les patients aveugles,
 - une fiche information illustrée pour les patients sourds, ne maîtrisant pas la langue du pays, présentant un trouble mental ou psychique.

11 UTILISATION DE LA COULEUR

- Favoriser l'utilisation de la couleur permet :
 - d'aider à l'orientation ;
 - d'économiser l'énergie du personnel d'accueil : « Dirigez-vous vers la porte bleue » ;
 - d'apaiser (déstresser) le patient ;
 - de faire des économies en matière de supports de signalétique.
- Méthodologie
 - Travailler sur l'orientation intuitive avec les couleurs en faisant oublier certaines portes en les peignant ton sur ton ;
 - Travailler sur le comportement inconscient du patient avec les couleurs ;
 - Prendre garde à bien utiliser les couleurs car elles peuvent influencer le comportement des utilisateurs et des patients à l'exemple du rouge vif dynamisant avec des patients âgés mais à éviter avec des patients présentant certaines difficultés comportementales ;
 - Le blanc est contreproductif : il ne doit pas recouvrir tous les murs.
 - Les couleurs ne doivent pas recouvrir tous les murs non plus.

12 PRESCRIPTION ET FORMATION DES SERVICES PATRIMOINE ET TRAVAUX

- Un protocole d'accueil devra être préalablement rédigé avant tous travaux d'aménagement ;
- Établir un cahier des charges déclinant toutes les actions à favoriser dans les espaces d'accueil ;
- Un protocole d'évacuation devra être rédigé : transfert horizontal EAS, évacuation verticale, AS4, compartimentage, ascenseurs secourus, etc ;
- Former le factotum en charge notamment des petits travaux (avec un certain nombre d'habilitations techniques) pour gagner du temps et faire des économies d'échelle conséquentes en intégrant systématiquement tout un tas de petits réflexes « qualité d'usage pour tous » dans tous les travaux de maintenance ;
- Informer les entreprises et artisans des nouveaux objectifs attendus et les inviter à acquérir de nouveaux savoirs leur permettant d'aborder tous les domaines systémiques en cause et de prendre garde à ce que la seule application des normes ne se retournent pas contre le confort psychique des patients et utilisateurs.





SIGNALÉTIQUE **FACILITER LE REPÉRAGE,** **L'ORIENTATION,** **L'INFORMATION.**

OBJECTIFS

- Comprendre le site.
- Adapter la signalétique aux patients « fragilisés », illettrés, en situation de handicap, etc.

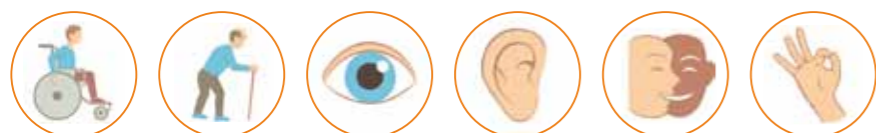
SOLUTIONS

- Renforcer la signalétique d'orientation intuitive.
- Faire bon usage de la signalétique institutionnelle.
- Suivre les règles de mise en œuvre des éléments de signalétique.
- Traiter correctement la signalétique de sûreté et de sécurité.



SIGNALÉTIQUE

FACILITER LE REPÉRAGE, L'ORIENTATION, L'INFORMATION



1 SIGNALÉTIQUE ET COMPORTEMENTS HUMAINS

- **La signalétique doit être travaillée sur la base de trois principaux comportements humains :**

1. Je balaye les lieux du regard : tout ce qui est dans mon champ visuel est aisé à identifier. C'est apaisant, puisque évident. Où entrer ?
2. Je vais au comptoir d'accueil général pour me renseigner. Où s'adresser ? Au près de qui ?
3. Je me dirige vers les supports d'informations mis à disposition et je suis en capacité de les lire et de les comprendre (maquettes + dépliants, plans + répertoires d'ensemble, ...). Où aller ? Comment se repérer sur le site ? Comment en revenir ?

- **Je m'informe en amont, je prépare ma visite et la signalétique institutionnelle et intuitive doivent m'aider.**

- Je repère le centre de santé depuis la voirie, la dépose minute, le transport en commun de proximité, la place de parking adaptée (en lien avec les services de la ville) et le parcours adapté ;
- Je trouve l'entrée ;
- J'accède à la (les) porte(s) d'entrée ;
- J'entre (en toute autonomie ou bien avec aide humaine ou aide technologique, miroir, etc.) ;
- Je suis accueilli(e), je sais où me présenter, je sais à qui m'adresser ;
- Je repère, je m'oriente ;
- Je circule ;
- J'accède aux services (accompagné d'un membre du personnel ou seul) ;
- Je trouve le praticien que je dois consulter ;
- Je retrouve mon chemin pour repartir, retrouver la sortie, puis la voirie, la dépose-minute, le transport en commun de proximité, la place de parking adaptée ;
- Je suis en sécurité en cas de sinistre (EAS, AS4, compartimentage, protocole, autre).

- **Qu'est-ce qu'une signalétique adaptée aux patients « fragilisés », illettrés, en situation de handicap ?**

Le principe d'appropriation du lieu et de la visite du centre de santé par un patient passe prioritairement par une signalétique intuitive :



LA VUE

Tout ce qui est naturellement visible et intuitivement appropriable n'a pas besoin de faire l'objet de panneaux de signalétique. Le panneau de signalétique n'est utilisé qu'en dernier recours pour désigner une direction ou une fonction cachée derrière une porte.



L'OUÏE

Des supports sonores donnent des informations sur l'adresse et le fonctionnement et les heures d'ouverture des centres de santé. Ils sont, a minima, installés à l'entrée du centre de santé. Ces équipements doivent être anti-vandales, adaptés aussi aux patients non handicapés et ne pas générer de nuisances sonores.

2 SIGNALÉTIQUE INTUITIVE... POUR MIEUX S'ORIENTER SUR LE SITE

Une signalétique intuitive fait principalement appel aux sens, comme la vue, l'ouïe, la perception des ambiances (dissonance entre le service recherché et représentation que s'en fait le patient, courants d'air, etc.) et l'odorat.

Renforcer la signalétique d'orientation intuitive au droit des entrées, dans les halls des bâtiments et à chaque niveau :

- Être intuitivement dirigé directement vers le comptoir d'accueil ;
- Compenser les cas où l'on ne peut accéder à l'information en ramenant l'information au patient grâce à la mise en place de miroirs ou de transparences partielles (attention : les miroirs ne doivent pas être toute hauteur) ;
- Travailler sur l'orientation intuitive du patient au moyen de couleurs, de transparences partielles des portes et cloisons ;
- Faire oublier certaines portes interdites aux patients en les peignant ton sur ton ;
- Peindre en couleurs les portes clés ;
- Décliner une couleur par bâtiment, par service et/ou par étage selon la configuration des lieux.

Une signalétique intuitive est intégrée à l'architecture, aux aménagements, au mobiliers, au décor.



Décliner une couleur par service et/ou par étage.



Peindre en couleurs les portes clés.



Transparence partielle donnant accès à ce qui se passe derrière une porte : permet de déstresser un patient présentant une difficulté intellectuelle et rassure inconsciemment tous les autres patients.



Salle d'attente de l'étage « Vert », en accord avec les supports de signalétique d'information du site et d'orientation « verts », eux aussi.

3 SIGNALÉTIQUE INSTITUTIONNELLE... POUR MIEUX S'ORIENTER SUR LE SITE

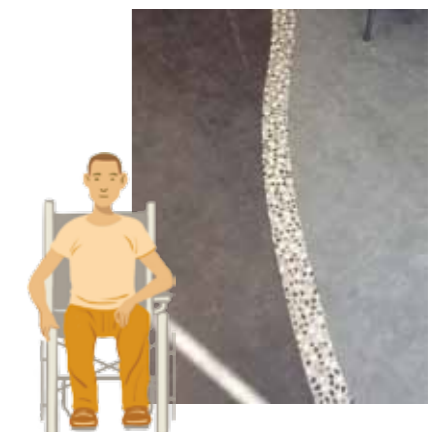
La signalétique institutionnelle se compose de supports et panneaux information qui permettent d'identifier les services rendus, les spécialités du niveau, du couloir, situés derrière chaque porte, les noms des médecins et cadres recherchés.

● 1^{er} contact : Internet / Accueil

Un plan papier est disponible à l'accueil et sur le site internet. Ex. « Suivez la couleur bleue pour rejoindre le service A médecine générale dans lesquels les portes sont peintes en bleu », etc.

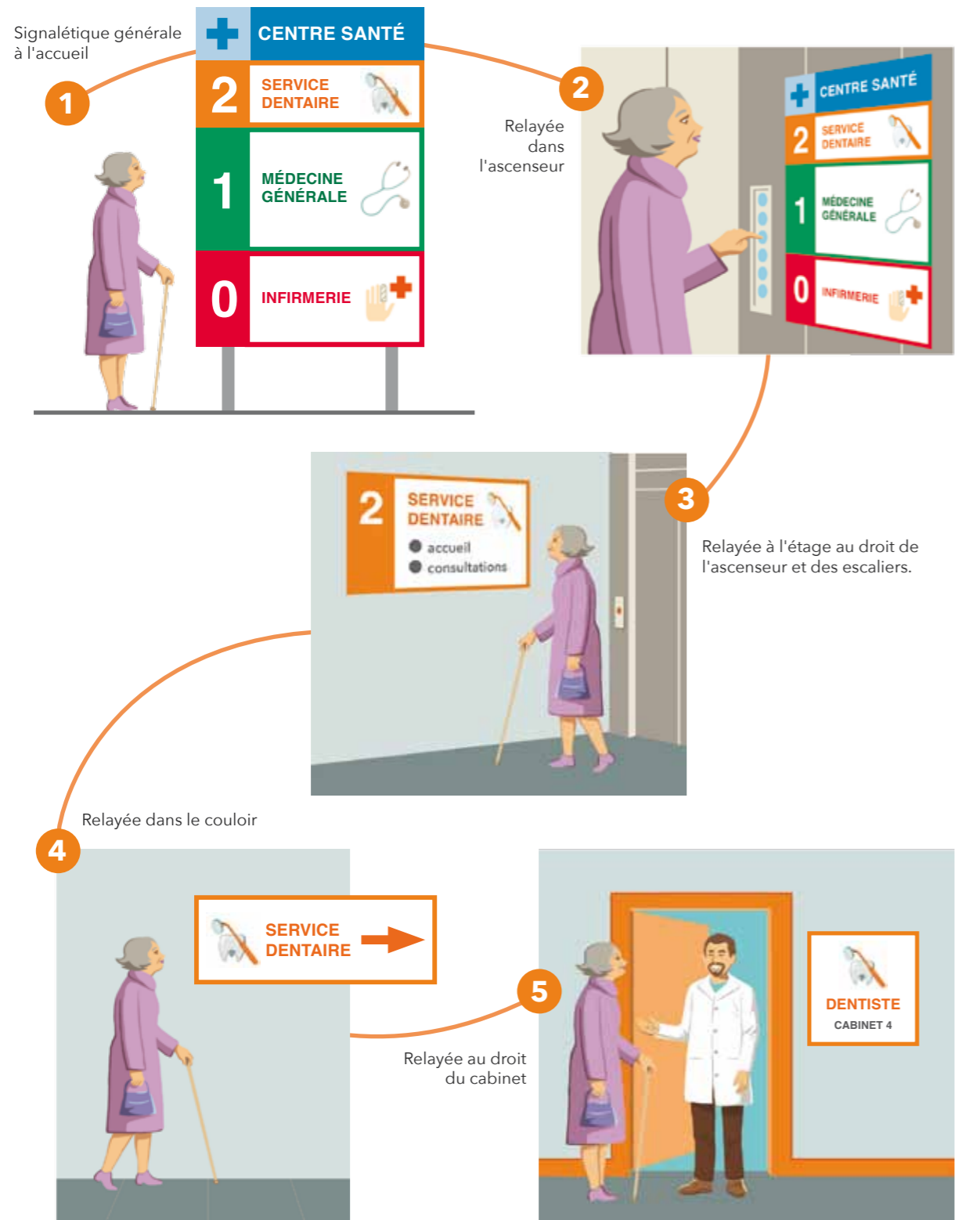
● 2^{ème} contact : Bâti

- **Poser des enseignes visibles** en applique ET en drapeau au moyen de supports contrastés par rapport au mur ou au support ;
- **Avoir recours à des pictogrammes utiles à tous** : traiter toute signalétique d'information ou d'orientation avec du texte associé à des pictogrammes/ images/photos et des éléments de couleur. Cela bénéficie à tous les patients lettrés ou illettrés, présentant des difficultés de vision, d'audition ou de compréhension ;
- **Utiliser un lettrage simple, facilement lisible ;**
- **Utiliser la signalétique au sol ou le fil d'ariane au mur, qui sont plus efficaces que n'importe quel fléchage.**
 - Orienter les patients à l'aide de sens interdit (code universel) plutôt qu'à l'aide de flèches ;
 - Préférer les flèches au sol ou les alignements de « petits » pieds (ou ensemble flèche/picto) au sol aux flèches placées sur les murs et qui montrent le plafond ou le mur d'en face pour nombre d'entre elles : ces fléchages jalonnent l'itinéraire pour conduire vers...
 - Il faut que leur relief et leur largeur restent raisonnables d'une manière à ne pas gêner le passage d'une personne en fauteuil roulant ou en déambulateur et à ne faire chuter personne.



PRINCIPE DE RÉPONSE REPRODUCTIBLE EXEMPLAIRE

- Les éléments de signalétique formels et la couleur indiquent le service et l'étage ;
- Le pictogramme précise la fonction pour les patients ne maîtrisant pas la langue écrite, le mot confirme l'objet du sujet pour le lettré.



- La signalétique institutionnelle visuelle doit aussi être sonore pour s'adresser à tous les patients.

Les patients malentendants peuvent également être pris en compte dans l'amélioration du parcours d'accueil, au travers de la mise en place de **boucles magnétiques fixées dans les murs ou dans les équipements et/ou portatives**.

La boucle magnétique portative va être préférée à l'installation d'une boucle fixe à chaque banque d'accueil, dans le cas de grands centres de santé. Cela permet d'éviter les interférences et d'accompagner le parcours du patient qui peut ainsi amener la boucle de la banque d'accueil où il la reçoit, jusqu'au cabinet pour le dialogue avec le praticien (sur un mode aller/retour).

Une pièce d'identité est laissée à l'accueil en échange de ce prêt.

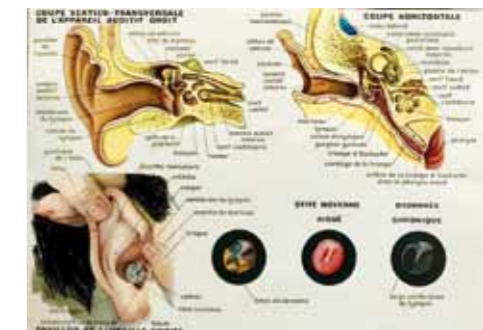
4 ENTRE SIGNALÉTIQUE INSTITUTIONNELLE ET SIGNALÉTIQUE INTUITIVE

Il est souhaitable de favoriser l'affiche illustrée qui fait sens quelle que soit la difficulté de lecture et de compréhension au panneau de signalétique institutionnel pour confirmer que l'on est arrivé au service recherché

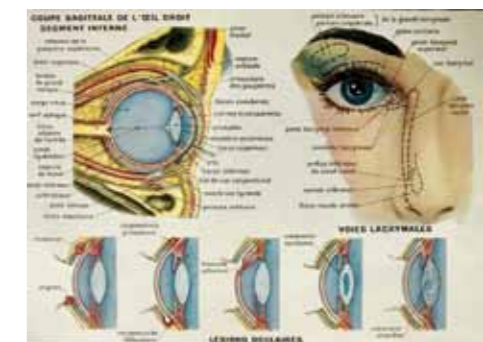
Voici différents supports d'informations et d'orientation didactiques et compréhensibles par la majorité de la patientèle. Ils donnent du sens au soin et aident à l'appropriation des lieux.



En radiologie



En ORL



En ophtalmologie

5 RÈGLES DE MISE EN ŒUVRE DES ÉLÉMENTS DE SIGNALÉTIQUE

Une bonne signalétique est aussi une signalétique correctement mise en place.

● Informations diffusées sur des écrans



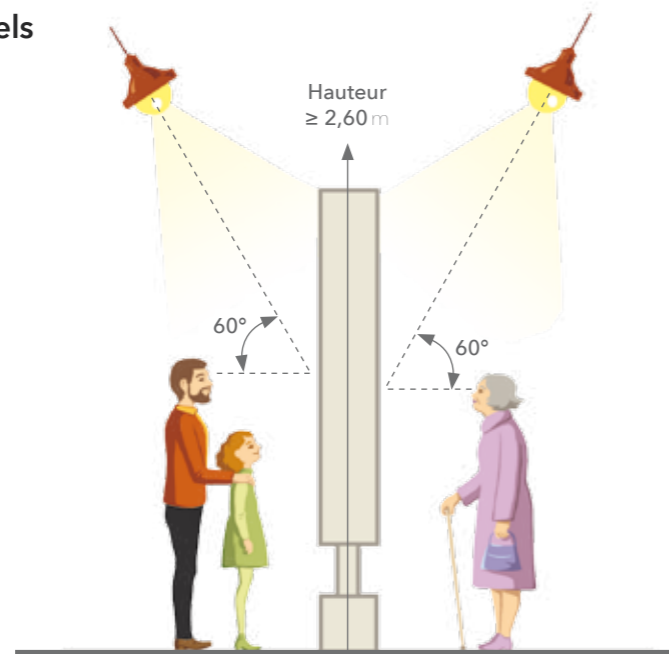
Il est préférable de la placer à l'entrée du niveau distribué et dans l'espace d'attente. Les supports placés en hauteur devraient être dupliqués sur un support fixe situé à partir de 1,10 m du sol fini avec une inclinaison de 30°. Cela permettrait aux **personnes malvoyantes** de s'en approcher et d'en lire les informations.



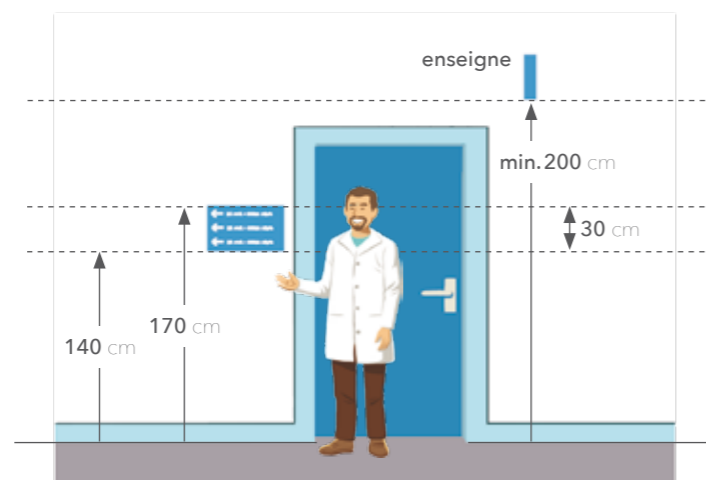
Les informations que l'on peut y lire doivent être complétées d'informations visuelles illustrées et de texte pour les publics illettrés ou maîtrisant mal la langue française dont certains **patients sourds ou présentant des difficultés mentales**.



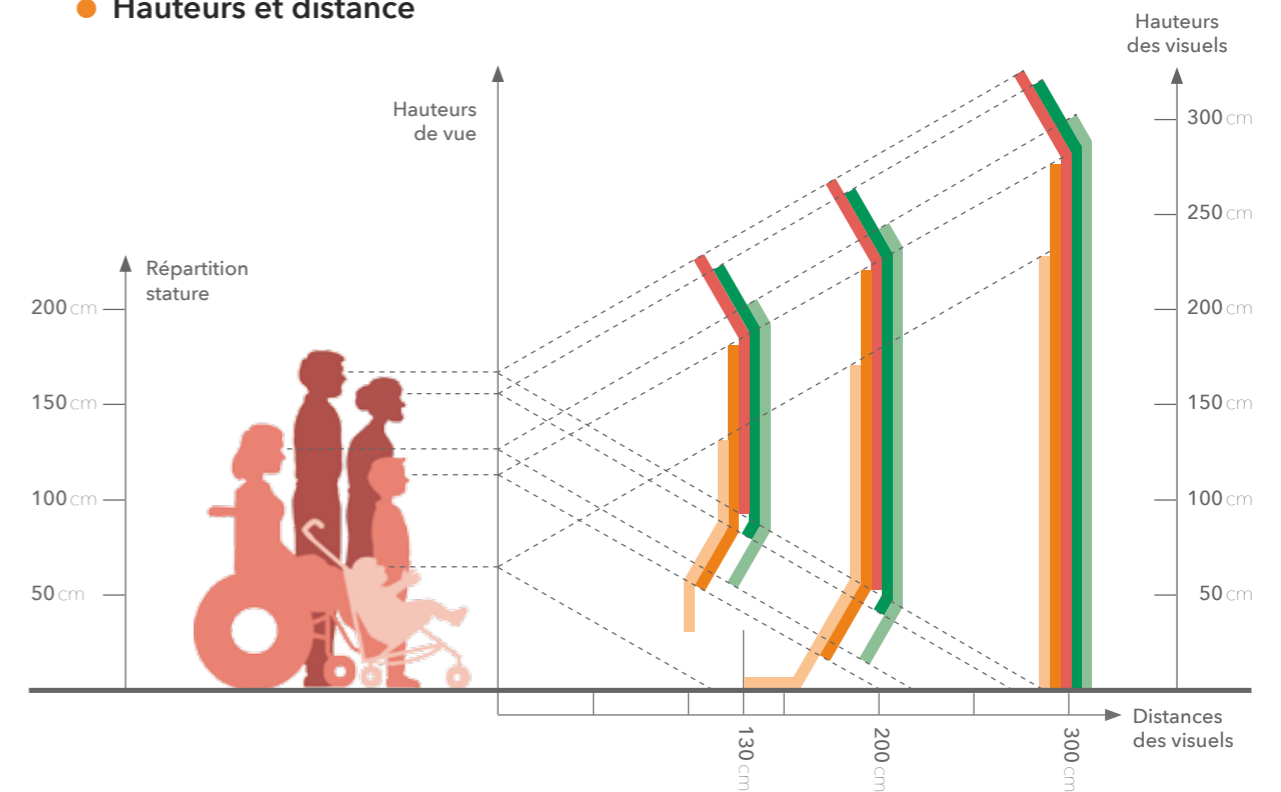
● Éclairage des visuels



● Emplacement des informations d'identification

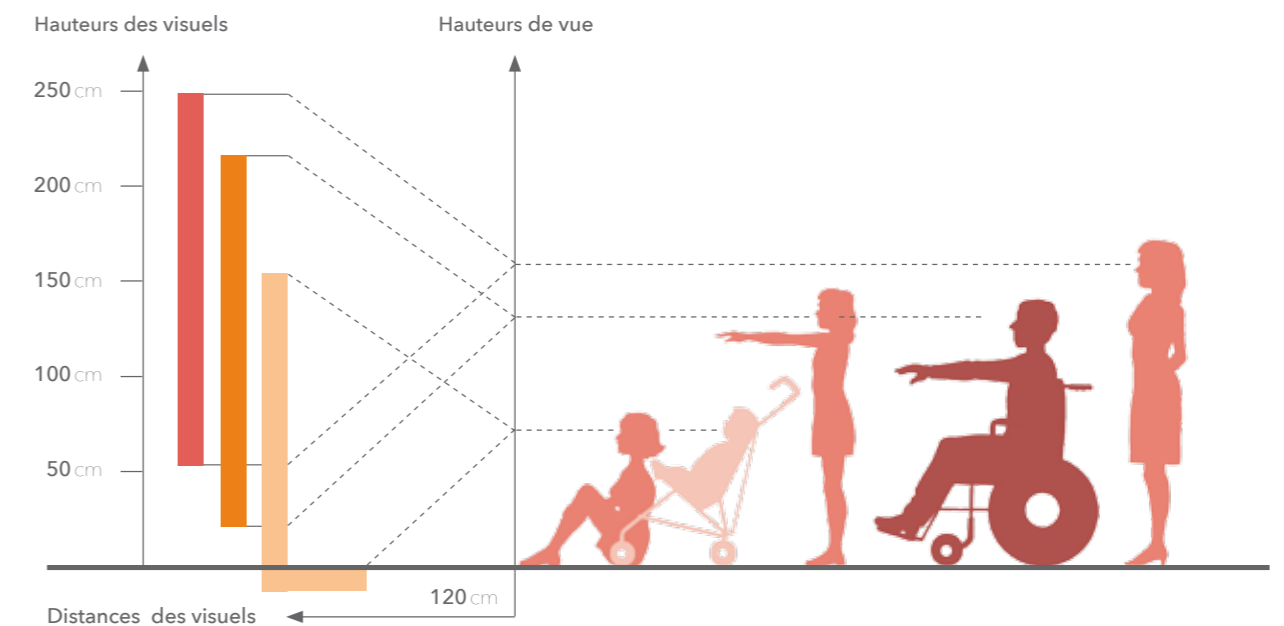
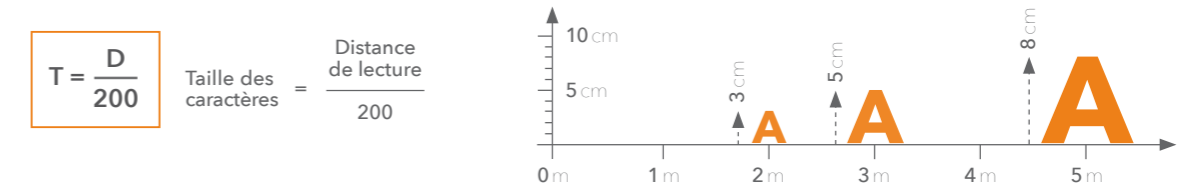


● Hauteurs et distance



● Taille des caractères

La taille des caractères est directement liée à la distance de lecture :



● Les pictogrammes de SantéBD

L'intérêt avec les pictogrammes de SantéBD, c'est qu'il est aisé pour le patient de faire le lien entre les pictogrammes qu'ils ont déjà identifiés sur les plaquettes d'informations qu'ils ont pu consulter en amont de leur visite.



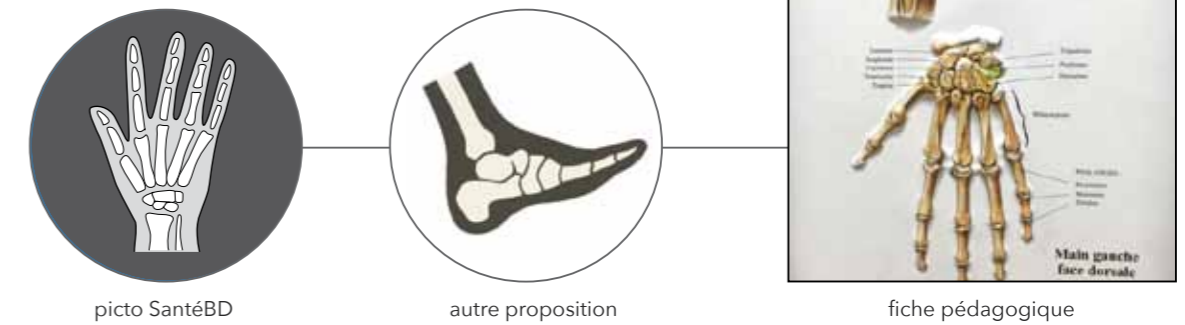
POUR ALLER PLUS LOIN

Le site internet SantéBD : www.santebd.org
 FICHE n°7 : Fiches SantéBD. Des fiches gratuites pour expliquer la santé avec des mots simples.

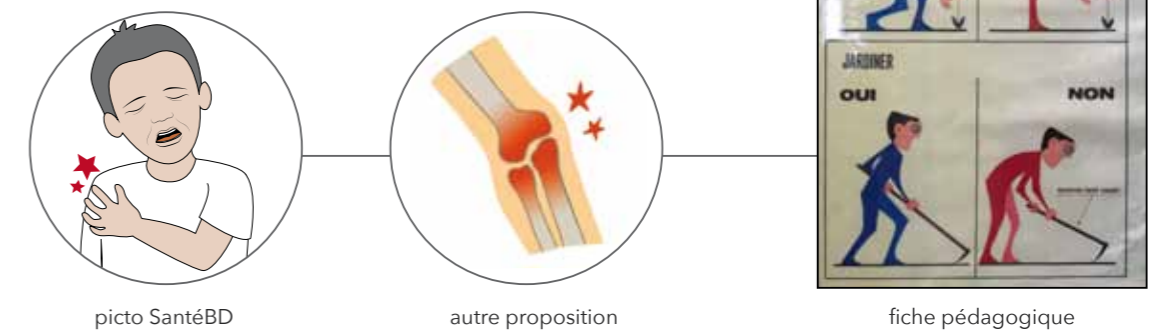
● Adapter les pictogrammes

S'ils ne doivent pas bouger sur le fond, ils peuvent évoluer sur la forme, afin de mieux s'intégrer à la signalétique institutionnelle et de la charte graphique de chaque lieu.

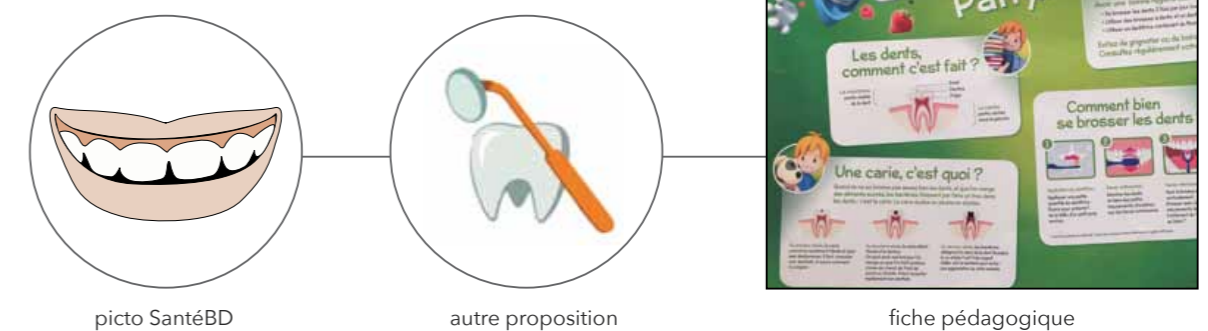
Exemple 1 : RADIO



Exemple 2 : RHUMATOLOGIE



Exemple 3 : DENTISTE



6 SIGNALÉTIQUE DE SÛRETÉ

La signalétique de sûreté est destinée à éviter les incidents et accidents aux utilisateurs et visiteurs. On la trouvera souvent au sol, au droit d'obstacles tels que des escaliers, des sous-faces d'escaliers, des objets suspendus où il serait possible de se cogner l'épaule ou la tête.

La BEV (Bande d'Éveil de Vigilance) doit présenter un relief suffisant sans générer de risque de chute pour les personnes mal-marchantes ou vieillissantes. À ce titre, la BEV de voirie sera à éviter à l'intérieur des centres de santé.



Réglementaire mais un peu caricatural.



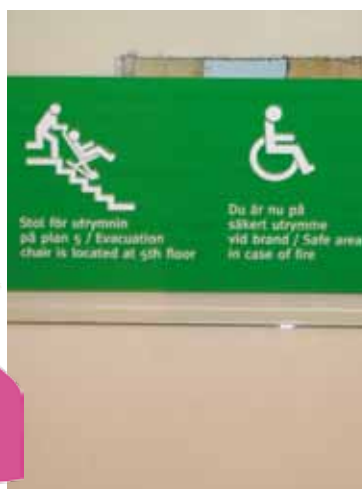
Réglementaire, design soigné.



Pictogramme faisant sens, associé au mot.

7 SIGNALÉTIQUE DE SÉCURITÉ

La signalétique de sécurité est destinée à informer le personnel et les patients de la présence d'EAS (Espaces d'Attente Sécurisés).





LA COULEUR

UNE DONNÉE ESSENTIELLE POUR LA SANTÉ

La qualité et l'attention portées aux choses rejaillissent sur les personnes et à fortiori sur les personnes dont la sensibilité est exacerbée par une situation de handicap physique, sensoriel ou social.

OBJECTIFS

- Utiliser la couleur comme outil d'amélioration de la qualité de vie dans le centre de santé.
- Faciliter le repérage intuitif, l'orientation, le bien-être de l'utilisateur et du patient de passage grâce à l'utilisation de la couleur.

SOLUTIONS

- Bien connaître les symboliques et sensations des couleurs (perceptions kinesthésiques et psychologiques).
- Tenir compte de la lumière.
- Choisir les couleurs appropriées, en sachant dépasser les modes et ses préférences.
- ...

LA COULEUR, UNE DONNÉE ESSENTIELLE DANS UN CENTRE DE SANTÉ



UTILISATION DE LA COULEUR COMME OUTIL D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE

La couleur est partout, nous en avons fondamentalement besoin. Elle nous rattache à la vie et orchestre nos humeurs. Elle est liée à la lumière. Dans le bâtiment, elle doit être pensée en fonction des volumes, de la lumière et des activités prévues dans les différents espaces. La couleur fait partie intégrante du bon fonctionnement d'un bâtiment et de la qualité de vie de ses occupants.

POURQUOI UNE ATTENTION À LA COULEUR ?

La couleur dans le bâtiment est trop souvent assujettie aux mouvements de mode et pensée comme de la décoration et de l'embellissement, ou au mieux, comme support de signalétique pour le repérage de zones.

Pourtant son impact va bien au delà, la couleur modifie nos perceptions et influence nos émotions, nos états physiologiques et psychologiques.

Créer des ambiances, c'est introduire la symbolique et les sensations de la couleur dans les espaces partagés.

Lorsque l'on doit faire des choix de couleur pour un bâtiment il est important d'avoir quelques connaissances de la symbolique et des effets de la couleur, tout en sachant qu'il faut garder une grande souplesse pour créer des harmonies en fonction de l'esprit des lieux, des volumes et de leurs dimensions, de la lumière et de l'activité prévue dans les différents locaux.

LA COULEUR, UNE DONNÉE ESSENTIELLE DANS UN CENTRE DE SANTÉ

Objectif : améliorer la qualité de vie au quotidien pour tous.

En prenant soin de choisir les couleurs appropriées, on met en place un cercle vertueux :

- les patients sont réconfortés et soutenus par la qualité des ambiances, ils sont rassurés ;
- les personnes en difficultés sont soutenues dans leurs efforts et améliorent leurs performances ;
- les personnes sont aidées à se repérer dans des bâtiments complexes ;
- le personnel est aidé à se détendre dans les espaces de pause ;
- la fatigue liée aux tensions oculaires que provoquent certains rapports de couleurs est atténuée ;
- les effets de seuil qui sont source d'inquiétude pour les personnes ayant des déficiences visuelles (différences de niveaux de sols) sont atténués par l'étude des rapports et effets de contraste des matériaux ;
- le sentiment de sécurité et de bien-être est apaisant pour tous ;
- il se dégage une bonne image de l'établissement.

La couleur est souvent synonyme de joie et de bonne humeur, elle apporte un peu de légèreté et aide à « voir la vie en rose ».

LES COULEURS ET LEURS PERCEPTIONS KINESTHÉSIQUES ET INCONSCIENTES

La symbolique des couleurs peut-être variable d'une culture à une autre, les quelques notions données ici sont universelles.

Les couleurs ont le pouvoir de modifier notre perception du monde réel. Tout comme une certaine dose de lumière et de soleil est primordiale à notre équilibre et notre bonne humeur, **notre peau est sensible aux couleurs** (Campbell, Murphy, 1998).

La perception de la température et de la luminosité ambiante diffère aussi considérablement selon les ambiances chromatiques chaudes ou froides, claires ou sombres (Baughan-Young 2002).

- **Les couleurs dites « chaudes »** – famille des rouge/jaune/orangé – vont provoquer une sensation de confort et d'enveloppement, donc de chaleur.
- **Les couleurs dites « froides »** – famille des vert/bleu – créeront un effet apaisant et de mise à distance, mais aussi de fraîcheur voire de froid. Il est



LA COULEUR, UNE DONNÉE ESSENTIELLE DANS UN CENTRE DE SANTÉ

reconnu que l'on peut avoir un ressenti variant de plusieurs degrés en fonction de ces choix de couleurs.

- **Les teintes vives** naturellement optimistes tonifient et dynamisent, elles doivent être utilisées judicieusement pour soutenir l'activité physique ou mentale.
 - **Les jaunes** ensoleillent les espaces et aident à la concentration ;
 - **Les rouges** activent la circulation sanguine et soutiennent l'effort physique.
 - Le rouge vif éveille notre cerveau reptilien et prend le dessus sur l'intelligence raisonnée : il faut particulièrement bien le doser car ses effets peuvent être mal maîtrisés.
 - Il peut signifier l'interdit, l'oppression, la sanction et dans le même temps, dans certains contextes, il renforce le leader... indétrônable.
 - Dans d'autres contextes, on utilisera le rouge car il favorise le pouvoir de concentration et réchauffe quand il fait froid.
- Fort de ces constats, on favorisera les rouges plus sourds, plus chauds, les rouges « salon », qui sont plus enveloppants, rassurants.
- **Les bleus** apaisent et incitent à la rêverie. Le bleu est modérateur et donne un sentiment de liberté. Il est recommandé, comme dans les endroits bruyants.
- **Les verts** sont depuis quelques années fortement reliés à tout ce qui est naturel, écologique, sain. Le vert est aussi une couleur persuasive, il inspire confiance et rassure.
- **Les roses** favorisent les humeurs positives et on le trouve de plus en plus sur les murs des écoles, dans les prisons et dans les espaces psychiatriques, car elle réduit l'agressivité (Alexander Schauss).
- **Les teintes vives fortes**, intenses et très identifiables, sont faciles à nommer et s'utilisent aisément (en petite quantité) pour le repérage et la signalétique.
- **Les couleurs claires et douces** sont relaxantes, classiques et intemporelles. Elles apportent de la lumière et donnent une sensation d'ouverture et de stabilité.
- **Les couleurs sombres** dramatisent les espaces et peuvent être vite anxiogènes. Elles absorbent énormément de lumière et nous entraînent vers l'ombre.



Concerne



LA COULEUR, UNE DONNÉE ESSENTIELLE DANS UN CENTRE DE SANTÉ

- Or en parallèle, **le blanc pur**, symbole de pureté et par extension d'hygiène, est vide et dur. Il demande plus d'énergie aux personnes qui investissent les lieux.
 - Les blancs, noirs et bruns n'aident ni à se concentrer, ni à être créatif, ni à se relaxer. Le blanc provoque fatigue, ce qui peut être préjudiciable à la performance, favorise l'absentéisme, bref, n'invite pas à stationner (Elif Ozturk 2010).
 - De plus, le blanc nécessite un entretien supérieur et des rafraîchissements fréquents, ce qui, in-fine, **coûte plus cher** que de choisir des couleurs franches.
 - **Le blanc est toutefois recommandé sur les murs extérieurs dans les régions chaudes (en réponse partielle au plan canicule)** : une toiture blanche réduit jusqu'à 23% la consommation des climatiseurs (Fehman 2004).
- **Les gris** renforcent les états dépressifs.

De nombreuses études ont montré que dans les bureaux aux murs et mobilier gris et blanc, il y a 20% de plus de déprime et une productivité moindre que dans les bureaux où il y a de la couleur. Il vaut mieux éviter de « broyer du noir » !

La perception des couleurs et leur incidence sur l'ouïe :

- Les tons sourds (couleurs sombres) sont à privilégier dans des environnements bruyants avec des sons aigus et des couleurs claires pour lutter contre les nuisances des fréquences graves (Desvismes, 2000).

LES COULEURS ET LA LUMIÈRE

Il est fort recommandé de **favoriser une lumière plus forte l'hiver** que l'été avec des sources lumineuses (ampoules) dont les IRC (indice de rendu des couleurs) sont de 8.

Les éclairages doivent être indirects pour ne pas éblouir. À la tombée de la nuit, utiliser le variateur qui permet de privilégier les éclairages doux et chaleureux qui génèrent un sentiment de protection.

La proportion de lumière réfléchiée par une couleur à la lumière du jour (PR) : Plus le PR est élevé, plus la couleur sera lumineuse. Le blanc et les couleurs très claires ont un pouvoir de réflexion plus important ; comparativement, les bleus clairs ont un PR faible.

LA COULEUR, UNE DONNÉE ESSENTIELLE DANS UN CENTRE DE SANTÉ

LES COULEURS ET LEURS PERCEPTIONS VISUELLES



Concerne

Certaines personnes ont une vision basse des couleurs, ce qui altère leur perception. Par exemple, les personnes qui ont des problèmes de vue peuvent avoir une capacité moindre de perception de quelques rouges, verts ou bleus. Ils peuvent aussi avoir une baisse de reconnaissance entre deux couleurs similaires telles que le bleu et le vert, mais ils peuvent être encore être capables de percevoir les différences dans les tons (foncés/clairs).

Les surfaces brillantes sont aussi difficilement perceptibles pour la personne malvoyante. Il est préférable d'utiliser des couleurs mates ou à demi brillantes pour réaliser le plein bénéfice des différences de couleurs.

Les contrastes et les couleurs fugitives :

Certaines couleurs passent avec le temps, elles sont dites « fugitives » au soleil. Ce sont les mauves, oranges clairs, certains rouges et verts. Bien que la qualité des peintures ait considérablement augmenté, l'utilisation de couleurs « fugitives » pourrait entraîner des problèmes de contraste à moyen et long terme.

L'efficacité de tout système utilisant « des éléments de signalétique » repose fortement sur la capacité des utilisateurs à détecter, reconnaître et lire des éléments de repère.

Par conséquent, les contrastes, qui pourraient être décrits comme étant une différence de couleur, ou une différence de réflexion de lumière, sont essentiels entre tous les éléments d'aide à l'orientation et au repérage des lieux.

COMMENT CHOISIR LES COULEURS

Dépasser les modes :

Dans les lieux recevant du public, on ne peut pas traiter la couleur « comme à la maison ». Les murs étant repeints en moyenne tous les 8 ans, on ne peut pas être juste dans la mode, on doit s'inscrire dans la durée. De plus, ces teintes à la mode correspondront rarement aux effets souhaités.

Dépasser ses préférences :

Avant tout ne pas penser : j'aime / j'aime pas ;

- Une couleur n'est jamais seule et doit être définie dans son rapport à d'autres, par exemple : les murs avec le sol, voir avec le mobilier. La peinture est l'élément dans lequel on trouve les nuanciers les plus riches, généralement plus de mille teintes, il est donc plus facile d'harmoniser les murs avec les autres éléments que l'inverse ;

LA COULEUR, UNE DONNÉE ESSENTIELLE DANS UN CENTRE DE SANTÉ

- Le matériau et l'aspect de surface peuvent modifier considérablement une teinte : une finition mat donne un rendu doux et délicat qui gomme les imperfections, en satiné ou brillant la teinte paraît plus lumineuse mais paradoxalement plus sombre à cause de tous les éléments qui s'y reflètent ;
- Observer les teintes sous différentes lumières : naturelles ombre et soleil, artificielles selon les types d'éclairage choisis pour les différents espaces est d'une importance capitale; on peut constater de très grandes différences de rendu de la couleur suivant les éclairages, cela s'appelle le métamérisme ;
- Ne jamais faire de choix de couleur de matériaux sur un écran, c'est trop trompeur.
- Pour se faire une idée correcte des harmonies proposées, il faut exiger des gammes d'ambiances présentant les couleurs dans les matériaux réels, directement sur les lieux, en vraie grandeur.
- S'il y a achat de mobilier, prévoir la sélection du mobilier très en amont pour pouvoir disposer, là aussi, d'échantillons et faire évoluer les teintes prévues pour les murs si nécessaire ;

En suivant ces préconisations, on crée des ambiances d'une grande cohérence dont l'harmonie sera ressentie par tous, sans que personne ne puisse expliquer la raison de cette sensation de bien-être.





CAHIER N°3

SOIN ET MATÉRIEL

FORMATION



3^{ÈME} FREIN À L'ACTE DE SOIN

La difficulté rencontrée lors du soin du fait du manque de formation et du manque de matériel adapté est un frein à l'acte de soin.

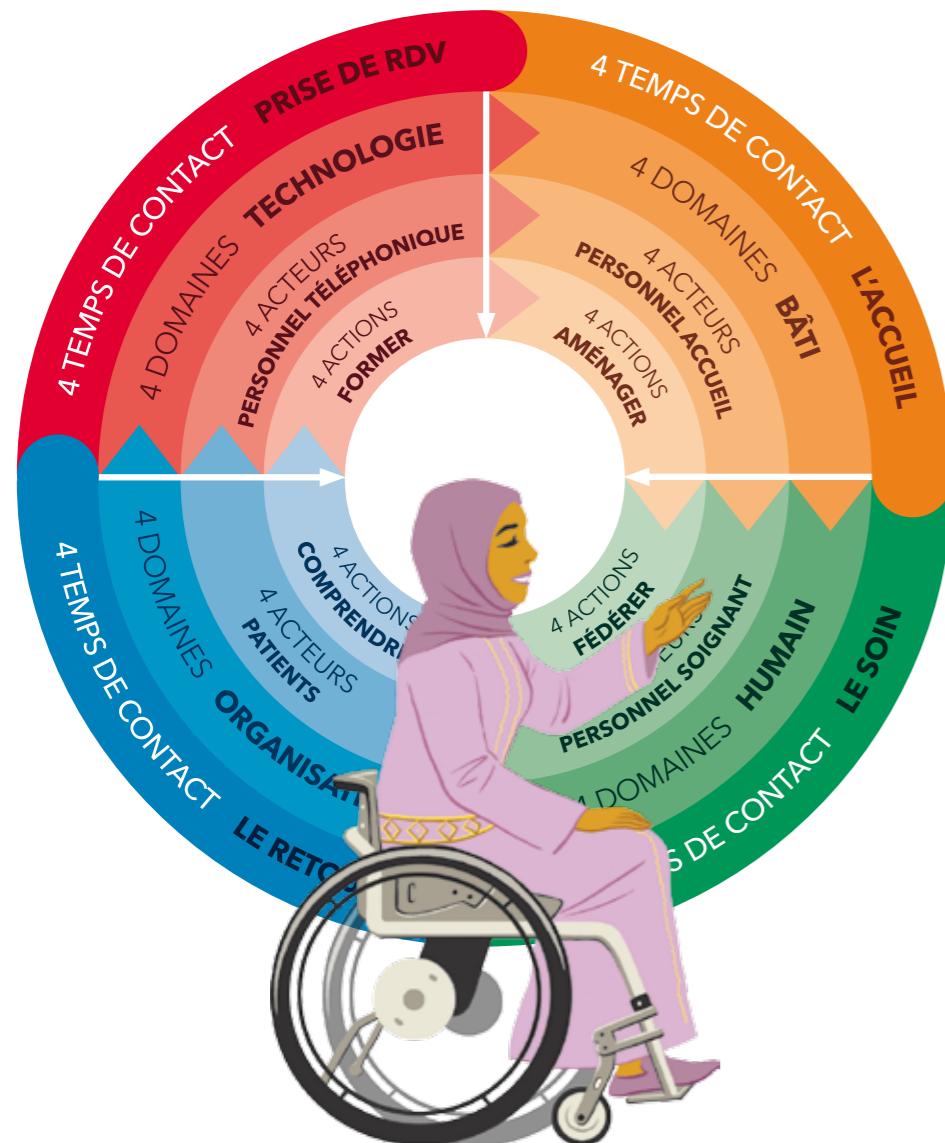
OBJECTIFS

- Équiper le centre de santé;
- Former les personnels de soin et d'accueil conjointement.

SOLUTIONS

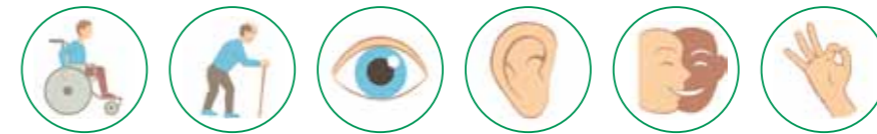
- Acquérir un matériel de soin adapté au plus grand nombre et être formé à son utilisation;
- Être formé à l'accueil et aux soins des patients en situation de handicap et vieillissants.
- ...

3^{ÈME} CONTACT SOIN ET MATÉRIEL



PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT

- **UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE** impliquant 4 temps de contact dans 4 domaines d'expertise auprès de 4 acteurs clés en 4 actions clés.
- **4 AXES FÉDÉRATEURS**, interdisciplinaires et incontournables, si l'on veut être en mesure d'accueillir, soigner et fidéliser le patient fragilisé.



Le matériel et le soin sont le 3^{ème} temps de contact avec le patient. Il est indispensable d'en acquérir et d'être formé à son utilisation par le fabricant lui-même.

1 RAPPEL DES BESOINS EXPRIMÉS ET CONSTATÉS

- Besoins de formation des personnels téléphoniques ;
- Besoins d'adaptation des lieux (bâti et technologique) ;
- Besoins d'adaptation de la signalétique (externe et interne, technologique) ;
- Besoin de certains équipements (divan d'examen adapté, guidage sonore, etc) ;
- Besoin de formation des personnels d'accueil à certains savoir-faire et savoir-être.
- Besoins de formation des personnels soignants.

Dans la majorité des cas, pour soigner des personnes circulant en fauteuil roulant, le transfert reste obligatoire.

Limite de l'exercice : les patients en brancard peuvent rarement accéder à tous les soins car ils ne peuvent pas toujours circuler dans tous les centres de santé. Dans ce cas, ce sont les brancardiers qui font le transfert à l'aller comme au retour et attendent que le patient ait terminé sa consultation.

2 TECHNOLOGIE

Pour répondre à des besoins pluriels il faut des technologies plurielles :

- Acquérir et s'approprier **les outils et les matériels adaptés** ;
- Acquérir et **se former à l'utilisation du matériel adapté** ;
- Acquérir et s'approprier les **éléments de mobilier, d'immobilier et de signalétique adaptés** ;
- Acquérir des **supports de communications adaptés** comme les dessins, croquis, schémas (écho, planches anatomiques, la règle des douleurs, etc.) ;
- Acquérir de **nouvelles technologies**, logiciels, outils numériques, télémédecine.

3 ÉQUIPEMENTS : RECOMMANDATIONS

NB. Les estimations 2017 sont à ajuster selon les contrats cadres et fournisseurs de chaque structure.

ENTRÉES

Concerne en priorité

BORNE SONORE à placer à l'extérieur de la porte d'entrée du centre de santé afin que les personnes aveugles le trouvent.

Fourchette de prix : de 1000 à 2000 euros TTC



PORTES D'ENTRÉES

- Assistance mécanique à l'ouverture de la porte d'entrée (battante) trop lourde;
- ou motorisation à bras;
- ou portes commandées;
- ou bouton d'appel.



ESPACES D'ACCUEIL

Concerne en priorité

SIGNALÉTIQUE SONORE

- **Boucles magnétiques fixes** avec sonorisation pour patient malentendant appareillé.



- **Boucles Portatives**
Le patient peut ainsi suivre la boucle depuis la banque d'accueil où il est reçu jusqu'au cabinet de soin pour dialoguer avec le praticien.

De 1000 à 2000 euros TTC

- **Ampli** pour personne malentendante non appareillée.

De 100 à 250 euros TTC



ESPACES D'ACCUEIL ET D'ATTENTE

Concerne en priorité

GUIDAGE AU SOL

La personne déficiente visuelle utilise généralement une canne pour ses déplacements.

- Travaux au sol pour la réalisation d'un fil d'ariane au service du guidage des personnes malvoyantes ou présentant une difficulté mentale ou cognitive, et tout simplement pour faciliter la vie de tout le monde.
- La bande de guidage consiste en un signal podotactile ou sonore que la personne peut suivre (capté par voie magnétique);
- Une canne pourrait être équipée d'un capteur de champ magnétique relié à l'oreillette portée par la personne. Elle capterait et suivrait un signal venant du sol.



MOBILIER, DÉCO

- Achat d'assises enfants, assises avec accoudoirs, appuis ischiatiques, bariatriques pour personnes obèses, etc;
- Achat de banque d'accueil adaptée permettant de s'asseoir ou de s'y installer en fauteuil roulant;
- Achat de mobilier de couleur pour générer des repères et un confort psychique intuitif.



FONTAINES À EAU

- Fontaines à eau dont fontaine à eau adaptée (double hauteur);
- Branchées sur l'eau courante, avec filtre et gobelets à disposition aux banques d'accueil de chaque niveau;
- Location de type servicéo / entretien et suivi avec retour du gobelet avec consigne, ou achat.

Abonnement 3 ans : de 200 à 250 euros TTC



CABINETS DE SOIN

Concerne en priorité

LÈVE-PERSONNE



- Lève personne mobile
Le principal problème c'est de savoir s'en servir.
(coût formation 1200 € TTC)
De 1000 à 1500 euros TTC
- Disque de transfert
De 300 à 400 euros TTC

PÈSE-PERSONNE



- Pèse personne électronique
- Pèse personne électronique multifonctionnel
De 3000 à 4000 euros TTC
- Balance électronique multifonctionnelle
De 600 à 900 euros TTC

MIROIRS POUR ANGLES MORTS



Un miroir ou rétroviseur en salle de consultation ET des miroirs ou rétroviseurs de circulation (dans les angles morts) permettent au personnel d'accueil et de soin comme aux patients de rester en contact visuel avec leur environnement et leur interlocuteur même lorsque celui-ci leur tourne le dos.

De type miroir nomade avec pince Ø20cm ou un grand miroir simple.

Miroir nomade avec pince Ø20cm (de 40 à 50 euros TTC)

CABINETS DE SOIN

Concerne en priorité



MÉDECINE GÉNÉRALE



- Table d'examen électrique polyvalente
- Lit électrique 2 parties
Spécial obèses
De 5000 à 6000 euros TTC

Kiné

- Table d'examen électrique polyvalente
Divan d'examen électrique cabinet médical polyvalent
De 2000 à 3000 euros TTC



GYNÉCOLOGIE



- 1 table d'examen électrique qui s'abaisse et fasse la bascule
Exemple : divan gynécologique version appuie-jambes
De 8000 à 15000 euros TTC



DENTAIRE



- 1 fauteuil dentaire avec unit sur cart roulant avec système de cordons flexibles tombant
- 1 table d'examen électrique qui s'abaisse fasse la bascule
- 1 écran au plafond avec films pédagogiques
Fauteuil
De 25000 à 40000 euros TTC

Matériel de type anglo-saxon :

- moins anxiogène car l'équipement est placé à côté du patient. Les transferts de droite et de gauche sont plus aisés;
- permet de déplacer le bras autour d'un patient qui resterait dans son fauteuil roulant dans le cas d'impossibilité de transfert ou sur le ventre d'un patient obèse ou pour tous les patients qui présentent de forts niveaux d'anxiété, des difficultés mentales, etc.



CABINETS DE SOIN

Concerne en priorité



OPHTALMOLOGIE

- 1 matériel adapté sur roulette
- ou avec plateau tournant
Unité de consultation
De 18000 à 25000 euros TTC
- ou auto réfracto kératomètre portatif



INFIRMERIE

- 1 fauteuil roulant
De 500 à 800 euros TTC
- 1 fauteuil de prélèvement
De 1000 à 2000 euros TTC
- 1 lit pour tous, dont pour patients obèses
De 5000 à 7000 euros TTC



ORL

- Divan d'examen électrique, sellerie anatomique
De 2500 à 4000 euros TTC



RADIOLOGIE / ÉCHOGRAPHIE

- Table Opéra swing
400 000 € TTC environ
- Table d'examen électrique adaptée radio
2500 € TTC environ
- Table d'examen électrique en imagerie
2 500 € TTC environ
- Appareil de mammographie
200 000 € TTC environ
- Appareil d'échographie
30 000 € TTC environ



INTERNET

Concerne en priorité

MISE AUX NORMES DU SITE INTERNET DU CENTRE

- Financement audit et mise aux normes du site internet
5000 à 15000 € HT environ
- 1 logiciel favorisant l'échange entre patient malentendant, praticiens et assistants
- Personnel ou logiciel traducteurs en LFS (Langue Française des Signes), vélotypie, etc.



FORMATION

Concerne en priorité

FORMATION DES PERSONNELS ADMINISTRATIFS ET SOIGNANTS

Dans les cas qui nécessitent de l'assistance, il est indispensable de constituer un binôme dont l'un au moins des praticiens est formé.

- La cohésion passe par un projet de formation commun transverse à tous les personnels d'accueil et de soins du centre de santé
 - à l'utilisation de matériel
 - à l'accueil et au soin des patients fragilisés
- Formation des personnels des plateformes téléphoniques





3^{ÈME} CONTACT FORMATION

DES PROFESSIONNELS D'ACCUEIL,
ADMINISTRATIFS ET SOIGNANTS
DES CENTRES DE SANTÉ



1 MÉTHODOLOGIE

Il est important de remettre cette formation dans son contexte.

Celui d'un « centre de santé » où les paramètres humains, architecturaux, colorimétriques, mobiliers, technologiques et organisationnels, impactent le comportement, les possibilités et les difficultés des uns et des autres.

La prise en compte de l'interaction des éléments professionnels et environnementaux, en et la nécessité de stabilisation des personnels, est essentielle pour rassurer les patients fragilisés dont ceux présentant des difficultés comportementales, mentales, physiques, sensorielles ou psychiques.

2 TROIS PARTIS EN INTERACTION DANS LES CENTRES DE SANTÉ

Pour **féderer et mobiliser** les équipes dans un contexte complexe et fortement contraint, il est **nécessaire d'informer et de former les 3 principaux partis en interaction** dans les centres de santé :

- Le patient ;
- Le personnel d'accueil ;
- Et le praticien.

Le niveau d'information de ces 3 pôles protagonistes devront être mis en cohérence pour :

Casser les idées reçues et administrer des savoir être et savoir faire.

- On ne peut pas réduire cette attente sociétale à la seule formation des médecins car ce sujet ne peut pas être porté seul, comme il ne peut pas être porté uniquement par la seule acquisition de matériel adapté ou être réduit à la seule adaptation des locaux.
- Il est important qu'ils comprennent que cette thématique exige de travailler ensemble, main dans la main et que toute rupture dans la chaîne des acteurs implique une réticence à se faire soigner.
- L'objectif qui est le nôtre est de donner au personnel aidant, soignant et d'accueil le même niveau d'informations, formations, méthodes et outils.



Pour un objectif transverse :

Il est important que les formateurs se donnent les moyens d'accompagner chacun des membres des personnels d'accueil et de soin vers une meilleure connaissance de soi. Objectif : permettre de valoriser ses propres ressources et son réel potentiel de bienveillance pour assurer une meilleure prise en charge des patients fragilisés, vieillissants ou en situation de handicap.

Permettre à tous les personnels de santé et d'accueil d'être capables d'identifier et de porter de concert des problèmes de fonctionnement et des réponses à apporter aux quatre domaines permettant d'améliorer la qualité de vie et d'accueil d'un centre de santé bienveillant, à savoir : **le bâti, l'humain, l'organisationnel, la technologie sur chaque temps de contact, soit, la prise de rendez-vous, l'accueil sur site, le soin et l'accompagnement sur le retour pour mieux y revenir.**

Être performants et soudés dans un esprit d'accueil et de soins bienveillants.

Cela impose de travailler avec des formateurs professionnels de santé et des patients eux-mêmes en situation de handicap pour permettre à toute la chaîne d'acteurs intervenant dans un centre de santé de coopérer main dans la main, en favorisant la bienveillance envers soi-même et envers les autres et non plus dans la peur de mal faire et la peur de la différence de l'autre.

Parce qu'il ne suffit pas seulement d'acquérir individuellement les méthodes et les bonnes pratiques, il faut :

- Impliquer l'équipe soignant/patient, l'accueil/patient et hôtesse/patient dans la construction et la mise en place de ce projet collectif ;
- Notamment au moyen de tronc communs de formation et de documents de formation et d'information communs comme ceux produits dans ce classeur, SantéBD, et d'autres outils référents.

De fait, il faut avant tout comprendre comment les mettre en œuvre :

- Comment coordonner les énergies et les relations humaines et interprofessionnelles ;
- Comment gérer les relations humaines avec les patients « fragilisés vieillissants ou en situation de handicap » ;
- Comment valoriser les compétences de chacun ;
- Comment faire vivre un groupe, comment contribuer à se mettre au service de la non rupture de la chaîne de déplacement et de participation d'un patient qui passe de mains en mains, de compétences en compétences incontournables et « complémentaires ».

3 OBJECTIFS

Donner à tous les protagonistes les moyens d'identifier les petites et les grandes marges d'améliorations à apporter au cadre professionnel, humain, technologique, architectural et organisationnel dans l'ordre suivant :

- **Traiter l'exercice d'identification des absorbeurs de tensions** (clés pour tendre vers un environnement bienveillant tout au long de la chaîne d'accueil, de soin auprès de tous les acteurs du centre de santé) ;
- **Intervenir auprès du patient** auquel il faut donner des outils d'information lui permettant de préparer son déplacement et son rendez-vous médical ;
- **Traiter l'exercice d'accueil** (accueillir, communiquer, être en capacité d'assister le patient ou le médecin, etc.) :
 - Intervenir auprès des personnels d'accueil téléphonique afin qu'ils acquièrent le bon vocabulaire,
 - Intervenir auprès des personnels d'accueil physique : bon vocabulaire + bon comportement ;
- **Traiter l'exercice de soin** (accueillir, communiquer, manipuler, portage, MEOPA®, hypnose, remplir un dossier MDPH, acte gynécologique, sexualité, hygiène, dentaire, etc.) :
 - Intervenir auprès des personnels de soins (médecins, infirmières) : bon vocabulaire + bon comportement + bons gestes ;
- **Traiter l'exercice d'évacuation** (formation complémentaire pour les assistants de prévention).

Développer des savoirs qui donnent du sens à ce que l'on fait, à comprendre comment et pourquoi :

- Comment je lui parle ?
- Comment je l'aborde ?
- Comment mettre en place des absorbeurs de tensions/obstacles ?
- Comment faire tomber les représentations autour du handicap et des personnes handicapées ?
- Comment travailler sur la peur de mal dire et de mal faire ?
- Comment mettre en place des facilitateurs ?
- Comment économiser le temps du patient et du praticien ?
- Ce, par profil de patients fragiles dont les patients autistes, sourds, malentendants, aveugles, malvoyants, présentant des difficultés mentales, ou physiques, avançant vers le grand âge, etc.

POUR ALLER PLUS LOIN



CAHIER N°1
Prise de RDV



CAHIER N°2
Accueil physique



CAHIER N°3
Soin, matériel et formation



FICHE N°6
Évacuation



FICHES PATIENTS

4 FORMATION DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET SOIGNANT PAR ROULEMENT

Dans le cas de difficultés à supporter les investissements liés à un plan de formation complet, il y a un besoin minimum et impérieux à **former prioritairement une à 2 infirmières référentes, permanentes et polyvalentes par centre de santé.**

Ce, pour répondre au besoin indispensable de constituer un binôme lors des consultations dont l'un au moins des praticiens est formé à l'accompagnement et aux soins d'un patient sourd, aveugle ou mal-voyante, mal-marchant ou circulant en fauteuil roulant qu'il faut « manipuler », ou encore, d'un patient en situation de handicap mental.

Les administratifs n'ont pas la même logique que les praticiens, d'où l'importance de trouver **la personne référente qui fera le lien** entre les 2 approches.

Le responsable de centre doit assurer la régulation du centre, donc la qualité d'accueil transverse et la fidélisation des patients dont la patientèle fragilisée. Il est à former avec l'ensemble des métiers du centre de santé.

5 DÉVELOPPER « L'ESPRIT DE SOIN DU PATIENT FRAGILISÉ »

L'enjeu est d'apprendre à travailler ENSEMBLE et ACCEPTER de prendre le temps de partager une formation commune parce que ce type de prise en charge exige de chacun des acteurs du centre de santé, depuis les personnels téléphoniques, en passant par le personnel d'accueil pour arriver au personnel soignant, à travailler main dans la main.

Le patient « fragilisé » et en situation de handicap est un levier puissant d'amélioration de la qualité d'accueil de toute la patientèle.

Il est aussi conseiller de mutualiser la formation afin d'en faire un lieu de partage des expériences. Favoriser la mise en place de formations communes à plusieurs centres de santé, c'est les inviter à se rencontrer pour leur permettre de se sentir moins seul et de faire émerger une culture commune et interdisciplinaire de « l'esprit de soin du patient fragilisé ».





CAHIER N°4 COMPRENDRE LES PATIENTS



4^{ÈME} FREIN À L'ACTE DE SOIN

Être incompris et maltraité par manque de savoir-faire et de savoir-être est un frein à l'acte de soin.

OBJECTIFS

Préciser ce qui est attendu dans la relation avec le patient en situation de handicap ou vieillissant, afin d'améliorer son accueil et la qualité des soins.

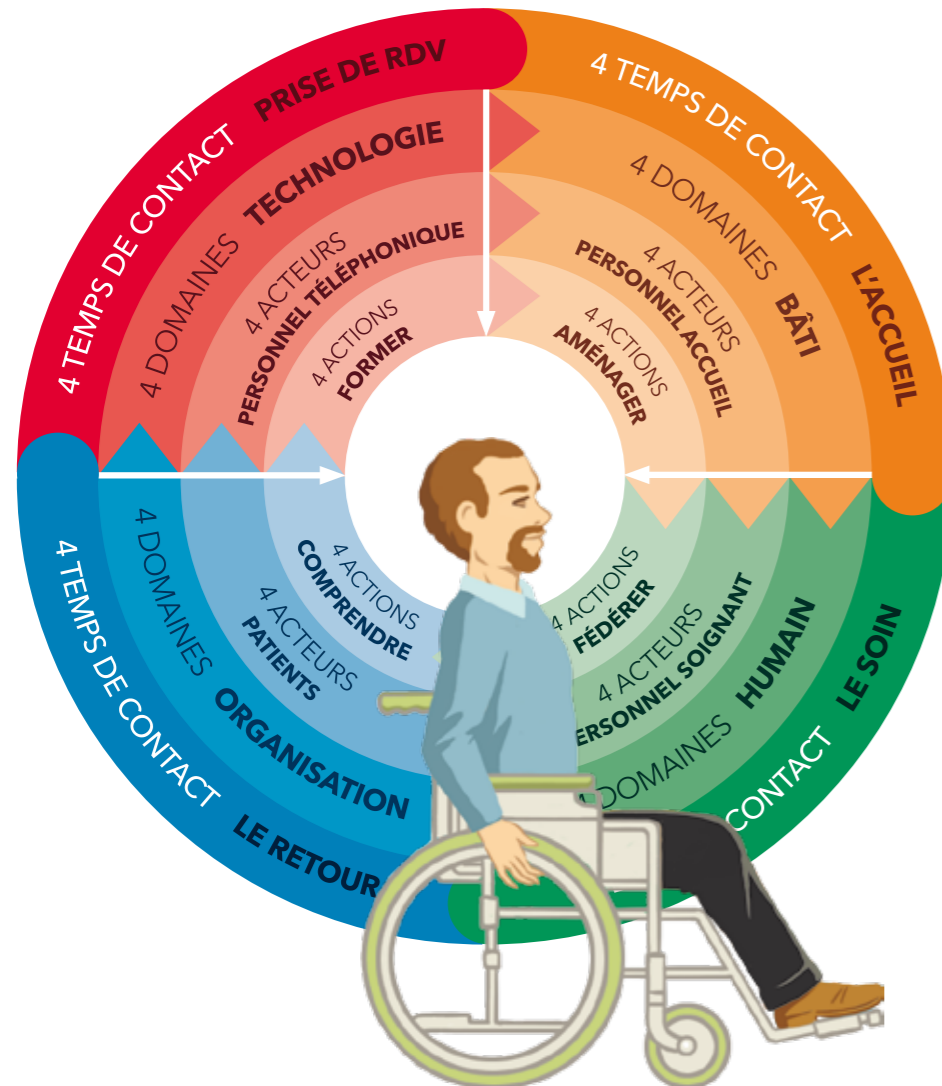
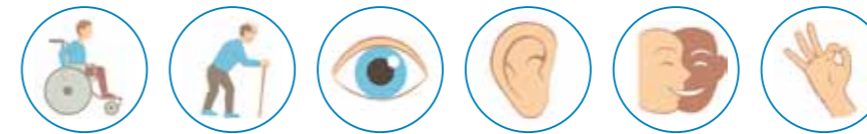
SOLUTIONS

Établir des fiches pratiques à l'usage du personnel de santé et d'accueil des centres de santé par profil de patientèle.

- Des réponses aux questions que se posent les personnels;
- Ce que le patient n'aime pas;
- Des outils pour améliorer la communication;
- Une présentation de chaque forme de handicap.
- ...



CAHIER N°4 LES USAGES À ADOPTER PAR PROFIL DE PATIENT EN SITUATION DE HANDICAP OU FRAGILISÉS



PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT

- **UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE** impliquant **4 temps de contact** dans **4 domaines d'expertise** auprès de **4 acteurs clés** en **4 actions clés**.
- **4 AXES FÉDÉRATEURS**, interdisciplinaires et incontournables, si l'on veut être en mesure d'accueillir, soigner et fidéliser le patient fragilisé.

COMMENT UTILISER LES FICHES PATIENTS

En complément à ce qu'impose l'accès aux soins d'un point de vue organisationnel, bâti et technologique, ces fiches viennent préciser ce qui est attendu par certaines personnes en situation de handicap ou vieillissantes.

Des fiches pour tout le personnel

Ces fiches ont pour vocation à être dupliquées, remises au personnel de santé et d'accueil afin qu'ils puissent s'y référer aisément :

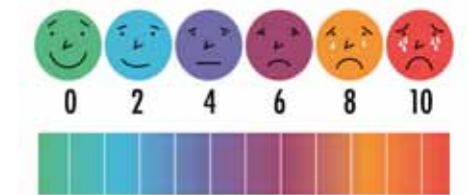
1. améliorer l'accueil et l'accès aux soins du patient ;
2. rassurer et inviter la personne à revenir se faire soigner ;
3. optimiser le temps de consultation et économiser l'énergie de chacun .

Poser les bonnes questions

L'architecture de chaque fiche vise à répondre aux principales questions que peut se poser le professionnel de santé et d'accueil en relayant la parole des patients en situation de handicap, afin qu'ils puissent :

- verbaliser ce qu'ils n'apprécient pas ;
- préciser comment ils souhaitent être accueillis ;
- donner les principales informations relatives à leur handicap ;
- donner des exemples d'outils pratiques imaginés pour communiquer plus aisément.

Ces fiches n'ont pas vocation à être exhaustives.



Exemples de règles de la douleur

LES FICHES PATIENTS

-  INTRODUCTION
Comment utiliser les fiches patients
-  FICHE N°1
Patient en situation de handicap physique
-  FICHE N°2
Patient en situation de handicap mental
-  FICHE N°3
Patient en situation de handicap visuel
-  FICHE N°4
Patient en situation de handicap handicap auditif
-  FICHE N°5
Patient avançant en âge
-  FICHE N°6
Évacuation en cas de sinistre
-  FICHE N°7
Comment utiliser les fiches SantéBD

LA PAROLE DU PATIENT EN SITUATION DE HANDICAP PHYSIQUE

1 ADAPTEZ VOS PRATIQUES

- Même si je suis en situation de handicap, je suis avant tout une personne et je suis sexué(e) donc je suis un homme ou une femme.
- Quand je me présente à l'accueil, merci de vous adresser à moi, même si je suis accompagné(e).
- Restez simple et naturel : il vaut mieux dire que vous êtes mal à l'aise avec mon handicap que de chercher à m'éviter.
- Acceptez que mon accompagnateur/trice vienne avec moi en consultation si j'y tiens.



2 JE N'APPRÉCIE PAS

- que vous preniez l'initiative de pousser mon fauteuil roulant : me demander préalablement si je souhaite de l'aide ;
- que vous preniez l'initiative de me prendre par le bras si je me déplace avec une canne ;
- que vous ne vérifiez pas l'accessibilité des lieux pour les personnes en fauteuils roulants et la possibilité de s'asseoir (pour les patients fatigables) tout au long du chemin avant de me mener quelque part ;
- le moindre relief au sol qui peut générer une secousse douloureuse. Merci de les éviter.
- que vous ne cherchiez pas à éviter de multiplier les transferts, d'autant que j'apprécie que l'on me laisse dans mon fauteuil roulant quand c'est possible ;
- que vous oubliiez de penser à me « redemander » si j'ai besoin d'aide avant de me manipuler ;
- que vous oubliiez de « replacer » mon coussin anti-escarre dans le bon sens (arrière et devant) ;
- que vous vous serviez de mon fauteuil roulant comme d'un accoudoir ;
- que vous ne respectiez pas mon intimité : c'est aussi une question d'éthique que de me demander si je souhaite ou pas que la personne qui m'accompagne reste avec moi.

ÊTRE À L'ÉCOUTE

« Ce que je n'apprécie pas lorsque je vais chez le médecin et comment je souhaite que vous vous adaptiez dans vos pratiques. »

3 COMMENT AMÉLIORER MON ACCUEIL ET MON ACCÈS AUX SOINS ?

Comment s'adresser au patient handicapé moteur ?

- Saluer le patient et se présenter : cela permet d'évaluer une éventuelle difficulté de langage, une difficulté de compréhension ou une difficulté sensorielle.
- S'adresser à la personne et non à l'accompagnateur.
- Ne pas hésiter à reformuler afin de s'assurer d'une bonne compréhension "mutuelle".
- Le plus simple est de rester naturel, mais chaque personne ayant son propre caractère, il est difficile de généraliser ... un brin d'humour est toujours bienvenu pour dédramatiser les situations.
- Certaines personnes ne peuvent pas parler. Dans ce cas il est possible d'utiliser des outils visuels : des images, des pictogrammes, ou autres supports de communication.

Comment aborder la personne ?

À l'accueil ou dans le cabinet médical :

- Lui proposer d'enlever un manteau, proposer un verre d'eau... Cela permet aussi d'appréhender le niveau de motricité de la personne et de proposer de l'aider si les affaires ne sont pas à portée de main. Le niveau d'autonomie varie largement d'une personne à l'autre, c'est important de pouvoir s'en rendre compte dans les premiers moments de contact.
- Il peut-être aussi bienvenu de lui demander si elle a besoin d'aller aux toilettes (de se sonder).
- Il est important de se placer à hauteur d'yeux (s'accroupir, ou prendre une chaise si l'on n'est pas derrière son bureau).

Comment mettre en place des absorbeurs de tensions ?

ATTÉNUER MON STRESS

Mettre à disposition du matériel : fauteuil roulant, déambulateur, canne, lève-malade, etc.

- Prévoir des prises électriques pour mettre en charge les batteries de fauteuils électriques.
- Prévoir le plus en amont possible l'aide particulière dont la personne aura besoin, afin d'anticiper le nombre de personnel soignant et le matériel à mobiliser, ainsi que le temps de visite à lui consacrer.
- Il est important d'anticiper les besoins d'UFR (utilisateur fauteuil roulant) en FRM (fauteuil roulant manuel) ou en FRE (fauteuil roulant électrique), tout comme ceux qui peuvent se verticaliser et marcher un peu avec des aides techniques. Certaines personnes en situation de handicap moteur ne sont pas forcément en fauteuil, elles peuvent se déplacer soit sans aide technique soit avec une aide technique.
- Pour d'autres, il n'y aura aucun besoin d'aide. Il est donc bienvenu de ne pas insister.
- Dans tous les cas, valorisez les capacités d'adaptation et d'autonomie du patient.
- Chaque patient aura des besoins différents. L'idéal est d'être assisté d'un(e) aide-soignant(e) pour aider au transfert des personnes les plus lourdement atteintes.
- Donner des rendez-vous plutôt l'après-midi.

4 BONNES PRATIQUES

Dans tous les cas, prendre quelques minutes pour expliquer comment l'examen va se dérouler et demander à la personne si elle souhaite de l'aide. Il est toujours préférable de donner les instructions au patient et non de le faire à sa place.

PRISE DE RENDEZ-VOUS

Identifier rapidement les besoins et attentes du patient pour **aller à l'essentiel**.

HABILLAGE

Commencer par le membre lésé du patient puis poursuivre par le membre sain.

DÉSHABILLAGE

Commencer par le membre sain du patient puis poursuivre par le membre lésé.

RELEVER DE SOL

1. Ne pas se précipiter, la personne est déjà très angoissée par sa chute.
2. Se montrer rassurant et préparer la chaise pour la suite de la manœuvre.
3. Passer par position côté puis à genoux.
4. Appui sur chaise avec deux mains, chevalier servant, debout en appui sur chaise (en poussant vers le bas).
5. Puis assis sur chaise pour récupération.
6. Penser à demander si la personne a tendance à tomber car elle peut avoir des petites astuces qu'elle aurait acquises.
7. Ne pas relever un patient IMC même si l'on est deux professionnels, il vaut mieux attendre les pompiers.

PASSER DE POSITION ASSIS À DEBOUT

1. Proposer un appui stable et fixe, ne pas tirer, ne pas serrer le patient (signe de non confiance donc angoissant pour la personne).
2. Demander à la personne de se pencher en avant et de glisser ses pieds sous la chaise ou sous la table.

FAUTEUIL ROULANT

Pour les personnes en fauteuil roulant : s'asseoir pour être à leur hauteur (relation d'égalité).

PASSER DE POSITION ALLONGÉ À ASSIS

1. Régler la hauteur de table de manière à protéger votre dos.
2. Redresser la tête de lit/table.
3. Demander à la personne de venir chercher notre épaule avec son bras opposé et aider le patient à passer les jambes au sol.
4. Régler la hauteur de table de manière à ce que la personne ait directement les pieds au sol.

TRANSFERT

1^{ers} réflexes à avoir avant d'effectuer un transfert :

Le professionnel doit penser à tous les détails, par exemple :

1. Bloquer d'abord le fauteuil (manuel ou électrique) avant de faire le transfert.
2. Si le patient est « hémi gauche » et les membres sont flasques (ne pas tirer sur le membre).
3. Mettre la canne du côté droit mais l'accompagner du côté Hémi et non de la canne.
4. Se rapprocher du patient au maximum, de préférence, en face à face pour ne pas se faire mal au dos.
5. Ne jamais laisser le patient seul sur la table (enlever les freins du fauteuil roulant puis pousser le fauteuil avec notre pied).
6. Toujours se mettre devant le patient pour le sécuriser.
7. Ne pas porter le patient pour préserver son dos.



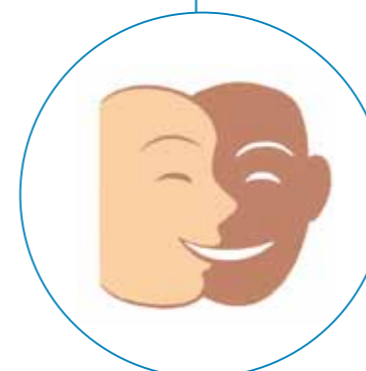
5 LA PERSONNE HANDICAPÉE MOTEUR/PHYSIQUE

Dans les situations de handicap moteur la personne n'est pas obligatoirement en fauteuil roulant. Ce qui peut composer des situations de handicap moteur ce sont :

- Les atteintes neurologiques les BM, SEP, les cérébrolésés (TC, AVC) Paralyse cérébrale (IMC IMOC), MNM, le Polyhandicap;
- Agénésie d'un ou plusieurs membres, ou amputation d'un ou plusieurs membres;
- Personnes de petite taille (OI, achondroplasie);
- Certaines maladies orphelines (Ehlers Danlos, Marfan, OI);
- Certaines maladies auto immunes (PR invalidante, SPA...);
- Scolioses importantes;
- Autres atteintes associées: certaines personnes ont un handicap associé soit cognitif, soit sensoriel, soit mental et/ou psychique;
- Ou pathologies associées : douleurs fantômes, surpoids, mal de dos, rétractions musculaires, contractures, incontinences, escarres, mauvaise circulation sanguine, etc.
- ...

1. Voir GLOSSAIRE

LA PAROLE DU PATIENT EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL



1 ADAPTEZ VOS PRATIQUES

- Même si je suis en situation de handicap, je suis avant tout une personne et je suis sexué(e) donc je suis un homme ou une femme.
- Quand je me présente à l'accueil, merci de vous adresser à moi, même si je suis accompagné(e).

2 JE N'APPRÉCIE PAS

- d'être ignoré(e), mal reconnu(e) dans ma situation de handicap, celle-ci échappant à un observateur non averti (ex : TC - traumatisme crânien, Cérébrolésés, etc.), et de faire l'objet de moquerie ou d'impatiences de la part des personnels d'accueil.
- d'être contredit(e) car incompris(e).
- d'être discrédité(e) dans ma façon de voir et de comprendre les choses.
- de me voir imposer une interprétation.
- que l'on porte un jugement sur mes angoisses et mes phobies en les minimisant ou en les niant.
- que l'on fasse preuve d'agacement et/ou qu'on lève le ton.
- que l'on donne l'impression d'être pressé.
- que l'on soit directif sur des conseils d'hygiène.
- d'être affecté(e) par une attitude distante ou une discontinuité dans la relation.
- trop de proximité physique.
- d'être touché(e) sans mon autorisation.
- que l'on paraisse déstabilisé par mon discours ou mon comportement.
- d'être menacé(e)
- que l'on s'oppose à ce que mon accompagnateur/trice vienne avec moi en consultation si j'y tiens.

ÊTRE À L'ÉCOUTE

« Ce que je n'apprécie pas lorsque je vais chez le médecin et comment je souhaite que vous vous adaptiez dans vos pratiques. »

3 COMMENT AMÉLIORER MON ACCUEIL ET MON ACCÈS AUX SOINS ?

Comment s'adresser au patient handicapé mental ou psychique ?

- Saluer le patient et se présenter : cela permet d'évaluer une éventuelle difficulté de langage, une difficulté de compréhension ou une difficulté sensorielle.
- S'adresser à la personne et non à l'accompagnateur.
- Ne pas hésiter à reformuler afin de s'assurer d'une bonne compréhension « mutuelle ».
- S'adresser à lui avec des mots simples sans hésiter à appuyer vos mots de gestes.

Efforcez-vous de :

- respecter la personne en admettant qu'elle ne puisse accepter de suite la réalité ;
- lui faire une réponse du type : « Vous êtes en droit de penser cela. Sur ce point, je vois les choses différemment ».
- faire des phrases simples et utiliser des mots simples.
- éviter les métaphores et les expressions idiomatiques à double sens.

Comment aborder la personne ?

Dans tous les cas, valorisez les capacités d'adaptation et d'autonomie et de compréhension du patient et faire preuve de patience :

- Utiliser des informations et supports imagés à destination des adultes et enfants en situation de handicap mental aide beaucoup dans la relation à l'autre et aide les professionnels de l'accueil et les professionnels de santé à gagner du temps et de l'énergie avec tous les autres patients (illettrés, sourds, petite enfance, ne maîtrisant pas la langue du pays, etc.).
- Pour faire face à des demandes inappropriées, rappeler sa mission et orienter vers une personne plus qualifiée si besoin.
- Ajuster son attitude au degré de compréhension du patient.
- Continuer à faire des propositions, sans les imposer, ni décider à sa place, sauf cas de violence par mesures de protection de l'utilisateur, du professionnel de santé, de l'environnement.

Comment mettre en place des absorbeurs de tensions ?

ATTÉNUER MON STRESS

- Lui laisser le temps de comprendre les demandes et d'anticiper les actes et gestes liés à la consultation, au soin.
- Lui donner des détails sur les risques médicaux même si vous avez l'impression qu'il ne comprend pas.
- Pour mieux prendre en compte les angoisses et les phobies dans la démarche de soin de la personne handicapée mentale (ou psychique), il s'agit de préparer la visite le plus en amont possible au moyen d'outils comme SantéBD¹ et de visites préalables des lieux. Puis d'organiser des rencontres préalables avec les personnels d'accueil et de soin avant d'entamer tout acte de collaboration et d'établir une relation de confiance.
 - Faire visiter les lieux,
 - Expliquer étape par étape les gestes médicaux qui font partie du protocole de soin notamment avec les outils, les visuels, les planches de SantéBD ; faire toucher et tester les appareils.

- Éviter tout changement de dernière minute.
 - Proposer des rituels d'accueil : même personnel d'accueil, même personnel soignant, même parcours d'entrée et de sortie.
 - Désigner une personne de confiance référente.
 - Proposer des repères réguliers et rassurants : donner des rendez-vous plutôt l'après-midi, programmer des rendez-vous réguliers ; même jour, même heure.
 - Créer un climat rassurant, expliquer les gestes médicaux à venir.
 - Maintenir le lien et l'inviter à entrer de nouveau en relation avec vous.
- Reconnaître que la personne ne met pas de mauvaise volonté à comprendre ou agir.
 - Accepter que sa lenteur soit une des manifestations de son handicap.
 - Répéter calmement s'il le faut, en évitant les explications complexes : une seule chose à la fois.
 - Accepter que, pour ces personnes, l'apparence ne soit pas prioritaire.
 - Les informer avec gentillesse et respect quand elles n'ont pas la tenue adéquate.
 - Faire preuve de patience pour le déshabillage et les laisser essayer en toute autonomie, avant de les toucher ou de les aider à les déshabiller.
 - Tolérer que la porte de la cabine puisse rester ouverte ou entrouverte côté soin.
 - Respecter la personne dans ce qu'elle est et dans sa perception des choses.
 - Comprendre son isolement comme une réelle défense contre l'anxiété.
 - Faire fonctionner un réseau de professionnel autour d'elle, penser aux bénévoles de l'Unafam ou association d'aide à domicile comme le SAVS ou au GEM qui contribueront à offrir des liens qu'elle ne peut pas établir d'elle-même.
 - Faire appel à des professionnels de la psychiatrie en cas de crise.

4 LA PERSONNE HANDICAPÉE PSYCHIQUE LA PERSONNE HANDICAPÉE MENTALE

Il faut distinguer le handicap psychique du handicap mental. Pendant longtemps les deux expressions ont eu le même sens. Aujourd'hui le handicap mental est associé à une déficience intellectuelle souvent détectée très tôt, ou suite à un accident, tandis que le handicap psychique n'implique pas de déficit intellectuel majeur, mais est associé, soit à des pathologies psychiatriques.

Le handicap mental est un handicap de compréhension, de déduction, de communication et de repérage dans le temps et l'espace. Ce type de patient peut avoir des difficultés à attendre dans un environnement méconnu et de fait, anxiogène. Pour éviter de générer des troubles du comportement, un protocole d'accueil et un aménagement adapté peuvent aider.

Le handicap d'origine psychique est reconnu dans la loi française depuis février 2005.

600 000 personnes sont handicapées psychiques en France, soit 1% de la population dont la moitié qui présente des troubles psychotiques graves. Le handicap psychique est difficile à définir du fait de la complexité des troubles qui en sont à l'origine.

Quelques pistes pour comprendre le handicap psychique

● **La perception de la réalité**

La personne handicapée psychique perçoit la réalité de façon différente à certains moments. Cette attitude n'est pas volontaire. Elle est le plus souvent à l'origine de difficultés relationnelles et provoque des incompréhensions réciproques.

Au premier rang des réalités difficiles à percevoir pour la personne, figure son propre handicap.

● **La personne handicapée psychique est généralement très stressée**

Son anxiété, voire son angoisse, se manifestent par un sentiment d'insécurité indéfinissable. L'angoisse, à la différence de la peur, n'a pas d'objet concret identifiable. Elle est sans raison apparente.

La plupart des pathologies psychiatriques provoquent un état d'agitation intérieure intense, avec des sensations d'anxiété et d'angoisse considérables, des idées récurrentes, souvent une culpabilité, qui créent une hypersensibilité qui déstabiliseraient les plus solides.

● **La fatigue, des pertes de mémoire**

Chez les personnes handicapées psychiques, on observe souvent un manque d'attention et de concentration au moment présent, des difficultés à écouter une conversation sur la durée.

Il faut admettre que certains médicaments provoquent des effets de ralentissement et de somnolence.

A cause des troubles de la mémoire à court terme : la personne peut se sentir confuse, embrouillée, avoir des difficultés à aller au bout d'un raisonnement, des difficultés à assimiler certains éléments nouveaux, à programmer des rendez-vous ou à s'organiser.

Elle peut avoir besoin de temps pour structurer ses idées ou pour répondre à une question. Ces incapacités peuvent concerner des activités apparemment simples qui peuvent varier selon les moments, les lieux ou les types d'activité.

● **Perception du corps**

Les personnes handicapées psychiques peuvent ne pas avoir une perception précise des limites de leur corps. Elles peuvent avoir des difficultés à en évaluer les dimensions. Elles peuvent, par exemple, se cogner en passant une porte ou devant un meuble. D'une manière plus générale, elles ont des difficultés à prendre soin de leur santé, à aller consulter le généraliste ou le dentiste.

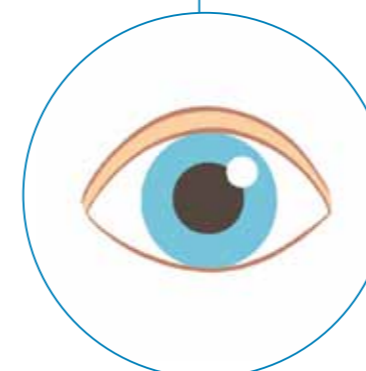
Elles peuvent être négligées, ou au contraire très rigoureuses sur les règles d'hygiène.

● **L'absence, les bizarreries**

On a l'impression parfois que les personnes handicapées psychiques sont dans leur « bulle », dans un monde différent et couper des autres. L'effet des médicaments participe parfois à cet état.

LA PAROLE DU PATIENT EN SITUATION DE HANDICAP VISUEL

1 ADAPTEZ VOS PRATIQUES



- Même si je suis en situation de handicap, je suis avant tout une personne et je suis sexué(e) donc je suis un homme ou une femme.
- Quand je me présente à l'accueil, merci de vous adresser à moi, même si je suis accompagné(e).
- Restez simple et naturel : il vaut mieux dire que vous êtes mal à l'aise avec mon handicap que de chercher à m'éviter.
- Merci d'acceptez que mon accompagnateur/trice vienne avec moi en consultation si j'y tiens.
- Sachez qu'il est autorisé aux chiens-guides d'aller partout légalement, sauf dans les endroits comme les soins intensifs ou les pouponnières, soit les lieux où même l'être humain ne peut aller sans protection.
 - Ne pas caresser le chien-guide sans m'en demander l'autorisation quand il est au harnais et ne pas donner à manger à mon chien car il risque d'être malade,
 - Ne pas placer un autre chien à proximité.

2 JE N'APPRÉCIE PAS

- que vous utilisiez les termes « là bas », « ici », etc. : je ne les comprends pas.
- que vous hurliez pour me parler : je n'ai pas de problème d'audition.
- que vous me laissiez seul(e) au milieu d'un couloir ou au milieu d'une salle d'attente.
- que vous me preniez le bras et que vous placiez devant vous : cela ne me donne pas la possibilité d'appréhender les obstacles et les marches.
- que vous vous en alliez sans me prévenir que vous quittez la pièce.
- que vous vous repreniez quand vous utilisez des mots qui concerne la vision : « regardez, vous voyez... ».

ÊTRE À L'ÉCOUTE

« Ce que je n'apprécie pas lorsque je vais chez le médecin et comment je souhaite que vous vous adaptiez dans vos pratiques. »

3 COMMENT AMÉLIORER MON ACCUEIL ET MON ACCÈS AUX SOINS ?

Comment s'adresser au patient handicapé visuel ?

- Saluer le patient, se présenter (nom, fonction...) : cela permet d'évaluer une éventuelle difficulté de langage, une difficulté de compréhension ou une difficulté sensorielle et dans le cas de la personne aveugle, le son de votre voix lui permettra de se diriger vers vous.
- S'adresser à la personne et non à l'accompagnateur.
- Ne pas hésiter à reformuler afin de vous assurer d'une bonne compréhension « mutuelle ».
- Ne pas avoir peur d'utiliser le verbe « voir » ou « regarder ».
- Demander à la personne si elle a besoin d'être guidée et lui tendre le coude.
- Ne pas hésiter à demander si elle lit et écrit le Braille ou bien se sert d'une synthèse vocale ou les deux.
- Décrire l'environnement avec précision.
- Décrire ce que vous faites, allez faire.
- Donner des indications précises lorsque l'on explique un itinéraire à suivre avec des repères repérables par le patient présentant une difficulté visuelle :
 - éviter de dire « là-bas », utiliser plutôt « après l'escalier, première porte à droite... »,
 - donner des directions sur le principe de l'horloge : « à midi vous trouverez », « à 15h vous trouverez »,
 - donner des indications en comptant le nombre de pas : « dans 2 pas vous rencontrerez », « dans 10 pas il y a ... »,
 - ne pas déplacer les objets, la chaise, le manteau que je viens de poser sur la chaise, etc.

Comment aborder la personne ?

Dans tous les cas, valorisez les capacités d'adaptation et d'autonomie du patient :

- Se présenter à l'approche de la personne : évitez de la prendre par surprise.
- Pour l'accompagner vers le cabinet de consultation, lui demander comment elle veut être guidée :
 - toujours proposer son aide et ne jamais imposer une manière de faire,
 - c'est à la personne de vous dire comment vous pouvez l'aider (par exemple elle vous prendra le coude / ne jamais leur prendre le coude),
 - marquer un arrêt devant tous les obstacles : ainsi la personne se prépare à le passer ou l'éviter.
- Dans le cabinet de consultation permettre à la personne de mémoriser les lieux puis éviter de changer de place les choses lorsqu'elle revient en consultation.
- Lorsque l'on accompagne la personne, toujours la laisser en contact avec un objet (sa canne, une chaise, un fauteuil ...).

Comment mettre en place des absorbeurs de tensions ?

ATTÉNUER MON STRESS

- Pour faciliter les déplacements, proposez un plan en relief, gros caractères, voire en braille et s'assurer que le patient sait le lire et le comprendre.
- Il est possible d'utiliser des calques thermo formés ou bien dessiner sur la paume ou le dos de la main du patient (pour expliquer par exemple l'existence d'un kyste au niveau d'un ovaire).
- Utiliser les outils et plaquettes tactiles et visuels adaptés (en relief et en braille) d'ores et déjà existantes.
- S'enquérir certes de la santé du patient, mais aussi si elle a une mémoire visuelle (elle a vu ou pas avant de perdre la vue), de la pathologie de l'atteinte visuelle car certaines personnes peuvent voir :
 - les couleurs,
 - les formes,
 - le jour, la nuit, la lumière,
 - avoir un champ visuel tubulaire ou périphérique.
- Le praticien doit décrire ce qu'il est en train de faire et expliquer le déroulé de l'entretien pour rassurer le patient et lui permettre d'être au fait de certaines postures.
- Donner un verre d'eau dans un gobelet de couleur (non pas blanc ou transparent) afin qu'un patient malvoyant puisse le voir et le prendre sans le renverser.
- Lorsque la consultation est terminée : proposer au patient déficient visuel de le raccompagner ou demander à quelqu'un de l'accueil de venir le chercher.
- Le raccompagner jusqu'à la sortie, voire jusqu'au taxi.

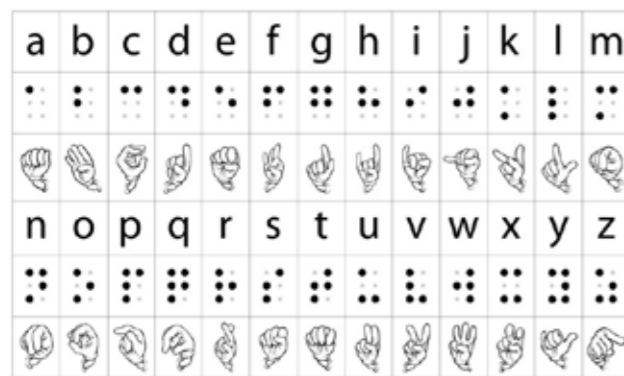


Outils de communication adaptés

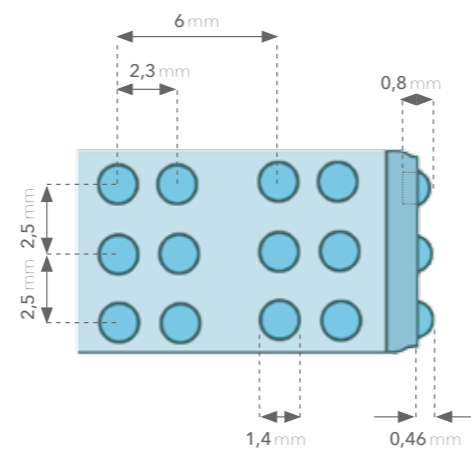


4 LA PERSONNE HANDICAPÉ VISUELLE

- Il faut faire une différence entre cécité totale et cécité partielle et aussi malvoyance ;
- Il peut y avoir des pathologies associées (diabète, SEP, IMC, AVC...);
- Les signes associés à la cécité ;
- Blindisme : Il s'agit d'un certain type de comportement psychomoteur, caractérisé par des balancements et tournoiemts itératifs, parfois rythmiques, une démarche particulière, des mouvements faciaux ou du cou ressemblant à certains tics. Son apparition chez le déficient visuel est le signe d'un désinvestissement par rapport à l'activité en cours ;
- Perturbation des apprentissages précoces ;
- Troubles de la représentation des mots ;
- Troubles de la représentation du corps ;
- Troubles du tonus (hypotonie axiale et hypertonie distale, tête penchant en avant ou ballotant pour le sens des masses, jambes et pieds écartés) ;
- Troubles de la représentation des choses ;
- Troubles de la représentation des actes ;
- Troubles de l'orientation spatiale et de la représentation des lieux ;
- Un autre sens comme l'ouïe peut être atteint (ex. maladie de Usher) entraînant une surdité moyenne ou profonde et une rétinite pigmentaire.
- ...



1. Alphabet braille et alphabet en langue des signes française.



2. Espacements des points braille sur une base de 6 mm. On préférera du 9 ou du 12 mm sur les poignées de porte ou les mains-courantes des escaliers.

LA PAROLE DU PATIENT EN SITUATION DE HANDICAP AUDITIF

1 ADAPTEZ VOS PRATIQUES

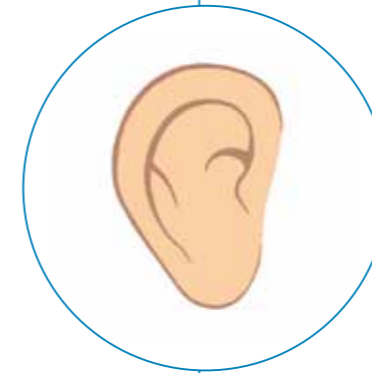
- Même si je suis en situation de handicap, je suis avant tout une personne et je suis sexué(e) donc je suis un homme ou une femme.
- Quand je me présente à l'accueil, merci de vous adresser à moi, même si je suis accompagné(e).
- Restez simple et naturel : il vaut mieux dire que vous êtes mal à l'aise avec mon handicap que de chercher à m'éviter.
- Merci d'acceptez que mon accompagnateur/trice vienne avec moi en consultation si j'y tiens.
- Si on ne parle pas la langue des signes, il n'est pas toujours utile d'écrire, car nous sommes nombreux à ne pas comprendre ce que vous avez écrit.

2 JE N'APPRÉCIE PAS

ÊTRE À L'ÉCOUTE

« Ce que je n'apprécie pas lorsque je vais chez le médecin et comment je souhaite que vous vous adaptiez dans vos pratiques. »

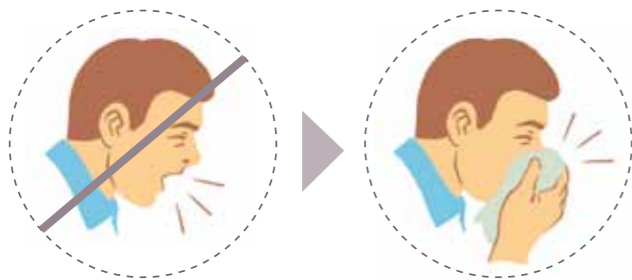
- que vous hurliez lors de la consultation. Cela ne sert à rien, il vaut mieux articuler et me parler normalement.
- que vous me parliez de manière lente et incompréhensible.
- que vous portiez un masque sur la bouche.
- que vous vous cachiez derrière l'ordinateur.
- que vous me parliez en baissant la tête ou en tournant le dos.
- que vous cherchiez à attirer mon attention en m'assurant de petites tapes sur l'épaule.
- que vous fassiez semblant d'avoir compris.



3 COMMENT AMÉLIORER MON ACCUEIL ET MON ACCÈS AUX SOINS ?

Comment s'adresser au patient handicapé auditif ?

- Saluer le patient et se présenter : cela permet d'évaluer une éventuelle difficulté de langage, une difficulté de compréhension ou une difficulté sensorielle.
- S'adresser à la personne et non à l'accompagnateur.
- Ne pas hésiter à reformuler afin de s'assurer d'une bonne compréhension « mutuelle ».
- S'adresser à lui avec des mots simples sans hésiter à appuyer vos mots de gestes.
- Articuler sans excès.
- Faire des phrases simples et utiliser des mots simples.
- Éviter les métaphores et les expressions idiomatiques à double sens (pour les patients sourds).
- Si le patient ne comprend pas, ne pas chercher systématiquement à écrire. Le faire s'il vous y invite.
- Utiliser des visuels dans les outils proposés qui sont une aide précieuse pour de nombreux patients dont les enfants, les patients illettrés ou ne maîtrisant pas la langue du pays.
- 20 à 30% de l'information orale est comprise contre 80% en langue des signes.
- 95% des personnes malentendantes viennent de familles entendantes.
- Faciliter la lecture labiale pour ceux qui sont capables de lire sur les lèvres.
- L'exercice consiste à mettre « le monde » sous forme d'images ressemblant à ce qui les entoure. Pour signer une maison, on forme un toit avec ses mains. Pour « dire » infirmière, signer une forme de croix sur l'épaule qui fait référence au symbole utilisé par le service médical.
- Utiliser la lumière pour interpeller la personne (en faisant clignoter la lumière).
 - Le « Hou-hou » en agitant la/les mains, s'il est loin,
 - Les vibrations, avec quelques coups sur le sol ou sur une table,
 - Le relais (en passant par d'autres personnes),
 - Le LPC (langage parlé complété),
 - Les mimes et gestes,
 - Langue des Signes Française (LSF).



Illustrer ce qu'il ne faut pas faire et ce qu'il faut faire.



L'espace du signeur : les signes se font dans un espace défini devant le signeur.

Comment aborder la personne ?

- Se placer face à la personne.
- Ne pas cacher sa bouche.
- Désigner les objets, la direction à prendre, le visuel sur son outil de communication.
- Si plusieurs questions appellent plusieurs réponses, structurer ses réponses : répondre aux questions les unes après les autres.
- Si possible, anticiper la consultation avec un interprète en langue des signes dès lors que l'on sait que le patient parle la LSF.
- Regarder et se positionner en face de la personne.
- Pour la douleur, on peut utiliser des gestes simples :
 - tout va bien,
 - modéré (type marionnette avec la main ou pouce sur le côté)
 - ça ne va pas.
- Ne pas utiliser échelle douleur EVA (0 à 10), utiliser plutôt l'échelle des mimiques (visages, émotions).



Comment mettre en place des absorbeurs de tensions ?

ATTÉNUER MON STRESS

Dans tous les cas, valorisez les capacités d'adaptation et d'autonomie du patient.

- Aller chercher le patient qui n'entendra pas qu'il est appelé ;
- S'équiper d'applications informatiques qui permettent de traduire en temps réel les échanges verbaux en LSF ;
- Installer des miroirs dans le cabinet de soin afin que le patient sourd reste en permanence en contact visuel avec le visage du médecin qui se déplace, se retourne ;
- Procurer une boucle magnétique portable au personnel d'accueil et au personnel soignant pour communiquer avec le patient malentendant appareillé.

4 LA PERSONNE HANDICAPÉE AUDITIVE

Il faut faire une différence entre la surdité totale et les personnes malentendantes.

Il y a une grande diversité entre les sourds (sourds oralistes, sourds ne parlant que la LSF ou sourds parlant le langage parlé complété (LPC)). Seuls 3% des personnes sourdes utilisent la langue des signes, les autres s'expriment oralement.

- **Le handicap auditif est un handicap « de communication partagée ».**
 - On entend par handicap auditif, la surdité profonde ou la malentendance d'origine acquise, congénitale ou génétique.
 - Il nécessite de la part du professionnel de santé qui ne parle pas la LSF beaucoup d'astuces.
 - L'aspect culturel de l'iconicité est très important. Il faut comprendre par là, qu'en France, une maison sera représentée par un toit mais dans d'autres pays, au Maghreb par exemple, l'icône pour représenter une maison n'est pas la même. C'est pourquoi les visuels sont les plus efficaces : les images, les illustrations, les dessins bien plus que les pictogrammes.
 - La personne malentendante est généralement oralisante.
 - Les boucles magnétiques sont une aide pour les personnes malentendantes appareillées.
- **L'identité visuelle a une grande importance dans la communauté sourde.**

En effet, un prénom signé est naturel, il permet de nous reconnaître socialement et dans notre entourage. Le nom signé reflète la personnalité, particularité, caractéristique physique ou caractère : on cherche un détail physique sur le visage, le corps, une habitude, une passion, une attitude.

LA PAROLE DU PATIENT AVANÇANT EN ÂGE

1 ADAPTEZ VOS PRATIQUES

- Même si je suis en situation de handicap, je suis avant tout une personne et je suis sexué(e) donc je suis un homme ou une femme.
- Quand je me présente à l'accueil, merci de vous adresser à moi, même si je suis accompagné(e).
- Restez simple et naturel : il vaut mieux dire que vous êtes mal à l'aise avec mon handicap que de chercher à m'éviter.
- Merci d'acceptez que mon accompagnateur/trice vienne avec moi en consultation si j'y tiens.



2 JE N'APPRÉCIE PAS

- d'être infantilisé(e).
- que vous oubliez de me considérer comme une personne et pas comme un malade.
- que vous me parliez uniquement de mes difficultés, et que vous oubliez ce que je suis capable de faire.
- que vous me demandiez d'aller plus vite ou de faire plus vite, que vous soyiez agacé(e) par ma lenteur.

ÊTRE À L'ÉCOUTE

« Ce que je n'apprécie pas lorsque je vais chez le médecin et comment je souhaite que vous vous adaptiez dans vos pratiques. »



3 COMMENT AMÉLIORER MON ACCUEIL ET MON ACCÈS AUX SOINS ?

Comment s'adresser à la personne avançant en âge ?

- La mettre en confiance et sourire.
- Lui parler en suivant son regard.
- La laisser s'exprimer.
- Être dans une écoute active et empathique (écouter et déceler ses besoins, comprendre ce qu'elle ressent).
- Être rassurant, tenir des propos valorisants.

Si nécessaire :

- Avoir un débit de parole plutôt lent en articulant bien les mots.
- Faire des phrases courtes et simples.
- Parler plus fort sans hurler.

Comment aborder la personne ?

- Observer ses faits et gestes pour identifier si elle nous entend et nous voit bien.
- Au moment de la recevoir, lui serrer la main en douceur et mettre la main derrière son dos et l'accompagner à s'installer.
- Se mettre à moins d'un mètre face à la personne et à sa hauteur.
- Se placer dans la même position que la personne, en miroir.
- La mettre en confiance et sourire.
- Lui parler en suivant son regard.
- La laisser s'exprimer.
- Être dans une écoute active et empathique (écouter et déceler ses besoins, comprendre ce qu'elle ressent).

Comment mettre en place des absorbeurs de tensions ?

ATTÉNUER MON STRESS

- Prendre le temps de l'écouter.
- Développer l'optimisme de la personne.
- Être vigilant à ses difficultés et lui apporter le soutien adapté.
- La féliciter, la complimenter (mettre en avant ses capacités).
- Faire de l'humour pour dédramatiser (c'est normal, ce n'est pas si grave...).
- Définir avec la personne 1 à 3 objectifs maximums, les écrire sur une feuille.
- Poser la voix de préférence sur une note grave.
- Reformuler, reprendre ce qu'elle dit, ne pas hésiter à répéter si besoin.
- Lui demander de résumer ce qu'elle a compris et reformuler les objectifs, les réécrire avec elle si besoin avec ses propres mots.
- Proposer des réponses alternatives (plusieurs choix de solutions possibles).

4 100% DE PERSONNE AVANÇANT EN ÂGE

Une personne est considérée comme vieillissante à partir de 70 ans bien que ce ne soit pas une question d'âge mais plutôt une question de parcours de vie.

Dans le milieu de la santé, on déterminera 2 principales catégories : 3^{ème} âge de 70 ans à 80 ans et 4^{ème} âge de 80 ans et plus.

La prévalence du handicap augmente fortement avec l'âge : 70% pour les 85 ans et plus.

Difficultés rencontrées :

- La lenteur,
- La fatigue ;
- Troubles de l'équilibre ;
- Difficulté de concentration ;
- Diminution de la perception du goût et de l'odorat ;
- Cataracte, cécité partielle ou totale ;
- Surdité partielle ou totale ;
- La colonne vertébrale se voûte ;
- Hypertension, problème d'œdème, cardiovasculaire ;
- Maladie d'Alzheimer, maladie dégénérative des cellules du cerveau, provoquant des troubles de la mémoire, de la pensée et du comportement ;
- Ostéoporose, fragilité des os ;
- Troubles bucco-dentaires et du transit (constipation) ;
- État anxigène, dépressif (apathie, envie de rien faire) ;
- Perte de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne
- ...



ÉVACUATION EN CAS DE SINISTRE



PICTOS



Le patient en situation de handicap visuel



Le patient en situation de handicap physique



Le patient en situation de handicap mental ou psychique



Patient en situation de handicap auditif

1 OBJECTIFS

S'adapter aux besoins des patients en situation de handicap

2 À QUI REMETTRE CETTE FICHE ?

Éléments d'informations à diffuser auprès

- des agents de sûreté,
- des agents de sécurité,
- des personnels d'accueil,
- des personnels de santé
- et des patients et de leurs accompagnateurs.

3 LES BONNES QUESTIONS

- Comment les informer des protocoles à suivre ? Comment les accompagner ?
- Comment procède-t-on avec les personnes en situation de handicap en cas de sinistre ?
- Comment identifier les problèmes physiques ou sensoriels invisibles et les besoins d'accompagnement ?



RAPPEL DES CONSIGNES GÉNÉRALES

Tout est une question d'analyse du risque et de bon sens.

1. Au déclenchement d'alarme on ne se pose pas de question, on évacue par la sortie la plus proche.
2. Lorsque l'on peut sortir à l'extérieur, on le fait. On sort et on va au point de rassemblement prévu.
3. Le personnel qui est formé organise, sur tous les niveaux, l'évacuation. Il invite les personnes à rejoindre les sorties, les dégagements ou escaliers les plus proches en suivant le balisage.
4. On doit bien analyser la situation pour se diriger du côté où il n'y a pas, ou moins, de fumée et on rejoint soit l'EAS, soit l'escalier sécurisé désenfumé.
5. L'ascenseur n'est pas un moyen d'évacuation sauf dans le cas très particuliers ou il est secouru (dispositions de l'article AS 4 du règlement de sécurité).

QUESTIONS LIÉES AU HANDICAP

● Comment communiquer auprès des personnels et des patients en situation de handicap sur le protocole à suivre ?

Dans le cas d'un patient accompagné, c'est l'accompagnateur qui prendra en charge le patient en situation de handicap en cas de sinistre.

C'est donc aux accompagnateurs que doivent être données les informations.

Dans tous les cas, il est nécessaire qu'une fiche d'information sur le confort d'accueil et l'évacuation des patients en situation de handicap et vieillissants venant seuls ou accompagnés au centre de santé, en cas de déclenchement du système d'alarme incendie, soit affichée dans les espaces d'attente.

● Comment procède-t-on avec les personnes en situation de handicap en cas de sinistre ?

Dans tous les cas de figure, les professionnels doivent proposer leur aide avec diplomatie. Ne l'imposez pas.

Les patients et personnels en situation de handicap définitive ou temporaire préfèrent tous sortir du bâtiment plutôt que d'être mis en attente dans un EAS (espace d'attente sécurisé et désenfumé). Seules les personnes circulant en fauteuil roulant et présentant de grandes difficultés de marche y seront orientées.

QUESTIONS LIÉES AU HANDICAP

● L'accompagnement des patients en situation de handicap est « gourmand » en personnel : comment anticiper cette question car il n'y a pas assez de personnel ? C'est un vrai sujet à solutionner et à inscrire dans le protocole d'évacuation en interne.

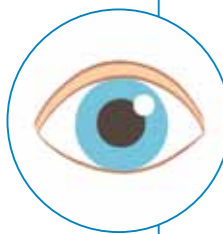
1. Première difficulté : repérer les patients isolés qui ne présentent aucun signe extérieur visible.
2. En cas d'alarme restreinte, une levée de doute est opérée par les agents du service de sécurité incendie dans le temps qui est imparti (temporisation 3 minutes). S'il s'agit d'un déclenchement intempestif de l'alarme le processus est stoppé par les mêmes agents.
3. En fonction du nombre de patients handicapés, le risque est de ne pas être en nombre suffisant. Pour les non-voyants, par exemple, il est possible d'accompagner 4 personnes à la fois qui se tiennent respectivement les bras.
4. Si tout le monde panique ? À priori les gens ne paniquent pas tant qu'ils ne voient pas les flammes ou les fumés.
5. Les personnes qui ne sont pas en situation de handicap physique ne sont pas censées poser de problème et peuvent sortir seules, c'est pourquoi il faut se concentrer sur les personnes fragilisées, fatigables, lentes, désorientées...
6. Il faut être très précis dans la description de la mission de chacun : accompagner le visiteur circulant en fauteuil roulant dans l'EAS et, le cas échéant, appeler du renfort pour accompagner un visiteur présentant une autre situation de handicap qui lui, doit être accompagné pour évacuer.
7. Il convient aussi d'être plus précis dans le protocole d'évacuation, par exemple, en précisant quel agent accompagnera le dit patient et y insérer un schéma de déplacement par niveau.
8. Remettre à chaque agent le « mode d'emploi du bâtiment » ainsi que les fiches « accueil des patients en situation de handicap » afin qu'ils puissent renseigner les patients en situation de handicap et les patients fatigables.
9. Réaliser une fiche par poste.
10. L'absence de signalétique pour indiquer les EAS exige des agents une connaissance parfaite de la situation géographique des EAS dans le bâtiment. Cette signalétique de sécurité doit être mise en conformité.

● Définition d'un EAS

L'EAS est une zone protégée et ce n'est pas obligatoirement un local. Exemple, cela peut être en terrasse, un cabinet de soin, un palier d'escalier. Il faut considérer que le visiteur lambda ne sait pas ce qu'est un EAS et ne sait pas où il se trouve.

USAGES SPÉCIFIQUES

1 LE PATIENT EN SITUATION DE DIFFICULTÉ VISUELLE / NON-VOYANT



Il veut, il peut évacuer.

- Ne pas le pousser, ne pas le prendre par le bras, ne pas le mettre devant. L'inviter à vous tenir le bras.
- Parler, décrire, expliquer, parler un peu fort s'il y a une forte nuisance sonore, sans discontinuité.
- Laisser le chien vous suivre sans s'occuper de lui s'il est accompagné de son chien guide.
- Inviter les personnes aveugles ou très mal voyantes circulant avec canne à l'utiliser en mode « roulé/frotté » afin qu'elles ressentent la moindre information podotactile.
- S'il peut y aller tout seul, le laisser faire.

2 LE PATIENT EN SITUATION DE DIFFICULTÉ MOTRICE (EN FAUTEUIL, MAL-MARCHANT, FATIGABLE)



Ils veulent évacuer mais ils seront prioritairement accompagnés vers les EAS.

- Si la personne veut sortir alors qu'elle marche mal et qu'elle est lente, il faut négocier en orientant la négociation : « est-ce que vous pensez que vous serez assez rapide pour accéder à la sortie ? ».
- Si la personne a un problème d'élocution, cela ne veut pas dire qu'elle ne comprend pas ce que vous dites.
- Pour les personnes en fauteuil roulant ou mal-marchantes, on privilégie l'EAS le plus proche (balisage). Mais si possible, on privilégie les terrasses ou les EAS ouverts sur l'extérieur. Les personnes réfugiées dans les EAS bénéficieront d'une évacuation différée, organisée par le personnel du centre de santé et par les secours publics. Si elles peuvent y aller toutes seules, les laisser faire.

3 LE PATIENT EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL



Il veut, il peut évacuer.

- S'il se passe quelque chose qui n'est pas habituel, elle peut être en panique. C'est à dire qu'elle va se bloquer. Elle n'aura pas forcément le réflexe de suivre le mouvement.
- Vous allez la repérer car elle sera perdue, dans son monde.
- Il a principalement des problèmes de repérages et ne sait souvent pas lire, sauf les pictogrammes.
- Néanmoins, avec un peu de chance, il aura été formé au comportement à avoir en cas de sinistre et notamment s'il entend l'alarme sonore. Dans ce cas laisser le faire en lui indiquant le chemin à suivre. Il sait très bien comment procéder.
- Pour s'adresser à elle, il faut lui expliquer calmement et simplement ce qui se passe, rendre visuel ce que vous dites, montrer la direction avec le doigt, lui sourire pour gagner leur confiance.
- Essayer de ne pas la toucher. L'inviter à vous prendre le bras.
- Ne pas avoir peur des débordements. Ils sont très rares.
- Ne pas donner de durées de temps, elle ne comprendra pas. Lui montrer sur leur montre la flèche et leur indiquer quand elle pourra partir.

USAGES SPÉCIFIQUES

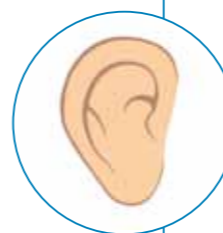
4 LE PATIENT HANDICAPÉ PSYCHIQUE (PROBLÈME DE SOCIALISATION, NÉVROSES, PSYCHOSES, SCHIZOPHRÉNIE, TROUBLES BIPOLAIRES, ETC.)



Il veut, il peut évacuer.

- Ce sont les personnes qui paniquent le plus.
- On ne les amène pas dans les espaces d'attente sécurisés. On les sort.
- En cas de sinistre, si on leur demande d'évacuer, ils vous suivront.
- On ne les prend pas de force : on ne les touche pas, on les invite à vous prendre le bras.

5 PATIENT MALENTENDANT



Il veut, il peut évacuer.

- Montrer du doigt les flashes lumineux.
- Faire beaucoup de gestes et articuler sans hurler en parlant bien face à elle.
- Être dans un endroit bien éclairé et être face à elle. Prendre quelques minutes pour lui expliquer ce qui va se passer.
- Faire des phrases simples. Elle comprend quelques mots dans la phrase et reconstitue l'idée comme on le fait avec une langue étrangère.

6 PATIENT SOURD



Il veut, il peut évacuer.

- Montrer du doigt les flashes lumineux.
- En principe, le visiteur sourd suit le mouvement des autres visiteurs. Il lit sur leurs visages et comprend ce qui se passe.
- Être dans un endroit bien éclairé et être face à elle. Prendre quelques minutes pour lui expliquer ce qui va se passer.
- Faire des phrases simples. Elle comprend quelques mots dans la phrase et reconstitue l'idée comme on le fait avec une langue étrangère.
- Utiliser une communication gestuelle.
- Apprendre 3 à 4 signes de la langue des signes française. Il existe la langue des signes française et les autres langues des signes étrangères, mais ceux-là sont compréhensibles.



« Partir »
Fermer les doigts en indiquant la direction de l'endroit où aller.



« Feu »



SANTÉ BD

DES FICHES GRATUITES POUR EXPLIQUER
LA SANTÉ AVEC DES MOTS SIMPLES



1 QU'EST-CE QUE SantéBD ?

Les fiches SantéBD expliquent comment se passe une consultation, un acte de soin ou de prévention :

- Les dessins sont **clairs et rassurants**.
- Les phrases sont **courtes et faciles à comprendre**.
- Les fiches sont **personnalisables**.

Vous pouvez trouver sur notre site santebd.org les thèmes suivants (et bien d'autres encore...) :

ÊTRE À L'ÉCOUTE



« Le dialogue est plus facile, les soins se passent mieux. »



SANTÉ BD

DES FICHES GRATUITES POUR EXPLIQUER LA SANTÉ AVEC DES MOTS SIMPLES

2 QUI PEUT UTILISER LES FICHES SantéBD ?



Garçon Fille



Homme Femme



Homme Femme



- Les enfants,
- Les personnes qui ont des difficultés pour comprendre et parler :
 - Déficience intellectuelle
 - Autisme
 - Aphasie
- Les personnes qui ne parlent pas français,
- Les aidants professionnels et familiaux,
- Les professionnels de santé pour les aider à donner des explications faciles à comprendre;
- Les fiches sont aussi adaptées pour les **personnes déficientes visuelles et auditives**, ainsi que les **personnes à mobilité réduite**.

3 OÙ TROUVER LES FICHES SantéBD ?



Sur ordinateur en allant sur le site www.santebd.org



Sur tablette ou smartphone en téléchargeant l'application : **SantéBD**

Toutes les fiches SantéBD sont gratuites.

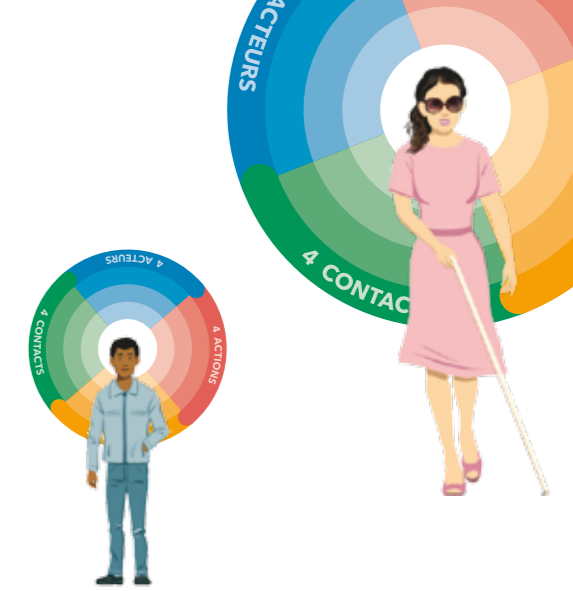
Le projet SantéBD est coordonné par l'association CoActis Santé : contact@coactis-santé.fr

Les illustrations sont de Frédérique Mercier. © CoActis Santé 2015 – Tous droits de reproduction, de représentation et d'adaptation réservés sur tous supports dans le monde entier.

La réalisation de cet outil a été rendu possible grâce au soutien de :



Toutes les fiches sont relues par des personnes avec un handicap intellectuel et respectent les règles européennes du « Facile à Lire et Comprendre » (FALC). Ces règles permettent de rendre l'information accessible à tous.



CRÉDITS PHOTOGRAPHIQUES

Nadia Sahmi

CRÉDITS ILLUSTRATIONS

Philippe de la Fuente

Tous droits réservés

DES CENTRES DE SANTÉ ET DES STRUCTURES DE SOIN ACCESSIBLES À TOUS

GUIDE DES BONS USAGES

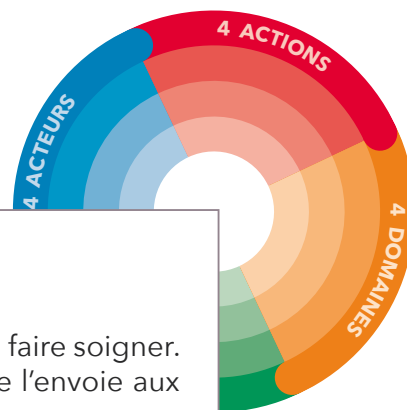
« De l'innovation au service de la longévité et de la fragilité » pour des centres de santé agréés bienveillants

« Personnellement, j'ai abandonné. Je n'amène plus mon enfant se faire soigner. À chaque fois que je le peux, je fais une photo du problème et je l'envoie aux médecins ».

Ce sont ces témoignages qui ont motivé la publication de ce « guide des bons usages » destiné à **faire prendre conscience aux centres de santé que seul un bouquet d'interventions systémiques** permet d'améliorer la qualité d'accueil et de soin de tous les patients dont les patients vieillissants ou en situation de handicap.

L'analyse des Us, besoins et difficultés rencontrés par les patients et les personnels évoluant dans un centre de santé, ont permis de flécher 4 domaines organisationnels, humains, bâtis, technologiques, 4 principales actions, 4 temps de contacts à impacter et 4 acteurs à fédérer pour qu'un patient n'abandonne plus l'acte de soin.

Rappel : le guide des bons usages ne vise en aucun cas à créer des centres de santé « dédiés » aux personnes en situation de handicap.



FONDATION HANDICAP



Fondation Malakoff Mederic Handicap

2 rue Clisson, 75013 Paris

Courriel : fondationhandicap@malakoffmederic.com

Site web : www.fondationhandicap-malakoffmederic.org

