

OUTIL N°1. Les actions à entreprendre pour s'améliorer

Comment conduire un projet d'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des personnes en situation de handicap dans un établissement de santé ?

Cet outil s'adresse à l'équipe de direction, la CME et l'encadrement de l'établissement de santé qui souhaite mettre en place ce projet d'amélioration.

Il est décliné à partir du guide d'amélioration des pratiques professionnelles de la Haute autorité de santé relatif à l'accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap (juillet 2017) et liste les actions à mettre en œuvre.

OBJECTIFS (QUI ?)	ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE (QUOI ?)	Avancement : Non fait, En cours, Non débuté, Non applicable	Observations et remarques
Organisation de l'établissement de santé (La direction)	1.1 L'établissement met en place une équipe de pilotage pluri-professionnelle incluant les représentants de personnes en situation de handicap, pour coordonner ce projet. 1.2 L'établissement identifie les besoins pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap au sein du territoire : les acteurs externes sanitaires (SSR, HAD, etc.) médicosociaux et sociaux (externe), associations de personnes en situation de handicap et bilan de l'existant en interne auprès du personnel (CME, DSIMT, en consultant la CDU et les personnes en situation de handicap). 1.3 L'établissement élabore une politique institutionnelle sur la prise en charge du patient en situation de handicap : formalisation d'un document (ex. : charte, projet spécifique handicap à insérer dans le projet d'établissement). 1.4 L'établissement inscrit cet axe dans le projet d'établissement (à travers le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), le projet médical, le projet de soins infirmiers, le plan de formation et de DPC) et dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). 1.5 L'établissement officialise le lancement du projet : comme, par exemple, à l'occasion de la signature de la charte Romain Jacob ou à l'occasion de la première signature de convention de partenariat, en participant à des projets régionaux, nationaux, sur le handicap. 1.6 L'établissement établit des conventions de partenariats avec les structures médicosociales, sociales et les maison/centre/pôles de santé pour coordonner leurs actions entre elles et favoriser la continuité des soins.		

OBJECTIFS (QUI ?)	ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE (QUOI ?)	Avancement : Non fait, En cours, Non débuté, Non applicable	Observations et remarques
	1.7 L'établissement s'appuie sur une organisation pour faciliter l'accueil et l'orientation des personnes, avec, par exemple : ▸ Un numéro de téléphone unique et e-mail/SMS/fax pour faciliter l'information de ces personnes ; ▸ Un site Internet accessible à tout type de handicap ; ▸ Un personnel dédié (ex. : référent handicap ou équipe spécialisée, service) ; ▸ L'identification sur le site Internet de ce personnel dédiée (ex. : icône spécifique) ; ▸ Un(e) dispositif/procédure d'accueil spécifique aux urgences ; ▸ L'aide de partenaires extérieurs (réseau, association, ESMS, autres) ; ▸ Autres. 1.8 L'établissement évalue l'accessibilité de ses locaux et services aux patients, et met en œuvre les moyens nécessaires pour assurer une accessibilité effective, en hospitalisation et pour les consultations externes (accessibilité physique comme les tables de consultation, le matériel spécialisé (ophtalmologie, fauteuil dentaire, etc.), accessibilité de l'information au patient (site web, documents rédigés en « Facile à lire et à comprendre » remis aux patients, explications orales, fléchage adapté, langue des signes, etc).		
Sensibilisation et formation (L'encadrement)	2.1 Sensibilisation : l'ensemble des professionnels est sensibilisé à la prise en charge des personnes en situation de handicap : ▸ Inscription dans le plan de formation et de DPC de l'établissement ; ▸ Nombre de professionnels sensibilisés. 2.2 Formation : l'établissement définit une cible prioritaire de professionnels à former à la prise en charge des personnes en situation de handicap en fonction de leur mission (référénts handicap, personnel de l'accueil aux urgences, de l'accueil, admission, médecins et infirmiers, aides-soignants, autres) en assurant une représentation de tous les services : ▸ Inscription dans le plan de formation ou de DPC de l'établissement ; ▸ Nombre de professionnels formés. 2.3 Les personnes en situation de handicap sont sollicitées pour ces actions de sensibilisations/formation.		

OBJECTIFS (QUI ?)	ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE (QUOI ?)	Avancement : Non fait, En cours, Non débuté, Non applicable	Observations et remarques
	2.4 Une communication régulière sur la prise en charge des personnes en situation de handicap est assurée (plan de communication, affichage de la charte, etc.) : ▸ Fréquence et nombre d'actions de communication menées.		
Qualité et continuité (encadrement médico-soignant)	3.1 Un référent handicap ou une équipe dédiée est mobilisée en appui/conseil des équipes. 3.2 Une procédure d'accueil et de prise en charge des personnes en situation de handicap est en place, quel que soit le type d'admission (consultation, hospitalisation, urgences). 3.3 Un temps dédié collectif est prévu pour organiser en amont du séjour de la personne. 3.4 Les documents de liaison ou le carnet de santé du patient permettent la coordination entre les professionnels auxquels la personne fait appel.		
Présence des aidants (encadrement et équipes médico-soignantes)	4.1 L'équipe de soins identifie les aidants (naturels et professionnels) dans le dossier du patient. 4.2 Si le patient le souhaite, sa présence est discutée, puis, le cas échéant, organisée dans les services de jour comme de nuit (chambre pouvant l'accueillir, horaires de visites élargis). 4.3 Si besoin, leur présence et leurs rôles sont déterminés par l'équipe (exemple : réalisation d'actes de la vie quotidienne) et formalisés.		
Évaluer le projet (La structure de pilotage)	5.1 La structure de pilotage évalue les actions entreprises. 5.2 Elle évalue la qualité perçue et la satisfaction des usagers et des professionnels externes. 5.3 Avec la direction et l'équipe médico-soignante, elle évalue le fonctionnement des partenariats mis en place avec les structures de l'environnement. 5.4 Elle communique régulièrement sur le sujet auprès du personnel.		