



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.

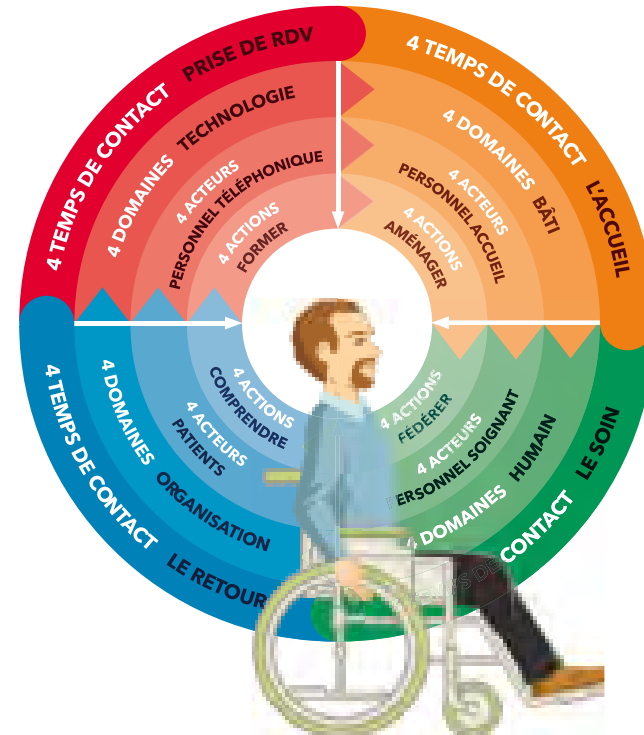
OBJECTIFS

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.
- ...

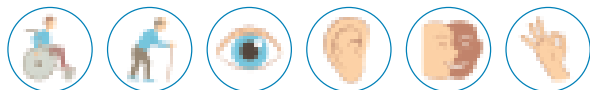


PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT

- **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.



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



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

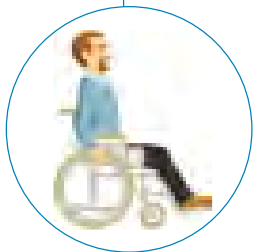
Comment utiliser les fiches SantéBD



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-escarpe 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**.

HABILAGE

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

DÉSHABILAGE

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) Paralysie 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'usager, 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 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 ?

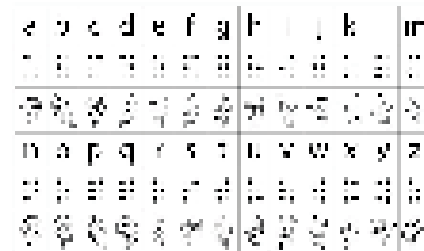
Dans tous les cas, valorisez les capacités d'adaptation et d'autonomie du patient :

- 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 ...).

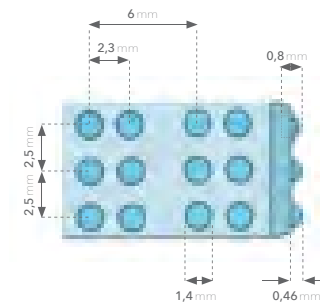


4 LA PERSONNE HANDICAPÉ VISUELLE

- 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 tournolements 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.

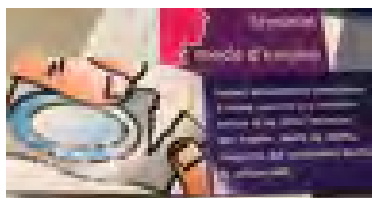


2. Espacements des points braille sur une base de 6 mm. On préférera du 9 ou du 12 mm sur les poignées de porte ou les mains-courantes des escaliers.

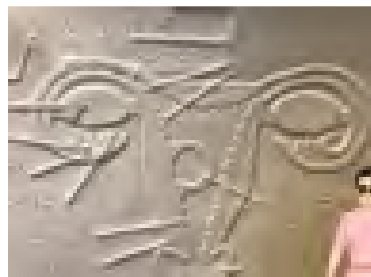
Comment mettre en place des absorbeurs de tensions ?

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



LA PAROLE DU PATIENT EN SITUATION DE HANDICAP AUDITIF

1 ADAPTEZ VOS PRATIQUES

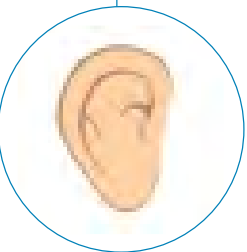
- Même si je suis en situation de handicap, je suis avant tout une personne et je suis sexué(e) donc je suis un homme ou une femme.
- Quand je me présente à l'accueil, merci de vous adresser à moi, même si je suis accompagné(e).
- Restez simple et naturel : il vaut mieux dire que vous êtes mal à l'aise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

- 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.

ÊTRE À L'ÉCOUTE

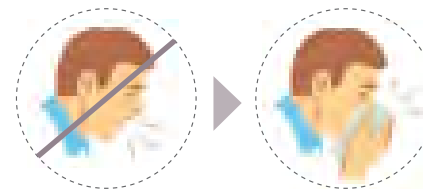
« Ce que je n'apprécie pas lorsque je vais chez le médecin et comment je souhaite que vous vous adaptiez dans vos pratiques. »



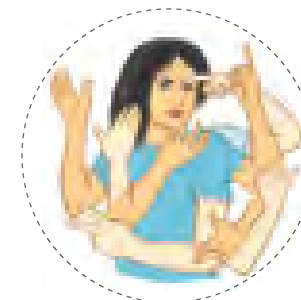
3 COMMENT AMÉLIORER MON ACCUEIL ET MON ACCÈS AUX SOINS ?

Comment s'adresser au patient handicapé 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 entendant.
- 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).



« Tout va bien »



« Bonjour »



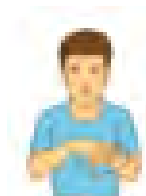
« Infirmière »



« Aider »



« Moyen »



« Pardon »



« S'il te plaît »



« Merci »

« Ça ne va pas »

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 portative 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 partagé ».**
 - 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 soyez 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);
-  tat anxio-g ne, 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   QUI REMETTRE CETTE FICHE ?

 l ments 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.

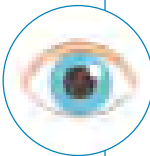
1. Première difficulté : repérer les patients isolés qui ne présentent aucun signe extérieur visible.
2. En cas d'alarme restreinte, une levée de doute est opérée par les agents du service de sécurité incendie dans le temps qui est imparti (temporisation 3 minutes). S'il s'agit d'un déclenchement intempestif 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.

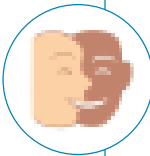
2 LE PATIENT EN SITUATION DE DIFFICULTÉ MOTRICE (EN FAUTEUIL, MAL-MARCHANT, FATIGABLE)



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 à 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

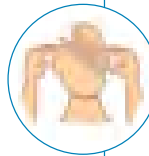


Il veut, il peut évacuer.

- 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

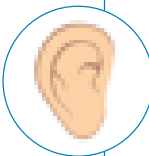
4 LE PATIENT HANDICAPÉ PSYCHIQUE (PROBLÈME DE SOCIALISATION, NÉVROSES, PSYCHOSES, SCHIZOPHRÉNIE, TROUBLES BIPOLAIRES, ETC.)



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.

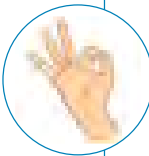
5 PATIENT MALENTENDANT



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.



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

GUIDE DES BONS USAGES

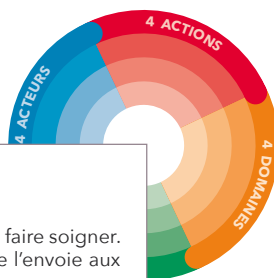
« De l'innovation au service de la longévité et de la fragilité » pour des centres de santé agréés bienveillants

« 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

