

Amélioration de l'expérience des personnes en situation de handicap en milieu hospitalier : Cas du service Welcome de l'Hôpital de la Citadelle

Auteur : Hilferink, Lucas

Promoteur(s) : Cornet, Annie

Faculté : Faculté des Sciences Sociales

Diplôme : Master en gestion des ressources humaines, à finalité spécialisée en gestion

Année académique : 2023-2024

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/21096>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

NOM : HILFERINK

Prénom : Lucas

Matricule : s172700

Filière d'études : Master en Gestion des Ressources Humaines, à fin. spéc. en Gestion

Mémoire de fin d'études

Amélioration de l'expérience des personnes en situation
de handicap en milieu hospitalier : Cas du service Welcome
de l'Hôpital de la Citadelle

Promotrice : CORNET Annie

Lectrice : THIRY Manoée

Lectrice : TOMAT Christiane

REMERCIEMENTS

Ce mémoire marque l'aboutissement de nos années d'études à la Faculté des Sciences Sociales avant de nous engager dans une nouvelle aventure à HEC. Ces années ont été enrichissantes, ponctuées par des rencontres inoubliables, des amitiés sincères, des moments de doute, et un apprentissage constant. C'est avec une grande gratitude que nous souhaitons exprimer nos remerciements à tous ceux qui ont contribué à ce travail.

En premier lieu, nous tenons à remercier chaleureusement notre maître de stage et lectrice, Christiane TOMAT, pour son empathie, sa patience, sa force de caractère et ses convictions. Son exemple nous a profondément marqués et inspirés pour notre future carrière professionnelle. Elle a su nous faire tomber « amoureux » du monde hospitalier et de la gestion de la diversité, tout en nous guidant avec une bienveillance et un professionnalisme exemplaires.

Un merci particulier à Aysel UZUN, aux côtés de qui nous avons passé une grande partie de notre stage. Sa personnalité haute en couleur et nos nombreuses discussions ont enrichi cette expérience de manière inestimable.

Nous souhaitons remercier et exprimer notre profonde gratitude à l'équipe du service Welcome pour leur accueil chaleureux et leur humour sans faille. Leur collaboration et leur dévouement ont été essentiels à la réalisation de ce mémoire.

Un chaleureux merci également à toute l'équipe du -1, le service de médiation interculturelle à l'Hôpital de la Citadelle, pour leur bienveillance et tous les moments de partage, ainsi qu'à leur fabuleuse stagiaire, Indira AK, avec qui nous avons partagé le quotidien durant nos stages respectifs.

Un grand merci à notre lectrice, Manoée THIRY, pour le temps qu'elle a consacré à la lecture et à l'évaluation de ce mémoire, ainsi que pour ses conseils avisés.

Nous sommes également reconnaissants envers Madame Annie Cornet, notre promotrice, pour son encadrement. Nous souhaitons la remercier de nous avoir permis de travailler sur un sujet passionnant.

Enfin, nous tenons à remercier notre famille et nos amis pour leur soutien indéfectible, leurs précieux conseils, et leur patience lors des relectures. Leur présence et leur encouragement ont été une source de motivation constante.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
PREMIÈRE PARTIE : MISE EN CONTEXTE.....	5
Définition de la problématique.....	5
Revue de littérature.....	6
Chapitre 1 - Gestion de la diversité.....	6
1.1. La diversité.....	6
1.2. Gestion de la diversité.....	7
1.2.1. Qu'est-ce que la gestion de la diversité ?.....	7
1.2.2. Enjeux et logiques d'action.....	8
1.2.2.1. Logiques économiques.....	9
1.2.2.2. Logiques sociales.....	10
1.2.3. En pratique.....	11
Chapitre 2 - Le handicap.....	13
2.1. Définitions.....	13
2.2. Modèles.....	15
2.2.1. Modèle médical.....	15
2.2.2. Modèle social.....	16
2.3. Le handicap en chiffres.....	17
2.4. Accès aux soins et situation de handicap.....	19
Chapitre 3 : Défis rencontrés par les hôpitaux dans l'accueil des personnes en situation de handicap.....	20
3.1. Accessibilité physique.....	20
3.2. Difficultés de communication.....	22
3.3. Coordination.....	23
3.4. Interlocuteur dédié.....	24
DEUXIÈME PARTIE : RECHERCHE EMPIRIQUE.....	26
Méthodologie.....	26
1. Démarche et approche.....	26
2. Le terrain de recherche.....	26
3. Méthodes de recueil de données.....	27
3.1. Observation participante.....	27
3.2. Analyse documentaire.....	28
3.3. Entretiens semi-directifs.....	28
3.3.1. Déroulement des entretiens.....	28
3.3.2. Échantillonnage.....	28
4. Limites de la recherche.....	29
5. Questions de recherche et hypothèses.....	30
Présentation des résultats.....	32
1. Le service Welcome à l'Hôpital de la Citadelle.....	32
1.1. L'hôpital de la Citadelle.....	32
1.2. Le service Welcome.....	34

1.2.1. Origine.....	34
1.2.2. Structure.....	34
1.2.3. Objectifs.....	35
1.2.4. Fonctionnement et missions.....	36
1.2.5. Rôle des agents du service.....	37
1.2.6. Chiffres du service.....	39
1.2.7. Pratiques et procédures spécifiques.....	41
2. Défis et solutions dans l'accueil des PSH.....	43
2.1. Le besoin d'une personne de référence.....	43
2.2. L'accessibilité physique.....	45
2.3. Les difficultés de communication.....	47
2.4. La coordination.....	49
3. Points faibles.....	51
3.1. L'emplacement des bureaux.....	51
3.2. Les limites floues.....	52
3.3. Connaissance du service.....	54
4. Points d'attention.....	55
Discussion.....	57
CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	63
ANNEXES.....	68

INTRODUCTION

« Le véritable handicap, c'est l'inaccessibilité du monde. » Cette citation populaire illustre parfaitement la philosophie de notre étude de cas sur le service Welcome de l'hôpital de la Citadelle. En effet, dans un monde où l'inclusion et l'accessibilité des personnes en situation de handicap (PSH) sont encore trop souvent négligées, il est essentiel de comprendre comment les structures hospitalières peuvent s'adapter pour mieux répondre aux besoins de cette population.

En 2018, l'Hôpital de la Citadelle à Liège a décidé de se positionner en tant que pionnier, en créant un service d'accueil et d'accompagnement personnalisé des personnes à besoins spécifiques (PBS) : le service Welcome. Ce service, unique en Belgique, a pour objectif de garantir un accueil et des soins de qualité à tous au sein de leurs établissements.

Notre recherche s'inscrit dans une enquête de terrain à l'Hôpital de la Citadelle. À travers ce travail, nous nous sommes demandés comment le service Welcome de l'hôpital répond-il aux défis de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, et quelles bonnes pratiques peuvent être identifiées pour répondre à ces défis dans d'autres hôpitaux ?

Le but de cette recherche est double. D'un point de vue managérial, il s'agit d'identifier des pratiques qui peuvent, non seulement, améliorer la satisfaction des PSH, mais aussi optimiser l'efficacité des processus hospitaliers dans leur accueil. D'un point de vue scientifique, cette étude contribue à la littérature sur la gestion de la diversité en milieu hospitalier, en apportant un éclairage spécifique sur les pratiques innovantes du service Welcome. La contribution de cette étude est significative pour l'hôpital de la Citadelle mais aussi pour d'autres hôpitaux. Elle vise à fournir des recommandations concrètes pour renforcer l'efficacité et l'impact du service Welcome, tout en offrant un cadre de référence pour d'autres institutions souhaitant adopter des pratiques similaires.

Ce mémoire est structuré en plusieurs parties. La mise en contexte débute par une brève définition de notre problématique suivie d'une revue de littérature détaillant les concepts clés et les études existantes sur la gestion de la diversité, la notion de handicap et l'accès des PSH en milieu hospitalier. La partie empirique présente notre méthodologie, basée sur des entretiens semi-directifs et l'observation participante. Elle offre ensuite une analyse approfondie des pratiques du service Welcome. Ce travail se termine par une discussion mettant en perspective nos résultats avec les théories existantes tout en proposant de nouvelles pistes d'interrogations.

Nos principaux résultats démontrent que le service Welcome améliore effectivement l'expérience des PSH grâce à une organisation dédiée et des pratiques personnalisées. Cependant, il subsiste des défis et des améliorations. Nos conclusions soulignent l'importance d'une approche coordonnée et personnalisée pour l'inclusion des PSH en milieu hospitalier, et ouvrent la voie à de futures recherches pour étendre ces pratiques.

PREMIÈRE PARTIE : MISE EN CONTEXTE

Définition de la problématique

Ce travail de recherche s'inscrit dans le domaine de la gestion des opérations et des ressources humaines en milieu hospitalier, avec un focus spécifique sur la gestion de la diversité et l'inclusion des personnes en situation de handicap. L'Hôpital de la Citadelle, à Liège, a mis en place le service Welcome, spécifiquement dédié à l'accueil et à l'accompagnement des PSH. Ce service est unique en Belgique, ce qui en fait un sujet d'étude particulièrement intéressant et pertinent.

En l'étudiant, l'objectif est de comprendre comment un hôpital peut mettre en place des pratiques efficaces pour améliorer l'accueil et l'accompagnement des PSH. Ce domaine de recherche est particulièrement pertinent dans le contexte actuel où les institutions de santé cherchent à devenir plus inclusives et à offrir des soins de qualité à toutes les patientèles afin de les attirer, et les fidéliser, dans leurs établissements.

Le premier objectif de cette recherche est de **décrire en détail le fonctionnement du service Welcome à l'hôpital de la Citadelle**. Cela comprend la structure du service, son fonctionnement, les rôles et responsabilités des agents, ainsi que les pratiques et procédures mises en place pour l'accueil et l'accompagnement des PSH. Nous visons à fournir une compréhension exhaustive de ce service tout en mettant en lumière de bonnes pratiques et des initiatives spécifiques.

Le deuxième objectif est de **comprendre les principaux défis auxquels sont confrontés les PSH en milieu hospitalier et comment le service Welcome de la Citadelle y répond**. Cet objectif se concentre sur l'identification de ces défis et l'analyse des mécanismes mis en place par le service pour surmonter ces obstacles et offrir un accueil de qualité aux PSH.

Le troisième objectif est de **proposer des recommandations basées sur les pratiques du service Welcome**, afin d'encourager d'autres hôpitaux à adopter des mesures et initiatives similaires. Ces recommandations visent à améliorer l'inclusivité et la qualité des services hospitaliers pour les PSH, en se basant sur les leçons tirées de l'expérience de l'Hôpital de la Citadelle.

De manière générale, nous tenterons de répondre à la question suivante : *Comment le service Welcome de l'hôpital de la Citadelle répond-il aux défis de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, et quelles bonnes pratiques peuvent être identifiées pour répondre à ces défis dans d'autres hôpitaux ?*

En décrivant le fonctionnement du service Welcome, en comprenant les défis spécifiques et en proposant des recommandations managériales, ce mémoire espère encourager d'autres institutions hospitalières à adopter des pratiques inclusives et efficaces, avec la Citadelle comme modèle d'action.

Revue de littérature

Chapitre 1 - Gestion de la diversité

1.1. La diversité

Le concept de diversité, tel que défini par le dictionnaire Larousse en ligne, renvoie au « caractère de ce qui est divers, varié, différent. » Cette définition générale peut être affinée dans un contexte académique et managérial. D'après Cornet et Warland (2010), la diversité désigne l'ensemble des caractéristiques individuelles, sociales et organisationnelles qui façonnent l'identité et la personnalité des individus. Elle renvoie à la capacité d'une organisation à gérer l'altérité, en considérant à la fois les ressemblances et les différences entre ses membres. Elle représente la composition même de l'organisation en termes de différentes dimensions (MacNeily, 2021) telles que l'âge, la prétendue race, le sexe, le handicap, l'orientation sexuelle ou encore l'origine nationale (Shore et al., 2009). La diversité englobe un éventail de caractéristiques des membres d'une organisation devant être respectées et valorisées (MacNeily, 2021).

Pour l'Université du Québec à Montréal (n. d.), la diversité se rapporte aux conditions, modes d'expression et expériences de différents groupes définis par des critères tels que l'âge, le niveau d'éducation, l'orientation sexuelle, les responsabilités parentales, le statut d'immigration, le statut d'Autochtone, la religion, la situation de handicap, la langue, le lieu d'origine, l'origine ethnique, la culture, la situation socioéconomique et d'autres attributs.

À l'échelle européenne, Garner-Moyer (2006) étend cette conception en incluant des différences de genre, de culture, d'appartenance ethnique, d'âge, de nationalité et de handicap, tout en soulignant la dimension économique fondamentale de la diversité. Nous rejoindrons une approche qui consiste à envisager la diversité dans son sens large, c'est à dire en y intégrant toutes les caractéristiques mentionnées dans les lois anti-discrimination existantes (Cornet & Warland, 2008).

En Belgique, les critères protégés par la loi du 10 mai 2007 portant sur la lutte contre la discrimination incluent : l'âge, l'orientation sexuelle, l'état civil, la naissance, la fortune, la conviction religieuse ou philosophique, la conviction politique, la langue, l'état de santé actuel ou futur, un handicap, une caractéristique physique ou génétique, l'origine sociale. À ces critères s'ajoutent ceux prévus par la loi antiracisme, datant du 30 juillet 1981 et refondue par la loi du 10 mai 2007, qui sont la nationalité, une prétendue race, la couleur de peau et l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique. Enfin, la loi « genre » du 10 mai 2007 complète ces critères en déclarant que les distinctions fondées sur la grossesse, l'accouchement, la maternité, le changement de sexe, ainsi que l'identité et l'expression de genre sont également proscrites.

Les caractéristiques retenues par la notion de diversité sont très hétérogènes en fonction des définitions et classifications proposées (Cornet & Warland, 2008). Nous choisissons d'envisager la diversité à travers l'ensemble de ces caractéristiques protégées par la législation belge contre la discrimination. En intégrant ces perspectives diverses, nous visons à enrichir notre compréhension des complexités de la diversité qui englobe un large champ d'action tout en prenant en compte un objet pertinent de notre recherche : le handicap.

1.2. Gestion de la diversité

La gestion de la diversité est un concept fondamental dans le contexte des organisations modernes, où la diversité est de plus en plus considérée comme une richesse. La gestion de la diversité considère pratiquement toute forme de diversité comme pertinente (Fischer, 2009). Avant d'identifier ses logiques d'actions et d'explorer les pratiques existantes, il est essentiel de définir cette pratique de gestion. Même s'il n'existe pas de définition universellement acceptée de la gestion de la diversité (Fischer, 2009), cette section vise à fournir une compréhension précise et concise de ce concept afin de nous assurer d'une compréhension commune et approfondie des enjeux abordés.

1.2.1. Qu'est-ce que la gestion de la diversité ?

La gestion de la diversité est avant tout une stratégie de gestion (Fischer, 2009). Elle peut être définie, selon Barth et Falcoz (2010), comme :

L'ensemble des politiques, dispositifs et acteurs qui relèvent, de façon implicite ou explicite, de la lutte contre les discriminations et de la recherche d'égalité des chances pour tous, au sein des entreprises ou des organisations, dans l'intention de promouvoir la reconnaissance des différences comme une richesse pour chacun et pour l'organisation. (p.12)

À travers cette définition et toutes celles recensées par Cornet et Warland (2008), nous affirmons que la gestion de la diversité s'aligne sur les principes d'égalité des chances et de lutte contre toutes les formes de discrimination (Cornet & El Abboubi, 2012) tout en insistant sur l'importance de reconnaître et de valoriser les différences entre les individus (Naschberger, 2008). En s'articulant autour de ces valeurs, elle a finalement pour objectif de rejeter toute forme d'exclusion ou de jugement et contribue à impacter la culture organisationnelle de l'entreprise (Cornet & Warland, 2008).

La gestion de la diversité conduit les organisations à mener une réflexion approfondie sur les stratégies qu'elles adoptent, leurs politiques de gestion des ressources humaines, leurs méthodes d'organisation du travail, leur culture d'entreprise et leur approche des clients et des usagers (Cornet & Warland, 2008).

Figure 1 : Impacts d'une politique de gestion de la diversité sur l'entreprise et l'organisation



(Cornet & Warland, 2010, p.31)

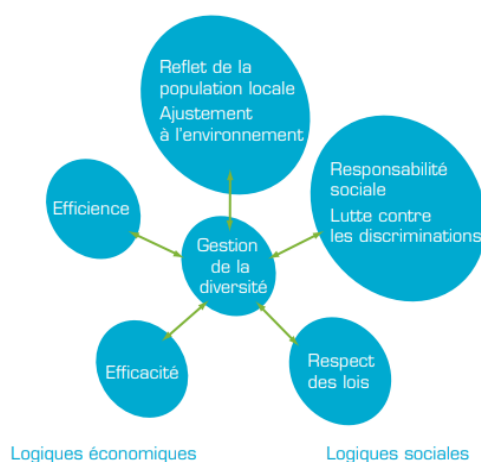
Elle permet également aux membres de l'entreprise de se positionner face aux défis engendrés par l'augmentation des différences parmi les caractéristiques, besoins et attentes des clients et usagers, ainsi que par la diversification croissante de la main-d'œuvre due aux évolutions du marché du travail (Cornet & Warland, 2008, 2010).

La littérature nous montre que les politiques de gestion de la diversité peuvent donc avoir un impact sur différentes facettes des organisations à travers leur caractère multidimensionnel poussant les entreprises à une réflexion approfondie.

1.2.2. Enjeux et logiques d'action

Les enjeux entremêlés de la gestion de la diversité incluent des dimensions économiques, juridiques et éthiques (Garner-Moyer, 2006). Selon Cornet et Warland (2008), les justifications en faveur de la mise en œuvre de politiques de gestion de la diversité s'articulent autour de deux grandes logiques d'action : les préoccupations économiques et sociales. Nous allons examiner les divers arguments rassemblés par les auteurs dans leur ouvrage pour justifier l'implémentation de politiques de gestion de la diversité.

Figure 2 : Logiques d'action d'une politique de gestion de la diversité



(Cornet & Warland, 2010, p.15)

1.2.2.1. Logiques économiques

Sous l'angle économique, la diversité est désormais considérée comme étant profitable à l'entreprise (Perugien & Barth, 2016). Selon Fischer (2009), les politiques de gestion de la diversité sont principalement justifiées par l'argument économique. Souvent désignées comme le « *business case* », ces politiques visent à améliorer la performance financière et sociale des organisations (Cornet & Warland, 2008; Fischer, 2009). Cornet et Warland (2008) identifient quatre logiques économiques.

Premièrement, ils énoncent la recherche d'une efficacité accrue. En effet, l'objectif principal de la gestion de la diversité est d'améliorer l'efficacité organisationnelle (Fischer, 2009). Cela peut se traduire par une approche réactive de tentative de réponse aux défis que pose la diversité des usagers et des clients à travers l'amélioration des produits et des services. Dans une approche proactive, l'objectif est de générer de la valeur en développant de nouveaux services et marchés grâce à la mobilisation d'un personnel diversifié. Pour les organisations du secteur non-marchand, qui nous intéressent dans le cadre de notre recherche, l'objectif est d'améliorer leur réponse aux besoins variés et croissants des usagers, parfois en adaptant leur offre de services existante (Cornet & Warland, 2008).

Ensuite, Cornet et Warland (2008) identifient également comme logique d'action économique une meilleure utilisation des ressources dans l'optique d'acquérir une meilleure efficacité et d'améliorer les processus. Ils mettent aussi en avant l'importance du respect des lois. Il est catégorisé sous l'aspect économique, car l'une des motivations principales pour respecter les lois est le coût potentiel d'un procès, que cela soit en termes de dommages et intérêts ou d'image de l'entreprise. Gérer la diversité signifie ainsi se conformer à la législation et mettre en œuvre les principes de

non-discrimination, tout en anticipant les litiges potentiels afin de minimiser l'incertitude juridique pour l'entreprise (Garner-Moyer, 2006).

Dans la suite de cette logique, Cornet et Warland (2008) présentent une volonté de renforcer l'image de l'entreprise. En valorisant la diversité, les entreprises visent d'abord à améliorer leur image auprès de leurs clients et de leurs partenaires (Fischer, 2009). La gestion de la diversité représente un outil de communication et de marketing capable d'améliorer les performances commerciales et de constituer une source potentielle d'avantage concurrentiel (Garner-Moyer, 2006). En effet, Cornet et Warland ajoutent que le fait pour l'entreprise de se positionner comme « pionnière en matière de diversité » (2008, p.57) peut également constituer un avantage concurrentiel dans certains secteurs.

1.2.2.2. Logiques sociales

D'un autre côté, les auteurs (2008) évoquent que les employeurs peuvent également être motivés à mettre en place des politiques de gestion de la diversité en s'inscrivant dans des logiques sociales. Elles mettent l'accent sur les préoccupations éthiques et la justice sociale, en se souciant de l'égalité professionnelle et en reconnaissant la responsabilité de l'entreprise à offrir des opportunités d'emploi aux membres de sa communauté. Deux logiques sociales sont donc identifiées par Cornet et Warland : des « engagements relatifs à la responsabilité sociétale et au développement durable » (2008, p.50) ainsi que « la volonté de refléter son environnement social au sein de la main-d'œuvre » (2008, p.50).

La Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE) « se rapporte aux démarches volontaires des entreprises qui s'inscrivent dans une optique de développement durable, de cohésion sociale et de compétitivité. Elles couvrent les activités visant les personnes (people), l'environnement (planet) et l'utilisation de ressources financières (profit) » (Cornet & Warland, 2010, p.16). Les entreprises qui intègrent cette notion dans leur mode de gestion envoient un signal fort à leurs partenaires (Naschberger, 2008). Ces démarches volontaires s'appuient sur différents outils tels que les normes, les standards, les labels, permettant de mesurer la réalité de ces pratiques (Cornet & Warland, 2010).

Finalement, Cornet et Warland (2008) identifient comme autre logique sociale la volonté des organisations de refléter leur environnement social au sein même de leur main-d'œuvre. Dans une logique d'inclusion, une main-d'œuvre diversifiée reflète la réalité sociale et rapproche les entreprises de leur clientèle (Garner-Moyer, 2006). À travers cette logique sociale, les entreprises cherchent, finalement, à mettre en avant la diversité existante dans leur environnement afin d'en tirer profit.

Cornet et Warland (2010) avancent que la gestion de la diversité représente une réponse conjointe à ces enjeux et leur équilibre est crucial pour assurer le succès d'une politique de gestion de la diversité au sein des organisations. Les politiques en matière de diversité cherchent à refléter la

diversité de l'environnement social au sein de l'organisation et à promouvoir l'égalité professionnelle tout en luttant contre la discrimination et l'exclusion sociale.

1.2.3. En pratique

Bien que les entreprises reconnaissent de plus en plus l'importance et l'intérêt de la diversité, elles font face principalement à des défis lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre concrètement des politiques en cette matière à travers des pratiques managériales (Garner-Moyer, 2006). D'après Naschberger (2008), la mise en place d'une gestion de la diversité nécessite une approche structurée. Ce projet ambitieux représente un changement significatif que tous les acteurs de l'entreprise doivent intégrer. L'auteur identifie quelques étapes clés dans la mise en place d'une politique de diversité efficace. Il faut notamment obtenir un soutien fort de la part des dirigeants, préparer l'entreprise et ses employés à l'arrivée de ce projet, ainsi qu'avoir une réelle volonté de combattre les préjugés et les stéréotypes préexistants. Il faut par la suite intégrer « la démarche diversité dans un projet d'entreprise avec des objectifs précis et chiffrés » (Naschberger, 2008, p.54).

Dans le contexte de notre recherche, nous nous intéressons aux pratiques que traduisent les logiques d'action en envisageant les possibles politiques de gestion de la diversité dans le cadre d'un hôpital public. Le secteur public semble par ailleurs être un terrain favorable à ces pratiques à partir de ses principes fondamentaux comme l'égalité de traitement, la justice et l'équité (Cornet & El Abboubi, 2012).

Selon Cornet et El Abboubi, les pratiques de gestion de la diversité recensées dans les services publics belges et de quelques autres pays se répartissent en trois catégories : « celles qui sont orientées sur des changements chez les personnes, celles qui visent à faire des changements structurels, et celles qui veulent générer des changements de l'environnement externe » (2012, p.59) comme les normes, législations et infrastructures. À travers la mise en avant de ces catégories de politiques existantes, il est possible d'identifier dans la littérature, de manière non-exhaustive, des pratiques concrètes déjà mises en œuvre et intéressantes dans le cadre de notre recherche.

Tout d'abord, nous identifions les engagements des organisations. Ceux-ci peuvent se traduire par des accords sur la diversité et la cohésion sociale, des accords sur l'égalité professionnelle ou encore par la création d'une charte de la diversité (Garner-Moyer, 2006; Marbot & Nivet, 2013; Naschberger, 2008). Ces initiatives permettent de formaliser les intentions des organisations en matière d'inclusion et de fournir un cadre structuré pour la mise en œuvre de politiques concrètes visant à promouvoir l'égalité et la diversité au sein de l'entreprise.

Dans cette lignée, nous reconnaissons également les partenariats établis par les entreprises avec diverses associations dans le cadre de leur politique en matière de gestion de la diversité (Cornet & El Abboubi, 2012; Naschberger, 2008). Ces collaborations permettent aux entreprises de bénéficier

de l'expertise et des ressources de ces associations, facilitant ainsi la mise en place de leurs actions en matière de diversité tout en renforçant les liens avec les communautés locales.

Il existe aussi des actions de sensibilisation et de formation (Cornet & El Abboubi, 2012; Garner-Moyer, 2006; Marbot & Nivet, 2013; Naschberger, 2008). La formation continue en matière de gestion de la diversité permet de créer un environnement de travail inclusif et respectueux, où chaque individu se sent valorisé et compris. Ces initiatives ont pour objectif de faire évoluer les mentalités en luttant contre les clichés et stéréotypes des employés tout en modifiant leurs pratiques (Naschberger, 2008). Il est indispensable de sensibiliser les responsables hiérarchiques à ce sujet (Garner-Moyer, 2006) tout en les formant sur l'établissement d'objectifs non discriminants et la gestion efficace de la diversité (Marbot & Nivet, 2013). On cherche finalement, à travers ces actions, à changer le regard et les pratiques du personnel de l'organisation à tout niveau. La formation et la sensibilisation permettent de faciliter ce changement (Cornet & Warland, 2008).

De plus, la littérature identifie à de nombreuses reprises une pratique en gestion de la diversité assez populaire : la désignation d'une personne dédiée à la politique de gestion de la diversité. En quelque sorte, un responsable de la diversité, un coordinateur de projets en matière de diversité ou encore d'autres appellations (Cornet & El Abboubi, 2012; Garner-Moyer, 2006; Naschberger, 2008). Si l'on opte pour cette pratique, il est crucial de rester vigilant, car cela pourrait entraîner une déresponsabilisation du reste des membres de l'organisation en la matière (Cornet & Warland, 2008; Cornet & El Abboubi, 2012). Il est donc essentiel de s'assurer que la responsabilité de la diversité soit partagée à tous les niveaux de l'organisation. Cette approche peut contribuer à éviter que la gestion de la diversité ne soit perçue comme la tâche d'une seule personne ou d'un seul service.

Enfin, il existe également des outils de suivi, et d'évaluation, des accords et politiques en matière de diversité (Garner-Moyer, 2006; Marbot & Nivet, 2013; Naschberger, 2008). En pratique, cela inclut l'utilisation d'indicateurs définis au préalable pour évaluer les actions conduites (Marbot & Nivet, 2013; Naschberger, 2008), tels que « le taux de féminisation ou la représentativité ethnique des recrutements » (Garner-Moyer, 2006, p.32), ainsi que « la création en interne d'observatoires de la parité, de la diversité, de commissions éthiques, ... » (Garner-Moyer, 2006, p.32). Ces mécanismes permettent non seulement de valoriser les réussites et de traiter les difficultés rencontrées, mais aussi de crédibiliser les démarches entreprises en matière de diversité par les organisations. En revanche, il est important de rester prudent avec l'évaluation des politiques de diversité, car cela soulève la question des objectifs et de la construction des indicateurs de mesure de cette diversité (Cornet & Warland, 2008).

En conclusion, les différentes pratiques de gestion de la diversité mises en lumière par la littérature, visent, in fine, à transformer les habitudes et les pratiques au sein des organisations. Les engagements formalisés, les partenariats stratégiques, les actions de sensibilisation et de formation,

ainsi que la désignation de responsables dédiés et les outils d'évaluation, sont autant de leviers pour promouvoir une culture organisationnelle plus inclusive. Ces démarches cherchent à intégrer la diversité comme une valeur fondamentale, en modifiant les comportements individuels et en instaurant des changements structurels durables. Il est essentiel que ces initiatives soient soutenues par tous les niveaux hiérarchiques afin de prévenir toute déresponsabilisation et de garantir l'efficacité des politiques de diversité. Par cette approche globale et proactive, les organisations peuvent répondre efficacement aux défis contemporains auxquels font face les entreprises.

Chapitre 2 - Le handicap

La gestion de la diversité englobe une vaste gamme de caractéristiques individuelles et de besoins spécifiques, la rendant d'autant plus complexe et essentielle. Le handicap est inévitablement considéré comme l'une des nombreuses dimensions inhérentes à la notion de diversité. Ainsi, les politiques de diversité prennent en compte le handicap de la même manière que le sexe, l'âge, l'origine ethnique ou l'orientation sexuelle (Point et al., 2010). Dans le contexte de notre recherche, il est crucial de se pencher plus en détail sur cette composante de la diversité et les personnes concernées, représentant un groupe extrêmement hétérogène. Cette section de notre travail explore le concept du handicap tout en mettant en lumière l'existence de défis pour les PSH dans leur accès aux soins.

2.1. Définitions

Le concept de « handicap » est complexe à définir en raison de l'absence d'une définition officielle unique. Ce terme « trouve son origine dans le vocabulaire anglais *hand in cap*, la main dans le chapeau, issu d'un jeu de hasard au XVIIIe siècle » (Boudaoud, 2008, p.19). Par la suite, le mot « handicap » a été adopté dans le domaine des courses hippiques, où il désigne une pratique consistant à alourdir certains chevaux avec des poids supplémentaires ou de leur ajouter une distance supplémentaire afin de rééquilibrer les chances de victoire entre les concurrents (Boudaoud, 2008; Chabrol et al., 2009). Il est utilisé dans le monde social pour qualifier les manques, les entraves, les gênes, l'infériorité et d'autres aspects similaires (Boudaoud, 2008).

Il est crucial de reconnaître la grande diversité et l'imprécision des frontières qui définissent le champ du handicap, lequel n'a pas toujours été perçu de la même manière au fil du temps. Historiquement, « des termes comme personnes impotentes, incurables, infirmes, mutilés, idiots ont été ainsi longtemps utilisés » (Chabrol et al., 2009, p.912). Ce n'est qu'à partir des années cinquante que le terme de handicap succède aux précédents (Chabrol et al., 2009; Levet, 2007).

Bien que la dimension biomédicale du handicap soit généralement évidente pour la majorité (Bodin, 2019), l'évolution de la terminologie reflète les changements de perception et de compréhension de cet objet au fil du temps. Initialement, le terme « handicapés » était couramment

utilisé, réduisant les individus à leur condition. Par la suite, l'expression « personnes handicapées » a été adoptée, plaçant l'accent sur le fait que le handicap n'est qu'un aspect parmi d'autres de l'individu. Plus récemment, la terminologie a encore évolué vers « personnes en situation de handicap », mettant en lumière l'interaction dynamique entre l'individu et son environnement, et soulignant que le handicap est souvent le résultat de barrières sociales et environnementales.

Il n'existe pas de définition universelle du handicap (Levet, 2007). Le concept de handicap est défini différemment selon les contextes et les sources.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans sa 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 les restrictions de la participation. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels face auxquels il évolue (facteurs personnels et environnementaux). » (2001, p.223). Cette définition est holistique. Elle a fait évoluer la conception du handicap (Boudaoud, 2008) et englobe les dimensions biologiques, individuelles et sociales, offrant ainsi une vision cohérente des diverses perspectives sur la santé. Son importance est soulignée par le fait que plusieurs pays l'adoptent comme fondement de leur législation et de leur politique sociale, incluant des dimensions personnelles et environnementales (Levet, 2007).

La Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH), en son article premier, décrit les personnes handicapées comme celles « qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ». Au niveau européen, la définition du handicap adoptée par l'Union Européenne dans sa Stratégie pour les droits des personnes handicapées 2021-2030 est alignée avec celle de la CDPH. Cette définition se concentre sur l'égalité tout en couvrant divers aspects des limitations et des barrières contextuelles rencontrées par les personnes handicapées.

En Belgique, la loi du 10 mai 2007 relative à l'interdiction de toute forme de discrimination prend en compte le handicap. Dans cette législation, bien qu'il n'y ait pas de définition précise du handicap, on observe que le législateur belge a adopté une approche large de cette notion en incluant les personnes ayant des troubles psychiques, des troubles de l'apprentissage, une déficience mentale, une déficience ou un trouble au niveau physique ou sensoriel ainsi que les personnes souffrant d'une maladie chronique ou dégénérative. Cette approche est axée sur les limitations individuelles de chaque personne.

Ces différentes définitions montrent la complexité et la diversité des approches pour comprendre le handicap, et leurs contrastes soulignent la nécessité de le considérer sous plusieurs

angles pour élaborer des politiques et des pratiques inclusives et efficaces. Pour Bodin (2019), le handicap se réfère essentiellement à une relation particulière entre une manière spécifique d'existence et d'action, qui peut ou non être liée à un processus biologique sous-jacent. Il représente une différence qui ne peut être préalablement définie comme une déficience ou comme son résultat, mais plutôt comme une interaction complexe avec un contexte social spécifique. Ainsi, la compréhension du handicap dépasse les simples aspects médicaux, pour inclure des dimensions sociales et contextuelles qui influencent la manière dont il est perçu et vécu.

Levet (2007) avance qu'il est essentiel de se pencher attentivement sur ces définitions car elles ont des conséquences concrètes et décisives. Elle avance qu'« un même handicap peut nécessiter une définition différente selon que l'on se place dans la sphère personnelle ou la sphère professionnelle » (Levet, 2007, p.53). Sans cette distinction, les dispositifs élaborés sur la base d'une seule définition risquent d'être inadaptés.

2.2. Modèles

Nous pouvons constater, à travers la littérature, l'opposition de deux modèles principaux pour envisager le handicap. Levet (2007) nous indique qu'il n'y a pas réellement de définition du handicap et nous confirme l'existence de deux modèles dominants concernant ce concept : le modèle médical et le modèle social.

2.2.1. Modèle médical

Cette approche dominée par le monde médical conçoit le handicap comme une caractéristique propre à la personne (Levet, 2007). Elle présente une vision centrée sur l'individu et ses limitations intrinsèques. Ce modèle individuel considère les difficultés rencontrées par la personne handicapée comme la conséquence directe de ses caractéristiques individuelles en occultant le rôle de l'environnement (Boudaoud, 2008; Chabrol et al., 2009). Dans ce modèle, on parlera d'handicapé, de personne handicapée ou encore de personne avec un handicap.

La personne handicapée est perçue comme un patient avec une pathologie, un problème. On lui identifie une altération des structures ou des fonctions du corps humain. Cette « déficience » entraîne une incapacité à réaliser une activité et empêche la personne d'exercer un rôle social. Cela produit chez elle un « désavantage social ». La conséquence de cette pathologie identifiée est centrale dans la détermination de la gravité et la profondeur du handicap. Il existe à travers cette vision une causalité linéaire reliant la déficience au désavantage (Boudaoud 2008).

Les personnes en situation de handicap sont donc perçues comme en déficit en termes de santé, d'éducation, de social, culturel et économique. Pour permettre d'optimiser leur intégration et combler cette déficience, il est nécessaire de résoudre leur problème (Levet, 2007).

On retrouve, de manière très claire, dans le modèle médical cette notion de différence par rapport à la normalité, qui serait de ne pas être handicapé (Gardou, 2010). Ce modèle adopte une terminologie stigmatisante, qui continue à vivre, entraînant et légitimant certaines exclusions. Par ailleurs, nous continuons à désigner ces personnes comme « déficientes » au sein même de notre culture (Gardou, 2011).

Pour Boudaoud (2008) et Gardou (2011), cette conception réductrice du handicap, en tant qu'unique conséquence de la maladie ou d'une déficience, tend au risque de négliger les droits et les besoins spécifiques de la personne handicapée, d'alimenter les préjugés, de renforcer les idées stéréotypées et de favoriser la marginalisation tout en négligeant le rôle que peut jouer l'environnement. Considérer le handicap comme caractéristique unique d'une personne est stigmatisant et tend à nier la singularité de chacun en les cataloguant. Levet (2007) ajoute qu'il est possible pour la vision médicale du handicap d'être contre-productive pour envisager l'intégralité de la participation de la personne handicapée à la vie sociale « normale ».

De plus, se limiter au critère médical de la déficience pour définir le handicap reviendrait à considérer comme handicapées, au minimum toutes les personnes se reconnaissant une déficience, soit les deux tiers de la population, ainsi que, parmi le tiers restant, celles qui en sont porteuses sans le savoir (Bodin, 2019).

2.2.2. Modèle social

Il existe des modèles collectifs sociaux s'opposant au modèle individuel biomédical (Chabrol et al., 2009). D'après Levet (2007), le modèle social perçoit le handicap comme contextuel. Il résulte principalement de l'interaction entre une personne et son environnement. En d'autres termes, ce sont l'organisation et les conditions environnantes qui créent les obstacles et les défis pour les personnes handicapées. Nous considérons que c'est l'inadaptation d'un environnement qui va créer le handicap.

Cette approche socio-environnementale propose de ne plus considérer le handicap comme une simple conséquence directe d'une déficience, mais plutôt de l'envisager comme le résultat d'une interaction entre un individu (ayant une déficience) et son environnement. À travers cette interaction, l'environnement conduit à faire de certaines déficiences, ou incapacités, des désavantages pouvant mener ou non à une « réduction de participation sociale » (donc, un handicap). Tandis que pour les autres, il ne s'agirait que de simples différences physiologiques ou de problèmes médicaux sans conséquences sociales (Bodin, 2019).

L'approche médicale, qui considère le handicap comme une dimension personnelle résultant d'une maladie ou d'un accident de la vie, est complétée par une prise en compte du contexte environnemental et social. En effet, il existe des facilitateurs pouvant atténuer les conséquences du handicap, tandis que des obstacles peuvent les aggraver. Cette vision renouvelée, issue de la

Classification internationale des fonctionnements et des situations handicapantes (CIFSH) adoptée en mai 2001, a permis d'intégrer les facteurs environnementaux dans l'évaluation des difficultés des personnes en situation réelle de vie et d'identifier les obstacles à l'accessibilité (Boudaoud, 2008; Gardou, 2011). Cette dernière définition de la CIF adopte une vision décloisonnée du handicap, permettant d'intégrer à la fois le social et le médical (Levet, 2007).

Nous observons un passage de la notion de « personne handicapée » à celle de « personne en situation de handicap », ce qui déplace les enjeux vers des aspects économiques, juridiques, culturels, et d'autres domaines. Par conséquent, la notion de « situation de handicap » implique une interaction tridimensionnelle entre la personne, son environnement et les barrières ou facilitateurs présents (Boudaoud, 2008).

Selon Levet (2007), depuis plusieurs années, cette approche du handicap a amené les politiques sociales à se reposer de plus en plus sur une perspective intégrée du handicap, le considérant comme un produit de l'environnement. Pour mettre en perspective cette réalité, nous pouvons remarquer l'émergence de campagnes en faveur de l'accessibilité des lieux publics qui englobent cette notion d'inadaptation de l'environnement comme créatrice du handicap. On reconnaît l'importance d'aménager l'environnement afin d'inclure les personnes handicapées dans la vie sociale.

Nous garderons de ce modèle l'importance de l'environnement, des facilitateurs et des obstacles dans l'évaluation des conséquences du handicap. Dans les deux cas, d'après Bodin (2019), ces modèles reposent sur le même *a priori*, empiriquement infondé, d'une relation indéniable entre déficience et handicap.

2.3. Le handicap en chiffres

L'absence de définition officielle et univoque du handicap pose un obstacle à l'obtention de statistiques exactes sur le handicap en Belgique. Malgré ce problème, nous pouvons nous baser sur différentes sources statistiques pour mettre en perspective leur présence au sein de la population et de la vie sociale.

Au niveau fédéral, nous pouvons utiliser les chiffres fournis par la Direction Générale (DG) des Personnes handicapées (2023) du Service public fédéral (SPF) Sécurité sociale. Cet organisme recense et reconnaît le handicap. La reconnaissance par le SPF Sécurité sociale donne droit à diverses allocations et avantages, tels que des compensations financières, des cartes de réduction pour les transports en commun et des allocations spécifiques selon l'âge, les difficultés rencontrées et la situation socio-économique.

En Belgique en 2022, 593 440 personnes disposent d'une reconnaissance officielle de leur handicap auprès de la Direction générale Personnes handicapées (DG). Cela représente à peu près 5% de la population Belge.

Parmi celles-ci, 230 703 reçoivent chaque mois une allocation de remplacement de revenus et/ou d'intégration (ARR/AI), permettant de compenser leur perte de revenus et d'aider à leur intégration sociale. Par ailleurs, la DG a versé un total de 2,24 milliards d'euros en allocations, soulignant un engagement financier de l'État concernant l'aide consacrée directement aux personnes en situation de handicap. De plus, 69 068 cartes de stationnement pour personnes en situation de handicap ont été délivrées en 2022, portant le total de cartes en circulation à 476 114.

Si ces chiffres peuvent être utilisés à titre indicatif, il est essentiel de garder un regard critique et de relativiser ces chiffres afin de saisir pleinement leur portée et leurs limites. Ces données brutes ne fournissent pas le contexte nécessaire pour comprendre la diversité des situations et des besoins des personnes en situation de handicap. De plus, ce recensement est basé sur des critères pouvant exclure une partie de la population.

Au niveau de la Région Wallonne, l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS) nous informe sur les données liées au handicap. Le vingt-neuvième working paper, intitulé « Les wallons reconnus en situation de handicap : perspective statistique », de l'IWEPS (2019) apporte des statistiques sur les wallons reconnus en situation de handicap à partir des données fournies par la DG des Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale.

En décembre 2018, 107 587 personnes âgées de 21 à 64 ans et 117 161 personnes âgées de 65 ans ou plus étaient reconnues comme étant en situation de handicap en Wallonie. En décembre 2016, 21 405 enfants de moins de 21 ans étaient également reconnus comme tels par la même autorité.

D'après l'Agence Wallonne pour une Vie de Qualité (AVIQ), ces données ne reprennent pas les statistiques liées aux troubles du comportement et de l'autisme. De plus, l'information disponible ne permet pas d'identifier les cas de polyhandicap. Une nouvelle fois, il faut prudemment interpréter ces chiffres en les abordant en toute connaissance de leurs limites et manquements.

L'AVIQ (2023) dans son rapport, appelé « Réflexions de cadrage de constats de l'accès à la santé et aux soins de santé », rappelle que les Nations-Unies estiment, en moyenne, que 15% de la population est touchée par le handicap. Ce chiffre ne tient pas compte des aidants proches impactés directement par les défis d'accessibilité rencontrés par leurs proches en situation de handicap. Ainsi, il y a potentiellement beaucoup plus de Wallons, approchant peut-être un demi-million voire un million de personnes, concernés par ces enjeux, y compris les aidants proches, que ceux qui sont officiellement reconnus comme handicapés.

2.4. Accès aux soins et situation de handicap

Cette partie de la revue de littérature explore la notion d'accès aux soins ainsi que le lien qu'il existe entre celle-ci et une situation de handicap. Selon Chambaud (2018), la notion d'accès aux soins est fréquemment discutée dans les débats sur la santé, souvent pour vanter l'universalité du système ou, au contraire, pour critiquer ses insuffisances et les inégalités persistantes qu'il laisse subsister. On entend par la notion d'accès aux soins, trois dimensions : l'accessibilité physique, l'accessibilité financière reprenant la capacité des personnes à payer et enfin l'acceptabilité. D'après l'auteur, l'acceptabilité, une des conditions essentielles de l'accès aux soins, désigne l'utilisation des services de santé par les personnes en besoin, en prenant en compte divers facteurs sociaux, culturels, et organisationnels, au-delà des simples obstacles géographiques ou financiers. Nous identifions donc l'importance de ne pas s'arrêter aux barrières physiques, architecturales et structurelles dans l'identification des défis auxquels font face les hôpitaux dans l'accueil des PSH.

Le rapport de 2013 de la FRA (European Union Agency For Fundamental Rights), intitulé « Inequalities and Multiple Discrimination in Access to and Quality of Healthcare », souligne que le handicap demeure un facteur majeur de discrimination dans l'accès aux soins de santé. Les personnes en situation de handicap continuent de faire face à divers obstacles, tels que des délais de traitement plus longs, des refus de soins, des traitements indignes, et une insuffisance d'informations et de consentement.

Les personnes en situation de handicap sont bel et bien régulièrement confrontées à des barrières quand elles essayent d'accéder aux soins de santé (Lagu et al., 2014). Marks et Teasell (2006) font le constat que les personnes en situation de handicap sont d'ailleurs quatre fois plus susceptibles que les personnes en bonne santé de signaler des difficultés à obtenir les soins médicaux nécessaires quand elles en ont besoin. Les PSH ne bénéficient donc pas du même niveau de soins primaires et préventifs que les autres patients. Leurs besoins sont souvent négligés alors qu'il est crucial pour eux d'avoir accès aux soins médicalement nécessaires.

Ce constat accentue les inégalités et compromet le bien-être général des PSH (Marks & Teasell, 2006) mais souligne l'importance d'une réflexion à ce sujet. Les difficultés d'accès aux soins nécessitent une meilleure compréhension, car bien qu'elles ne suffisent pas à elles seules à réduire les inégalités de santé, elles révèlent l'incapacité de notre système à répondre aux besoins de toute la population. Analyser et résoudre ces difficultés contribue à bâtir une société plus solidaire et équitable (Chambaud 2018).

D'après Lagu et al. (2014), les études ont identifié plusieurs problèmes mais n'ont pas donné une route claire de soins accessibles à tous car les barrières à l'accès sont le résultat d'une variété de facteurs physiques, politiques, procéduraux et attitudeux. Ces complexités nécessitent une approche

intégrée et multidimensionnelle pour surmonter les obstacles et garantir un accès équitable aux soins de santé pour les personnes en situation de handicap.

Il apparaît clairement que les personnes en situation de handicap rencontrent des obstacles significatifs dans l'accès aux soins de santé, ce qui amplifie les inégalités existantes. Cela souligne l'importance d'une réflexion approfondie pour améliorer l'accessibilité aux soins des PSH. Dans la suite de notre travail, nous explorerons plus spécifiquement les défis rencontrés par ces populations dans leur accès aux services hospitaliers, afin de tenter d'identifier des pistes concrètes pour une prise en charge plus inclusive et équitable.

Chapitre 3 : Défis rencontrés par les hôpitaux dans l'accueil des personnes en situation de handicap

Pour comprendre les challenges auxquels les hôpitaux sont confrontés dans l'accueil des personnes en situation de handicap (PSH), il est essentiel d'identifier avant tout les obstacles que rencontrent ces personnes pour accéder à des soins de qualité au sein même des institutions. En examinant ceux-ci, nous pourrions déterminer les points et domaines sur lesquels les hôpitaux doivent se concentrer afin de répondre efficacement aux besoins des PSH, leur offrir un accueil de qualité et améliorer leurs pratiques inclusives.

Le rapport de 2013 du Ministère français des Solidarités et de la Santé sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées met en lumière plusieurs obstacles que nous avons décidé de retenir dans ce travail :

- l'accessibilité des établissements,
- les difficultés de communication,
- le manque de coordination entre les professionnels de santé,
- l'absence d'un interlocuteur dédié.

Nous choisissons de partir de ce constat afin d'identifier les défis auxquels les directions d'hôpitaux doivent faire face pour répondre efficacement à la problématique de l'accueil des personnes en situation de handicap en milieu hospitalier. Nous allons identifier dans la littérature existante les particularités de chacun de ces obstacles.

3.1. Accessibilité physique

L'accueil des personnes en situation de handicap dans les hôpitaux pose des défis considérables en matière d'accessibilité physique. Ces défis ont été largement documentés dans la littérature scientifique, mettant en lumière les multiples barrières que rencontrent ces patients dans leur accès aux soins et aux hôpitaux en général.

Marks et Teasell (2006) soulignent que l'accès physique aux établissements de soins reste un problème majeur. Même lorsque les bâtiments sont, par exemple, techniquement accessibles, l'inaccessibilité des équipements médicaux empêche souvent les patients de recevoir des soins appropriés. Lagu et al. (2014) confirment ces observations, indiquant que les environnements de soins physiquement accessibles doivent inclure non seulement des infrastructures adaptées (rampes, ascenseurs,...) mais aussi des équipements médicaux accessibles (balances, tables d'examen, équipement de radiologie,...). Toutefois, ils notent que l'inaccessibilité de l'équipement est une barrière plus courante que celle des bâtiments eux-mêmes. En effet, l'élimination des seuls obstacles environnementaux ne suffit pas pour garantir une accessibilité complète. Il est crucial que les prestataires de soins de santé et les responsables hiérarchiques des institutions apportent des modifications simultanées aux politiques et procédures afin que, lorsque des équipements accessibles sont nécessaires, ils soient disponibles et que le personnel soit formé à leur utilisation.

Les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap sont souvent aggravées par le manque de formation des professionnels de santé pour comprendre et répondre aux besoins spécifiques de ces patients. Lagu et al. (2013) insistent sur le fait que, même avec des équipements accessibles, le personnel doit être formé pour l'utiliser correctement et efficacement. Les responsables cliniques ont besoin de conseils et de formation continue pour mettre en œuvre ces changements de manière optimale.

Iezzoni (2011) met en avant que l'inaccessibilité de l'équipement et des installations de soins de santé contribue probablement à certaines disparités dans les soins. Les désavantages socio-économiques et les barrières structurelles profondément enracinées au sein du système de santé exacerbent ces disparités. Les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap sont souvent le résultat d'une interaction de plusieurs facteurs, comme l'ont observé Scheer et al. (2003). Ils expliquent que l'accès aux soins est souvent compromis par des barrières environnementales, telles que l'accessibilité des bureaux des médecins, le stationnement, l'entrée des bureaux, les toilettes et l'équipement de diagnostic. Ces obstacles persistants révèlent l'incapacité du système de santé à répondre aux besoins de toute la population.

En conclusion, l'accueil des personnes en situation de handicap dans les hôpitaux nécessite une approche holistique concernant l'accessibilité physique, en adressant à la fois les barrières physiques, la formation du personnel et les politiques institutionnelles. Comprendre et surmonter ces défis est essentiel pour que les hôpitaux créent un environnement plus inclusif et équitable, capable de répondre aux besoins de toute la population.

3.2. Difficultés de communication

Un des défis majeurs auxquels les hôpitaux doivent faire face dans l'accueil des personnes en situation de handicap est la communication. Lagu et al. (2014) soulignent que l'implémentation de politiques et procédures facilitant l'accès à la communication est essentielle pour améliorer l'accessibilité des soins. Les barrières de communication peuvent limiter la capacité d'un patient à prendre un rendez-vous, organiser un suivi, comprendre les objectifs des soins ou suivre une thérapie prescrite, ...

Pour les patients ayant des troubles visuels, par exemple, il est crucial de rendre disponibles tous les formulaires imprimés, tels que les instructions de sortie et les formulaires de consentement, en gros caractères ou dans des versions adaptées (Lagu et al., 2014). De même, pour les patients sourds, la mise à disposition gratuite d'interprètes en langue des signes ou de solutions technologiques équivalentes est impérative. Les patients ayant une déficience auditive pourraient bénéficier de dispositifs d'amplification, comme ceux déjà en usage dans certains hôpitaux (Lagu et al., 2014).

Lagu et al. (2014) indiquent qu'il est également nécessaire pour les hôpitaux d'adopter des moyens de communication tels que le courrier électronique ou la messagerie texte pour permettre aux PSH de prendre des rendez-vous et communiquer avec les professionnels de santé. Les hôpitaux doivent aussi s'attaquer aux problèmes systémiques, par exemple en fournissant les instructions de médication dans des formats plus accessibles, tels que des formulaires en gros caractères ou des messages électroniques.

Read et al. (2018) montrent que les besoins liés au handicap sont souvent invisibles ou ignorés. Les personnes en situation de handicap doivent souvent plaider en leur faveur et expliquer leurs besoins au personnel hospitalier, ce qui peut être décourageant. Les procédures d'identification des hôpitaux tendent à mieux reconnaître les handicaps visibles, ce qui complique la prise en charge des handicaps moins visibles. Les systèmes de signalement formels manquent parfois d'efficacité, le personnel hospitalier n'adaptant pas systématiquement sa pratique aux besoins signalés.

Iezzoni (2011) ajoute que ces difficultés de communication sont exacerbées par un manque de formation des professionnels de santé pour comprendre et répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap. De nombreux étudiants et résidents achèvent leur formation sans être suffisamment préparés à interagir avec des patients handicapés (Marks & Teasell, 2006). Une communication inadéquate persiste dans l'ensemble du système, entraînant des obstacles supplémentaires pour ces patients.

Ainsi, pour surmonter ces défis, les leaders des institutions hospitalières doivent s'engager à identifier les besoins en matière de communication pour s'y adapter. Cela implique non seulement de revoir les politiques et procédures pour minimiser les barrières de communication, mais aussi de

s'assurer que le personnel hospitalier est formé et sensibilisé aux besoins des personnes en situation de handicap (Iezzoni, 2011; Lagu et al., 2014; Read et al., 2018). En éliminant ces obstacles, les hôpitaux peuvent non seulement améliorer l'accessibilité des soins pour ces patients, mais aussi pour d'autres groupes vulnérables, tels que les personnes ne parlant pas la langue employée et celles ayant une faible littératie en matière de santé (Lagu et al., 2014).

3.3. Coordination

La coordination entre les membres du personnel hospitalier est un défi crucial pour l'accueil des personnes en situation de handicap dans les hôpitaux. Les soins de ces patients peuvent être particulièrement complexes, nécessitant une attention accrue et une gestion efficace des multiples aspects de leur santé (Marks & Teasell, 2006). Ces patients nécessitent souvent plus de temps pour les consultations et peuvent avoir besoin d'une assistance supplémentaire pour se déplacer et communiquer (Marks & Teasell, 2006), ce qui accentue la nécessité d'une coordination optimale.

Lagu et al. (2014) illustrent ces défis en rapportant des situations où, malgré la présence d'équipements appropriés, les patients rencontrent des obstacles à l'accès aux soins. Par exemple, un patient en fauteuil roulant a décrit une consultation où, bien que des équipements adaptés aient été demandés à l'avance, la consultation a été compromise par un manque de temps alloué et une mauvaise coordination des ressources nécessaires. Cela montre l'importance d'intégrer les besoins spécifiques des patients dès la prise de rendez-vous, en utilisant des formulaires d'admission pour recueillir ces informations et les intégrer dans le dossier médical. Cela permettrait d'assurer que les salles et les équipements nécessaires sont réservés, que la durée des consultations est adaptée et que le personnel est préparé pour fournir l'assistance requise.

Scheer et al. (2003) identifient également des barrières systémiques dans la prestation des services de santé, telles que la ponctualité des services et la prise de rendez-vous. Les personnes en situation de handicap rencontrent souvent des délais prolongés pour obtenir des rendez-vous, ce qui peut être aggravé par des conflits d'horaires avec leurs obligations personnelles ou professionnelles, ainsi que par des problèmes de transport. Ces barrières sont interdépendantes et exacerbent les difficultés d'accès aux soins pour ces patients.

Read et al. (2018) ajoutent que les procédures hospitalières standardisées peuvent ne pas être adaptées aux besoins individuels des patients en situation de handicap. Par exemple, un participant a décrit une expérience perturbante où une évaluation prolongée a causé un inconfort significatif en raison de son handicap physique. Cela souligne la nécessité pour les hôpitaux de développer des procédures flexibles et personnalisées, en s'appuyant sur la coordination des différents secteurs médicaux, qui tiennent compte des limitations et des besoins spécifiques de chaque patient.

Pour surmonter ces défis, les administrateurs et les responsables cliniques doivent s'engager à promouvoir l'accessibilité universelle à travers une planification efficace, une dotation en personnel adéquate et une allocation appropriée des ressources administratives (Lagu et al., 2014). La coordination entre les professionnels de santé est essentielle pour assurer que les soins sont dispensés de manière efficace et respectueuse des besoins des personnes en situation de handicap. Cela implique une communication continue et la mise en place de systèmes robustes pour identifier et répondre aux besoins spécifiques de ces patients tout au long de leur parcours de soins.

Ainsi, la coordination entre les professionnels de santé est un élément clé pour améliorer l'accueil et les soins des personnes en situation de handicap dans les hôpitaux. Il est indispensable d'intégrer les besoins spécifiques des patients dès la prise de rendez-vous et d'assurer une coordination efficace entre les membres du personnel.

3.4. Interlocuteur dédié

La désignation d'une personne dédiée à l'accueil des personnes en situation de handicap au sein des hôpitaux représente une avancée cruciale pour surmonter les divers obstacles rencontrés par ces patients. La notion d'un référent handicap rappelle celle du référent diversité, abordée précédemment dans ce travail. Cette personne référente aurait pour mission de répondre aux défis de la coordination, de l'accessibilité, de la communication et de la formation du personnel hospitalier.

Vrancken et Bartholomé (2004) soulignent l'importance de la confiance et de l'échange de savoirs et d'expériences entre les intervenants et les patients. Ils insistent sur le fait que les professionnels de terrain doivent constamment remettre en question leurs pratiques pour mieux affronter les situations quotidiennes, en s'appuyant sur une dynamique de rencontre et de partage. Cela renforce l'idée qu'une personne dédiée pourrait jouer un rôle clé en créant un environnement de confiance et de soutien mutuel, essentiel pour les personnes en situation de handicap.

Selon Handicap.fr (2023), la mise en place de référents handicap dans les hôpitaux vise à faciliter l'accès aux soins pour ces patients. Ces référents sont chargés d'organiser le parcours de soins, d'anticiper les besoins spécifiques des patients et de conseiller le personnel sur les meilleures pratiques d'accueil et de prise en charge. Ce cadre normatif a été instauré en France par le décret n° 2022-1679 et détaillé par une instruction du 1er juin 2023, ce qui souligne l'importance de cette fonction dans le système de santé actuel.

En analysant les divers obstacles physiques, en matière de communication et de coordination, l'importance d'avoir une personne référente se dessine clairement. Cette personne dédiée pourrait non seulement améliorer l'organisation des soins, mais également jouer un rôle éducatif en diffusant des connaissances et des bonnes pratiques au sein des équipes hospitalières. Ainsi, l'intégration d'une personne dédiée au sein des hôpitaux pour gérer les besoins spécifiques des personnes en situation de

handicap répond à un besoin urgent de coordination et d'adaptation des services hospitaliers, en veillant à ce que chaque patient bénéficie d'une prise en charge adaptée et de qualité.

DEUXIÈME PARTIE : RECHERCHE EMPIRIQUE

Méthodologie

1. *Démarche et approche*

La méthodologie adoptée dans ce mémoire s'inscrit dans une démarche qualitative et abductive, un processus itératif qui combine des éléments de l'observation empirique et de l'analyse théorique pour générer et affiner des hypothèses. L'abduction tente d'intégrer l'observation et le raisonnement au sein d'une démarche, sans être strictement déductive ou inductive (Angué, 2009). Cette approche est particulièrement adaptée à notre étude de ce nouveau service unique, où les interactions et les pratiques peuvent difficilement être appréhendées de manière linéaire ou strictement théorique.

La recherche s'est construite progressivement, en partant d'une immersion sur le terrain à l'hôpital de la Citadelle, pour ensuite intégrer des apports théoriques issus de la littérature scientifique. Comme le veut l'abduction, nous avons débuté par l'observation de plusieurs faits (Angué, 2009). L'immersion sur le terrain a été notre principale source d'inspiration et d'informations quant à la constitution d'hypothèses et de questions nécessaires à la réalisation de ce mémoire. Vers la fin de notre terrain de recherche, nous avons introduit des dimensions théoriques. Les allers-retours entre la théorie, à travers la revue de littérature, et nos observations ont permis d'affiner nos hypothèses au fur et à mesure.

2. *Le terrain de recherche*

Réaliser notre stage et notre mémoire sur la gestion de la diversité en milieu hospitalier a été un choix personnel motivé par notre intérêt pour l'inclusion d'une part et l'univers des institutions hospitalières d'autre part. Ce choix est né de notre volonté de contribuer à l'amélioration des services hospitaliers pour une meilleure prise en charge de tous les patients ainsi qu'à la promotion de la diversité au sein des institutions de santé. Nous avons donc entrepris un stage à l'hôpital de la Citadelle à Liège, au sein de la division administrative, sous la supervision de la cheffe de division administrative, souvent perçue comme référente en matière de gestion de la diversité au sein de l'établissement. Ce stage nous a offert une occasion unique d'allier une expérience professionnelle pertinente dans le domaine de nos études – les ressources humaines – et un cadre de recherche enrichissant – le milieu hospitalier.

Notre terrain de recherche s'est donc situé directement à l'hôpital de la Citadelle. Notre stage était initialement centré sur la gestion de la diversité de manière générale, incluant la médiation

interculturelle, la gestion du handicap auprès des employés, les actions de sensibilisation, ... Cependant, au fur et à mesure de notre stage, nous avons développé un intérêt particulier pour le service Welcome, qui est sous la supervision de la cheffe de division administrative et dirigé par une responsable dédiée. Ce service se distingue par son initiative unique en Belgique, visant à améliorer l'accueil et l'accompagnement des PSH à l'hôpital.

En tant que stagiaire en gestion de la diversité, parmi les projets qui nous étaient confiés, figurait l'amélioration des protocoles d'accueil des PSH et la promotion du service Welcome. Cela a été un des aspects les plus enrichissants de notre stage. Nous avons été accueilli comme un membre à part entière de l'équipe, ce qui nous a permis de participer activement à la vie du service. Nous avons participé à diverses tâches, aux côtés des agents et de la responsable, contribuant ainsi directement aux opérations du service. Cette immersion nous a permis de comprendre les spécificités et les subtilités du service, mais aussi de constater son impact significatif sur l'expérience des PSH à l'hôpital.

Au fil des semaines, nous avons observé de près son fonctionnement. Les retours positifs des patients et la reconnaissance de cette initiative, unique en Belgique, par des professionnels, ont renforcé notre intérêt et notre questionnement sur l'accueil des PSH. Nous avons ainsi décidé de focaliser notre mémoire sur ce sujet, en mobilisant des observations de terrain et une revue de la littérature scientifique pour formuler des hypothèses pertinentes.

3. Méthodes de recueil de données

La collecte de données pour la réalisation de ce mémoire de recherche s'est faite à travers trois méthodes principales :

3.1. Observation participante

Au sein du service Welcome, notre observation a pris la forme d'une observation participante, une méthode immersive permettant de collecter des données directement sur le terrain. Cette approche nous a permis de nous immerger pleinement dans les activités quotidiennes du service, d'interagir avec le personnel et d'observer les interactions entre les différents acteurs. L'observation participante se distingue par la double posture de l'observateur, qui est à la fois acteur et témoin des situations observées. Elle nécessite une implication active du chercheur dans le contexte étudié, tout en maintenant une distance critique pour analyser objectivement les événements et les interactions (Chevalier & Stenger, 2018).

En pratique, cela signifiait participer aux réunions, aux réflexions, et aux diverses activités du service tout en prenant des notes. Cette méthode nous a permis de recueillir des informations précieuses, qui ne seraient pas accessibles par d'autres moyens tels que les entretiens ou les questionnaires. L'observation participante, en sollicitant tous les sens du chercheur, permet de capter

des détails subtils et des nuances dans les interactions, enrichissant ainsi l'analyse des données recueillies (Chevalier & Stenger, 2018).

3.2. Analyse documentaire

L'analyse documentaire est une méthode de recherche qui permet d'examiner, d'interpréter et de valoriser les informations contenues dans divers documents. Elle offre une vue d'ensemble des connaissances existantes sur un sujet, en mettant en lumière les tendances, les débats et les lacunes (Chaumier, 1997).

Dans le cadre de cette étude, l'analyse documentaire a été utilisée pour recueillir et examiner des informations provenant de différentes sources, incluant l'organigramme de l'hôpital, des présentations pour des colloques, des rapports internes à l'hôpital, des réflexions stratégiques sur la création et l'évolution du service, ainsi que des lettres et des communications officielles de l'hôpital. Ces documents ont fourni un cadre contextuel et des données quantitatives pour compléter nos observations.

3.3. Entretiens semi-directifs

3.3.1. Déroulement des entretiens

Nous avons choisi d'utiliser des entretiens semi-directifs pour plusieurs raisons. Cette méthode offre un équilibre précieux entre structure et flexibilité, permettant de suivre un guide d'entretien tout en laissant la possibilité aux participants d'explorer librement leurs expériences et perceptions (Van Campenhoudt et al., 2017). Ces entretiens se sont déroulés durant le mois de juin 2024. Nous avons réalisé des guides d'entretiens différents en fonction de la personne interviewée (*cf.* Annexe 1). Cela nous a permis de couvrir tous les aspects pertinents du service Welcome tout en s'adaptant aux réponses et aux pistes inattendues soulevées par les interviewés.

Les entretiens semi-directifs sont particulièrement adaptés pour saisir la complexité des attitudes et des comportements. Ils favorisent un climat de confiance, encourageant les participants à partager des témoignages détaillés et authentiques. Cette approche nous a permis de recueillir des données riches et nuancées, essentielles pour une compréhension approfondie du service Welcome et des améliorations possibles.

3.3.2. Échantillonnage

Afin d'obtenir une perception précise et diversifiée du service Welcome, nous avons choisi un public cible « hybride » pour nos entretiens afin d'avoir un échantillon le plus représentatif possible. Nous avons interrogé les personnes directement impliquées dans le service : deux agents et une des responsables dans la ligne hiérarchique à l'Hôpital de la Citadelle. Ces personnes se trouvent à des échelons relativement différents, apportant ainsi des perspectives variées.

Les 3 autres entretiens ont été menés auprès d'un représentant d'une ASBL pour les personnes en situation de handicap ainsi que des utilisateurs du service Welcome. L'accès aux utilisateurs du service pour un réel entretien n'est pas toujours aisé.

Nous identifierons les différentes personnes avec qui nous nous sommes entretenues uniquement par leur numéro d'entretien ou leur profil, afin de respecter les règles d'anonymisation. Nous avons choisi de ne mentionner que le genre des participants à ces entretiens, dimension qui nous semble importante dans le contexte des soins de santé.

Nous utiliserons, tout au long de ce travail, le masculin générique pour désigner la fonction d'agent du service Welcome. À l'Hôpital de la Citadelle, le terme féminin « agente » n'est pas couramment utilisé par les différentes parties prenantes. Nous assurons ainsi une uniformité terminologique conforme aux pratiques institutionnelles.

Voici un tableau récapitulatif des personnes interrogées lors des entretiens :

Entretien	Genre	Profil
1	F	Agent du service Welcome
2	F	Agent du service Welcome
3	F	Une des responsables dans la ligne hiérarchique à l'Hôpital de la Citadelle
4	H	Représentant d'une ASBL pour les personnes en situation de handicap
5	F	Personne en situation de handicap et utilisatrice du service Welcome
6	F	Parent d'une personne en situation de handicap et utilisatrice du service Welcome

Ces entretiens ont permis de recueillir des perspectives variées et de trianguler les informations obtenues par les autres méthodes.

4. *Limites de la recherche*

Les limites de notre recherche sont variées et méritent d'être abordées pour assurer la transparence et la rigueur académique.

Tout d'abord, il est crucial de reconnaître le biais potentiel de l'observateur. En tant qu'observateur participant, notre présence pourrait avoir influencé le comportement des participants et des soignants, ce qui peut biaiser les résultats. De plus, nos propres perceptions et expériences peuvent introduire un biais subjectif dans l'interprétation des données (Chevalier & Stenger, 2018). De plus,

une attache personnelle avec les agents et la responsable du service s'étant installée, notre proximité avec ceux-ci pourraient biaiser les résultats de notre analyse.

Ensuite, l'échantillonnage limité constitue une autre limite importante. Notre étude est restreinte à un seul hôpital et à un très petit échantillon d'entretiens. Les résultats peuvent ne pas être généralisables à d'autres contextes ou établissements de santé. Cette limitation peut aussi restreindre la diversité des perspectives recueillies. D'ailleurs, le manque de perspectives des patients est aussi une limite significative. Bien que l'observation participante et les entretiens avec le personnel soient cruciaux, l'absence ou la sous-représentation des perspectives des patients et de leurs familles limite la compréhension des expériences vécues par les personnes en situation de handicap.

Par ailleurs, la temporalité des données est une considération importante. L'évolution constante des pratiques de soin et des politiques institutionnelles constitue une limite. Les observations et les conclusions tirées de notre recherche peuvent rapidement devenir obsolètes si des changements significatifs surviennent dans les procédures ou les approches de soins.

En reconnaissant ces limites, il est possible de suggérer des pistes pour des recherches futures, telles que l'élargissement de l'échantillon ou encore l'inclusion de diverses perspectives de patients.

5. *Questions de recherche et hypothèses*

En raison du caractère abductif de cette recherche, impliquant des allers-retours constants entre les observations de terrain et les concepts théoriques, les hypothèses ont été formulées de manière progressive. Les hypothèses et questions de recherche que nous avons construit à mi-chemin entre l'exploration de notre terrain et de la théorie sont les suivantes :

Le service Welcome de l'hôpital de la Citadelle améliore l'expérience des PSH grâce à une organisation dédiée et des pratiques spécifiques et personnalisées. (H1)

Nous allons nous demander, à travers cette hypothèse, comment le service Welcome de l'hôpital de la Citadelle améliore-t-il l'accueil et l'accompagnement des PSH ? Cette question cherche à décrire les pratiques et procédures spécifiques mises en place par le service Welcome pour faciliter l'accueil et l'accompagnement des PSH. En examinant ces aspects, il est possible de comprendre en détail les mécanismes spécifiques employés pour répondre aux besoins particuliers de cette patientèle.

Les principaux défis rencontrés par les PSH en milieu hospitalier incluent l'accessibilité physique, la communication et la coordination des soins, et le service Welcome dispose de mécanismes pour surmonter ces défis. (H2)

Il est important de se demander quels sont, en réalité, les principaux défis rencontrés par les PSH en milieu hospitalier et comment le service Welcome y répond-il ? Cette question se concentre sur

l'identification des défis spécifiques auxquels sont confrontés les PSH, tels que l'accessibilité physique, les difficultés de communication et le manque de coordination des soins comme identifié dans notre revue de littérature. L'analyse des solutions apportées par le service Welcome permettra de déterminer comment ces défis sont surmontés et quelles pratiques peuvent être considérées comme exemplaires.

Le service Welcome de l'hôpital de la Citadelle peut encore mieux répondre aux besoins des PSH en améliorant certaines de ses pratiques et en adoptant des recommandations spécifiques qui combleront les lacunes identifiées. (H3)

À travers notre observation, nous avons remarqué que tout n'était évidemment pas parfait. Le but est donc ici de se questionner sur les points d'amélioration spécifiques au service Welcome à la Citadelle, et quelles mesures peuvent être recommandées pour améliorer la qualité de ce service afin de mieux répondre aux besoins et attentes des PSH ? Cette question tente d'identifier des lacunes dans le service déjà mis en place par l'hôpital afin d'en retirer des conseils managériaux à leur proposer.

Les pratiques du service Welcome de l'hôpital de la Citadelle peuvent servir de modèle pour d'autres hôpitaux, offrant des recommandations managériales qui amélioreront la qualité des services hospitaliers pour les PSH dans d'autres établissements. (H4)

Quelles recommandations managériales peuvent être tirées des pratiques du service Welcome pour encourager d'autres hôpitaux à adopter des mesures similaires ? Cette question vise à proposer des conseils et recommandations basés sur les pratiques observées au service Welcome, afin de promouvoir l'inclusion et d'améliorer la qualité des services hospitaliers pour les PSH dans d'autres établissements.

Présentation des résultats

1. Le service Welcome à l'Hôpital de la Citadelle

Dans cette section, nous nous appuyons sur divers outils de collecte empirique, tels que l'analyse documentaire, l'observation participante et les entretiens, pour présenter le cadre de notre recherche. Nous commencerons par introduire le lieu de l'étude pour ensuite mettre l'accent sur le service Welcome, son origine, son fonctionnement, ses objectifs, sa structure, ses pratiques ainsi que quelques chiffres d'illustration. Cette partie de notre mémoire vise à offrir une compréhension approfondie du service et de sa place au sein de l'hôpital.

1.1. L'hôpital de la Citadelle

Depuis 2022, nous ne parlons plus du « Centre Hospitalier Régional de Liège » mais bien de « l'Hôpital de la Citadelle ». Il se distingue comme l'un des plus grands établissements hospitaliers en Belgique francophone. L'hôpital réunit quelque 600 médecins spécialisés dans une trentaine de domaines, 4100 collaborateurs, 900 lits, 3 sites hospitaliers (Citadelle, Herstal, Laveu) et 3 sites de consultations (Gynome à Alleur, La Chapelle à Liège, Centre médical Jules Bruwier à Visé). En plus de cela, s'ajoutent une quarantaine de centres de prélèvements « LaboCita » ainsi que des sites administratifs et logistiques répartis dans la province de Liège.

En tant qu'hôpital public, comme précisé dans le plan stratégique 2020-2025 de l'établissement, la Citadelle est soumise aux dispositions du Code de la démocratie locale et de la décentralisation ainsi qu'à l'autorité de Tutelle des pouvoirs locaux wallons. Ces règles ont été révisées en 2018, afin de renforcer la gouvernance et la transparence dans les organismes publics, y compris dans les intercommunales comme c'est le cas ici. Ces dispositions affectent l'hôpital en influant sur son organisation et son fonctionnement quotidien. Le cadre législatif et réglementaire engendre une certaine complexité administrative qui impacte la gestion quotidienne de l'hôpital et le place dans une position désavantageuse par rapport aux institutions privées.

L'ensemble des collaborateurs de la Citadelle adoptent le mantra « L'excellence, à vos côtés », symbolisant l'engagement constant de l'institution envers l'excellence et l'innovation, tout en étant à l'écoute et aux côtés des patients, de leurs proches, des visiteurs, et bien entendu, des médecins généralistes. « À vos côtés » reflète également la volonté de la direction à être pleinement intégré dans le tissu socioéconomique de la région liégeoise. Leur objectif est de renforcer encore davantage la proximité de leurs services afin de faciliter l'accès aux soins pour leurs patients à travers le développement de nouvelles polycliniques, de la télémédecine et de relations renforcées avec d'autres professionnels de la santé.

L'Hôpital de la Citadelle situe au cœur de ses préoccupations le respect de la diversité à travers une approche d'accueil et de traitement des patients qui valorise le respect des différences : sociales, philosophiques, religieuses, ethniques, culturelles, ... L'hôpital se veut garantir un accueil et des soins de grande qualité pour l'ensemble de ses patients, tout en garantissant leur bien-être tout au long de la vie. Cette approche s'inscrit dans une culture d'entreprise inclusive disposant d'une politique affirmée du bien-être au travail pour l'ensemble de ses collaborateurs. En pratique, cette vision stratégique de l'institution se traduit par...

- Depuis 1998, l'accueil d'un projet pilote et ensuite la création du service de médiation interculturelle garantissant l'accès aux soins pour tous,
- Un répertoire de traduction interne,
- La désignation d'un référent diversité,
- Depuis 2018, le service Welcome qui accueille et accompagne les personnes à besoins spécifiques lors de leur trajet à l'hôpital,
- La création d'une cellule H visant l'accueil et le maintien des agents présentant un handicap,
- Une journée « Oui à la diversité » chaque année,
- Une salle de défunts et un espace de recueillement neutre,
- L'organisation de projections de films « sociaux »,

Et bien d'autres actions et politiques concrètes qui s'inscrivent dans cette philosophie basée sur le respect de chacun.

En matière d'accompagnement des personnes en situation de handicap, l'Hôpital de la Citadelle a toujours été à l'avant-garde dans la réflexion et l'action. Cette démarche se manifeste à travers le développement, notamment, d'initiatives comme le Préambule (centre de revalidation cognitive de réinsertion socio-professionnelle), Le Pré en Bulles (centre de revalidation cognitive et de réinsertion socio-scolaire), le CRMN (centre de référence des maladies neuromusculaires), le CIRICU (centre interuniversitaire de référence pour l'infirmité motrice cérébrale) ainsi que la Cellule H (maintien à l'emploi des membres du personnel en situation de handicap). Cela démontre ainsi un engagement clair pour l'inclusion et le soutien à long terme des personnes en situation de handicap au sein de l'hôpital.

En parallèle, l'Hôpital de la Citadelle a mis en œuvre diverses mesures pour améliorer l'accessibilité de ses infrastructures et services. Cela comprend la création d'un parking réservé aux personnes en situation de handicap, la réalisation de rapports complets sur l'accessibilité, la demande de conseils spécialisés lors des travaux de rénovation, la mise en place d'un parcours adapté pour les malvoyants dans le hall, et la mise à disposition de chaises roulantes. Sans oublier plusieurs actions de sensibilisation telles que l'initiation à la langue des signes, des parcours en voiturette pour familiariser

le personnel avec les réalités des personnes en fauteuil roulant ou encore des expériences immersives telles que le restaurant de l'hôpital dans le noir pour sensibiliser aux défis rencontrés par les personnes malvoyantes.

1.2. Le service Welcome

1.2.1. Origine

Le projet du service Welcome est né de la volonté de renforcer encore davantage l'accueil des personnes à mobilité réduite (PMR) au sein de l'hôpital, dans le respect des valeurs d'inclusion et de respect des différences, qui sont au cœur de sa mission. L'origine du projet est directement liée aux constats faits dans un rapport d'accessibilité ainsi qu'aux témoignages récoltés par Altéo (ASBL de personnes en situation de handicap et malades), mettant en lumière les besoins spécifiques et les défis auxquels les PMR font face dans un environnement hospitalier.

En 2017, à la suite de ces constats, deux projets ont fait l'objet d'une nomination lors d'un appel à projets stratégiques. Le premier projet visait à instaurer un accueil VIP pour les PMR, inspiré par le modèle d'accueil observé dans les aéroports. Le second projet portait sur la nomination d'un référent dédié pour faciliter l'accessibilité des PMR au sein de l'hôpital. L'union de ces deux initiatives a donné naissance au projet Welcome, en 2018, qui cherche à offrir une expérience de soin et d'accueil adaptée et optimisée pour les personnes en situation de handicap. Le référent nommé au sein du service joue un rôle clé en coordonnant les efforts et en veillant à la mise en œuvre des mesures nécessaires pour garantir un accueil de qualité.

Ainsi, le projet Welcome s'inscrit dans une démarche proactive d'amélioration continue, visant à faire de l'Hôpital de la Citadelle un modèle d'accessibilité et d'inclusion pour tous (*cf.* Annexe 2). Comme nous le verrons par la suite de ce travail, le service et le rôle de ses agents ont évolué de manière continue au fil des années.

1.2.2. Structure

Le service Welcome est actuellement composé d'une équipe de deux agents travaillant à temps partiel (3/4 temps) et d'une responsable. Il est intégré dans le Pôle 4 de l'Hôpital de la Citadelle, qui regroupe les fonctions relatives aux ressources humaines, à la communication, et au trajet patient. Ce pôle est placé sous la responsabilité de la Directrice des Ressources Humaines, qui rend compte directement à la Directrice Générale.

Dans l'organigramme du Pôle 4 (*cf.* Annexe 3), le service Welcome est rattaché à la division du trajet du patient, supervisée par une responsable, chargée de coordonner tous les départements et services associés. Hiérarchiquement, la responsable du service Welcome se rapporte donc à celle-ci et est directement responsable de la gestion quotidienne des deux agents de son service. Cette

organisation espère une intégration fluide du service Welcome dans le cadre plus large des opérations hospitalières afin de garantir une coordination efficace entre les différents niveaux hiérarchiques pour améliorer l'accueil des patients à besoins spécifiques.

Architecturalement, les agents du service partagent leur bureau avec les guichets d'accueil, tandis que la responsable du service dispose d'un bureau situé à un étage différent, aux côtés de la responsable de la division du trajet patient. Elles ne partagent donc pas les mêmes locaux.

1.2.3. Objectifs

Notre participation active à la vie du service pendant plusieurs mois, nos entretiens semi-directifs et l'analyse de différents documents nous ont permis de comprendre les objectifs du service Welcome.

Conçu pour offrir un accueil personnalisé aux patients ayant des besoins spécifiques, son objectif principal est de garantir une expérience de soins optimale en fournissant un accompagnement sur mesure tout au long du parcours du patient, depuis la prise de rendez-vous jusqu'à la fin de l'hospitalisation ou de la consultation : *« dès leur arrivée à proximité de l'hôpital jusque jusqu'à leur sortie, donc ce qui est très intéressant, c'est que c'est vraiment en fonction des besoins individuels »* (Entretien 4).

Bien que le respect des besoins spécifiques de chaque patient soit au cœur des préoccupations de l'hôpital, il est également important de souligner que le service poursuit un objectif financier pour l'institution. Attirer et fidéliser la patientèle en situation de handicap face aux établissements concurrents est un enjeu clé. Selon une des responsables hiérarchiques, les personnes à besoins spécifiques ont tendance à engager des dépenses plus élevées à l'hôpital. Elle souligne également que se positionner comme pionnier dans l'accueil de ce public offre à l'hôpital une attractivité particulière : *« Il y a quand même aussi un objectif financier. Enfin... Derrière, qui motive... Sinon, de toute façon, ça ne serait pas là. Ils dépensent plus, forcément, dans l'hôpital. ... Quelque part, être pionnier là-dedans, forcément, ça attire. Donc, je pense que financier, c'est important. Je pense que, fidéliser cette patientèle ici, c'est important. »* (Entretien 3).

Lors de notre observation participante, nous avons d'ailleurs souvent assisté à une nécessité pour le service de justifier d'un certain nombre de patients et d'interventions à la direction afin de démontrer l'efficacité et la rentabilité du service. Mais d'après un de nos entretiens, l'objectif d'attractivité et de fidélisation des patients est bien rempli par le service : *« la preuve, c'est que des gens vont se faire soigner là à la Citadelle parce qu'ils ont eu des échecs ailleurs et que ici, grâce à Welcome, ils trouvent un milieu qui leur donnent confiance, qui les met en confiance par rapport à*

l'accès aux soins » (Entretien 4). Dans la suite de ce travail, nous verrons également les chiffres de l'activité du service.

1.2.4. Fonctionnement et missions

Pour accéder au service, les patients (ou leurs aidants, médecins traitants, etc.) doivent signaler leur besoin d'assistance dès la prise de rendez-vous ou lors de la préadmission. À ce moment-là, un agent du service complète avec la personne concernée une fiche d'identification des besoins spécifiques (*cfr.* Annexe 4), permettant de recueillir des informations précises et facilitant ainsi la préparation et l'organisation nécessaires. *« On s'adapte à la personne. Quand elle vient, on sait déjà les besoins qu'elle a sur la fiche pour que tout aille bien. »* (Entretien 1). L'utilisation de cette fiche est détaillée à un point ultérieur de ce travail.

Le jour de la consultation ou de l'hospitalisation, le service s'assure que toutes les mesures nécessaires sont mises en place pour répondre aux besoins identifiés. Cela inclut la présence d'un agent dédié pour accueillir le patient, la mise à disposition du matériel requis et l'adaptation du parcours de soins pour le rendre plus accessible et confortable. Le médecin et le personnel soignant sont également informés des besoins spécifiques du patient pour assurer une coordination optimale et une qualité de soins accrue. *« Le jour du rendez-vous, on accueille toujours les patients, soit à l'accueil, soit au parking moins deux, on se rejoint là-bas, on prend en charge la personne. »* (Entretien 1). Un utilisateur du service confirme cela : *« ils viennent nous chercher ou au dépose-minute, ou dans le parking »* (Entretien 5). Mais la prise en charge ne s'arrête pas là : *« Ce qu'on fait aussi, c'est qu'on téléphone au médecin pour leur dire que tel patient est arrivé pour le rendez-vous. Comme ça, si c'est un patient autiste par exemple, on sait qu'il va être prioritaire par rapport à ses besoins, il ne peut pas attendre longtemps... »* (Entretien 1). Un témoignage le confirme : *« on arrive, donc [agent du service] téléphone au médecin ou va trouver le médecin pour dire qu'on est là. Et si le médecin est libre, on nous prend directement. Et si le médecin n'est pas libre, on est les prochains. Donc, on n'a plus de temps d'attente. »* (Entretien 6). Le service vise ainsi à accueillir personnellement chaque patient ayant des besoins spécifiques et à le guider tout au long de son parcours de soins. Il offre un accompagnement sur mesure en réponse aux besoins exprimés par le patient, avec pour objectifs d'augmenter la qualité des soins et de l'accueil, tout en minimisant les barrières structurelles et architecturales afin de maximiser la satisfaction du patient.

Ce service est destiné à toute personne présentant des besoins spécifiques, qu'il s'agisse de handicap moteur ou de difficulté de déplacement, de surdité ou malentendance, de cécité ou malvoyance, ou encore de handicap mental, autisme, troubles du langage, et autres besoins particuliers. Le service utilise toujours la terminologie de « Personnes à Besoins Spécifiques » (PBS) et non de personnes en situation de handicap pour englober un maximum de patients. *« Parce que les besoins spécifiques, c'est plus large que le handicap, donc il ne faut pas être reconnu*

administrativement personne handicapée pour avoir des besoins spécifiques. Ce n'est pas par pudeur du vocabulaire, mais c'est pour englober sans mettre une étiquette handicapée qui correspond à une reconnaissance administrative. Ici, cela peut-être des besoins spécifiques qui sont temporaires, pour des personnes en voie de guérison par exemple » (Entretien 4).

Le service Welcome ne se limite pas uniquement à l'accueil et à l'accompagnement des personnes en situation de handicap au sein de l'hôpital. Sa mission s'étend également à une variété d'initiatives visant à améliorer l'accessibilité et à traiter les questions spécifiques liées aux PSH. En tant que personne référente pour tous les sujets touchant aux PSH, la responsable du service joue un rôle clé dans plusieurs actions importantes. Cela inclut, par exemple, le développement de la procédure pour les chiens d'assistance, le suivi de la rénovation des sanitaires et le recensement des toilettes accessibles aux PSH.

Le service participe également à des réunions mensuelles avec Altéo et d'autres hôpitaux pour collaborer sur les questions d'accessibilité aux soins : *« Welcome a des rendez-vous chez Altéo aussi, une fois par mois. Là, eux nous disent ce qu'on doit changer et nous, on essaye, mais ce n'est pas toujours facile »* (Entretien 3). Le service entretient aussi des contacts réguliers avec diverses associations et s'engage dans la défense de problèmes d'accessibilité au sein même de l'hôpital, comme les tourniquets d'accès au restaurant de l'hôpital ou des couloirs trop étroits. Ainsi, le service contribue activement à l'amélioration continue des infrastructures et des pratiques dans l'ensemble de l'institution en plus de sa mission initiale.

Ces améliorations se font au fur et à mesure que le service est confronté à des problèmes et qu'il les identifie. *« Quand on a commencé, moi je n'aurais jamais imaginé qu'il y ait d'autres choses dont on devait tenir compte, ..., pour moi le fait d'avoir un logo handicap dans les WC, c'était bon. Et en fait, ce n'était pas vraiment ça, tout n'était pas adapté dans les WC, tu vois, donc vraiment faire un recensement, les réadapter, tenir compte de ça, faire toute une procédure. Je pense qu'il y a des aspects auxquels on n'avait jamais pensé, on a été confronté sur le terrain à des choses. Je pense qu'en étant dedans, on s'est rendu compte des difficultés »* (Entretien 3). Avec cet exemple, nous pouvons constater qu'il n'est pas possible de prévoir sur quelle problématique le service va devoir travailler à l'avance. C'est en étant sur le terrain et en travaillant auprès du public cible que les agents du service se rendent compte de certaines réalités et peuvent dépasser leur rôle d'accueil et d'accompagnement, définissant alors de nouvelles missions pour le service.

1.2.5. Rôle des agents du service

À travers leur description de fonction, les agents sont considérés comme des collaborateurs administratifs. Quand on observe leur réalité, bien qu'il y ait de l'administratif dans leur travail quotidien, ce n'est pas comme ça qu'ils présentent leur rôle. Ils l'ont d'ailleurs vu évoluer au fil des

années. Cela a été marqué par une augmentation significative de leurs responsabilités et par une diversification des publics pris en charge. Initialement, leur mission se limitait principalement à l'accompagnement des PMR. Selon un agent interrogé, « *quand je suis arrivé, on ne s'occupait que des personnes à mobilité réduite* » (Entretien 1).

La pandémie de COVID-19 a joué un rôle négatif dans cette évolution. Les restrictions sanitaires, notamment l'interdiction pour les patients d'être accompagnés, ont entraîné une augmentation des besoins d'assistance pour les personnes rencontrant des problèmes pour se déplacer : « *Avec le COVID, les personnes, surtout les personnes âgées ou les personnes avec un handicap qui ne savent pas marcher ou malvoyants ou malentendants, vu qu'ils ne pouvaient plus être accompagnés, c'est vrai qu'au départ, c'était plus dans ce domaine-là où on allait chercher les personnes et on les accompagnait* » (Entretien 1). Cela a enfermé le service dans ce type de prise en charge, qui s'apparente d'autant plus à du brancardage qu'à autre chose, ce qui a également porté à confusion au sein même de l'institution : « *Avec le COVID, tout le monde arrêtait de travailler, tout le monde. Donc, on prenait et on allait les déposer dans les services et tout ça. Et on appelait ça le Welcome, alors que le Welcome, il existait déjà à la base. Donc, avec le Covid, on va appeler le Welcome. Ils sont vraiment restés sur le brancardage* » (Entretien 2).

Progressivement, le service a attiré l'attention de diverses institutions spécialisées. Par exemple, « *on a fait connaissance avec un institut comme ça par hasard, c'était le SUSA, qui était intéressé par le fonctionnement du Welcome et se demandait si le Welcome ne pouvait pas faire, entre guillemets, pareil, mais avec les personnes autistes ou les personnes présentant un handicap mental* » (Entretien 1). Cette collaboration a initié un processus de transformation et d'adaptation du service pour mieux répondre aux besoins spécifiques des patients autistes ou ayant un handicap mental. « *On s'est réunis, on a un petit peu discuté avec le médecin du SUSA, une infirmière et une psychologue, et on a essayé de mettre en route quelque chose pour pouvoir justement accueillir du mieux qu'on pouvait les personnes autistes ou avec un grand handicap mental* » (Entretien 1).

L'ampleur et la complexité des tâches du service Welcome ont, par la suite, considérablement augmenté. « *Maintenant, c'est vraiment une coordination avec tout ce qui est institut ou privé, par rapport au bien-être du patient qui va arriver le jour J, et que tout soit mis en place pour que déjà l'examen médical se passe du mieux possible, que le patient ressente un bien-être, moins de stress. Ce n'est plus du tout du brancardage.* » (Entretien 1). Comme le précise les agents, ils ne font plus de brancardage, bien au contraire. « *Au départ, c'était conduire un patient du point A au point B, ben maintenant, c'est vraiment prendre des rendez-vous, mettre une mise en place pour que le rendez-vous se passe bien. C'est aller prévenir les infirmières, le médecin, de l'attitude du patient.* » (Entretien 1). Cette évolution a été confirmée par un autre agent, qui a noté le passage de simples tâches de brancardage à des rôles plus spécialisés. « *C'était beaucoup des personnes âgées qui arrivaient, il leur*

fallait une chaise roulante, alors là, on allait les conduire à leur rendez-vous, et puis petit à petit, ben c'était vraiment des cas plus difficiles, donc il fallait vraiment du matériel bien spécifique, comme les lèves-personnes » (Entretien 2). Aujourd'hui, les agents travaillent en bonne partie avec des patients autistes, par exemple, et coordonnent des rendez-vous, des hospitalisations, préparent le matériel et réservent des salles adaptées, réduisant ainsi considérablement les tâches associées à du brancardage.

La prise de conscience des besoins spécifiques des patients a également évolué. *« Comme je dis toujours, au départ, quand on a commencé, moi je n'aurais jamais imaginé que Welcome prenne l'ampleur que ça a pris, et puis même qu'il y ait d'autres choses dont on devait tenir compte. Comme l'autisme, on n'avait jamais pensé à l'autisme »* (Entretien 3). Cette évolution a permis aux agents de se rendre compte de l'importance d'accompagner certains autres publics et de mieux répondre à davantage de défis uniques posés par diverses situations de handicap.

De plus, le témoignage d'un représentant d'une ASBL pour les PSH souligne l'ampleur du changement et de l'adaptation du service Welcome au fil du temps. *« Et ce qui est très, très, très bien avec Welcome, c'est que quand on voit ce qu'ils faisaient tout au début, et même après 6 mois d'existence, et où ça en est arrivé maintenant il y a eu toute une évolution qui donne vraiment du corps à la démarche »* (Entretien 4). Ces évolutions montrent une croissance continue et une amélioration des services offerts, consolidant ainsi la mission du service Welcome dans la prise en charge des personnes à besoins spécifiques. La définition du rôle de ce service innovant et novateur en Belgique est en constante évolution.

Enfin, pour la responsable du service, en plus de ses missions initiales, s'ajoute le rôle de référent en matière de handicap, qui est crucial. Elle centralise et coordonne toutes les actions et projets relatifs au handicap, garantissant une approche harmonisée et efficace. La responsable joue également un rôle de veille permanente, se tenant informée des avancées et des pratiques innovantes dans le domaine du handicap. Elle reste également en contact permanent avec les différentes associations dans ce domaine. Son objectif principal est de favoriser une meilleure accessibilité aux soins pour tous, en intégrant les meilleures pratiques et en adaptant constamment les services offerts pour répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap. Cette position de référente handicap assure une prise en charge globale, en collaboration avec les différents acteurs de l'hôpital, indispensable pour l'amélioration continue de l'accessibilité et de la qualité des soins.

1.2.6. Chiffres du service

En 2023, le service a joué un rôle important dans l'accueil et l'accompagnement des PSH, comme en témoigne le rapport d'activité récemment élaboré pour la direction. Lors de notre stage, nous avons eu l'occasion de contribuer à la réalisation de ce rapport, qui révèle des chiffres significatifs sur les opérations du service.

L'année 2023 a commencé avec 720 patients inscrits au service Welcome et se termine avec 815 patients inscrits, dont plus de 18% sont des patients autistes (*cf*: Tableau 1). C'est un gain d'environ une centaine de patients dont la plupart viennent à l'Hôpital de la Citadelle exclusivement pour le service, d'après les agents du service.

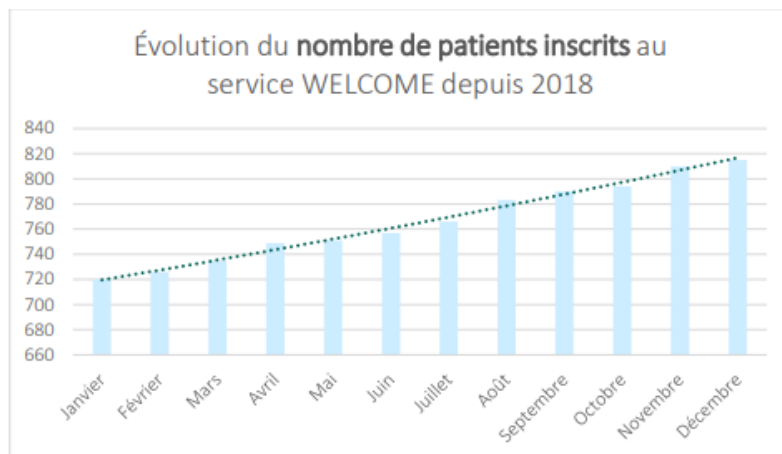


Tableau 1.

En 2023, le service a réalisé, en moyenne, 112 interventions par mois avec un pic à 153 au mois de mars 2023. En moyenne, les patients autistes représentent près de 21% de la totalité des interventions par mois (*cf*: Tableau 2). Il ne faut pas oublier que ce nombre d'interventions est uniquement réalisé par les 2 agents, ce qui reste assez considérable. Une intervention peut représenter une prise de sang, une consultation, une hospitalisation, ... Tout dépend de la demande.

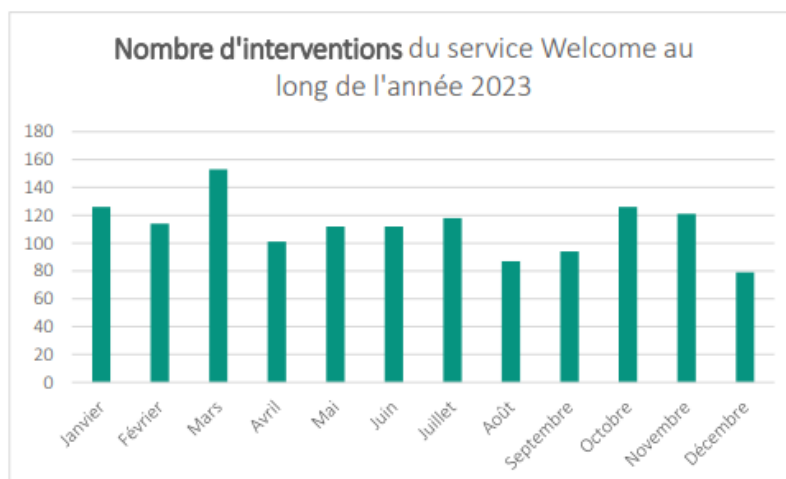


Tableau 2.

Il est important de ne pas oublier qu'une partie des patients inscrits au service sont des personnes âgées ayant déjà été prises en charge à l'Hôpital de la Citadelle. Toutefois, un aspect essentiel à souligner est l'attractivité croissante de l'hôpital pour diverses institutions spécialisées, telles que celles consacrées à l'autisme et au handicap mental. Depuis la collaboration avec le SUSA :

« De fil en aiguille, on a eu d'autres instituts qui nous ont téléphonés, qui nous ont envoyé des mails pour demander un petit peu, voilà, on a appris que vous travaillez avec le SUSA. On se retrouve avec, je ne sais plus combien d'instituts, une dizaine. » (Entretien 1).

Le service collabore maintenant activement avec plusieurs institutions en plus du SUSA, notamment Lotus, Toma Stena, Coccinelles, Les Chemins d'Ariane, Au Petit Bonheur, L'Arche d'Aywaille, et le Foyer le Houppier. Cette collaboration se manifeste par l'accueil de patients autistes ou en situation de handicap mental et de leurs éducateurs provenant de toute la Belgique francophone, même pour des actes simples comme des prises de sang.

Il convient de souligner que, bien que certains patients aient déjà fréquenté l'Hôpital de la Citadelle avant leur inscription au service, cette démarche contribue à fidéliser ces patients envers l'établissement, en dépit de la concurrence des autres institutions de soins. Cette fidélisation est un indicateur clé de la valeur ajoutée apportée par le service.

1.2.7. Pratiques et procédures spécifiques

Il nous semblait important, d'après nos observations, de mettre en avant deux pratiques innovantes qui ont été mises en place par le service Welcome pour améliorer la prise en charge des PSH : la fiche d'identification des besoins et la salle d'attente adaptée. Elles sont utilisées presque quotidiennement par le service.

La **fiche d'identification des besoins**, également appelée fiche de liaison ou fiche PBS (Personnes à Besoins Spécifiques), est un document utilisé pour assurer une prise en charge personnalisée et adaptée des patients du service Welcome. Ce document reprend des informations cruciales telles que le matériel nécessaire à l'arrivée du patient, le type de handicap, les coordonnées du patient ou de sa personne responsable, ainsi que des détails sur les modes de communication du patient et leur fiabilité. De plus, elle inclut des informations sur le comportement, la motricité, le transport, l'état sensoriel, et d'autres éléments pertinents comme des allergies ou des problèmes de santé. La fiche permet également d'ajouter des remarques et précisions spécifiques. Comme le souligne un agent, « Elle reprend tout vraiment, c'est pour ça que c'est important nos fiches PBS, parce que c'est vraiment l'identité, unique à chaque personne. C'est l'identité, vraiment, Welcome, je veux dire, de chaque patient » (Entretien 1).

L'importance de la fiche PBS réside dans sa capacité à transmettre des informations détaillées et individualisées sur chaque patient. « Chaque personne est différente donc on explique par rapport à notre fiche PBS, le handicap de la personne et aussi sa façon d'être, ce que la personne elle aime, elle n'aime pas, voilà par rapport à ses besoins » (Entretien 1). Par exemple, les infirmières et les autres membres du personnel soignant sont informés des préférences et des besoins spécifiques de chaque patient, comme un attrait pour une certaine musique qui les calme, le niveau d'interaction verbal

souhaité, ou même les objets de réconfort nécessaires. *« Les infirmières savent que le jour après, par exemple, la maman va venir ou l'éducatrice avec cette personne-là. Elles savent déjà qu'il faudra cette musique-là dans la petite pièce. Elles savent déjà que, par exemple, s'ils aiment qu'on leur parle, elles vont leur parler. S'ils n'aiment pas, elles vont parler moins. S'il ne faut pas trop toucher, on ne va pas les toucher. On va prendre des jouets. Tout ça, c'est écrit dans la fiche de PBS »* (Entretien 1).

De plus, il n'est pas rare que les agents du service retournent expliquer les besoins du patient, avec la fiche, afin de garantir une prise en charge cohérente et adaptée. *« On fait une photocopie de la fiche. À chaque consultation, oui. Ce n'est pas juste on envoie la fiche. À chaque fois, on va vérifier avec le personnel soignant. On va avec la fiche quelques jours avant »* (Entretien 1). Cette procédure assure que chaque consultation se déroule en tenant compte des besoins spécifiques et des préférences du patient, minimisant ainsi les risques de malentendus ou d'erreurs dans la prise en charge. En somme, la fiche PBS est un outil indispensable pour garantir une approche centrée sur le patient, adaptée aux particularités de chacun.

La **salle d'attente adaptée** aux patients du service Welcome, en particulier ceux atteints d'autisme, est une autre pratique ayant favorisé l'accueil des PSH. La réflexion autour de cette salle a été le fruit d'une collaboration entre le service Welcome, un docteur de la Citadelle spécialisé dans l'autisme et le SUSA (Service d'accompagnement pour enfants, adolescents et adultes atteints d'autisme ou de déficiences mentales associées à des troubles majeurs du comportement). Le SUSA a suggéré la création d'un espace dédié pour les patients atteints d'autisme, ce qui a conduit à la conception d'une salle d'attente équipée de jeux adaptés, d'un variateur de lumière, de sons, de dessins animés, etc. afin de créer un environnement plus apaisant.

L'importance de cette salle d'attente est soulignée par les agents. Comme le mentionne un agent, *« avant, il n'y avait pas une salle d'attente adéquate »* (Entretien 1). Cette initiative vise à éviter que les patients autistes ne se retrouvent dans des salles d'attente bondées, ce qui pourrait aggraver leur stress et leur inconfort. *« Si c'est un enfant autiste, on a une salle d'attente donc du coup on propose notre salle d'attente pour pas que la personne se retrouve dans une salle d'attente où il y a énormément de monde »* (Entretien 1).

Avant la création de cette salle spécialisée, les parents et les patients autistes étaient souvent contraints de partager des salles d'attente avec d'autres patients, ce qui pouvait entraîner des situations problématiques. *« Par exemple, pour l'autisme, on mettait les parents et le patient dans une salle d'attente avec d'autres patients et ça pouvait durer [...], ça n'allait pas à un moment donné les parents ou l'institut retournaient, partaient parce que ce n'était pas possible. Ce n'était pas adapté »* (Entretien 1). Un parent d'un patient utilisateur du service témoigne : *« on avait beaucoup de regards, là on est tout seul, on a pas le regard des gens, c'est au calme »* (Entretien 6).

En répondant à ces besoins spécifiques, la salle d'attente du service Welcome améliore non seulement le confort des patients autistes mais aussi leur expérience globale au sein de l'établissement, tout en réduisant le stress et l'inconfort pour eux et leurs familles. « *Dans l'hôpital, ils ont leur petite salle d'attente, qui est au calme, qui est avec des jeux, avec des lumières, ça soulage* » (Entretien 6).

Le défi du service est maintenant d'obtenir une salle d'attente adaptée sur tous les sites de l'institution : « *on a réussi à avoir une pièce pour local autisme, la salle d'attente, mais l'idéal, ce serait d'avoir ça sur tous les autres sites aussi* » (Entretien 3). Les utilisateurs du service en sont d'ailleurs demandeurs : « *mais c'est dommage qu'il n'y ait pas la même chose à l'autre hôpital... À Sainte-Rosalie. Parce que les dentistes, ils sont là-bas, mais il n'y a pas le service Welcome comme à la Citadelle* » (Entretien 6). Il est donc aussi important pour le service, d'après cet utilisateur, de se développer sur les autres sites de l'institution.

Enfin, dans la continuité de cette salle d'attente adaptée, le service Welcome se distingue par sa spécialisation en matière d'autisme. Une **procédure spécifique** a été élaborée **pour la prise en charge des patients autistes**, avec une réflexion approfondie sur leur accueil et leur accompagnement, en collaboration avec le SUSA. Cette initiative représente une avancée significative, car auparavant, il n'existait aucune mesure adaptée pour ces patients. En conséquence, ils se trouvaient souvent éloignés des soins nécessaires, ce qui entraînait une aggravation notable de leur état de santé. Grâce à cette spécialisation, le service Welcome permet désormais une prise en charge adaptée et efficace, offrant ainsi une réelle plus-value en termes d'accessibilité et de qualité des soins pour les patients autistes.

2. Défis et solutions dans l'accueil des PSH

Cette partie du mémoire vise à identifier, à travers l'observation participante et les entretiens semi-directifs, les défis rencontrés dans l'accueil et l'accompagnement des PSH mais surtout à mettre en lumière les solutions apportées par le service Welcome. Nous tentons de présenter une vision détaillée et nuancée des efforts déployés pour améliorer la prise en charge de cette patientèle en particulier.

2.1. Le besoin d'une personne de référence

L'un des défis majeurs pour les personnes en situation de handicap (PSH) à l'hôpital est la nécessité d'avoir une personne de référence. Cette personne joue un rôle crucial en assurant la continuité et la qualité des soins, tout en apportant un soutien émotionnel et logistique. À travers les entretiens menés avec les agents du service Welcome, il est apparu clairement que ce besoin est fondamental et que le service Welcome s'efforce d'y répondre efficacement.

Un agent du service explique que les patients bénéficient énormément d'avoir un point de référence dès leur arrivée à l'hôpital. « *On devient vraiment, comment dire, un point de référence* »

quand les patients arrivent » (Entretien 1). Cette présence permet aux patients et à leurs familles de se sentir moins anxieux et plus soutenus. Un exemple illustratif est celui d'une patiente autiste qui, grâce à la continuité d'accueil par la même personne de référence (un agent du service), se sent désormais plus à l'aise à l'hôpital. « *Elle vient toutes les semaines... Maintenant, quand elle me voit, elle ne parle pas, mais elle me fait un petit sourire. C'est un côté rassurant* » (Entretien 1).

Cette relation de confiance ne se limite pas aux patients autistes. Un autre agent souligne que certains patients ne souhaitent être accompagnés que par leur référent spécifique. « *Ils voient ce rôle comme ma personne de référence à l'hôpital, c'est toi. C'est pas le service, c'est plus la personne* » (Entretien 2). Cette préférence montre l'importance de la stabilité et de la familiarité avec l'agent Welcome pour les patients à besoins spécifiques.

Une responsable met également en avant l'importance de cette relation de confiance. Elle remarque que, grâce à la présence d'un référent attitré, les patients peuvent être plus sereins et mieux informés. « *Le fait d'avoir une personne de confiance qui connaît leur situation et qui a elle-même déjà prévenu tout le reste du personnel auparavant, c'est un soulagement et tout se passe mieux* » (Entretien 3). Cette coordination en amont permet de réduire le stress et d'améliorer l'efficacité de leur prise en charge.

Les témoignages des patients et de leurs familles confirment également l'impact positif d'une personne de référence. Un parent utilisateur du service déclare : « *Et puis, je peux compter sur [agent du service]. Je lui fais confiance à 100%. Oui, c'est une personne de confiance* » (Entretien 6). La personne de référence devient un réel soutien pour les patients et leurs aidants : « *Moi, ce que je veux souligner, c'est vraiment le fait qu'[agent du service] pense à ma place presque. Je ne sais pas comment dire, mais... Il y a des choses qu'[agent du service] me dit, on va faire comme ci, on va faire comme ça.* » (Entretien 6). Cette confiance et ce soutien permettent aux aidants de se sentir soulagés. « *Ça nous soulage beaucoup* » (Entretien 6).

Un autre exemple de l'importance d'avoir une personne de référence se manifeste aux urgences. Auparavant, les patients avec des besoins spécifiques, comme les autistes, devaient attendre longtemps en salle d'attente, ce qui pouvait causer beaucoup de stress et obligeait parfois les parents ou éducateurs à partir. Un agent du service explique : « *Avant quand quelqu'un arrivait avec une personne autiste aux urgences par exemple, [...] parce qu'il s'est blessé ou il est malade et c'est urgent, on le mettait dans une salle d'attente avec d'autres patients et ça pouvait durer toute une journée, [...] les parents ou l'institut finissaient par retourner, ce n'était pas adapté et ils partaient parce que ce n'était pas possible* » (Entretien 1). Désormais, « *avec le Welcome ce qu'on a mis en place c'est que quand une personne autiste ou en situation de handicap arrive avec une éducatrice, on nous téléphone au Welcome* » pour assurer une prise en charge rapide et adaptée (Entretien 1). Mais les agents nous ont,

tous deux, également souligné que tous les agents d'accueil aux urgences n'avaient pas ce réflexe, et ne connaissaient pas toujours l'existence ou la mission du service.

D'autre part, un représentant d'une ASBL pour les PSH souligne la nécessité d'un acteur interne à l'hôpital pour gérer la coordination des soins entre les différents prestataires et les différents services. « *Le patient, il ne connaît pas les différents prestataires, tous les circuits administratifs... Il faut un acteur interne à l'hôpital pour le faire* » (Entretien 4). Cette remarque montre bien l'importance d'avoir une personne de référence qui comprend les rouages internes de l'hôpital. Le référent interne peut naviguer efficacement dans un système qui peut paraître trop complexe pour des patients extérieurs. Cela se confirme par le témoignage de la famille d'un patient : « *[agent du service] connaît quand même certains médecins, qui ont l'habitude de travailler avec les personnes handicapées. Ici, j'ai pu avoir des contacts avec des médecins qui avaient l'habitude de côtoyer le handicap, plus humain. Moi je ne les connais pas, [agent du service] les connaît.* » (Entretien 6). Il ajoute : « *On avait un rendez-vous par exemple, mais c'était super loin, [agent du service], chaque semaine s'occupait de téléphoner pour voir s'il n'y avait pas un désistement, et puis grâce à ça, on a eu un jour un désistement, et on a pu aller plus tôt, et moi c'est des choses que moi, à la maison, je ne saurais pas le faire quoi.* » (Entretien 6).

Cependant, l'agent du service ne fait pas tout à la place des patients. Il s'efforce de maintenir l'autonomie de ceux-ci tout en garantissant la qualité des soins. « *Faut savoir qu'au Welcome, on ne fait pas tout pour le patient. Le but, c'est qu'il reste le plus autonome possible. Mais de l'autre côté, on garantit sa qualité de soin* » (Entretien 1). Cette approche permet aux patients de conserver leur autonomie tout en recevant l'aide qu'ils souhaitent recevoir de leur référent. C'est un service à la demande du patient et qui n'est pas obligatoire. Une agent du service donne comme exemple pour illustrer ces propos : « *Mais ici, c'est déjà arrivé que je vois une personne qui a des difficultés à se déplacer, donc je vais vers elle et je lui propose de l'aide, je lui explique un peu le Welcome, que ça existe ici à la Citadelle, que c'est gratuit. Et bien, des fois, on a déjà eu des refus, mais ça, on le respecte. Parfois on a des patients inscrits au Welcome qui nous sonnent aussi pour nous dire, voilà, aujourd'hui je veux me débrouiller tout seul.* » (Entretien 1). L'aide apportée par le service passe d'abord par le respect de la volonté et du consentement du patient.

Pour finir, la présence d'une personne de référence est cruciale pour les PSH à l'hôpital. Elle permet de créer une relation de confiance avec un acteur interne à l'hôpital, de réduire l'anxiété et de garantir une meilleure coordination des soins.

2.2. L'accessibilité physique

Il existe également de nombreux défis liés à l'accessibilité physique des personnes à besoins spécifiques (PSH) à l'hôpital. Ces défis incluent des obstacles structurels, des limitations matérielles et

des contraintes organisationnelles. Selon un représentant d'une ASBL pour les PSH, « *il est important de souligner que le matériel a un impact sur la santé* » (Entretien 4). Cependant, le service Welcome met en œuvre diverses solutions pour répondre à ces problèmes.

Premièrement, les personnes à mobilité réduite rencontrent souvent des obstacles importants dès leur arrivée à l'hôpital. Comme le souligne un agent du service, « *pour les personnes à mobilité réduite, déjà, des fois, ils n'ont pas de famille ou la famille travaille. Donc déjà, ça, c'est un problème. Quand ils arrivent, on a la fondation, mais par contre, on n'est pas toujours disponible ou on ne sait pas prendre la personne en charge parce que la personne est stationnée à l'extérieur* » (Entretien 1). L'absence d'accompagnateurs et de solutions adéquates pour le transport des PSH représente déjà un défi en termes d'accessibilité physique. Un utilisateur du service avance que l'aide des agents le soulage : « *ils viennent me chercher, ils sortent la chaise de la voiture. Donc, c'est une manipulation en moins, ça me fatigue moins. Puis ils me poussent jusqu'où je dois aller, [...] ça fait du bien.* » (Entretien 5).

Au niveau matériel, des difficultés surviennent également. Par exemple, pour les consultations nécessitant des équipements spécifiques comme les lève-personnes, les infrastructures hospitalières ne sont pas toujours adaptées. « *Les box de consultation, les portes sont trop étroites. Donc là, quand il y a une consultation, on doit mettre en place un box adéquat et que le médecin puisse se déplacer dans ce box-là pour recevoir la personne* » (Entretien 1). Ce problème est illustré par le cas d'une patiente paralysée nécessitant un lève-personne pour être transférée sur la table de consultation en gynécologie. Le service Welcome a alors dû réserver à l'avance le seul box adapté, souvent très sollicité pour d'autres examens, ce qui complique l'organisation des rendez-vous.

Avant la mise en place du service Welcome, « *ces personnes étaient livrées à elles-mêmes* », conduisant souvent à des annulations de rendez-vous en raison de l'inaccessibilité physique des lieux de consultation (Entretien 1). Un autre agent ajoute « *si on ne s'était pas assuré que c'était accessible, il n'y aurait pas eu... Enfin, la consultation aurait été impossible d'avoir lieu, quoi.* » (Entretien 2). La présence du service est essentielle pour garantir l'accessibilité physique des lieux de consultation et d'intervention.

De plus, un agent souligne une problématique que nous n'avions pas imaginé dans l'utilisation du matériel adéquat. « *Il faut prévenir aussi le personnel infirmier qu'il va y avoir une personne et qu'il va falloir se servir du palan. C'est pas toujours facile... Ben, il y en a beaucoup qui disent qu'ils ne savent pas utiliser. Et c'est parce que... Flemme que... Ou un coup autre chose.* » (Entretien 2). Le souci est que, malgré que les agents du service savent se servir du matériel, elles ne peuvent pas le faire. Un agent du service nous raconte. « *On a été formés pour le palan aussi. Maintenant, moi, je sais me servir du palan. Mais ce qu'il y a, c'est que, je sais m'en servir mais je ne peux pas. Au début, je le faisais. C'est un peu contradictoire. Et puis après, quand on m'a dit, maintenant, tu ne peux pas,*

parce que si tu fais tomber la patiente... C'est ta responsabilité. C'est ta responsabilité, tu peux revendre ta maison et tout. » (Entretien 2). Leur rôle de collaborateurs administratifs ne permet pas aux agents de réaliser des actes qu'on peut qualifier de médicaux : « *on ne peut pas faire d'actes techniques, enfin médicaux quoi* » (Entretien 2). Il est arrivé plusieurs fois que les agents se retrouvent en position de devoir utiliser le matériel. Tout en prenant des risques personnels, ils ont dû le faire pour s'assurer que leur patient reçoive les soins adéquats : « *Mais en radio, une fois, j'ai été. C'était au tout début, quand on a eu la formation. Eh bien, c'est moi qui me suis servi du palan. [...] En gynécologie aussi. L'infirmière ne savait pas. C'est moi qui ai mis... Mais en fait, tu t'imagines les risques que j'ai pris.* » (Entretien 2).

L'organisation de consultations pour les patients utilisant d'autres équipements encombrants, tels que des lits bariatriques, présente également des défis. Par exemple, une patiente obèse et ne se déplaçant uniquement qu'à l'aide de ce lit avait besoin de plusieurs consultations médicales. L'équipe Welcome s'est alors occupée d'assurer la faisabilité physique de ces consultations : « *on a réservé une chambre en hôpital de jour. Et pour ces consultations-là, c'est le médecin qui est venu dans la chambre pour faire la consultation comme les box normaux étaient trop petits* » (Entretien 2). De plus, il était impossible de laisser le lit bariatrique stationné avec la patiente dans les couloirs tout au long de la journée. C'est pourquoi il a fallu envisager une hospitalisation de jour pour ensuite coordonner les différents rendez-vous en chambre. Cette flexibilité organisationnelle montre comment le service Welcome s'efforce de surmonter les limitations structurelles et matérielles pour garantir l'accès aux soins.

La préparation et la coordination sont essentielles pour améliorer l'accessibilité. « *Pour améliorer l'accessibilité, c'est en préparant, justement. Toujours dans l'idée de coordination. En prévenant auparavant que ce patient-là, il vient avec une chaise roulante, que ça ne rentrera pas dans le box, etc.* » (Entretien 3). Cette anticipation permet de minimiser les désagréments le jour de la consultation, bien que des imprévus subsistent.

Comme précisé auparavant, le service Welcome a également mis en place des infrastructures spécifiques pour améliorer l'accessibilité. Par exemple, une salle d'attente réservée aux patients Welcome et adaptée aux besoins des patients autistes a été créée. De plus, des adaptations architecturales, telles que des guichets adaptés avec des boucles à induction pour les malentendants, témoignent des efforts continus du service pour rendre l'hôpital plus accessible.

2.3. Les difficultés de communication

Les difficultés de communication représentent un autre obstacle majeur pour l'accueil et les soins des PSH à l'hôpital.

Un des principaux défis de communication est lié à la transmission d'informations au sein de l'hôpital. Les informations concernant les besoins spécifiques des PSH doivent être communiquées de manière efficace pour garantir des soins de qualité. Cependant, cette communication est parfois problématique. Comme le souligne un agent du service Welcome, « *On a plus de problèmes, des fois, avec les infirmiers, les soignants, parce que des fois, on va déposer les informations... les mots se perdent. Ils oublient, les papiers se perdent* » (Entretien 2). Cette perte d'information est exacerbée par le roulement fréquent du personnel hospitalier, ce qui rend difficile la continuité des soins et la transmission d'informations critiques entre les équipes. Un autre agent ajoute : « *Le pire, c'est qu'en plus, les infirmières, ce n'est pas toujours la même. Elles changent de service. Elles changent tout le temps* » (Entretien 2).

Pour pallier ces problèmes, le service tente de maintenir une communication constante et proactive. L'importance de cette approche est soulignée par un autre témoignage : « *Le fait d'aller tout le temps répéter l'info... on fait le travail trois fois, mais c'est ça qu'il faut* » (Entretien 3). Cette répétition permet de s'assurer que les informations essentielles sur les patients sont bien intégrées et prises en compte par le personnel soignant. De plus, le personnel de Welcome s'efforce de bien connaître les patients à l'avance, ce qui permet de fournir des informations précieuses au personnel soignant, souvent débordé : « *Le fait de bien le connaître auparavant... tu apportes des éléments que le personnel soignant ne connaît pas... C'est vraiment une aide qui permet au personnel de soin d'avoir une meilleure vision, une meilleure communication* » (Entretien 3). Un autre exemple concret montre ce travail : « *Quand la personne va être hospitalisée... on va expliquer en salle, voilà, c'est une personne qui présente ça. Elle est comme ça. Elle a besoin de ça.* » (Entretien 1).

Cela permet également aux patients et à leurs accompagnants de ne pas devoir communiquer sur leurs besoins à répétition : « *Et c'est vrai que les gens qui ne sont pas au courant... Donc éviter de se répéter 50 fois et eux qui peuvent l'expliquer aussi. Ça fait du bien aussi.* » (Entretien 5).

Au niveau de la communication avec les patients, la fiche d'identification des besoins joue un rôle extrêmement important. Elle reprend les modes de communication et également les aversions du patient pour le toucher, les bruits, ... « *Avec la fiche tu sais expliquer. La fiche PBS [...], on voit qu'il n'aime pas qu'on le touche, il aime cette musique-là, il n'aime pas qu'on parle fort. Tout vraiment, c'est pour ça que c'est important nos fiches PBS, parce que c'est vraiment l'identité* » (Entretien 1). Cela permet d'adapter leur mode de communication à chaque patient, autant pour les agents du service que pour l'ensemble du personnel soignant.

En termes de communication, on peut également dire que les agents du service ont un rôle de médiateur. Nous les identifions un peu aussi à des avocats du patient, qui vont défendre leurs droits et leurs besoins. Un entretien insiste sur cette dimension en indiquant que « *la médiation, ça fait partie de l'ADN de Welcome* » (Entretien 4).

2.4. La coordination

Tout au long de l'exposition de ces résultats, l'idée de coordination est centrale dans les réponses apportées par le service aux défis posés par les PSH. Le manque de coordination dans l'accueil et les soins des PSH est donc un réel défi auquel le service Welcome tente de répondre.

Avant la mise en place du service Welcome, les patients autistes, par exemple, faisaient face à de nombreuses difficultés lors de leurs consultations. Un agent du service souligne : « *Avant, il n'y avait pas de coordination. Les médecins ne savaient pas à quoi s'attendre* » (Entretien 1). Cette absence de préparation aboutissait souvent à des consultations inefficaces, car « *le patient autiste ne se laissait pas toucher* » (Entretien 1), par exemple, et les médecins, n'étant pas au courant et non préparés, ne pouvaient pas effectuer leur travail correctement. Dans d'autres situations, l'accessibilité physique ou le manque de matériel adapté dû à une mauvaise coordination empêchait les patients de recevoir les soins nécessaires : « *Souvent, on leur disait, non, on ne sait pas vous recevoir parce qu'il n'y a pas les conditions nécessaires.* » (Entretien 1)

L'importance de cette coordination s'illustre par le témoignage d'un parent : « *Le service a coordonné toutes les consultations et a eu contact avec les médecins pour expliquer le cas. Parce que nous, on n'a pas le contact avec les médecins. On a le contact avec les secrétaires qui nous mettent parfois des délais super longs alors qu'elle peut avoir contact directement avec le médecin, expliquer le cas et tout d'un coup, on a rendez-vous la semaine d'après* » (Entretien 6). Sans la coordination du service, l'expérience des patients et de leur famille se veut plus compliquée.

Pour pallier cela, le service Welcome travaille en amont pour préparer les consultations. « *Quand on a un enfant, par exemple, qui vient même faire une prise de sang, le jour avant ou deux jours avant, on va avec la fiche PBS [...] on va trouver le service en disant, voilà, telle personne présente ce handicap-là. Il a besoin de ça ou n'aime pas ça.* » (Entretien 1). Cette fiche, qui contient des informations détaillées sur les préférences et besoins spécifiques du patient, permet maintenant au personnel de se préparer adéquatement. « *Elles savent déjà qu'il faudra cette musique-là dans la petite pièce [...] s'ils aiment qu'on leur parle, elles vont leur parler* » (Entretien 1).

Le service Welcome collabore avec différents services pour assurer la prise en charge efficace de leurs patients et les agents mettent un point d'honneur à ne pas uniquement transmettre la fiche. Elles se rendent sur place, expliquent et vérifient. « *C'est important d'aller vraiment avoir un contact [...] vraiment coordonner, pas passer juste une feuille et puis voilà* » (Entretien 3). Cette coordination permet de préparer les admissions, d'informer le personnel médical, les blocs opératoires et de s'assurer que les chambres sont prêtes, contribuant ainsi à une meilleure prise en charge globale.

Quand on parle de coordination, nous remarquons que les défis en matière de logistique sont également importants. Nous avons vu précédemment dans ce travail que la diversité des situations des

PSH nécessite une approche personnalisée en termes d'accessibilité physique et matérielle : « *Il y a toute une série de problèmes logistiques que Welcome peut régler [...] c'est vraiment en fonction des besoins individuels* » (Entretien 4). Comme déjà abordé dans ce travail, les agents s'occupent régulièrement de la coordination entre les médecins, les lieux de consultation, le matériel, etc.

Mais cela ne se limite pas à vérifier si un box de consultation est assez grand ou si le lève-personne est réservé. Par exemple, pour une patiente en chaise roulante qui devait accoucher, le service Welcome a proposé des solutions innovantes : « *On a pris des chambres communes. On en a fait qu'une pour que la maman ait plus facile de se déplacer avec sa chaise roulante* » (Entretien 1). Ce type de coordination logistique est crucial pour assurer la satisfaction des patients en situation de handicap tout en assurant un accueil et des soins de qualité.

Les contraintes de temps sont un autre défi majeur auquel le service met un point d'honneur à répondre. Les consultations pour les PSH prennent souvent plus de temps, ce qui peut perturber les horaires des médecins et créer des retards. « *Le temps de soin [...] des procédures de prise en charge qui sont parfois difficiles à mettre en œuvre* » (Entretien 4). Le service Welcome essaie de prolonger le temps de consultation quand c'est nécessaire pour éviter de mettre les patients et le personnel soignant sous pression. Cela améliore la qualité des soins et réduit le stress pour toutes les parties impliquées : « *prolonger un peu le temps de soin est important parce que tout le monde est gagnant* » (Entretien 4).

Un exemple frappant de la complexité de la coordination pour les soins des PSH, donnée par un des agents du service, est l'organisation de consultations sous anesthésie générale pour les patients pour qui cela est nécessaire. Comme le décrit un intervenant, « *on a dû mettre trois consultations sous anesthésie générale pour un patient avec qui on ne pouvait pas faire autrement. Et ça, on ne l'avait jamais fait avant. C'était la première fois* » (Entretien 2). Ces consultations, qui incluent des spécialités telles que l'ORL et la cardiologie, nécessitent une coordination minutieuse avec l'anesthésiste et les médecins de chaque département. « *Pour le faire sous anesthésie générale on a dû aller voir tous les différents médecins, pour dire pourquoi, le comment* » (Entretien 2). Elles ont également dû coordonner les agendas et s'assurer que les médecins se rendent au bloc en temps et en heure. Cette initiative a permis aux médecins de réaliser les consultations nécessaires en bloc opératoire, chacun à son tour, ce qui était une première pour l'hôpital. « *Ça s'est vraiment très bien passé. Et depuis, on en fait de plus en plus* » (Entretien 2). Ce succès initial a conduit à une augmentation des demandes similaires, bien que celles-ci soient rigoureusement évaluées pour s'assurer de leur pertinence médicale. « *On a déjà refusé plusieurs fois. Ce n'est pas toujours pour une raison valable* » (Entretien 2). Ce témoignage illustre non seulement l'importance de la coordination interdisciplinaire et comment un tel service peut jouer un rôle central dans cette coordination.

D'après les agents du service, depuis la mise en place du service, les problèmes en matière de coordination empêchant la bonne conduite d'une consultation ou d'une intervention sont rares voire

inexistants. « Depuis que le Welcome est là en tout cas, on met tout en œuvre et je pense que ça arrive très rarement, ça n'arrive même pas. Je n'ai pas d'exemple en disant à la personne, maintenant, vous retournez chez vous parce qu'il n'y a pas les conditions pour vous recevoir » (Entretien 1). Et cela se confirme par le témoignage d'utilisateurs du service : « C'est vraiment bien parce qu'en fait, ils préparent tout avant. Ils disent qu'il faut prévoir ça ou ça ou ça. Et c'est bien anticipé. Donc quand on arrive, tout est prêt, quoi. » (Entretien 5).

D'après un agent, les patients sont unanimes quant à l'efficacité de la coordination des soins pour les PSH à l'hôpital de la Citadelle grâce au service Welcome : « On nous dit souvent, si le welcome n'existait pas, la consultation se terminerait sans avoir commencé. Il n'y aurait juste pas de consultation. » (Entretien 1) Même si la coordination de l'accueil et des soins des PSH est un défi complexe, le service Welcome joue un rôle crucial en préparant en amont les consultations, en répondant aux besoins logistiques individuels, et en coordonnant efficacement avec différents services et l'ensemble du personnel soignant.

3. Points faibles

Dans le cadre de notre recherche, il est essentiel non seulement de mettre en lumière les défis et les obstacles rencontrés dans l'accueil et les soins des PSH, mais également d'identifier des pistes d'amélioration pour le service. À travers une analyse de nos observations et de nos entretiens, les résultats présentés dans cette partie de notre travail identifient plusieurs points posant un problème.

3.1. L'emplacement des bureaux

Une des premières pistes d'amélioration identifiées concerne l'emplacement des bureaux du service Welcome. L'observation sur le terrain a révélé que le service est difficilement accessible aux patients. Bien qu'une salle d'attente dédiée au Welcome ait été mise en place, les bureaux où les agents sont la plupart du temps restent peu visibles pour tous, ce qui complique les interactions spontanées entre les patients et les agents.

Dans un des entretiens, cette problématique est également soulignée : « Moi, par exemple, l'emplacement du service, je pense qu'on pourrait trouver mieux. Je trouve qu'elles ne sont pas super bien mises. Je ne trouve pas ça vraiment top pour discuter. Elles auraient pu, pour moi, être un endroit ou peut-être même plus accessible pour les personnes. Visible et accessible. » (Entretien 3).

Cette problématique d'accessibilité est exacerbée par la séparation physique entre les agents et leur responsable, qui se trouvent dans des bureaux situés à des étages différents. Cette disposition empêche les interactions informelles et spontanées, essentielles pour le partage d'informations et la coordination efficace. Nous observons qu'il faut avoir une réunion pour parler d'un cas, il faut se déplacer, trouver le temps. Il n'y a pas de spontanéité où on parle de dossiers, on se conseille ou on

débat, de manière informelle, au sein du même bureau. Une responsable hiérarchique partage cette vision et estime que cette proximité manque cruellement : « *Et moi, je me dis que l'idéal, ce serait quand même que [la responsable] soit avec elles aussi, physiquement, tu vois, dans un bureau, pour les échanges. Je suis sûre que ça serait géré différemment aussi parce que là, [la responsable] serait vraiment au centre de tout. Parfois, [les agents du service] oublient... [Les agents du service] fonctionnent un peu en électron libre* » (Entretien 3).

3.2. Les limites floues

À la suite de ce manque de proximité, nous identifions un autre point d'amélioration important dans notre recherche : les limites floues du rôle et des missions des agents du service Welcome. Les différents entretiens et notre observation révèlent une confusion persistante sur ce qui constitue les limites des agents dans leur rôle et leurs missions. Dû au caractère nouveau et unique de la fonction, il est difficile de définir des limites claires : « *la limite, elle est floue aussi, comme c'est une nouvelle fonction. [...] Je pense que pour les agents, la limite n'est pas toujours claire* » (Entretien 3).

Un agent nous explique, selon elle, la limite : « *c'est que si quelqu'un vient parce qu'il a des difficultés et qu'il veut s'inscrire au Welcome, là, il n'y a pas de souci. Mais si c'est juste parce que ce jour-là, il était un peu plus fatigué ou quoi, non, alors là, il y a la fondation, il y a les bénévoles, oui* » (Entretien 2). Pour une des responsables hiérarchiques, il faut réfléchir plus loin que ça : « *par exemple, le patient obèse encore dernièrement, il vient en ambulance. On ne s'arrête pas à on sait qu'il vient en ambulance, ce n'est pas notre problème. Jusqu'à ce qu'il vienne à la porte de la consultation, ce sera l'ambulancier. Mais tout le reste après, c'est à nous parce qu'il y a plusieurs rendez-vous. Et ça, il faut coordonner. Et dans ma tête, c'est clair. Mais je pense que dans la leur, pas toujours.* » (Entretien 3).

D'après nos observations, il existe des situations où les agents se trouvent à effectuer des tâches variées, et en refuser parfois d'autres. Cela crée de la confusion pour tout le monde. Par exemple, « *Parfois on nous sonne en disant, oui, on a une dame à aller conduire, par exemple. Elle est venue chez nous en cardio, mais elle doit aller en dialyse. Est-ce que c'est bon ? Alors, nous, on dit non. C'est pas à nous de le faire. Et on nous demande, oui, mais vous servez à quoi ? Vous faites quoi ?* » (Entretien 2). Les limites sont floues, même pour le personnel de l'hôpital. Le représentant d'une ASBL pour les PSH confirme : « *l'autre jour, j'ai eu un écho en disant que oui, mais Welcome s'occupe que des autistes* » de la part d'un employé de la Citadelle. Cela prouve que le personnel n'est pas toujours au courant de leur rôle et de leurs missions.

En plus du service, il y a également dans le hall des bénévoles pour accueillir les patients, qui aident parfois le service. Il y a aussi la fondation, qui ont également des prérogatives similaires, mais n'ont pas exactement le même rôle ou les mêmes missions. Cela porte parfois à confusion et pose un

problème de limites de nouveau. « *Ce qu'il y a aussi avec la limite, c'est qu'il y a la fondation. [...] La fondation ne comprend pas très bien. Il y a vraiment un méli-mélo. [...] Parce que le rôle, si tu veux, la fondation et nos bénévoles qui viennent nous aider de temps en temps ont pratiquement le même rôle. [...] Et ça crée beaucoup de tensions.* » (Entretien 3). Cela crée parfois des situations qui ne sont pas aux avantages des patients : « *Dernièrement, il y a eu un patient qui ne savait pas sortir de sa voiture. Est ce qu'il était inscrit chez Welcome ? Comme non, il y a la fondation qui est là pour ça. Mais eux, ils ne veulent pas faire ça. Mais du coup, ils se renvoient la balle* » (Entretien 3).

Une des responsables insiste sur la nécessité pour les agents de mieux définir et communiquer sur leur rôle : « *Si [les agents du service] veulent qu'on les prenne, pas pour des agents administratifs, mais pour des personnes qui sont vraiment un lien entre le corps médical, le personnel soignant et les patients, je pense que [les agents du service] doivent aller au-delà de leur rôle en gardant leurs limites.* » Mais finalement, leur rôle et leurs limites ne sont jamais définis de manière claire et exacte. Pour elle, cela semble clair et elle explique « *par exemple, s'il faut commander une ambulance ou quoi que ce soit, ce n'est pas à moi de le faire. Par contre, de dire, il va revenir ce jour-là, mais je pense qu'il aura besoin d'une ambulance, ça, ça fait partie du rôle de l'agent Welcome* » (Entretien 3).

D'après ce témoignage, il est également clair qu'il faut être prudent avec les limites floues car elles risquent d'empiéter sur les prérogatives d'autres rôles au sein même de l'hôpital et « *il ne faut pas prendre le travail d'autres personnes* » (Entretien 4). Cela a d'ailleurs été le cas une fois lors de nos observations, où les agents du service ont empiété, en voulant bien faire, sur le travail des assistantes sociales. Un autre entretien confirme ces dires : « *La limite, ce qu'il faut vraiment faire attention dans ce qu'on fait et ce qu'on peut faire par exemple. Ici, à l'hôpital, tout est hiérarchisé. Donc, tu dois vraiment faire attention à ne pas prendre le travail de l'autre* » (Entretien 3).

Le représentant de l'ASBL, ayant un contact permanent avec des utilisateurs du service, exprime également des difficultés à comprendre les limites d'intervention des agents : « *Parfois, ce que j'ai du mal à saisir, c'est les limites d'intervention... Maintenant, je comprends qu'il y a des limites en soi parce qu'ils ne sauraient pas tout faire. Et puis si on fait tout, bah finalement Welcome va répondre aux besoins de moins de personnes donc faut pas. Mais jusqu'où on va ?* » (Entretien 4). Il insiste en disant : « *il faut que ce soit bien défini dans les dans la fiche fonction des personnes* » (Entretien 4).

Ces témoignages révèlent le manque de clarification des rôles et des limites des missions des agents du service Welcome. Cela produit des confusions internes, une perception floue quant à l'efficacité du service vis-à-vis des patients et des professionnels de santé.

3.3. Connaissance du service

Un point d'amélioration essentiel pour le service Welcome est la connaissance et la reconnaissance de l'existence du service, de ses missions et de son rôle. En effet, nous avons remarqué

la méconnaissance du service par les patients, les professionnels de santé et même certains collègues internes : « *le service doit continuer à faire son travail d'information interne pour que tous les acteurs de l'hôpital aient vraiment une vision exacte de ce qu'ils font et qui ils sont* » (Entretien 4).

Un agent du service souligne que la notoriété du service Welcome reste insuffisante, même parmi les agents de la Citadelle : « *Ah oui, maintenant aux urgences si quelqu'un arrive qui ne connaît pas le Welcome et en a besoin, il y a certains de mes collègues qui connaissent et qui nous appellent, mais ce n'est pas un réflexe parce que tout le monde ne connaît pas* » (Entretien 1). Cette situation démontre que tous les intervenants de l'hôpital ne savent pas que le service existe.

Un autre aspect crucial de cette problématique est mis en lumière par les entretiens. Le manque de compréhension des rôles spécifiques du service Welcome par d'autres services internes mène souvent à des malentendus et des attentes irréalistes : « *Une amélioration, ce qu'il faudrait, c'est une bonne communication sur le service Welcome, et qu'est-ce qu'on fait et qu'est-ce qu'on ne fait pas. Ce n'est pas juste d'aller chercher des gens en chaise roulante, parce qu'eux, ils ont cette image-là du Welcome* » (Entretien 2). Cela rejoint, selon nous, la problématique des limites floues du rôle.

Par ailleurs, lors de son entretien, une des responsables insiste sur l'importance d'établir un contact personnel et direct avec le personnel médical pour renforcer la reconnaissance du service : « *Pour moi, c'est vraiment important d'aller vraiment avoir un contact. Tu vois, chaque fois aller trouver le personnel de soin, le médecin et vraiment dire un peu, pas passer juste une feuille* » (Entretien 3). D'après elle, cela permettrait de se faire connaître et de se faire prendre au sérieux. De plus, un entretien souligne l'évolution positive du service depuis sa création, mais insiste sur la nécessité continue d'explication et de clarification : « *Parce que faire sa place, c'est aussi pouvoir prendre le temps d'expliquer et pas tout le temps dans l'action, mais aussi dans la réflexion* » (Entretien 4).

L'importance de l'amélioration de la communication interne, à propos du service, repose sur trois volets fondamentaux : faire connaître le service en interne, bien identifier les tâches des agents Welcome mais aussi l'anticipation et les échanges avec le personnel des soins, qui sont très importants. Les informations reçues par Welcome doivent être notées quelque part pour une meilleure coordination et une prise en charge optimale des patients : « *il faudrait pouvoir intégrer les informations reçues par Welcome dans le dossier médical du patient* » (Responsable hiérarchique, communication personnelle).

Les agents du service ont également exprimé leur souhait de faire connaître leur service d'une manière plus extensive. Un des agents trouve que le but du service est « *de se faire connaître et porter la parole du Welcome dans les autres hôpitaux* » (Entretien 1) et souhaiterait en faire la publicité de manière plus approfondie.

4. **Points d'attention**

À travers l'analyse de nos entretiens, nous avons identifié plusieurs points d'attention cruciaux dans l'élaboration et la mise en place d'un service d'accueil et d'accompagnement des personnes à besoins spécifiques comme celui de l'Hôpital de la Citadelle. Ceux-ci découlent de nos observations et des témoignages recueillis.

Un point d'attention majeur est la **personnalité des agents**. L'empathie et l'humanité des personnels impliqués sont des qualités indispensables pour le succès du projet : « *Il faut engager quelqu'un avec beaucoup d'empathie. Ça, oui. C'est tout ce que je donnerais comme conseil.* » (Entretien 2). Une des responsables renforce cette idée en soulignant que « *le choix des agents aussi a vraiment son importance pour moi. C'est-à-dire qu'il faut vraiment trouver des personnes... À leur place, étant très humain, avec beaucoup d'empathie. La personnalité des agents peut faire réussir le projet, ou peut le faire capoter.* » (Entretien 3). Ainsi, recruter des personnes dévouées et capables de comprendre et de répondre aux besoins spécifiques des patients est fondamental. Un agent se décrit même comme tel « *moi je suis fort pour aider les personnes, c'est inné chez moi* » (Entretien 1). Pour les utilisateurs du service, « *il faut des personnes motivées et qui aiment, et qui connaissent aussi un peu le handicap, qui le comprennent, qui sont à l'aise* » (Entretien 6). Il ne faut pas négliger le rapport au handicap des agents.

Le **soutien des responsables et des dirigeants** est également crucial. Une équipe soutenue par des responsables qui croient au projet est essentielle. « *Notre responsable est ouverte à tout aussi. Je pense qu'aussi, sans des responsables comme [nom d'une des responsables] et une cheffe de service comme ça, qui croient vraiment au projet, je ne sais pas si on sera arrivé à un résultat comme on a aujourd'hui.* » (Entretien 2). La confiance et l'investissement des dirigeants dans leur personnel et dans le projet permettent de créer un environnement de travail positif et propice à la réussite.

La **pérennité du projet** est un autre point d'attention important. Il est essentiel de considérer une telle initiative à long terme et non comme une solution temporaire : « *Il faut pouvoir se dire qu'on ne fait pas ça pour 6 mois, pour un an ou pour 2 ans. Il faut que quand on met le doigt dans l'engrenage, il faut que ça soit pérenne.* » (Entretien 4). Cette vision à long terme assure une continuité dans les soins et l'accompagnement des patients.

Enfin, il est crucial de reconnaître la **nécessité d'une approche individualisée**. Chaque patient a des besoins uniques et spécifiques, même parmi ceux ayant des pathologies similaires. « *Il faut que ce soit très individualisé... Faut aussi se dire que ça ne va pas répondre à tous les besoins de tout le monde à tout moment. C'est vraiment dire que ça correspond à une personne, à son cadre*

personnel. » (Entretien 4). Cette individualisation permet d'offrir des soins et un accompagnement adaptés à chaque patient, respectant leur singularité et leurs besoins particuliers.

Discussion

Le présent mémoire a permis de mettre en lumière les défis et les solutions relatifs à l'accueil des PSH dans le milieu hospitalier, avec une étude de cas spécifique sur le service Welcome de l'hôpital de la Citadelle. Cette étude de cas a également permis d'identifier des points d'attention et d'amélioration d'un tel service.

Cependant, plusieurs aspects méritent une analyse critique. L'un des principaux points faibles de cette recherche est le nombre restreint d'entretiens réalisés. Un échantillon plus large aurait permis une compréhension plus nuancée des expériences des PSH et des perceptions des professionnels. De plus, notre insertion dans le milieu professionnel a créé une proximité avec les membres du personnel, ce qui pourrait avoir influencé notre objectivité. Bien que nous ayons tenté de rester impartiaux, cette proximité pourrait avoir biaisé certaines de nos observations et analyses. Le terrain de recherche étant limité à l'hôpital de la Citadelle, les conclusions tirées de cette étude pourraient ne pas être généralisables à d'autres établissements hospitaliers. Il serait intéressant d'élargir le champ d'étude à plusieurs hôpitaux pour comparer les pratiques et les résultats. Malgré ces limitations, les résultats de cette étude présentent des similitudes marquées avec la revue de littérature.

La littérature, ainsi que les différents rapports utilisés, affirment que les PSH sont régulièrement confrontées à des barrières lorsqu'elles essayent d'accéder aux soins de santé en milieu hospitalier. Nos résultats appuient cette idée en démontrant que les PSH rencontrent effectivement des difficultés dans l'accès aux soins à l'hôpital, notamment en matière d'accessibilité physique, de communication, de besoin d'un référent et surtout en matière de coordination. Comme le précisent Scheer et al. (2003), les difficultés rencontrées par les PSH résultent souvent d'une interaction de plusieurs facteurs, ce que nous avons pu observer à travers nos entretiens. Boudaoud (2008) souligne que la notion de « situation de handicap » implique une interaction tridimensionnelle entre la personne, son environnement et les barrières ou facilitateurs présents. Nous avons pu observer et comprendre ces barrières tout en observant la volonté du service Welcome à les réduire en agissant en tant que facilitateur.

En reprenant les dires de Levet (2007), le modèle social perçoit le handicap comme contextuel, résultant principalement de l'interaction entre une personne et son environnement. En d'autres termes, ce sont l'organisation et les conditions environnantes qui créent les obstacles et les défis pour les PSH. Le service Welcome de l'hôpital de la Citadelle adopte cette vision en s'efforçant d'adapter l'environnement hospitalier aux besoins des PSH plutôt que de chercher à « guérir » la « déficience » de chacun. Ici, ce n'est en aucun cas leur rôle. Cette approche est conforme à la vision de Bodin (2019) qui critique la définition restrictive du handicap basée sur la déficience médicale. D'ailleurs, en adoptant la terminologie « Personne à Besoins Spécifiques » (PBS), le service Welcome évite la vision réductrice de la notion de handicap et prend en compte un large éventail de personnes. L'objectif du service est d'adapter l'environnement de l'hôpital, de manière globale et personnalisée à chaque patient, afin d'effacer la situation handicapante au maximum, dans les mesures du possible.

Nous tenons à souligner, à travers les résultats, l'importance de la coordination dans le travail du service Welcome. Centrale tout au long de leur démarche, nous retrouvons l'idée de coordination à travers les différents mécanismes mis en place par le service, afin de répondre aux différents défis qui se présentent. L'importance de la coordination est aussi bien soulignée par la littérature que par les différents entretiens que nous avons menés.

Les procédures hospitalières standardisées peuvent ne pas être adaptées aux besoins individuels des PSH, nécessitant une coordination de procédures adaptées et personnalisées (Read et al., 2018). Les entretiens révèlent que la personnalisation des soins, notamment via la fiche PBS, est également cruciale pour améliorer l'expérience des PSH. Cela répond à notre première hypothèse, selon laquelle **le service Welcome de l'hôpital de la Citadelle améliore l'expérience des PSH grâce à une organisation dédiée et des pratiques spécifiques et personnalisées (H1)**. Nous avons pu identifier, à travers les entretiens et l'observation, différentes pratiques spécifiques, telles que la salle d'attente et la fiche PBS, ainsi que l'organisation et la coordination déployées par les agents du service pour assurer une expérience personnalisée et positive pour les PSH. Il serait, en revanche, intéressant d'explorer à quel degré le service améliore réellement l'expérience des PSH et recueillir davantage de ressentis des PSH.

Ces premiers résultats et ces premières analyses permettent de confirmer notre deuxième hypothèse selon laquelle **les principaux défis rencontrés par les PSH en milieu hospitalier incluent l'accessibilité physique, la communication et la coordination des soins, et que le service Welcome dispose de mécanismes pour surmonter ces défis (H2)**. En effet, ces défis sont bien inclus mais il ne faut pas se limiter à cela. Comme précisé précédemment, le besoin de personnalisation est essentiel dans l'accueil et l'accompagnement des PSH. Chaque expérience est unique et chaque besoin est spécifique, et il ne faut pas se limiter à des procédures standardisées pour contrer des défis théoriques.

À travers ce travail, nous avons également identifié quelques points faibles du service Welcome, répondant ainsi à notre hypothèse selon laquelle **le service Welcome peut encore mieux répondre aux besoins des PSH en améliorant certaines de ses pratiques et en adoptant des recommandations spécifiques pour combler les lacunes identifiées (H3)**. Ces points faibles incluent l'emplacement des bureaux, les limites floues de certaines responsabilités et la reconnaissance du service. Cependant, il est important de nuancer ces critiques, en reconnaissant une grande satisfaction des utilisateurs interrogés du service, comme en témoignent cet entretien « *il faut prendre l'exemple sur Welcome. Il ne faut pas créer un truc... Je veux dire, Welcome, c'est vraiment l'exemple à suivre.* » (Entretien 5). Nous tenons à souligner le nombre de retours positifs et le peu de critiques à l'égard du service que nous avons pu observer à travers notre étude de cas, que cela soit à travers nos observations ou nos différents entretiens. En revanche, dans une optique d'amélioration continue, nous trouvons pertinent de suggérer la mise en place d'une enquête de satisfaction propre au service Welcome, afin de recueillir des retours spécifiques sur son efficacité et d'identifier les axes d'amélioration.

Il est vrai que **les pratiques du service Welcome pourraient servir de modèle pour d'autres hôpitaux, offrant des recommandations managériales pour améliorer la qualité des services hospitaliers pour les PSH dans d'autres établissements (H4)**. Toutefois, cette hypothèse reste à explorer davantage. Nous avons identifié des points d'attention pour l'élaboration d'un tel service, notamment la personnalité des agents, le soutien des responsables, la pérennité du projet et la nécessité d'une approche personnalisée. Il est néanmoins crucial de se demander si un tel service peut être adopté dans n'importe quel établissement et surtout dans n'importe quelle culture d'entreprise. Il nous paraît indispensable de souligner que l'Hôpital de la Citadelle s'inscrit dans une culture inclusive, depuis toujours, en disposant d'une politique en matière de diversité innovante et affirmée. Il serait intéressant d'explorer la faisabilité d'un tel projet dans d'autres institutions avec leur propre culture.

Les entretiens ont également mis en avant la nécessité de formations continues et spécialisées pour le personnel hospitalier en matière d'accueil des PSH. La littérature, notamment Lagu et al. (2013), souligne que les difficultés des PSH sont souvent exacerbées par le manque de formation du personnel. De plus, certains entretiens soulignent le manque de formation et de sensibilisation de certains membres du personnel. Il serait pertinent d'explorer si les formations actuelles sont suffisamment approfondies et régulières pour répondre aux besoins des PSH, et quel serait l'impact d'une formation plus structurée et obligatoire pour tout le personnel hospitalier sur la qualité des soins et l'inclusion des PSH.

Un autre défi abordé dans les entretiens, mais omis dans cette recherche, est la place de l'aidant dans les soins des PSH et l'impact d'un tel service sur cette place. Bien que les entretiens montrent que le service Welcome soulage grandement les aidants proches, selon un représentant d'une ASBL pour les PSH, « *un défi, il y a pas mal de personnes en situation de handicap qui ont besoin d'aide en proches et le fait d'associer les aidants proches aux soins, ça peut faciliter les soins dans certaines situations. Mais parfois, le soignant peut avoir tendance à s'adresser trop vite à ses proches et pas à la personne elle-même* » (Entretien 4). Il serait intéressant d'approfondir ce point de recherche en se demandant comment le service Welcome pourrait jouer un rôle dans ce défi, et l'importance de ce défi pour les hôpitaux.

Enfin, il serait pertinent d'évaluer l'impact financier et marketing du service Welcome, outil de gestion de la diversité, pour l'hôpital. Les mécanismes d'évaluation basés sur des indicateurs définis permettent de valoriser les réussites, de traiter les difficultés rencontrées et de crédibiliser les démarches entreprises en matière de diversité (Cornet & Warland, 2008). Cette approche suivrait la logique économique de la mise en place de ce service, en considérant la gestion de la diversité comme un outil de communication et de marketing capable d'améliorer les performances commerciales et de constituer une source d'avantage concurrentiel (Garner-Moyer, 2006). Selon une responsable, « *il y a quand même aussi un objectif financier* » (Entretien 3), il est donc important de le justifier à la direction pour assurer la pérennité du service, point d'attention identifié dans nos résultats.

Pour terminer cette discussion, il nous paraît indispensable de mettre l'accent sur le côté humain de ce service et de sa gestion. L'enthousiasme, le dévouement et l'empathie des agents et de leurs responsables sont les véritables moteurs du succès du service Welcome. Ces qualités humaines se révèlent cruciales. Sans la volonté sincère et l'engagement personnel de chaque acteur impliqué, la création, le maintien et le succès de ce service n'auraient pas été possibles. Cette dimension humaine transparaît fortement dans tous les entretiens réalisés. Les agents du service Welcome incarnent une vision de l'hôpital où chaque personne, indépendamment de ses particularités, est accueillie et traitée avec le respect et l'attention qu'elle mérite. Cette dynamique humaine est essentielle et représente l'essence même de l'efficacité et de la pérennité du service.

Bien que notre étude présente des limites, les résultats obtenus confirment en grande partie les hypothèses formulées et offrent des perspectives intéressantes pour l'amélioration de l'accueil des PSH dans les hôpitaux. Nous étions également limités dans le temps ainsi que dans le champ de nos recherches, mais ce type d'initiative ouvre la porte à de nombreuses questions pouvant mener à des recherches, hypothèses et conclusions intéressantes. Des recherches futures pourraient se concentrer sur une évaluation plus large et plus comparative de services similaires, l'intégration de la perspective des PSH et de leurs aidants, une réflexion sur la formation du personnel hospitalier ainsi que l'analyse de l'impact économique de tels services.

CONCLUSION

Cette étude s'est intéressée aux pratiques et à l'organisation du service Welcome, un service dédié à l'accueil et à l'accompagnement des PSH. En nous basant sur une méthodologie qualitative comprenant des entretiens semi-directifs et des observations participantes, nous avons cherché à comprendre comment ce service parvient à améliorer l'expérience hospitalière des PSH. Notre analyse a permis de mettre en lumière les défis spécifiques auxquels sont confrontées les PSH en milieu hospitalier et les mécanismes mis en place par le service Welcome pour surmonter ces obstacles.

D'un point de vue théorique, cette étude confirme et enrichit les perspectives de la littérature existante sur l'inclusion des PSH dans les soins de santé. Les résultats corroborent les travaux sur les difficultés rencontrées par les PSH dans l'accès aux soins : les difficultés abordées dans la revue de littérature sont bien réelles. Notre étude appuie également l'approche contextuelle du handicap, en démontrant que l'adaptation de l'environnement hospitalier est cruciale pour améliorer l'expérience des PSH. En outre, notre recherche contribue à la discussion sur la nécessité d'une coordination efficace et d'une personnalisation des soins aux besoins de chacun, peu importe qui il est et quelles sont ses caractéristiques.

Sur le plan managérial, cette étude offre plusieurs implications concrètes pour l'organisation et la gestion d'un tel service hospitalier. Comme expliqué dans le précédent paragraphe, elle met en avant l'importance de la coordination et de la personnalisation des soins pour répondre aux besoins spécifiques des PSH. Mais elle souligne aussi l'importance d'une culture inclusive et du soutien des responsables et dirigeants. Le service Welcome, par son organisation dédiée et ses pratiques spécifiques telles que la fiche PBS ou sa salle d'attente, peut servir de modèle pour d'autres établissements souhaitant améliorer leur accueil des PSH. Enfin, le point le plus important sur lequel nous souhaitons appuyer, est le côté humain d'un tel service. Il est indispensable de ne pas prendre à la légère la personnalité et la sensibilité des acteurs impliqués.

Notre étude présente toutefois certaines limites. Le nombre d'entretiens réalisés est limité et ne permet pas de capturer toutes les perspectives des PSH. De plus, notre proximité avec les membres du personnel pourrait avoir influencé notre objectivité, malgré nos efforts pour rester impartiaux. Enfin, notre recherche se concentre sur un seul hôpital, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres contextes. Il serait intéressant de comparer les pratiques du service Welcome avec celles d'autres hôpitaux disposant de services similaires.

Pour les recherches futures, nous suggérons d'inclure un plus grand nombre de perspectives de PSH afin de mieux comprendre leurs expériences et leurs besoins. De plus, une étude comparative

entre plusieurs hôpitaux pourrait offrir des insights précieux sur les meilleures pratiques en matière d'inclusion des PSH. Enfin, une évaluation approfondie de l'impact financier, marketing et organisationnel du service Welcome pourrait fournir des arguments supplémentaires pour la mise en place de tels services dans d'autres établissements.

En conclusion, cette étude met en lumière, de manière positive, le service Welcome de l'Hôpital de la Citadelle. Ce service représente un exemple remarquable de l'engagement de cette institution en faveur de l'inclusion et de l'égalité des soins pour tous les patients. Notre stage nous a offert une opportunité unique de participer à cette initiative, d'observer son fonctionnement de près, et de contribuer à ses objectifs de manière significative. Ce service incarne les valeurs de respect et de dignité, essentielles dans le milieu hospitalier, et représente, selon nous, un modèle à suivre pour d'autres établissements.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- Cornet, A., & Warland, P. (2008). *GRH et gestion de la diversité*. Dunod-topo.
- Cornet, A., & Warland, P. (2010). *La gestion de la diversité dans les entreprises et les organisations – Guide pratique à destination des employeurs (2e édition)*. Editions de l'ULg.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Organisation mondiale de la Santé.
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales: Vol. 5e éd.* Dunod.
- <https://www.cairn.info/manuel-de-recherche-en-sciences-sociales--9782100765416.htm>

Articles

- Angué, K. (2009). Rôle et place de l'abduction dans la création de connaissances et dans la méthode scientifique peircienne. *Recherches qualitatives*, 28(2), 65-94.
- <https://doi.org/10.7202/1085273ar>
- Barth, I., & Falcoz, C. (2010). Introduction. In I. Barth & C. Falcoz, *Nouvelles perspectives en management de la diversité : Egalité, discrimination et diversité dans l'emploi* (Éditions EMS, p. 9-28).
- Bodin, R. (2019). Une sociologie du handicap est-elle possible ? *Savoir/Agir*, 47(1), 13-22.
- <https://doi.org/10.3917/sava.047.0013>
- Boudaoud, A. (2008). Du handicap à la reconnaissance de la situation de handicap... *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 73(3), 19-26. <https://doi.org/10.3917/lett.073.0019>

- Chabrol, B., Halbert, C., Milh, M., & Mancini, J. (2009). Handicap : Définitions et classifications. *Congrès de la Société Française de Pédiatrie et de l'Association des Pédiatres de Langue Française (APLF)*, 16(6), 912-914. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(09\)74201-0](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(09)74201-0)
- Chambaud, L. (2018). Accès aux soins : Éléments de cadrage. *Regards*, 53(1), 19-28. <https://doi.org/10.3917/regar.053.0019>
- Chaumier, J. (1997). L'Analyse documentaire ou la valorisation des documents. *Recherche en soins infirmiers*, 3, 99-102.
- Chevalier, F., & Stenger, S. (2018). Chapitre 5. L'observation. In *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 94-107). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0094>
- Cornet, A., & El Abboubi, M. (2012). Gérer la diversité dans le secteur public : Pratiques et conditions de succès. *Gestion*, 37(4), 57-66. <https://doi.org/10.3917/riges.374.0057>
- Fischer, M. (2009). Diversity management and the business case. *Equal opportunities and ethnic inequality in European labour markets*, 95-118.
- Gardou, C. (2010). Une anthropologie du très proche. *Journal des anthropologues*, 122-123(3-4), 15-26. <https://doi.org/10.4000/jda.3661>
- Gardou, C. (2011). Dans une perspective inclusive, penser autrement le handicap. *VST - Vie sociale et traitements*, 111(3), 18-25. <https://doi.org/10.3917/vst.111.0018>
- Garner-Moyer, H. (2006). Gestion de la diversité et enjeux de GRH. *Management & Avenir*, 7(1), 23-42. <https://doi.org/10.3917/mav.007.0023>
- Iezzoni, L. I. (2011). Eliminating health and health care disparities among the growing population of people with disabilities. *Health Affairs (Project Hope)*, 30(10), 1947-1954. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0613>
- Lagu, T., Hannon, N. S., Rothberg, M. B., Wells, A. S., Green, K. L., Windom, M. O., Dempsey, K. R., Pekow, P. S., Avrunin, J. S., Chen, A., & Lindenauer, P. K. (2013). Access to

- subspecialty care for patients with mobility impairment : A survey. *Annals of Internal Medicine*, 158(6), 441-446. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-6-201303190-00003>
- Lagu, T., Iezzoni, L. I., & Lindenauer, P. K. (2014). The axes of access—Improving care for patients with disabilities. *The New England Journal of Medicine*, 370(19), 1847-1851. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1315940>
- Levet, P. (2007). Recruter et intégrer des travailleurs handicapés. In *Le management de la diversité, Enjeux, fondements et pratiques* (L'Harmattan, p. 51-74).
- MacNeily, A. E. (2021). Equity, diversity, and inclusion. *Canadian Urological Association Journal*, 15(2), 10. <https://doi.org/10.5489/cuaj.7103>
- Marbot, E., & Nivet, B. (2013). Exemple de pratique de gestion de la diversité à la française : Réalité, opportunité et aliénation. *Management international / International Management / Gestión Internacional*, 17, 50-60. <https://doi.org/10.7202/1015811ar>
- Marks, M. B., & Teasell, R. (2006). More than ramps : Accessible health care for people with disabilities. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 175(4), 329. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060763>
- Naschberger, C. (2008). La mise en œuvre d'une démarche « diversité en entreprise ». Le cas de l'intégration des personnes en situation de handicap. *Management & Avenir*, 18(4), 42-56. <https://doi.org/10.3917/mav.018.0042>
- Perugien, S., & Barth, I. (2016). Pour la mise en œuvre d'un management de la diversité. En quoi une école peut-elle faire école ? *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, XXII(54), 263-294. <https://doi.org/10.3917/rips1.054.0263>
- Point, S., Charles-Fontaine, C., & Berthélemé, G. (2010). (Re)considérer le handicap : Regards croisés sur les approches en entreprise. *Management & Avenir*, 38(8), 293-305. <https://doi.org/10.3917/mav.038.0293>

Read, S., Williams, V., Heslop, P., Mason-Angelow, V., & Miles, C. (2018). Being a Disabled Patient : Negotiating the Social Practices of Hospitals in England. *Social Inclusion; Vol 6, No 2 (2018): Global Perspectives on Disability*. <https://doi.org/10.17645/si.v6i2.1308>

Scheer, J., Kroll, T., Neri, M. T., & Beatty, P. (2003). Access Barriers for Persons with Disabilities : The Consumer's Perspective. *Journal of Disability Policy Studies, 13(4)*, 221-230. <https://doi.org/10.1177/104420730301300404>

Shore, L., Chung, B., Dean, M., Ehrhart, K., Jung, D., Randel, A., & Singh, G. (2009). Diversity in organizations : Where are we now and where are we going? *Human Resource Management Review, 19*, 117-133. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2008.10.004>

Vrancken, D., & Bartholomé, C. (2004). L'accompagnement des personnes handicapées en Belgique : Un concept au coeur des nouvelles politiques sociales. *Nouvelles pratiques sociales, 17(1)*, 98-111. <https://doi.org/10.7202/010576arel>

Rapports

AVIQ. (2023). *Réflexions de cadrage de constats de l'accès à la santé et aux soins de santé*. https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2023-05/Rapport_version_d%C3%A9finitive_20230301.pdf

Commission européenne. (2021). *Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions : « Union de l'égalité : Stratégie en faveur des droits des personnes handicapées 2021-2030 »*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021DC0101>

Direction générale des Personnes handicapées. (2023). *Rapport annuel 2022*. <https://handicap.belgium.be/sites/default/files/docs/fr/rapport-annuel-2022-fr.pdf>

European Union Agency For Fundamental Rights. (2013). *Inequalities and Multiple Discrimination in Access to and Quality of Healthcare*. https://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-healthcare_en.pdf

Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique. (2019). *WORKING PAPER N°29 : Les Wallons reconnus en situation de handicap : Perspective statistique.*

<https://www.iweeps.be/wp-content/uploads/2019/06/WP29-complet-1.pdf>

Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. (2013). *Rapport de Pascal Jacob sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées.*

<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pjacob-0306-macarlotti.pdf>

Sites internet

Diversité. (n.d.). Dans *Larousse en ligne*. Consulté 17 juin 2024 sur

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/diversit%C3%A9/26145>

Handicap.fr. (2023, juin 27). *Un référent handicap doit être nommé dans tous les hôpitaux.*

Handicap.fr. Consulté 18 juin 2024 sur

<https://informations.handicap.fr/a-referent-handicap-doit-etre-nomme-dans-hopitaux-35159.php>

Hôpital de la Citadelle. (n.d.-a). *BOOST 2025 — Le plan stratégique du CHR de la Citadelle 2020-2025*. Citadelle. Consulté le 24 avril 2024 sur

<https://www.citadelle.be/Webzines/Plan-strategique-2020-2025/HTML/Plan-strategique-2020-2025.html>

Hôpital de la Citadelle. (n.d.-b). *Notre Hôpital*. Citadelle. Consulté le 24 avril 2024 sur

<https://www.citadelle.be/Notre-Hopital.aspx>

Université du Québec à Montréal. (n.d.). *Équité, diversité et inclusion*. UQAM. Consulté le 15 juin 2024 sur <https://edi.uqam.ca/lexique/equite-diversite-inclusion/>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guides d'entretiens

Guide d'entretien pour les agents du service Welcome et d'un responsable hiérarchique

Thèmes	Questions
Profil de la personne interrogée	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous vous présenter ? - Pouvez-vous m'expliquer votre parcours dans l'hôpital et/ou dans le service ? - Quel est votre poste actuel à l'hôpital et qu'est-ce qu'il implique ?
Le service Welcome	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous nous parler de comment l'idée du service est née, comment il a été mis en place ? - Qui est/a été impliqué dans le projet ? - Quels sont les objectifs principaux du service ?
Défis hôpitaux en général	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les principaux défis que les hôpitaux rencontrent dans l'accueil des PSH selon vous ? - Comment le service Welcome aide à surmonter ces défis ? - Avez-vous des exemples concrets de situations à me donner ?
Agent Welcome	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le rôle de l'agent Welcome ? Quels sont ses responsabilités ? - Pouvez-vous expliquer ce rôle en tant qu'interlocuteur dédié ? - Comment ce rôle a-t-il évolué depuis la création du service/ depuis que vous êtes dans le service ? - Quels sont, selon vous, les principaux impacts de ce rôle sur les patients ? - Avez-vous reçu des formations pour occuper votre rôle ?
Défis spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Comment le service Welcome s'assure-t-il de l'accessibilité physique des lieux pour les PSH ? Quelles initiatives ? - Quels sont les défis les plus souvent rencontrés en matière d'accessibilité physique ? - Quelles sont les principales difficultés de communication rencontrées par les PSH et comment le service Welcome y remédie-t-il ? - Comment le service contribue à la coordination entre les différents professionnels de santé ? - Que diriez-vous de la coordination sans l'intervention du service ?
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Comment évaluez-vous l'efficacité du service ? - Quelles sont les principales réussites du service selon vous ? - Quels aspects pensez-vous devoir/pouvoir améliorer et comment/pourquoi ? - Pensez-vous devoir couvrir plus de points, faire d'autres choses ?

	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous des recommandations pour d'autres hôpitaux qui souhaiteraient mettre en place ce genre de service ?
--	---

Guide d'entretien pour les utilisateurs du service

Thèmes	Questions
Profil de la personne interrogée	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous vous présenter ? - Depuis quand utilisez-vous le service et comment l'avez-vous découvert ?
Le service Welcome	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous me parler de votre première expérience avec le service ? - Comment décririez-vous votre expérience générale avec le service ? - Quels aspects du service trouvez-vous les plus utiles ?
Visite à l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les principaux défis auxquels vous faites face dans vos accès aux soins de santé à l'hôpital ? - Pouvez-vous décrire comment vous utilisez le service pendant vos visites à l'hôpital ? - Comment le service a répondu à des besoins précis lors de vos visites ?
Agent Welcome	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle importance accordez-vous à la présence d'un agent Welcome comme interlocuteur dédié, comme référent à l'hôpital ? - Voyez-vous les agents de cette manière ? - Pouvez-vous donner des exemples de l'impact d'avoir une personne de référence pour vous ?
Défis spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Quels soucis rencontrez-vous en matière d'accessibilité physique et comment le service vous aide (ou non) à les surmonter ? - Que pourrait-il être encore amélioré ? - Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez en matière de communication ? - Comment percevez-vous la coordination entre les différents professionnels de santé à l'hôpital concernant l'accueil des PSH ? - Trouvez-vous que le service joue un rôle dans la coordination ?
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Comment évaluez-vous l'efficacité du service sur une échelle de 1 à 10 et pourquoi ? - Quelles sont les principales réussites du service selon vous ? - Quels aspects pensez-vous doivent être améliorés et comment/pourquoi ? - Quelles initiatives supplémentaires doivent être mises en place ? Quels aspects supplémentaires doivent-ils être couverts ? - Avez-vous des recommandations pour d'autres hôpitaux qui souhaiteraient mettre en place ce genre de service ?

Guide d'entretien représentant d'ASBL pour les personnes en situation de handicap

Thèmes	Questions
Profil de la personne interrogée	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous vous présenter ? - Pouvez-vous me rappeler ce que fait votre ASBL exactement ?
Le service Welcome	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous me parler de votre connaissance du service Welcome ? - Avez-vous (seul ou avec votre ASBL) été impliqué dans le service ou sa création ? - Avez-vous eu des retours de membres de votre mouvement social, de connaissances, concernant ce service ? - Avez-vous des exemples concrets d'utilisateurs du service ? - Que pensez-vous du service ?
Visite à l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les principaux défis auxquels les hôpitaux doivent répondre dans l'accueil des PSH ? - Comment le service à répond à ces défis selon-vous ?
Agent Welcome	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle importance accordez-vous à la présence d'un agent Welcome comme interlocuteur dédié, comme référent à l'hôpital ? - Comment les agents du service sont-ils perçus par les membres de votre mouvement ?
Défis spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Quels soucis existent en matière d'accessibilité physique et comment le service aide (ou non) à les surmonter ? - Que pourrait-il être encore amélioré ? - Avez-vous eu des retours spécifiques ? - Quelles sont les principales difficultés en matière de communication pour les PSH dans les hôpitaux ? - Comment percevez-vous la coordination entre les différents professionnels de santé à l'hôpital concernant l'accueil des PSH ? - Quels sont les principaux obstacles que vous observez à la coordination ? - Trouvez-vous que le service joue un rôle dans la coordination ?
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Comment évaluez-vous l'efficacité du service sur une échelle de 1 à 10 et pourquoi ? - Quelles sont les principales réussites du service selon vous ? - Quels aspects pensez-vous doivent être améliorés et comment/pourquoi ? - Quelles initiatives supplémentaires doivent être mises en place ? Quels aspects supplémentaires doivent-êtr couverts ? - Avez-vous des recommandations pour d'autres hôpitaux qui souhaiteraient mettre en place ce genre de service ?

ANNEXE 2 : Folder de présentation du service Welcome

COMMENT PROCÉDER ?

Vous souhaitez un accueil personnalisé ?

Veillez signaler votre besoin d'assistance à notre collaborateur dès la prise de rendez-vous ou lors de la préadmission.

L'équipe Welcome de la Citadelle vous recontactera et complètera avec vous la fiche d'identification de besoins.

Le jour de la consultation ou de l'hospitalisation, l'équipe aura mis tout en œuvre pour répondre à vos besoins (présence d'un agent pour vous accueillir, recherche du matériel, adaptation du parcours de soins ...).

Le médecin ou le personnel soignant sera également informé de votre visite.



Vous souhaitez signaler votre besoin d'assistance ? Vous avez des questions ?

CONTACT ET RENDEZ-VOUS :

ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES À BESOINS SPÉCIFIQUES




Citadelle
Hopital


Citadelle
Welcome

Soucieux de garantir un accueil et des soins de qualité à tous, la Citadelle propose un accompagnement personnalisé pour les personnes à besoins spécifiques (PBS) : le service Welcome. Ce service est disponible sur le site de la Citadelle pour les patients en consultation ou en hospitalisation.

Ce service consiste à :

- _ personnaliser l'accueil des patients à besoins spécifiques tout au long de leur parcours et désigner un référent interne pour ces patients
- _ offrir un accueil sur mesure en réponse aux besoins émis
- _ augmenter la qualité des soins et de l'accueil et ainsi la satisfaction des personnes à besoins spécifiques
- _ minimiser les barrières structurelles et architecturales



À QUI EST DESTINÉ CE PROJET ?

À toute personne ayant des besoins spécifiques :

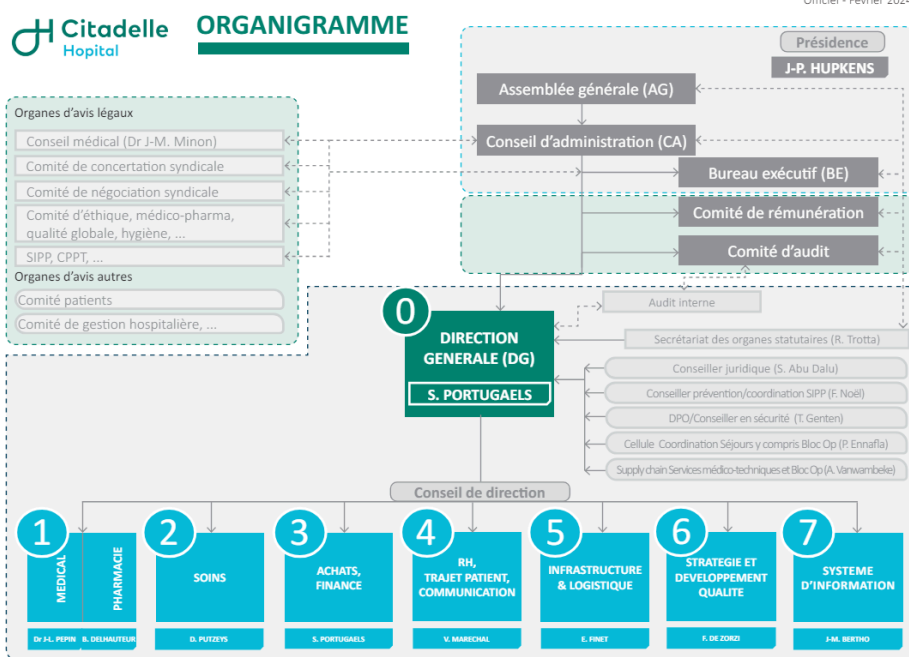
handicap moteur, difficultés de déplacement, désorientation, handicap sensoriel, handicap mental, maladie mentale, aphasie, troubles du langage ...



NOTRE MISSION ?

Que l'expérience du patient à besoins spécifiques soit optimale lors de sa visite dans notre hôpital !

ANNEXE 3 : Organigramme de l'Hôpital de la Citadelle et organigramme du Pôle 4 « RH, Trajet Patient et Communication »



DIRECTION	DIVISION	DEPERTEMENT	SERVICE
P4-DIRECTION	-	-	-
			P4-SERVICE-COACHING
			P4-SERVICE-CRECHE DU PERSONNEL
			P4-SERVICE-GESTION DES COMPETENCES
			P4-DEPARTEMENT-COMMUNICATION
			-
			P4-DIVISION-HARD HR
			-
			P4-SERVICE-DU PERSONNEL
			P4-SERVICE-DU PERSONNEL A
			P4-SERVICE-DU PERSONNEL B
			-
			P4-DIVISION-HR ANALYTICS
			-
			P4-SERVICE-RECRUTEMENT
			-
			P4-DIVISION-TRAJET DU PATIENT
			-
			P4-SERVICE-CIT-ADMISSION HOSPI ET POLI
			P4-SERVICE-LAV-ADMISSION HOSPI ET POLI
P4-SERVICE-MEDIATION INTERCULTURELLE			
P4-SERVICE-SERVICE SOCIAL			
P4-SERVICE-TELEPHONIE			
P4-DEPARTEMENT-SECRETARIAT-ENCADREMENT POLY-PARAMETRAGE			
-			
P4-SERVICE-CHIRURGIE			
P4-SERVICE-MEDICINE			
P4-SERVICE-MEDICO-TECHNIQUE			
P4-SERVICE-MERE-ENFANT			

ANNEXE 4 : Fiche d'identification des besoins (Fiche PBS)





Accueil des personnes à besoins spécifiques











Fiche de liaison pour l'accueil des personnes à besoins spécifiques (PBS)

Cette fiche de liaison a pour objectif de faciliter la prise en charge des PBS lors de leur visite à l'hôpital de la Citadelle (consultation, hospitalisation, ...).

Matériel nécessaire à l'arrivée

 Chaise roulante <input type="checkbox"/>	 Brancard <input type="checkbox"/>	Point de rencontre:
		Remarques:
	

Identification du handicap

 Moteur <input type="checkbox"/>	 Visuel <input type="checkbox"/>	 Désorientation <input type="checkbox"/>	 Auditif <input type="checkbox"/>	 Mental <input type="checkbox"/>	 Communication <input type="checkbox"/>	 Autisme <input type="checkbox"/>	 Psychique <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---	---	--	--

Coordonnées du patient

Nom: Prénom: Date de naissance: / /

Adresse:

Téléphone:

Médecin traitant: Personne aidante:

Coordonnées de l'insitution / de la personne responsable

Nom:

Téléphone:

Cette fiche de liaison reste la propriété de l'hôpital de la Citadelle.

1 Communication

Langue usuelle

- Français Autres

Communication

- Verbale Non-verbale

- Autres (précisez sur la feuille annexe)

Fiabilité de la communication

- Oui Non

Utilise un support de communication

- Oui (précisez sur la feuille annexe) Non

2 Comportement

Participation

- Oui Non

Agitation

- Oui Non

Replié sur lui-même

- Oui Non

Orientation dans le temps

- Oui Non

Risque de fugue

- Oui Non

Agressivité

- Oui Non

Orientation dans l'espace

- Oui Non

Gestes, attitude à éviter

- Ne supporte pas d'être touché

- Ne supporte pas le bruit

- Autres (précisez sur la feuille annexe)

3 Locomotion - transert - déplacements - motricité

Risque de chute

- Oui Non

Se déplacer

- Aucune difficulté

- En prenant appui

- Avec une aide à la locomotion

- Déplacement sans aide / très difficile

Rester debout

- Aucune difficulté

- En prenant appui

- Avec l'aide et le soutien d'une personne

- Très difficile ou impossible sans aide

Nécessite une aide

- Pour s'habiller

- Pour se déshabiller

- Pour aller à la toilette

- Pour manger/boire

- Autres :

Aide à la locomotion

- Chaise roulante manuelle

- Chaise roulante électronique

- Canne, béquilles

- Rollator

- Autres (préciser sur la feuille annexe)

Se transférer

- Aucune difficulté

- En prenant appui

- Avec l'aide et le soutien d'une personne

- Très difficile ou impossible sans aide

4 Etat sensoriel

Audition

- Malentendant
- Non entendant
- Appareillage auditif
- Pratique de la langue des signes
- Lecture labiale
- Interprète

Vue

- Malvoyant
- Non-voyant
- Lunettes
- Chien guide
- Canne blanche
- Autres** (précisez sur la feuille annexe)

5 Respiration

Assistance respiratoire

- Oui Non

6 Crise d'épilepsie

Crise d'épilepsie

- Oui (précisez sur la feuille annexe) Non

7 Trouble de la déglutition

- Oui (précisez les moyens de préventions sur la feuille annexe)
- Non

8 Allergies/ contre-indications

- Oui (précisez les moyens de préventions sur la feuille annexe)
- Non

9 Autres besoins

Chien d'assistance

- Oui Non

Nécessite un temps de consultation plus important

- Oui Non

10 Matériel nécessaire à la consultation / à l'hospitalisation

- Matelas anti-escarres
- Chaise percée
- Palan
- Rehausseur WC
- Autres (précisez sur la feuille annexe)



11 Remarques et précisions

Lined area for handwritten remarks and details, consisting of 22 horizontal dotted lines.

Mode de communication souhaité pour être recontacté par l'hôpital :

- Mail Fax SMS Téléphone

Cette fiche de liaison reste la propriété de l'hôpital de la Citadelle.

