



Cornwall Community Hospital  
Hôpital communautaire de Cornwall

## Plan annuel d'accessibilité

septembre 2017 – août 2018

*« Un milieu sans obstacle... le droit de tous! La responsabilité de tous! »*

*Cette publication est affichée sur le site Web de l'HCC, à l'adresse  
[www.cornwallhospital.ca](http://www.cornwallhospital.ca)  
et est offerte en médias substitués, sur demande.*

*This document is available in English under the title:  
"Annual Accessibility Plan".*

## **TABLE DES MATIÈRES**

	<b>Page</b>
Introduction.....	3
Stratégie de mise en œuvre et engagement.....	4
Description de l'Hôpital communautaire de Cornwall.....	9
Comité sur l'accessibilité .....	11
Objectifs .....	12
Processus d'examen .....	12
Communication .....	13
Initiatives concernant l'élimination des obstacles.....	13
Méthodes d'identification des obstacles.....	14
Obstacles devant être éliminés sans frais ou à coût minime.....	Annexe A
Obstacles en attente du projet de réaménagement ou autre .....	Annexe A
Sommaire des obstacles déterminés et abordés .....	Annexe B

Les personnes handicapées représentent une partie importante et croissante de la population. En Ontario, près de 1,85 million de personnes sont handicapées, soit une personne sur sept. Au cours des 20 prochaines années, au fur et à mesure que la population vieillira, ce nombre grimpera à une personne sur cinq.

Compte tenu du nombre croissant de personnes handicapées et du vieillissement de la population, la province de l'Ontario a promulgué la *Loi de 2001 sur les personnes handicapées de l'Ontario* (LPHO), en septembre 2002. Cette loi « a pour objet d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées et de prévoir leur participation au repérage, à l'élimination et à la prévention des obstacles à leur pleine participation à la vie de la province ».

La *Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario* (LAPHO) prévoit les normes pour assurer l'accessibilité aux Ontariennes et aux Ontariens, et sa mise en œuvre intégrale est prévue d'ici 2025. Les normes d'accessibilité de LAPHO comprennent la norme relative au service à la clientèle, mise en œuvre le 1<sup>er</sup> janvier 2010; les normes d'accessibilité intégrées pour le transport, l'information et les communications, ainsi que l'emploi, dont la mise en œuvre se fera graduellement entre juillet 2011 et 2017; les normes d'accessibilité au milieu bâti, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Un handicap s'entend de :

- Tout degré d'incapacité physique, d'infirmité, de malformation ou de défigurement dû à une lésion corporelle, une anomalie congénitale ou une maladie, et, notamment, le diabète sucré, l'épilepsie, un traumatisme crânien, tout degré de paralysie, une amputation, l'incoordination motrice, la cécité ou une déficience visuelle, la surdité ou une déficience auditive, la mutité ou un trouble de la parole, ou la nécessité de recourir à un chien-guide ou à un autre animal, à un fauteuil roulant ou à un autre appareil ou dispositif correctif;
- Un état d'affaiblissement mental ou une déficience intellectuelle;
- Une difficulté d'apprentissage ou un dysfonctionnement d'un ou de plusieurs des processus de la compréhension ou de l'utilisation de symboles ou de la langue parlée;
- Un trouble mental;
- Une lésion ou une invalidité pour laquelle des prestations ont été demandées ou reçues dans le cadre du régime d'assurance créé aux termes de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*.

Un « obstacle » est :

- toute chose qui empêche une personne handicapée de participer pleinement à toutes les facettes de la société en raison de son handicap, à savoir un obstacle physique ou architectural, un obstacle en matière d'information ou de communications, un obstacle comportemental, un obstacle technologique, une politique ou une pratique.

## **STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE ET ENGAGEMENT**

Conformément à la *Loi de 2001 sur les personnes handicapées de l'Ontario* (LPHO), l'HCC rédigera, approuvera, appuiera, soumettra, publiera et communiquera son plan d'accessibilité au plus tard le 30 septembre de chaque année, après avoir consulté des personnes handicapées ainsi que d'autres personnes. Ces plans annuels permettent à notre établissement d'intégrer la planification en matière d'accessibilité à d'autres cycles de planification.

Étant donné que le processus d'élaboration et de présentation de rapports de la *Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario* (LAPHO) relié à la norme sur le service à la clientèle s'est terminé le 26 mars 2010, les procédures et les processus de la LPHO ainsi que de la LAPHO sont décrits dans le présent rapport aux fins de cohérence.

Ce plan d'accessibilité, élaboré par le comité de l'hôpital, définit les mesures devant être prises (et celles déjà prises) pour déterminer, éliminer et prévenir les obstacles pour les personnes handicapées qui vivent ou travaillent au sein des installations de l'HCC ou qui utilisent les installations et les services de l'établissement. Cela comprend les patients et les membres de leur famille, le personnel, les professionnels de la santé, les bénévoles et les membres de la collectivité. Ce plan définit également le processus de mise en œuvre des différentes normes de la LAPHO.

En endossant les orientations stratégiques, le plan d'exploitation général annuel et les énoncés de mission, de vision et de valeurs, l'HCC reflète l'intérêt qu'il porte à la collectivité et à la philosophie de la LPHO et de la LAPHO.

## Orientations stratégiques 2016-2021 :

- Travailler en partenariat pour la sécurité des patients et les résultats de qualité.
- Offrir des soins centrés sur le patient.
- Notre force réside dans notre équipe.
- Atteindre l'excellence opérationnelle grâce à l'innovation.

## Objectifs du plan d'exploitation annuel pour 2017-2018 :

### **Travailler en partenariat pour la sécurité des patients et les résultats de qualité**

- Assurer que les biens d'équipement achetés, lorsque cela est approprié, sont adaptés aux besoins des personnes âgées et s'alignent sur l'Évaluation pour un environnement favorable aux personnes âgées (juin 2013).
- Continuer de privilégier la réduction du nombre de chutes et de mettre en œuvre des mesures préventives visant à réduire les blessures liées aux chutes, par exemple par le renforcement et l'équilibre.
- Pour les personnes âgées vivant des troubles du comportement, assurer une transition encore plus fluide entre les services pour patients hospitalisés et les programmes offerts en milieu communautaire comme les services de santé mentale pour personnes âgées, les soins continus complexes (Villa St-Joseph) et le CASC.
- Continuer d'accroître la capacité du personnel hospitalier à mieux servir les patients hospitalisés qui affichent des comportements liés à la démence et à d'autres troubles neurocognitifs.
- Accroître les communications à l'interne pour appuyer la politique sur le milieu « Amis des familles » pour rehausser les progrès de l'initiative « Amis des bébés ».
- Participer aux initiatives régionales sur les soins pour les affections subaiguës lancées par le RLISS de Champlain.
- Collaborer avec le programme régional de services orthopédiques du RLISS afin de renforcer nos services.
- Recruter un gériatre afin de répondre aux besoins médicaux et psychologiques des personnes âgées.
- Continuer de déployer des efforts afin de recruter plus de psychiatres pour compléter l'effectif.

- Collaborer avec le Centre de soins continus complexes (CSCC) St-Joseph dans la transition de leur programme de soins continus complexes afin de l'aligner avec les besoins de la communauté et de dégager des gains qui appuieront les stratégies sur le cheminement des patients.
- Continuer de promouvoir l'utilisation de notre cadre éthique dans l'ensemble de l'hôpital en formant le personnel et les médecins et en rehaussant leur capacité à gérer les dilemmes éthiques de premier plan.
- Collaborer avec le CSCC St-Joseph relativement au partage de services non cliniques afin de dégager des économies pour les deux établissements.
- Continuer d'améliorer le programme de chimiothérapie.
- Créer des documents sur les normes de soin pour toutes les unités d'hospitalisation.
- Miser sur la technologie afin d'améliorer les renseignements sur les patients au moment du congé.
- Incorporer les notions de « Choisir avec soin » dans les plans de traitement des patients.
- Mettre sur pied une structure de gouvernance et d'exploitation qui permettra de maintenir et d'assurer l'amélioration continue de nos systèmes d'information sur la santé.
- À titre d'organisme principal, collaborer avec nos partenaires du maillon santé afin d'assurer qu'un plan de travail est élaboré pour atteindre les objectifs du RLISS.
- Codiriger le protocole de soins en service d'urgence avec le CHEO pour le Winchester District Memorial Hospital.
- Mettre en place le protocole de soins en service d'urgence du CHEO à l'HCC, expliquant les meilleures pratiques et le processus d'orientation des enfants et des jeunes qui se présentent au Service d'urgence avec des problèmes de santé mentale.
- Répondre au rapport du Centre d'excellence portant sur les façons de rehausser la participation des jeunes dans la planification des services.
- D'ici le deuxième trimestre de 2017-2018, assurer que des représentants de tous les niveaux de gestion et du personnel participent à la formation sur la culture autochtone.
- Collaborer avec nos partenaires communautaires (L'Équipe et le Centre de l'Estrie) afin d'améliorer les services en français pour les jeunes en phase de transition.
- Assurer la conformité aux attentes en matière d'offre active de services en français.

### **Offrir des soins centrés sur le patient**

- Élargir le programme de consultation sur l'expérience des patients pour inclure 4 conseillers, puis rehausser la participation par l'entremise des comités sur la sécurité des patients et sur l'amélioration de la qualité.
- Simplifier et élargir le processus de sondage sur l'expérience des patients afin d'englober les patients en consultation externe.
- Inclure les patients et leur famille dans la conception d'une trousse de formation claire sur le service à la clientèle et la communiquer au personnel avant la fin de l'année.
- Mettre au point un modèle de soin intégrant la famille pour les services de santé mentale et de traitement des dépendances avec l'aide des fonds fournis par Bell Canada.

### **Notre force réside dans notre équipe**

- Collaborer avec les médecins de l'ensemble de l'organisation afin de comprendre les résultats du sondage sur la culture entourant la vie au travail et de les améliorer.
- Mettre sur pied le programme d'évaluation du rendement élaboré en 2016-2017.
- Mettre en œuvre des audits pour vérifier la conformité à la politique.
- Exécuter un audit interne et en rendre compte.
- Élargir notre base d'amélioration continue en utilisant des ressources pour l'amélioration continue qualifiée/Cerner conjointement avec l'informatique appliquée aux outils d'aide à la décision et aux dossiers médicaux électroniques.
- Rehausser l'initiative Huddle (gestion visuelle) afin d'appuyer la communication concernant le système d'information sur la santé (SIH).
- Mettre davantage en valeur les services de l'HCC et du personnel/des médecins associés tant à l'intérieur de l'hôpital que dans la communauté.
- Rehausser et promouvoir les activités de reconnaissance du personnel afin d'améliorer le taux de participation.
- Assurer que les histoires FHIT sont publiées dans la communauté.

## Atteindre l'excellence opérationnelle grâce à l'innovation

- Mettre en œuvre le système de gestion de l'apprentissage dans l'ensemble de l'hôpital.
- Lancer la mise à niveau du logiciel RL Solutions afin d'accroître la conformité et la fonctionnalité du signalement des incidents, permettant des améliorations dans le soin des patients.
- Établir des plans d'amélioration de la qualité afin de se conformer au Provincial Quality Management Partnership for Colonoscopy, Pathology and Mammography (programme provincial de gestion de la qualité en coloscopie, pathologie et mammographie).
- Intégrer le Provincial Digital Quality-Based Procedures (QBP) Order Set (ensemble de modèles d'ordonnances provincial pour des procédures numériques de qualité) en partenariat avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- Mettre sur pied le plan de réduction des déchets afin de se concentrer sur les trois types de déchets solides de l'hôpital qui sont considérés comme produisant un volume élevé et avec un minimum d'effort de récupération.

Valeurs iCare :

**Intégrité** : *Affirmer les valeurs organisationnelles dans tout ce que nous faisons.*

**Compassion** : *Offrir des soins avec empathie et bienveillance.*

**Responsabilité** : *Nous montrer responsables et assumer la responsabilité dans tout ce que nous faisons.*

**Respect** : *Se respecter les uns les autres et respecter ceux dont nous prenons soin.*

**Mobilisation** : *Travailler ensemble et partager pour créer un lien de confiance et instaurer un milieu sain et propice à la guérison.*

Le plan d'accessibilité sera axé sur les principaux aspects ci-dessous, lesquels reflètent les orientations stratégiques et le plan d'exploitation général de l'HCC ainsi que ses énoncés de mission, de vision et de valeurs :

- La formation continue de tous les intervenants de l'HCC : Formation en matière d'accessibilité, notamment en ce qui a trait aux normes de la LAPHO visant le personnel hospitalier au complet et de tout niveau, les bénévoles, les entrepreneurs et toute autre personne qui fournit des services à des



personnes handicapées. Cela permettra de veiller à établir le fondement d'une culture d'excellence qui appuiera l'accessibilité sans obstacle aux services et aux soins de santé.

- L'amélioration continue de l'accès aux installations de l'HCC, aux politiques, aux programmes, aux pratiques et aux services pour les patients et les membres de leur famille, les employés, les médecins, les bénévoles et les personnes handicapées de la collectivité : cela créera un milieu sécuritaire pour tous.
- La participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la révision de ses plans.
- La prestation de services de qualité à tous les patients, aux membres de leur famille ainsi qu'aux membres de la collectivité qui sont handicapés. Le fait de fournir un mécanisme de rétroaction facilement accessible sous diverses formes et qui comprend le signalement au Comité sur l'accessibilité permettra le renforcement positif de la qualité du service.

## **DESCRIPTION DE L'HÔPITAL COMMUNAUTAIRE DE CORNWALL**

L'Hôpital communautaire de Cornwall offre une gamme complète de services pour patients hospitalisés et en consultation externe, de même que des services de santé mentale communautaires à son bassin démographique qui comporte plus de 100 000 résidents et résidentes des communautés de Cornwall, Stormont, Dundas et Glengarry, de même que la communauté Mohawk d'Akwesasne.

Avec plus de 140 lits, 1 000 employés et 110 médecins, l'Hôpital communautaire de Cornwall offre une vaste gamme de soins et de services, y compris sans toutefois s'y limiter : service d'urgence, service de chirurgie, services de médecine et de réadaptation, programmes de santé mentale et de traitement des dépendances, de même qu'un centre familial des naissances.

L'Hôpital communautaire de Cornwall a été constitué en société en 2004 suite à la fusion de l'Hôpital général de Cornwall et de l'Hôpital Hôtel-Dieu, un centre de soins actifs. Les deux établissements avaient plus de 100 ans d'histoire de service à la communauté de Cornwall et de la région. Après l'achèvement d'un projet de restructuration important en 2014, de même que la construction d'un Centre de santé mentale et de traitement des dépendances en 2016, l'hôpital a fusionné tous les services de soins actifs et communautaires sur l'emplacement de la rue McConnell. Tous les services étant offerts à partir d'un même

emplacement, l'hôpital est bien positionné pour desservir la communauté pour de nombreuses années à venir.

L'HCC offre les spécialités médicales suivantes :

anesthésie	dentisterie	médecine d'urgence	chirurgie générale
gynécologie	médecine interne	neurologie	obstétrique
ophtalmologie	orthopédie	otorhinolaryngologie	pédiatrie
psychiatrie	réadaptation	urologie	

Il offre de plus les services suivants :

chimiothérapie	Programme d'urgence pour victimes d'agression et de violence sexuelle (ASAP)	soins ambulatoires
dialyse	Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (mammographie)	soins aux malades en phase critique
échographie	radiologie	soins respiratoires en consultation externe
éducation sur le diabète	santé mentale/neurologie	tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique
électroencéphalogramme (EEG)	services gériatriques	traitement cardiorespiratoire
laboratoire	services de santé pour les femmes et les enfants	urgence
médecine-chirurgie		
médecine nucléaire		

Les programmes communautaires en santé mentale et en traitement des dépendances suivants relèvent également de l'Hôpital communautaire de Cornwall :

- Équipe communautaire de traitement intensif (ÉCTI)
- Services de traitement des dépendances et de gestion du sevrage
- Services de santé mentale pour les adultes
- Services de santé mentale pour les enfants et les adolescents
- Services de santé mentale gériatrique
- Équipe mobile d'intervention d'urgence en santé mentale

## **COMITÉ SUR L'ACCESSIBILITÉ**

Le Conseil d'administration de l'Hôpital communautaire de Cornwall a officiellement constitué le Comité sur l'accessibilité en février 2004. Le Comité examine le dernier plan d'accessibilité annuellement qui comprend tous les lieux de travail de l'HCC. Puis, il présente le plan à l'équipe de direction, au Comité de surveillance de la qualité du rendement et au Conseil d'administration pour être approuvé. Le Comité est formé d'au moins cinq (5) membres du personnel de base. Les anciens membres du Comité sur l'accessibilité, les membres du grand public ainsi que d'autres groupes d'intérêt sont invités à participer et à mettre en commun leurs connaissances spécialisées à titre de personnes-ressources. Alan Greig, vice-président des services de soutien, est nommé au poste de président du Comité. Les membres du Comité possèdent des spécialisations dans diverses disciplines liées au milieu hospitalier, ainsi que dans le domaine de la rénovation et de la construction.

### **Membres du Comité sur l'accessibilité**

<b>Membre du Comité sur l'accessibilité</b>	<b>Secteur/Service</b>
Alan Greig	Vice-président, Services de soutien
Shirley Belmore	Membre de la communauté
Kathy Bisson	Planification logistique et de l'équipement
Michelle Kelly	Services d'inscription des patients
Jolene Soares	Communications internes et externes
Donna Bates	Services d'installations
JoAnn Tessier	Directrice, Gestion des maladies chroniques
Jocelyn Lauzon	Ressources humaines
Melissa Dore/membre désignée	Services de réadaptation/ergothérapie
Kim Woods	Spécialistes, Relations avec les patients

## OBJECTIFS

Le Comité de l'accessibilité devra :

- Évaluer l'établissement pour déterminer, éliminer et prévenir les obstacles pour toutes les personnes handicapées de concert avec la communauté, le personnel et la participation d'autres intervenants.
- Sensibiliser davantage le personnel sur la question de l'accessibilité par la création continue et régulière de possibilités d'apprentissage. Le module d'apprentissage sur les normes d'accessibilité pour les services à la clientèle devra être suivi par tout le personnel, les bénévoles, les entrepreneurs et toute autre personne qui fournit des services à des personnes handicapées.
- Fournir en permanence des occasions d'apprentissage pour veiller à ce que les principes de la LPHO et de la LAPHO fassent partie de la culture de l'HCC.
- Établir des liens solides avec les comités pour un hôpital adapté aux besoins des aînés, la santé et la sécurité, la sécurité des patients, etc. afin d'assurer le respect de la LAPHO et l'uniformité dans tout l'HCC.
- Mettre à jour le plan actuel et continuer d'évaluer tous les emplacements de travail de l'Hôpital communautaire de Cornwall en utilisant diverses méthodes, dont des vérifications (entre autres, en ce qui a trait à la sécurité des patients, à l'adaptation aux besoins des aînés, et à la santé et sécurité), et l'examen périodique du plan d'accessibilité et du processus de rétroaction des clients ou des patients.
- Mettre le plan d'accessibilité à la disposition du public et promouvoir le slogan :

*« Un milieu sans obstacle... le droit de tous! La responsabilité de tous! »*

## PROCESSUS D'EXAMEN

Le Comité sur l'accessibilité se réunira trois (3) ou quatre (4) fois par année ou à la demande du président, pour examiner les progrès et modifier le plan au besoin. On invitera des personnes-ressources de la

communauté à participer à ces réunions et à faire part de leurs connaissances spécialisées. On informera l'équipe de direction et le Conseil d'administration au besoin.

## **COMMUNICATION**

Le plan d'accessibilité de l'Hôpital communautaire de Cornwall sera affiché dans les deux langues officielles sur le site Web de l'HCC; des exemplaires en version papier seront disponibles au Service des ressources humaines et à l'Administration, après que le Conseil d'administration l'aura approuvé, pendant sa réunion de septembre. Le plan pourra être offert en médias substituts sur demande, comme sur un disque informatique, en texte électronique ou en gros caractères. Il sera également affiché sur le réseau intranet de l'HCC et sur son site Web.

## **INITIATIVES CONCERNANT L'ÉLIMINATION DES OBSTACLES**

À mesure que les obstacles seront définis, ils seront placés en ordre de priorité dans un plan pluriannuel. C'est là un processus permanent et continu.

La norme de la LAPHO relative au service à la clientèle est actuellement à l'étape de la mise en application. On a approuvé les politiques et les procédures, et la formation du personnel se poursuit. L'accessibilité ainsi que la norme de la LAPHO relative au service à la clientèle, à la formation relative à l'expérience du patient et à l'adaptation aux besoins des aînés font partie du processus d'orientation. La formation sur la norme de la LAPHO relative au service à la clientèle et à l'expérience du patient destinée aux employés, aux bénévoles et aux médecins doit être faite tous les deux ans. Les normes intégrées de la LAPHO sont examinées et graduellement implantées dans les processus et les procédures de l'HCC.

Des améliorations au milieu bâti continuent d'être effectuées là où ce sera possible de le faire sur le plan technique et financier. Tous les projets de construction et de rénovation refléteront l'engagement de l'HCC envers l'élimination des obstacles actuels et la prévention des obstacles subséquents.

La priorité des obstacles est déterminée selon les critères suivants :

- les répercussions sur la sécurité des patients et du personnel;
- la conformité aux codes et règlements de la construction;
- les répercussions et la pertinence pour notre population;
- la faisabilité et la pertinence de traiter l'obstacle;
- l'étendue et les effets de retirer l'obstacle;
- l'existence d'autres plans pour traiter l'obstacle à un moment ultérieur ou par d'autres moyens.

La réduction des obstacles sera abordée de l'une des deux façons suivantes :

- au cours des activités régulières de l'HCC, en engageant peu ou pas de fonds;
- par l'intermédiaire d'un plan financier actuel de l'HCC tel qu'un plan d'immobilisations, de gros travaux d'entretien, de réaménagement ou de rénovation.

## **MÉTHODES D'IDENTIFICATION DES OBSTACLES**

Méthode	Description	Statut
Vérification d'endroits précis d'un emplacement.	Un membre du Comité sur l'accessibilité ou un représentant de la communauté fera une évaluation afin de déterminer des aspects nécessitant une amélioration. D'autres vérifications du Comité peuvent comprendre, sans s'y limiter, la sécurité des patients, la santé et la sécurité, etc., et être accompagnées de recommandations en ce qui a trait aux questions liées à l'accessibilité, lors qu'il y a lieu.	Les recommandations sont intégrées dans le plan d'accessibilité.

Méthode	Description	Statut
Correspondance ou communication en provenance des patients ou de leur famille et des employés de l'HCC. La rétroaction peut se faire par écrit ou de vive voix.	Les lettres ou les communications reçues, qui font état d'un obstacle pour une personne handicapée, sont acheminées à la coordonnatrice et évaluées par le Comité sur l'accessibilité. Toutes les parties intéressées sont informées du processus de même que du résultat.	Les recommandations sont intégrées dans le plan et mises à exécution.
Évaluation des normes de la LAPHO par le Comité	Le Comité évalue les exigences et formule les recommandations pour la mise en œuvre, fait état et un suivi permanent de la conformité à chaque norme.	La norme relative au service à la clientèle de la LAPHO est maintenant incluse dans le plan d'accessibilité. Le règlement Normes d'accessibilité intégrées (NAI) est appliqué progressivement de 2011 à 2025. La norme d'accessibilité au milieu bâti sera intégrée dans tout nouveau projet de construction après le 1 <sup>er</sup> janvier 2016.
Comité pour un hôpital adapté aux besoins des aînés	Assurer la conformité à la LAPHO et l'uniformité dans tout l'hôpital.	Les membres du comité pour un hôpital adapté aux besoins des aînés sont des membres actifs du Comité sur l'accessibilité.

***Une liste des projets ou des obstacles à aborder peut être consultée à l'annexe A – Plan d'action.***

**Une liste des projets ou des obstacles qui ont été abordés (menés à bonne fin ou en cours) peut être consultée à l'annexe B.**

ANNEXES :	Annexe A – Sommaire des obstacles à aborder Annexe B – Sommaire des obstacles déterminés et abordés
DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE :	<i>Loi de 2001 sur les personnes handicapées de l'Ontario</i> <i>Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario</i> Politique n° CR 05-030 – Énoncé de vision Politique n° CR 05-025 – Énoncé de valeurs Politique n° CR 05-1-010 – Énoncé de mission Politique n° 05-020 – Orientation stratégique Politique n° RH 30-090 – Aménagement en milieu de travail pour les personnes handicapées Plan d'exploitation général de l'HCC 2017-2018
PROCESSUS D'APPROBATION :	Comité sur l'accessibilité – 2017-05-23 Équipe de direction – 2017-06-07 Comité de surveillance de la qualité et du rendement – 2017-06-14 Conseil d'administration – 2017-09-11
SIGNATURE D'APPROBATION :	Jeanette Despatie Directrice générale





# **Plan annuel d'accessibilité**

**septembre 2017 – août 2018**

## **Annexe A**

*Liste des projets ou des obstacles à aborder*

Date de lancement	Mesure	Échéance	Action	Indicateurs de réussite	Documents de référence
2005	<i>Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario (LAPHO)</i> de 2005 doit être incluse dans le plan d'accessibilité de l'HCC.	2025	Il y a un suivi permanent des cinq normes à mettre en œuvre conformément à l'information et aux échéanciers.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan mis à jour présenté chaque année.</li> <li>• Plan d'action modifié afin de le rendre pluriannuel.</li> <li>• Une vérification doit être effectuée à tous les emplacements satellites pour assurer leur conformité et une pleine accessibilité.</li> </ul>	LPHO et LAPHO – ON donne accès – Délais proposés pour la conformité
2002 - 2005	<b>Exigences générales</b> <i>Loi sur les personnes handicapées de l'Ontario (LPHO)</i> et <i>Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario (LAPHO)</i>	2025	Au fur et à mesure que des appareils et du matériel devront être remplacés, ils le seront par des modèles/ systèmes sans obstacles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il existe des guichets libre-service accessibles aux fauteuils roulants, ainsi que des ordinateurs à l'usage du personnel, des guichets automatiques bancaires, des parcomètres et des distributeurs automatiques.</li> </ul>	
2002 - 2005	Politiques en matière d'accessibilité	Diverses échéances	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les politiques sont établies et examinées au besoin (procédure générale tous les trois ans).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les politiques de service à la clientèle sont terminées (2010).</li> <li>• Toutes les politiques, y compris celles qui sont</li> </ul>	

Date de lancement	Mesure	Échéance	Action	Indicateurs de réussite	Documents de référence
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• La conformité d'autres politiques au règlement sur les Normes d'accessibilité intégrée (NAI) est en cours d'évaluation (1<sup>er</sup> janv. 2014).</li> </ul>	destinées aux employés handicapés, sont accessibles en ligne, et les mises à jour et changements sont publiés.	
	Rapport de conformité sur l'accessibilité	2017-12-31	Rapports en ligne pour les organismes du secteur public – LAPHO.	Remplis dans le délai du 1 <sup>er</sup> janvier 2016 et conforme. Le prochain rapport est dû pour le 31 décembre 2017.	
2005	<b>Norme d'accessibilité pour le service à la clientèle</b>	2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les processus de mise en œuvre sont établis.</li> <li>• Il y a une formation continue du personnel, y compris au moyen de troussees d'autoformation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport de conformité terminé en mars 2010.</li> <li>• La surveillance et l'examen de la formation et des politiques se font de façon continue.</li> <li>• La formation relative au service à la clientèle fait partie de l'orientation du personnel et des bénévoles.</li> <li>• Les registres de formation sont versés dans les dossiers du personnel (2005). Ce module est également inclus dans la formation sur la dignité et le respect en milieu de travail donnée aux</li> </ul>	

Date de lancement	Mesure	Échéance	Action	Indicateurs de réussite	Documents de référence
				<p>employés et aux médecins en 2013-2014.</p> <p>La formation relative au service à la clientèle a été mise à jour en mai 2017. Tous les employés doivent suivre de nouveau la formation en utilisant un module d'autoapprentissage.</p>	
2005	Le personnel n'en connaît pas suffisamment au sujet des handicaps et doit être mieux renseigné en ce qui a trait à la communication et au service à la clientèle.	2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanent : les trousseaux d'autoformation sont mis à jour afin d'inclure les normes de la LAPHO.</li> <li>• Articles d'information prévus régulièrement pour « The Pulse » et dans les divers lieux d'information à l'intention des membres du personnel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le programme d'orientation comprend un volet de sensibilisation à l'importance d'être attentif aux divers handicaps ainsi que des renseignements et conseils sur le service à la clientèle.</li> <li>• L'équipe de direction et le conseil sont tenus au courant des progrès en matière d'accessibilité.</li> </ul>	
2012	Service à la clientèle, information et communications	2013	<p>Accessibilité linguistique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les processus de traduction sont étudiés.</li> <li>• La liste multilingue en ligne est à jour (mise à jour chaque trimestre).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un lien vers un service d'interprétation et de traduction en ligne est accessible au personnel de première ligne.</li> </ul>	
	Normes pour le transport	2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les normes seront étudiées afin d'assurer la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec la fusion des Services de toxicomanie de l'est de</li> </ul>	

Date de lancement	Mesure	Échéance	Action	Indicateurs de réussite	Documents de référence
			conformité.	l'Ontario (STEO) en avril 2013, une vérification doit être effectuée et des plans dressés à tous les emplacements satellites pour assurer leur conformité.	
2005	Normes pour le milieu bâti	2025	Les normes de la LAPHO doivent être mises en œuvre et appliquées intégralement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une vérification doit être effectuée et des plans de projet doivent être dressés à tous les emplacements satellites pour assurer leur conformité et une pleine accessibilité.</li> <li>• Le Centre St-Denis a été vérifié. Des problèmes d'accessibilité et de sécurité ont été relevés. Les problèmes de santé et de sécurité sont abordés. Les clients qui ont besoin de mesures d'accessibilité sont dirigés vers les installations appropriées conformément aux lignes directrices provinciales.</li> <li>• Un stationnement accessible comprendra un terrain de stationnement de longue durée et des places de</li> </ul>	

Date de lancement	Mesure	Échéance	Action	Indicateurs de réussite	Documents de référence
				<p>stationnement de courte durée payables par parcomètre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En octobre 2016, tous les services de traitement des dépendances satellites, à l'exception du Centre St-Denis, ont été réunis dans le nouvel édifice au 850, avenue McConnell, qui est entièrement accessible.</li> </ul>	
	<p>Milieu bâti : PJM 1 : dans toutes les salles de bains des patients, les distributeurs de savon et d'essuie-tout sont trop hauts et les portes coulissantes sont difficiles à fermer pour les personnes en fauteuil roulant. (physique : emplacement de l'avenue McConnell)</p>	2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abaisser les distributeurs de savon et d'essuie-tout. Évaluer le problème avec la porte coulissante pour amélioration.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des distributeurs accessibles ont été installés dans les nouvelles ailes et seront prévus dans tous les projets de réaménagement.</li> </ul>	

Date de lancement	Mesure	Échéance	Action	Indicateurs de réussite	Documents de référence
	Milieu bâti : Tous les ascenseurs — il n’y a pas de système d’identification des étages pour les personnes ayant une déficience visuelle. (physique : emplacement de l’avenue McConnell)	2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il faut installer un système signalant l’arrivée à chaque étage, comme une sonnerie. Il faut installer un panneau en braille dans le cadre intérieur des portes d’ascenseur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des panneaux d’identification en braille ont été installés.</li> </ul>	
	Milieu bâti : L’accessibilité dans certains emplacements loués ne répond pas aux exigences courantes du plan.	2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est recommandé que tout nouvel emplacement loué soit évalué et conforme aux exigences d’accessibilité de l’HCC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des problèmes précis sont abordés avec le ou les propriétaires et corrigés, lorsque cela est possible.</li> <li>• Le nouvel édifice logeant les Services de traitement des dépendances et de santé mentale satisfait aux normes d’accessibilité.</li> </ul>	
	Milieu bâti : Il n’y a pas de toilettes accessibles au niveau 6 Sud	2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque cette aile sera rénovée, toutes les toilettes seront modernisées pour satisfaire aux normes</li> </ul>		

<b>Date de lancement</b>	<b>Mesure</b>	<b>Échéance</b>	<b>Action</b>	<b>Indicateurs de réussite</b>	<b>Documents de référence</b>
			d'accessibilité.		



# PLAN ANNUEL D'ACCESSIBILITÉ

**septembre 2017 – août 2018**

## **Annexe B**

***Liste des projets ou des obstacles qui ont été abordés (menés à bonne fin ou en cours)***

## SOMMAIRE DES OBSTACLES IDENTIFIÉS ET ABORDÉS

Obstacle	Stratégie d'élimination ou de prévention de l'obstacle	Situation
PJM 1 : la porte d'entrée située entre l'HCC et le PJM (vis-à-vis de la morgue) est trop lourde et se ferme trop rapidement, et le seuil est trop haut (architectural) : emplacement de l'avenue McConnell.	Les portes sont en place en raison des clients à risque élevé et aux fins de sécurité.	Terminé. Réévaluer en fonction de l'évolution des besoins des clients.
Les portes automatiques de l'entrée sont difficiles à manœuvrer pour les personnes en fauteuil roulant.	Il a été recommandé de munir l'hôpital de portes activées par capteurs. Ainsi, tous les patients ayant des problèmes de force musculaire ou de mobilité pourraient entrer dans l'hôpital de façon sécuritaire. Il est prévu que cela sera pris en considération ultérieurement dans le projet de réaménagement.	Terminé depuis l'ouverture de la nouvelle aile en mars 2013.
Les patients bariatriques (obèses) ont de la difficulté à avoir accès aux services de l'HCC. Comité de travail formé : des stratégies doivent être explorées et mises de l'avant en vue de solutions.	Permanent : Chambre pour patients bariatriques aménagée et équipement disponible – chaise, chaise d'aisance, chaise de douche, lit et civière. Nouvel ascenseur prévu au projet de réaménagement permettant suffisamment de place pour une civière bariatrique, les pompes, les appareils et quatre membres du personnel.	Terminé depuis l'ouverture de la nouvelle aile en mars 2013.
Salle d'attente – Radiologie : les vestiaires sont étroits (une seule personne à la fois). Il n'y a pas de place pour s'asseoir ni pour avoir de l'aide.	Cette zone fait partie du projet de réaménagement. Entre-temps, des dispositions seront prises pour que les clients en fauteuil roulant puissent utiliser la salle d'attente pour les personnes sur civière. Affichage et formation du personnel requis.	Terminé depuis l'ouverture de la nouvelle aile en mars 2013.
Radiologie : la salle de bains ou le vestiaire adjacent au corridor de la salle d'urgence ne sont pas accessibles en fauteuil roulant (architectural) :	Cette zone fait partie du projet de réaménagement. Salle de bains et vestiaire communs accessibles à proximité.	Terminé depuis l'ouverture de la nouvelle aile en mars 2013.

Obstacle	Stratégie d'élimination ou de prévention de l'obstacle	Situation
emplacement de l'avenue McConnell.		
<i>Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario (LAPHO)</i> - la norme relative au service à la clientèle doit être incluse dans le plan d'accessibilité de l'HCC.	Préparer les exigences en ce qui a trait à la norme relative au service à la clientèle et le plan d'action de mise en œuvre et de conformité.	Les processus de mise en œuvre sont en place. Le rapport de conformité a été fourni en mars 2010. Le volet surveillance et examen de la formation se fait d'une façon continue. La formation relativement au service à la clientèle fait partie de l'orientation. Terminé et permanent. Le module de formation sur le service à la clientèle a été mis à jour en mai 2017. Tous les membres du personnel doivent faire le module d'autoapprentissage.
Contribution du Comité de travail sur l'accessibilité relativement aux plans de construction de l'emplacement McConnell.		Terminé. Deux (2) des membres du Comité de travail sur l'accessibilité, qui participent activement aux étapes de planification et de construction du projet de réaménagement, assurent la liaison avec le Comité.
Sensibilisation		Terminé et permanent. Ce point doit être incorporé à la campagne de sensibilisation publicitaire liée à la LAPHO et aux diverses normes. Des affiches et des dépliants ont été créés en vue de formation ou de participation à la foire sur la santé et la sécurité.
Monter une liste d'équipement favorisant l'accessibilité en vue d'en faire l'achat en fonction de dons liés à l'événement Rouler vers demain de Rick Hansen.	Suggestions demandées à la section clinique.	Terminé : acquisition de 2 tables réglables pour la cafétéria.
PJM 1 – Pour se rendre au jardin en passant par la porte principale, les pensionnaires doivent traverser la route et le parc de stationnement (architectural) : emplacement de l'avenue McConnell.	Au moment du réaménagement de cette zone, prévoir une route directe menant au jardin.	Terminé : jardin avant entièrement accessible et jardin arrière pour l'accessibilité aux soins ambulatoires.
PJM 1 – La salle de bains publique n°1233 n'est pas accessible en fauteuil	Avoir au moins une salle de bains accessible sur chaque étage.	Terminé.

Obstacle	Stratégie d'élimination ou de prévention de l'obstacle	Situation
roulant (architectural) : emplacement de l'avenue McConnell.		
Soins communautaires – Il n'y a pas de salles de bains ni de vestiaires accessibles (architectural) : emplacement de l'avenue McConnell.	Au moment du réaménagement, prévoir de telles installations.	Terminé. Les services communautaires ont été relogés ailleurs.
Radiologie – La fenêtre du bureau d'accueil du Service de radiologie est trop haute (architectural) : emplacement de l'avenue McConnell.	Modifier l'endroit pour abaisser la fenêtre. Les travaux seront faits en 2007. Actuellement, les membres du personnel aident les clients quant à ce problème.	Terminé. Le bureau du Service de radiologie a été relogé ailleurs.
Pendant la ronde d'inspection pour la sécurité des patients de la zone d'inscription des patients des deux emplacements, deux problèmes ont été soulevés : l'accès au bureau en fauteuil roulant et les chaises qui ne semblent pas convenir.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indiquer l'endroit accessible en fauteuil roulant par un affichage.</li> <li>2. Chaises remplacées.</li> </ol>	Terminé.
Entrée du Service d'urgence de l'emplacement de l'avenue McConnell : la poubelle est souvent placée devant le bouton d'accès pour les personnes handicapées.	Il est recommandé qu'une poubelle fixe soit installée à un endroit approprié et éloigné du bouton d'accès pour les personnes handicapées.	Terminé.
Pendant la ronde d'inspection pour la sécurité des patients au Service communautaire en santé mentale du 132, rue Second, les problèmes ou obstacles suivants ont été notés :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La zone de stationnement réservé aux clients : peu de places de stationnement réservées aux personnes handicapées.</li> <li>2. Le parc de stationnement n'est pas sécuritaire à ces endroits – terrain très inégal.</li> </ol>	Terminé : Une place de stationnement réservée à l'avant pour le service de transport adapté est maintenant en place; le parc de stationnement a été réorganisé pour offrir un meilleur accès.
Accès limité en fauteuil roulant à l'emplacement situé au 132, rue Second (Service communautaires de santé mentale).	Des portes automatiques doivent être installées à l'entrée principale du bureau 104.	Nouvelle porte et équipement commandés. En attente de leur installation. Terminé. Les services ont été relogés dans un édifice entièrement accessible.
Les distributeurs d'essuie-tout et de savon sont à diverses hauteurs et en	Normaliser l'emplacement de ces articles à mesure qu'on les remplacera, partout	Permanent.

Obstacle	Stratégie d'élimination ou de prévention de l'obstacle	Situation
divers emplacements, d'une salle de bains à l'autre.	dans l'établissement.	
Ascenseur de PJM 1 : le bouton de commande est trop petit et difficile à pousser. Les portes se referment trop rapidement et les boutons de commande, à l'intérieur, sont difficiles à pousser (physique) : emplacement de l'avenue McConnell.	Installer de plus gros boutons de montée et de descente et ralentir la vitesse de fermeture des portes.	Terminé – respecte le code.
PMJ 2 : les interrupteurs et les prises de courant sont difficiles à rejoindre (physique) : emplacement de l'avenue McConnell.	Changer l'emplacement des interrupteurs.	Respectent actuellement le code du bâtiment.
Les documents de l'HCC remis aux patients sont difficiles à comprendre (communication).	Rédiger la documentation dans un langage plus simple, utiliser des pictogrammes ou faire en sorte que quelqu'un puisse interpréter. Nouvelle politique sur l'affichage. Modifier la politique sur les formulaires destinés aux patients.	La politique sur l'affichage est terminée. Il s'agit d'un projet continu à mesure que le projet de regroupement avance.
Les caractères, dans certains formulaires, sont petits étant donné la quantité d'information à inclure. C'est même un problème pour les employés qui n'ont qu'une faible déficience visuelle (information).	Établir un minimum recommandé pour la grosseur des caractères et la longueur des formulaires selon les recommandations. Tout revoir.	Permanent. Un comité a été mis sur pied pour revoir les formulaires. La politique sur les normes sera examinée et précisée en 2006. Certains formulaires ont déjà été modifiés. La grosseur de la police de caractère du plan de désignation a été augmentée à 14 en fonction de la recommandation reçue à cet égard.
Les tables de cafétéria ne sont pas accessibles en fauteuil roulant (physique) : aux deux emplacements.	Dans le cadre du programme de remplacement des tables, acheter une table de hauteur réglable par emplacement. L'emblème des personnes handicapées sera visible sur ces tables.	Terminé.
Les personnes atteintes d'une déficience visuelle peuvent avoir de la difficulté à voir les boutons des ouvre-portes	Appliquer une couleur contrastante autour des boutons des ouvre-portes automatiques pour les mettre en	Bon de travail émis pour août 2006.

Obstacle	Stratégie d'élimination ou de prévention de l'obstacle	Situation
automatiques (physique)	évidence.	
Les personnes atteintes d'une déficience visuelle peuvent avoir de la difficulté à repérer les sièges de toilette (physique) : dans tout l'hôpital.	Les sièges de toilette ont été changés pour des sièges noirs.	Terminé et permanent.
Prévoir une adresse de courrier électronique grâce à laquelle les employés pourront signaler les problèmes d'accessibilité.		Terminé.
La formule d'ordre de travail doit souligner l'accessibilité.	Les ordres se donnent maintenant en ligne; le personnel est formé pour déterminer les questions liées à l'accessibilité.	Terminé.
Radiologie : les distributeurs de savon et d'essuie-tout, dans les toilettes de la salle de tomographie par ordinateur, sont trop hauts (physique) : emplacement de l'avenue McConnell.	Abaissier les distributeurs.	Terminé.
Cafétéria : la porte de la salle de bains n° 1726 est trop lourde pour les personnes en fauteuil roulant, la position de la toilette contre le mur rend les transferts difficiles et les distributeurs de savon et d'essuie-tout sont trop hauts (architectural) : emplacement de l'avenue McConnell.	Installer une porte plus légère ou automatique : abaisser les distributeurs.	Terminé.
Salle de bains du deuxième étage, près des ascenseurs : les robinets sont difficiles à utiliser pour les personnes handicapées (physique) : emplacement de l'avenue McConnell.	Convertir en poignées à levier.	Terminé.
PJM 1 – Salle de bains n° 1304 : la toilette est trop basse pour les transferts et les distributeurs de savon et d'essuie-tout sont trop hauts (physique) : emplacement de l'avenue McConnell.	Surélever la toilette et abaisser les distributeurs.	Terminé.

Obstacle	Stratégie d'élimination ou de prévention de l'obstacle	Situation
PJM 1 – Salle de douches n° 1411 : les distributeurs de savon et d'essuie-tout sont trop hauts (physique) : emplacement de l'avenue McConnell.	Abaisser les distributeurs.	Terminé.
PJM 1 – Porte principale : le bouton de l'ouvre-porte automatique est trop haut, des pensionnaires doivent demander de l'aide pour sortir (architectural) : emplacement de l'avenue McConnell.	Abaisser le bouton de l'ouvre-porte automatique.	Terminé.
Ergothérapie, salle d'évaluation : faible éclairage (physique) : emplacement de l'avenue McConnell.	Améliorer l'éclairage.	Terminé.
Salon de beauté : l'entrée de porte est trop étroite pour un fauteuil roulant; il faut un sèche-cheveux portatif pouvant se placer au-dessus d'un fauteuil roulant (architectural) : emplacement de l'avenue McConnell.	Réaménager l'ouverture de la porte pour installer une porte plus large.	Réaménagé en local à bureaux; l'accessibilité a été prévue.
Les portes de la cafétéria sont lourdes et difficiles à ouvrir pour les personnes en fauteuil roulant ou qui utilisent un ambulateur.	Installer des portes automatiques.	Terminé.
Aucune toilette publique à accès facile n'est située à un endroit central au niveau 1.	Choisir la salle de bain située le plus centralement et installer un ouvre-porte automatique.	Terminé. Des ouvre-portes automatiques ont été installés pour les toilettes publiques pour les hommes et celles pour les femmes, près des ascenseurs de la tour.
Les portes des salles de bain des patients dans le PJM sont lourdes et difficiles à manœuvrer.	Remplacer les rails des portes coulissantes et rendre la poignée plus ergonomique.	Terminé et progressif. De nouvelles roulettes en nylon ont été mises à l'essai pour les rails et les résultats ont été positifs. Des roulettes ont été commandées et seront installées sur toutes les portes. De nouvelles poignées seront achetées, puis installées sur toutes les portes.

Obstacle	Stratégie d'élimination ou de prévention de l'obstacle	Situation
Le processus de rétroaction pour le personnel, les patients et les familles n'est pas approprié ou offert. Publier ou faire connaître le processus, évaluer d'autres méthodes de rejoindre le public.	Permanent : un dépliant/une brochure est en voie d'être créé. Le document inclura l'information sur l'accessibilité et un formulaire de rétroaction.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le site Web de l'hôpital inclut une page « Communiquez avec nous » dans laquelle est affiché le processus pour qu'un patient puisse porter plainte.</li> <li>Le répertoire téléphonique interne inclut le numéro pour communiquer avec le coordonnateur responsable de l'accessibilité.</li> </ul> <p>La version de 2013 du Guide du patient inclut le numéro pour joindre le coordonnateur responsable de l'accessibilité. Terminé.</p>
Règlement sur les normes d'accessibilité intégrées (RNAI)	Normes sur l'emploi, l'information et les communications, et le transport (RNAI) doivent être intégrées dans le plan d'accessibilité de l'hôpital.	Les politiques ont été revues afin de les mettre à jour pour refléter les exigences de la LAPHO. Terminé et permanent, au fur et à mesure que les politiques sont modifiées.
Norme sur l'information et les communications	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les processus de mise en œuvre sont en place.</li> <li>Discuter avec le Service des technologies de l'information afin d'assurer que le site Web est accessible.</li> <li>Assurer que le site Web et les autres documents publiés incluent la mention relative à la disponibilité d'autres formats, par exemple, en gros caractères, sur disque, etc.</li> </ul> <p>Étudier d'autres méthodes d'informer le public concernant les processus de rétroaction.</p>	Des renseignements pour les urgences sont offerts dans le Guide du patient. Le dépliant sur l'accessibilité est disponible. Terminé.
Norme sur l'emploi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Processus de mise en œuvre en place.</li> </ul>	Un processus de rétroaction par l'entremise du site Web et dans le Guide



Obstacle	Stratégie d'élimination ou de prévention de l'obstacle	Situation
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politiques revues.</li> </ul> <p>Le processus pour les renseignements individualisés relatifs aux interventions d'urgence est en place comme demandé.</p>	du patient est en place. Terminé.
Milieu bâti : Chapelle - les portes principales sont trop lourdes et se referment trop rapidement (physique) - emplacement de la rue McConnell.	Milieu bâti : Chapelle - les portes principales sont trop lourdes et se referment trop rapidement (physique) - emplacement de la rue McConnell.	La nouvelle chapelle est maintenant ouverte et entièrement accessible avec des portes automatiques. Terminé.
Milieu bâti : Cafétéria - le comptoir pour les plateaux est étroit, présente une inclinaison vers le bas et très peu d'espace où passer des aliments chauds à des clients assis (physique) - emplacement de la rue McConnell.	Le secteur fait partie du projet de réaménagement. Un nouveau comptoir de service temporaire a été installé, offrant un comptoir plus large avec un rebord et des rouleaux.	La nouvelle cafétéria est maintenant ouverte et comporte des portes automatiques, de même que des tables accessibles. Compte tenu la conception, pour le moment, il n'y a pas d'espace pour ajouter des rouleaux pour les plateaux. Il a été suggéré que le personnel de la cafétéria reçoive de la formation supplémentaire afin d'assurer que les besoins des personnes à mobilité réduite sont satisfaits. Des meubles accessibles sont en place. Terminé.