



AGIR

L'essentiel de l'accessibilité aux bâtiments hospitaliers



AGIR

L'accessibilité aux bâtiments hospitaliers

Informier, sensibiliser et conseiller

L'hôpital, un lieu de vie accessible à tous



Un guide simple,
accessible en pdf et
téléchargeable sur

www.aphp.fr

www.ihf.fr

www.apact.fr

Sommaire

Page 05	Préface – Pourquoi un nouveau guide sur l'accessibilité, et pour les bâtiments hospitaliers ?
Page 07	L'accessibilité et la conception universelle à l'hôpital ?
Page 09	Présentation de l'AP-HP – DOMU et DEFIP
Page 11	Présentation de l'association IHF – Ingénieurs hospitaliers de France
Page 15	Présentation de l'Apact – Association pour la promotion de l'accessibilité et de la conception pour tous
Page 17	L'accessibilité : plus qu'une disposition technique, un enjeu de société
Page 19	Les différentes situations de handicap
Page 22	Les besoins spécifiques – Le traitement de l'information
Page 25	Quelques éléments de réponse pour une accessibilité relationnelle
Page 28	Stratégie facilitatrice pour améliorer le dialogue avec une personne ayant des difficultés de communication
Page 29	Gabarit d'encombrement d'un fauteuil roulant
Page 33	Listes des fiches techniques
Page 34	Le parcours du patient à l'hôpital
Page 36	Fiche 1 – Se rendre à l'hôpital – Transports (RATP)
Page 38	Fiche 2 – Arrivée sur le site hospitalier – Stationnement du véhicule
Page 40	Fiche 3 – Signalétique
Page 42	Fiche 4 – Cheminement extérieur
Page 46	Fiche 5 – Repérage de l'entrée vers l'accueil – Sonnette et interphone
Page 48	Fiche 6 – Hall et guichet d'accueil
Page 50	Fiche 7 – Accueil des chiens-guide à l'hôpital
Page 52	Fiche 8 – Salle d'attente
Page 54	Fiche 9 – Sanitaires – WC ou cabinet d'aisance et lavabos
Page 56	Fiche 10 – Portes et sas
Page 58	Fiche 11 – Couloir et circulation
Page 60	Fiche 12 – Cabine de douche et de déshabillage
Page 62	Fiche 13 – Cabinet de consultation médicale
Page 64	Fiche 14 – Ascenseur et monte malades
Page 66	Fiche 15 – Escaliers
Page 68	Fiche 16 – Chambre d'hospitalisation
Page 70	Fiche 17 – Domotique et équipements de la chambre
Page 72	Rappel sur la domotique
Page 74	Fiche 18 – Salle de bains ergo sanitaire
Page 76	Fiche 19 – Salle polyvalente – Salon et salle d'animation
Page 78	Fiche 20 – Lumière intérieure et extérieure
Page 80	Fiche 21 – Accessibilité et sécurité incendie – Évacuation
Page 82	Fiche 22 – Besoins d'espaces libres de tout obstacle
Page 84	Cas des établissements existants
Page 88	Accessibilité et accidents de la vie courante
Page 90	Accessibilité et Code du travail
Page 93	La notice d'accessibilité
Page 98	Chantier de travaux et dérogations possibles
Page 101	Les agendas d'accessibilité programmés : Ad'AP
Page 102	La loi du 11 février 2005 et la date effective de réception des mises en conformité
Page 104	Liste de textes d'application de la loi du 11 février 2005
Page 106	Bibliographie
Page 108	Glossaire
Page 114	L'équipe du comité de rédaction

*« Il n'existe pas de liberté
sans accessibilité. »*



Préface

Pourquoi un nouveau guide sur l'accessibilité, et pour les bâtiments hospitaliers ?

Christine Welty
Directrice de la DOMU
Direction de l'organisation médicale
et des relations avec les universités

Carine Chevrier
Directrice de la DEFIP
Direction économique, financière,
de l'investissement et du patrimoine

L'accessibilité aux bâtiments, aux services, est le préalable à l'accès aux soins. C'est fort de ce constat, que dès 1999 puis dans une seconde édition en 2004, la Mission Handicap, aujourd'hui rattachée à la Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités – DOMU et la Direction du patrimoine et de la logistique de l'AP-HP (aujourd'hui Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine – DEFIP, avaient élaborés conjointement un guide intitulé *Architecture et handicap – Concevoir l'hôpital pour tous*, fondé sur les exigences réglementaires, complété de recommandations spécifiques à l'AP-HP, applicables lors de la construction, de la rénovation ou de la modification d'un hôpital.

Depuis, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a considérablement fait évoluer la prise en compte de tous les types de handicap. Elle précise que « constitue un handicap (...) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». L'article 41 de cette même loi, stipule que l'accessibilité est due « à tous, et notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique ».

De par sa mission première, le soin, l'hôpital a une obligation d'accueillir tout le monde sans aucune exception. L'infrastructure des bâtiments, qu'ils soient de soins, d'hospitalisation ou logistiques impose aux équipes techniques d'avoir la connaissance et la perfectibilité des normes architecturales de l'accessibilité.

Conscients de l'enjeu que représente cette obligation légitime, la Mission Handicap de la DOMU, le Département de la maîtrise d'ouvrage et des politiques techniques de la DEFIP de l'AP-HP et l'Association des Ingénieurs hospitaliers de France ont décidé de s'associer et de s'adjoindre les compétences de Soraya Kompany, architecte urbaniste, conseillère en accessibilité au ministère des Affaires sociales et à l'origine de la loi de 2005 pour créer un guide à destination des services techniques ayant en charge le patrimoine hospitalier.

Ce guide élaboré par un groupe de travail pluriel, est destiné à tous les acteurs qui participent à la mise en accessibilité de nos établissements (directeurs des investissements et de la maintenance, services techniques, services d'accueil, etc.). Ce document à vocation utile, est proposé sous forme dématérialisée, téléchargeable afin de respecter un autre enjeu qui engage les établissements de soins : le développement durable.

Il se compose de fiches techniques qui reprennent chaque étape du parcours du patient, dès son arrivée à l'hôpital. Chacune d'elle présente les dispositions réglementaires, des illustrations (schémas et photos), mais aussi les recommandations des utilisateurs (professionnels hospitaliers, associations). La DEFIP et plus particulièrement le département de la maîtrise d'ouvrage et des politiques techniques s'engage avec et auprès des groupes hospitaliers et autres établissements de l'AP-HP à faire intégrer ce guide au quotidien, et à en partager les valeurs de manière à renforcer son application dans le respect des textes réglementaires et des recommandations en la matière. L'intérêt pour nos patients, les usagers et pour nous tous, est de retrouver ce guide traduit en mesures concrètes, intégrées à toutes nos actions de construction, de réhabilitation et de réaménagement des structures hospitalières.

Enfin, ces fiches comportent également quelques recommandations pour favoriser une « accessibilité relationnelle » avec les patients, conseils qui vous aideront, nous l'espérons, à « Mieux communiquer pour Mieux soigner ».



Pour tous renseignements
mission.handicap@aphp.fr
01 40 27 31 88

L'accessibilité et la conception universelle à l'hôpital

Soraya Kompany
Architecte urbaniste
Conseillère au ministère des Affaires sociales et de la santé

Le terme accessibilité est perçu de prime abord comme une réponse adaptée destinée à faciliter l'accès des personnes handicapées physiques aux bâtiments et aux moyens de transport. Depuis la loi du 11 février 2005, l'accessibilité a pris une autre dimension, pour devenir un véritable outil de l'inclusion. Elle est le moyen qui permet aux personnes en situation de handicap permanente ou temporaire, d'accéder librement et en sécurité au cadre de vie et à tous les lieux, services, produits et activités de la société. Cette définition fait *in fine* de l'accessibilité le dispositif universel de l'amélioration de la qualité d'usage pour tous.

C'est dans cet esprit que la loi du 11 février 2005 a exigé le respect des règles d'accessibilité dans tous les établissements recevant du public. Applicables immédiatement aux constructions nouvelles, elles doivent également être respectées, sous certaines conditions, par les bâtiments existants. Ce dispositif a été complété plus récemment, par le principe de la conception universelle institué à travers la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et transposé en droit français, dès 2010. Cela signifie que désormais les produits, les équipements, les programmes et les services doivent être conçus de telle sorte qu'ils puissent être utilisés par tous, dans toute la mesure du possible, sans nécessiter ni adaptation, ni conception spéciale. L'objectif visé est l'accès à tout, pour tous. Ce nouveau concept, qui s'inscrit dans la démarche du développement durable, a pour but d'apporter plus de facilité et de confort d'usage à tous.

Les hôpitaux ne font pas exception à cette règle. Bien au contraire, ils sont tout particulièrement concernés par la démarche de l'accessibilité et de la conception universelle, notamment en raison du principe de non-discrimination et de l'obligation de l'accès au soin pour tous. Plus encore, les hôpitaux sont les cibles privilégiées de l'accessibilité, d'une part, parce que les personnes handicapées fréquentent plus que les personnes valides les centres hospitaliers et, d'autre part, parce que la plupart des personnes qui fréquentent les hôpitaux se trouvent, en raison de leur état de santé, en situation de handicap. C'est pourquoi, la question de l'accessibilité et du confort d'usage prend une signification très importante dans le secteur hospitalier, notamment au regard de l'évolution démographique et de l'avancée en âge de la population.

L'organisation hospitalière n'a cessé de se développer au fil du temps pour mieux tenir compte du progrès de la médecine, de l'évolution de la société et des

« Applicable immédiatement aux constructions nouvelles, les règles d'accessibilité doivent également être respectées, sous certaines conditions, par les bâtiments existants. »

« L'objectif est simple : améliorer les conditions de travail du personnel, sécuriser et optimiser le fonctionnement des services et apporter de la qualité à la prise en charge des patients. »

attentes des usagers. De même, l'architecture hospitalière a également évolué, pour s'adapter aux exigences et aux contraintes liées aux questions sanitaires, à l'hygiène, à la sécurité et plus récemment, au développement durable et à l'économie de l'énergie. Elle a su s'intégrer dans l'environnement urbain et tenir compte des modes de transports. Elle s'est aussi mobilisée pour l'usage des technologies modernes et la création des bâtiments intelligents. Désormais, les hôpitaux doivent également intégrer la question de l'accessibilité des lieux et des prestations. Il s'agit de tenir compte des exigences liées à la fonctionnalité et à la qualité de service dans le parcours des usagers.

Une telle démarche peut contribuer, dans l'organisation de l'hôpital, à éliminer les obstacles à un usage facilité. L'objectif est simple : améliorer les conditions de travail du personnel, sécuriser et optimiser le fonctionnement des services et apporter de la qualité à la prise en charge des patients qui, pour beaucoup d'entre eux, peuvent se trouver en situation de handicap, sans être une personne handicapée. C'est la méthode préconisée par le principe de la conception universelle.

En effet, la conception universelle est d'abord une stratégie et une méthode d'approche qui vise tous les composants et équipements d'une structure. Avec cette méthode, il devient plus aisé d'assurer à tous, sur un pied d'égalité, les mêmes droits d'accès aux différentes activités et services, sans distinction de déficiences ou de capacités, y compris pour les personnes âgées. Pour y parvenir, il faut prévoir, dès la phase de la conception, des solutions adaptables et compatibles qui conviennent à autant de personnes que possible. Toutefois, en secteur hospitalier, cette approche n'est pas exclusive des dispositifs spécifiques destinés à certains patients qui requièrent des prises en charge adaptées et des moyens particuliers.

Enfin, l'enjeu économique de cette approche est aussi de se projeter dans l'avenir étant donné l'allongement de la durée de vie et la nécessité, pour l'organisation hospitalière, de faire face comme il convient aux besoins de chacun. Les usagers de l'hôpital sont multiples, avec des attentes et des besoins différents. Ils sont des patients, des visiteurs, des travailleurs, des équipes médicales ou administratives, des équipes techniques, etc. Leurs parcours sont multiples. La conception universelle est le moyen pour faciliter leur usage. C'est pourquoi, il est important que les architectes, les maîtres d'ouvrage, les ingénieurs, les entreprises se mobilisent tous ensemble, pour faire de l'hôpital un lieu de vie accessible à tous.

Ce guide initié par les services de l'AP-HP est consacré aux principes que les hôpitaux doivent respecter, pour devenir ce lieu d'accueil par excellence. Ces principes constituent la condition *sine qua non* pour que toute personne, sans discrimination, puisse accéder au système de santé, y compris les personnes en situation de handicap. Aucune société ne pourrait évoluer dignement, tant qu'une partie de sa population, en raison de ses déficiences et par défaut d'accessibilité, doit se résigner à se faire soigner et court le risque d'être exclue du système de santé.

Présentation de l'AP-HP DOMU et DEFIP

El Hadi Benmansour
Chef du Département de la maîtrise
d'ouvrage et des politiques techniques DEFIP

Nadège Renaux
Mission Handicap
Direction de l'organisation médicale
et des relations avec les universités

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

L'AP-HP est un centre hospitalier universitaire à dimension européenne mondialement reconnu. Ses 38 hôpitaux accueillent chaque année 7 millions de personnes malades : en consultation, en urgence, lors d'hospitalisations programmées ou en hospitalisation à domicile. Elle assure un service public de santé pour tous, 24h/24, et c'est pour elle à la fois un devoir et une fierté. L'AP-HP est le premier employeur d'Île-de-France : 95 000 personnes – médecins, chercheurs, paramédicaux, personnels administratifs et ouvriers – y travaillent.

La Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités

L'AP-HP a un long passé de qualité de prise en charge du handicap, à tous ses stades. Au-delà des services et des sites franciliens et hélio marins spécialisés dans le handicap et le polyhandicap, ses équipes hospitalières prennent en charge les enfants et les adultes en situation de handicap moteur, sensoriel, mental, cognitif, psychique ou de polyhandicap dans l'ensemble des disciplines.

Convaincue que la prise en charge des patients en situation de handicap doit être globale pour être plus efficace, l'AP-HP a choisi d'aborder cette problématique sous l'angle de l'échange et de la coordination entre tous les acteurs qui interviennent dans le parcours de soins (ou de santé) de la personne handicapée. Dans cet objectif, plusieurs chartes de collaboration ont été signées avec les associations ainsi que la charte Romain Jacob pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap en France, le 16 décembre 2014.

C'est sur la base d'un travail de réflexion avec l'ensemble des professionnels concernés – structures sanitaires et médico-sociales, médecins libéraux –, les associations de personnes handicapées, et les représentants des usagers que l'AP-HP détermine ses orientations.

L'AP-HP souhaite ainsi mettre toutes ses compétences médicales au service de cette prise en charge, pour répondre aux besoins spécifiques et aux attentes des personnes en situation de handicap.

« L'AP-HP a un long passé de qualité de prise en charge du handicap, à tous ses stades. »

La Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine

Au sein de l'AP-HP, c'est la Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP) en lien avec les groupes hospitaliers (GH), qui pilote toute la politique de rénovation et de réhabilitation du patrimoine hospitalier de l'institution composé de 519 établissements recevant du public et de 6 immeubles de grande hauteur. La DEFIP s'appuie sur deux de ses départements, celui de la stratégie financière et du patrimoine et celui de la maîtrise d'ouvrage et des politiques techniques pour mener à bien les programmes de reconstruction, de réhabilitation et de mise aux normes des bâtiments et des installations techniques. Les actions visant l'amélioration et la conformité aux normes d'accessibilité sont intégrées dans la Politique technique de l'institution, validée par le comité stratégique de l'AP-HP. Elles s'appliquent à l'ensemble de nos sites hospitaliers et concernent 3 700 000 m² de surfaces hors œuvre nette (SHON), avec des bâtiments dont la moyenne d'âge est de 120 ans, 1 400 appareils élévateurs, etc. De ce fait, sous l'impulsion de la DEFIP, les GH ont réalisé leur audit « Accessibilité », sérié les travaux nécessaires à une mise en conformité, chiffré les coûts des travaux et lancé pour certains d'entre eux les actions correctrices avec comme objectifs de les réaliser dans les meilleures conditions, et dans les délais impartis par la réglementation.



Présentation de l'association IHF Ingénieurs hospitaliers de France

Daniel Briand
Vice Président
Ingénieurs hospitaliers de France

Un métier

Le métier d'ingénieur requiert la double compétence : managériale et technologique.

Derrière un téléphone portable qui sonne, un paquebot qui navigue, un avion qui décolle, un bâtiment en construction ou en exploitation se trouvent des ingénieurs qui interviennent pour imaginer, pour programmer, concevoir, chercher, développer, produire, mettre en œuvre, contrôler ou évaluer ces produits, ces installations de haute technologie...

La commission des titres d'ingénieur (CTI) donne une définition du métier d'ingénieur :
« Le métier de base de l'ingénieur consiste à résoudre des problèmes de nature technologique, concrets et souvent complexes, liés à la conception, à la réalisation et à la mise en œuvre de produits, de systèmes ou de services. Cette aptitude résulte d'un ensemble de connaissances techniques de haut niveau d'une part, économiques sociales et humaines d'autre part, reposant sur une solide culture scientifique. »

L'ingénieur hospitalier : un rôle, des missions dédiées au secteur de la santé

Les établissements de santé font appel à des technologies de pointe, aussi bien pour les bâtiments et leurs auxiliaires, pour le parc biomédical, que pour les techniques destinées à la gestion des risques pour la sécurité des personnes et la sauvegarde des biens.

La mise en œuvre, l'entretien, le renouvellement de toutes ces installations de plus en plus complexes, exigent des équipes pluridisciplinaires en constante évolution. C'est à l'ingénieur hospitalier d'encadrer les équipes, et de diriger l'ensemble fonctionnel des services techniques et associés. L'ingénieur a les capacités et l'expertise nécessaires pour participer aux décisions de la stratégie et de l'investissement des établissements de soins.

« Ingénieur
hospitalier :
Un métier :
concevoir,
programmer,
construire,
équiper,
maintenir
et sécuriser
l'hôpital. »

IHF : près de 60 années de vie associative

En 1956, à l'initiative des quelques rares ingénieurs hospitaliers alors en fonction, l'association a été fondée avec pour objectifs principaux : la création d'une structure vivante de rencontre, d'animation et de mise en commun d'expériences, et la promotion de la fonction technique à l'hôpital.

Ces deux objectifs furent en partie atteints, le premier en 1966 avec les premières journées d'études nationales, le second en 1973 avec la publication au Journal officiel des premiers statuts des ingénieurs hospitaliers. Depuis sa création, l'association des ingénieurs hospitaliers a connu plusieurs appellations :

« En 1956 l'association a été fondée avec pour objectifs principaux : la création d'une structure vivante de rencontre, d'animation et de mise en commun d'expériences, et la promotion de la fonction technique à l'hôpital. »

- 1956 : ANIHEP
- 1964 : ANIHEPP
- 1991 : ANIHEB, puis en 2004, l'association a choisi le nom d'Ingénieurs hospitaliers de France (IHF) nom qui symbolise davantage à la fois les hommes, le métier et l'hôpital.

Se référant sans cesse à ses objectifs principaux, fixés par ses fondateurs, l'association se veut être à la fois un lieu de rencontre privilégié et un outil efficace dans la promotion de la fonction technique hospitalière, à travers les hommes qui la constituent, en participant ainsi à l'évolution de notre système de santé, pour le plus grand bénéfice du malade et de tous ceux qui le servent.

Ainsi, ses activités se multiplient avec des événements comme : les journées nationales de formation de l'ingénierie hospitalière, les journées de la Fédération internationale de l'ingénierie hospitalière et les journées Europe (IFHE Europe), les journées de formations thématiques, les réunions en région, la participation à des groupes de travail avec les ministères, les fédérations, les syndicats et les instances de l'ingénierie hospitalière.

En 2005, l'IFHE Europe a été créé à Strasbourg par onze associations de pays européens dont l'IHF qui participe activement aux travaux intercommunautaires mettant en synergie le partage des expériences des divers pays européens.

En 2005, l'IHF a été l'initiateur de la « Charte d'engagement pour un hôpital accessible à tous ». En complément de la charte d'engagement pour un hôpital accessible à tous, les Ingénieurs hospitaliers de France ont proposé un mode d'emploi pour établir le diagnostic de l'accessibilité au cadre bâti des sites hospitaliers.

Pour tout renseignement

www.ihf.fr



CHARTRE D'ENGAGEMENT POUR UN HOPITAL ACCESSIBLE A TOUS

L'Hôpital se veut être un lieu offrant un cadre de vie accueillant et sécurisé, où tout citoyen doit pouvoir disposer d'une chaîne de déplacement ininterrompue. Pour cela, tous les patients, visiteurs et employés doivent pouvoir se repérer et accéder sans aucune difficulté à tous les locaux et les équipements de l'hôpital qui leur sont destinés.

C'est pourquoi le centre hospitalier deson Directeur et son service technique immobilier s'engagent à :

1

Respecter et faire respecter la loi sur les principes d'accessibilité.

2

Désigner dans l'équipe technique un référent, véritable spécialiste des normes techniques d'accessibilité, chargé des dossiers, travaillant en collaboration avec les institutions compétentes. Il sera l'interlocuteur privilégié des associations, et du C.H.S.C.T de l'établissement.

3

Organiser une formation continue sur la réglementation relative à l'accessibilité, pour les personnels techniques intervenant sur les opérations de travaux neufs ou de rénovation.

4

Consulter pour chaque projet de travaux neufs ou de grande restructuration, de la conception à la réception, les associations d'aide aux Personnes Handicapées.

5

Ouvrir à l'accueil de l'hôpital un registre de doléances « accessibilité » à disposition de Tous pour informer la Direction Technique Immobilière et le Chef d'établissement de tout problème d'accessibilité.

6

Elaborer un programme annuel de travaux pour améliorer l'accessibilité à l'Hôpital.

7

Pour marquer la volonté d'améliorer l'accessibilité à l'Hôpital, cette charte sera affichée à la vue du Public dans le hall de réception.

Cet engagement civique est une démarche volontaire destinée à mieux accueillir à l'hôpital l'ensemble de la Population, dans un souci permanent de sécurité et de confort.

Date :

L'ingénieur responsable du service technique immobilier

Le Directeur

Il n'existe pas de Liberté sans Accessibilité



Cette charte est de l'initiative de l'association Ingénieurs Hospitaliers de France - www.ihf.fr



INGÉNIEURS
HOSPITALIERS
DE FRANCE

Ingénieurs Hospitaliers de France : 1 rue Cabanis Hôpital Ste ANNE 75674 PARIS cedex 14
Contact phone : 01 45 81 09 80 www.ihf.fr secretariat@ihf.fr

La loi pour l'égalité des droits et des chances du 11 février 2005 a pour objectif de rendre accessible aux personnes handicapées les espaces publics et, à l'horizon 2015, l'ensemble des établissements recevant du public (écoles, hôpitaux, bibliothèques etc.).

Étendue aux handicaps sensoriels et intellectuels, elle impose de prendre des mesures afin que chacun puisse y circuler et recevoir les mêmes informations. La loi impose également d'assurer la continuité de la chaîne du déplacement comprenant les bâtiments, les espaces publics, les systèmes de transport et leur intermodalité.

Diagnostic Accessibilité cadre bâti : Mode d'emploi selon IHF

En 2011, l'ensemble des établissements recevant du Public devra avoir établi le diagnostic accessibilité au cadre bâti, en vue de réceptionner pour le 1^{er} janvier 2015 au plus tard, l'ensemble des travaux rendant accessibles tous les espaces publics. L'association des Ingénieurs Hospitaliers de France, rédacteur de la « charte d'engagement pour un hôpital accessible à Tous », propose un mode d'emploi pour aider les établissements dans la réflexion de l'étude du diagnostic qui de par la loi devient obligatoire pour le 1^{er} janvier 2011.

Ce mode d'emploi se décline en 10 points conseils chronologiques :

1. Recenser l'ensemble des textes relatif à « **Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** » (Téléchargeables www.handicap.gouv.fr ou www.legifrance.gouv.fr)
2. Nommer dans l'équipe technique un référent accessibilité cadre bâti, lui faire suivre une formation adaptée.
3. Créer un groupe « conduite de projet accessibilité cadre bâti », en nommant un pilote et un comité de pilotage pluriel avec son chef de projet.
4. Rédiger un répertoire de contacts utiles pour le projet : associations, institutions, organismes, sites Internet, ressources internes ...
5. Collecter l'ensemble des plans architecturaux du site hospitalier : extérieur et intérieur.
6. Organiser une visite globale du site en situation fauteuil roulant, avec des représentants d'associations référents des divers handicaps (moteur, vue, auditive, cognitive...) mais aussi un représentant du CHSCT d'établissement: relever toutes les observations émises lors de la visite.
7. Rédiger un cahier des charges de consultation en vue du choix du bureau d'études référencé.
8. Nommer le bureau d'études diagnostic accessibilité en association avec un économiste bâtiment.
9. Etablir un planning d'ordonnancement de travaux, à suivre avec les budgets prévisionnels.
10. Faire signer au Directeur la Charte IHF d'engagement pour un hôpital accessible à tous.

[Ce Chantier ne doit pas être perçu comme une exigence de loi mais comme un devoir citoyen]

« Il n'existe pas de Liberté sans Accessibilité »



Présentation de l'Apact : Association pour la Promotion de l'accessibilité et de la conception pour tous

Soraya Kompany
Architecte urbaniste
Présidente de l'Apact

« La personne
handicapée
ou en situation
de handicap
est un citoyen
à part entière... »

En adoptant la loi du 11 février 2005, la France a franchi un pas considérable en matière de politique du handicap. Son titre, « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » exprime de manière aussi explicite qu'éclatante le changement d'approche de la question du handicap opéré par la société française : la personne handicapée ou en situation de handicap est un citoyen à part entière et, à ce titre, doit disposer du moyen de participer aux décisions qui la concernent, tant sur les plans individuels que collectif.

Globalement et en dépit des progrès de ces dernières années, le handicap continue, malgré les efforts de tous, notamment des associations de personnes handicapées, d'être avant tout considéré comme une réalité à part qui concerne une population particulière pour laquelle des mesures spécifiques sont prises. C'est dans ce domaine que notre société marque le pas et qu'elle doit poursuivre le changement. Évidemment, le handicap appelle des réponses personnalisées qui permettent de compenser les déficiences. Mais, pour l'Association pour la Promotion de l'accessibilité et de la conception pour tous (Apact), cela ne suffit pas !

En effet, si son environnement ne lui est pas adapté, la personne handicapée ou en situation de handicap ne pourra pas vivre véritablement insérée dans la société et accéder à ses services. Pour y parvenir, il faut intégrer le principe de l'accessibilité dans tous les projets, quel que soit leur domaine. Nous en sommes loin !

Apact se mobilise pour l'accessibilité et la conception pour tous

Pour l'Apact, il ne s'agit plus de se poser la question de l'accessibilité en fin de parcours, seulement par esprit de solidarité et parce que la loi institue des obligations assorties de sanctions en cas de non-respect. Il est désormais indispensable de la traiter en amont, comme c'est le cas pour le développement durable, l'économie d'énergie, la sécurité, etc., il faut, dans toute conception, architecturale, éducative, professionnelle..., inclure l'accessibilité comme un élément utile à tous et améliorant la vie de chacun, handicapé ou pas.

C'est dans cet esprit et pour contribuer à ce débat que l'Association pour la Promotion de l'accessibilité et de la conception pour tous (Apact) se mobilise.

Les actions de l'Apact visent d'abord à œuvrer pour le renforcement des liens entre les acteurs intervenant depuis la conception jusqu'à la réalisation, pour que les produits et les services soient accessibles à tous et à l'usage de tous. Cette démarche est engagée par l'élaboration, l'organisation et la diffusion de manifestation, de communication et d'initiative qui ont pour objectif de contribuer à la promotion de l'accessibilité et de la conception pour tous.

À travers sa démarche, l'Apact cherche à faciliter le partage, la valorisation et le développement de la connaissance dans le domaine de l'accessibilité et de la conception pour permettre de mieux prendre en compte l'inclusion des personnes handicapées et la qualité d'usage pour tous. Elle vise à sensibiliser le plus grand nombre au principe de l'accessibilité et à son fondement qui est celui de l'accès de tous à tout.

L'accessibilité : plus qu'une disposition technique, un enjeu de société

Christine Bon
Sociologue Conseil en Santé publique

« Un hôpital accessible à tous, c'est un hôpital où chaque personne qui y entre pour y être soignée est considérée avant tout comme un être humain à part entière et non plus seulement comme un-e patient-e. »

Parler d'accessibilité à l'hôpital, dans nos esprits lieu d'hospitalité par excellence, résonne comme un pléonasme. Car l'hôpital est a priori le lieu où tout un chacun-e peut être admis, quelle que soit sa condition : physique, psychique, mentale ou sociale.

Espace de soins et de remise en santé, l'hôpital est aussi un intervalle dans la vie de chacun-e où il nous est donné de faire société, souvent dans une situation de fragilité extrême face à la maladie, confrontés à la douleur, exposés à la dépendance à autrui, au pire menacés du risque létal... Mais, au-delà de la souffrance, l'hôpital est aussi lieu d'espérance, de retour au mieux-être, de délivrance, de vie. C'est un lieu de socialisation absolue, ultime. Dans une société inclusive – pour tous et pour chacun-e – fatalement et heureusement l'hôpital est traversé par l'enjeu de l'accessibilité pleine et entière des personnes en situation de handicap, ailleurs exposées aux restrictions de participation à la vie en société.

Pour parvenir à réaliser cet objectif de réconciliation avec la vie de la cité, l'hôpital applique enfin les principes internationaux de l'accessibilité concrète et psychosociale : la levée des barrières architectoniques et attitudinales. En s'ouvrant à chacun-e tel-elle qu'il-elle est, l'hôpital gagne en dignité, en humanité et devient l'« en-droit » d'accueil inconditionnel de tous, sans discrimination ni rejet : lieu d'excellence de service public, d'intérêt général, de bien commun. En adoptant une politique de conception et d'accessibilité universelle, l'hôpital s'humanise en s'ouvrant aux êtres humains tels qu'ils sont et ne cesseront jamais d'être : faillibles et imparfaits mais aussi riches de formidables potentialités de vie sous toutes ses formes.

L'effort d'accessibilisation de l'hôpital correspond donc à l'adaptation de l'institution à la réalité de la personne et rompt avec la tradition de l'exigence de soumission des individus à un ordre établi. En se rendant accessible à tous, l'hôpital cesse d'être uniquement un lieu de normalisation et de réparation en donnant à chacun-e sa place et son droit à y être soigné dans le respect de son humaine dignité.

Un hôpital accessible à tous, c'est un hôpital où chaque personne qui y entre pour y être soignée est considérée avant tout comme un être humain à part entière et



« L'accessibilité abolit les distances entre les êtres : ce que nous croyons faire pour « eux » aujourd'hui, c'est pour nous demain que nous le construisons, avec éthique et empathie. »

non plus seulement comme un-e patient-e. Taille intelligible des services, échelle humaine des équipements, l'hôpital accessible du XXI^e siècle s'ancre dans un monde à visage humain où les distances entre soignés et soignants s'abolissent au bénéfice d'une association de moyens et d'intentions qui concourt au bien être de tous : ceux qui se soignent et ceux qui travaillent à soigner les autres en attendant d'être, forcément un jour, soignés à leur tour...

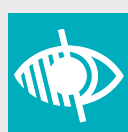
Les différentes situations de handicap

L'article 2 de la loi 2005-102 du 11 février 2005 redéfinit la notion de handicap afin de l'étendre à tous les types de handicaps et non plus au seul handicap moteur (loi d'orientation du 30 juin 1975), et que le handicap soit provisoire ou définitif.

L'utilisation des pictogrammes suivants est recommandée :



Handicap sensoriel auditif



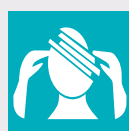
Handicap sensoriel visuel



Handicap physique



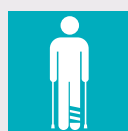
Handicap mental



Handicap psychique



Personnes à motricité réduite



Personnes à motricité temporaire



Personnes accompagnées d'enfants



Handicap sensoriel auditif

La surdité et la malentendance sont des handicaps invisibles. Seules 3 % des personnes sourdes utilisent la langue des signes, les autres s'expriment oralement.

Différents degrés de surdité :

Pour se repérer, on retiendra que la voix chuchotée correspond à une intensité de 30 à 35 décibels (dB), la voix normale à 60 dB, la voix très forte crée à 90-95 dB ; l'audition est dite normale quand la perte est inférieure à 20 dB.

- Déficience auditive légère (perte auditive moyenne comprise entre 20 et 40 dB). Certains mots sont mal perçus et les nuances de la pensée exprimées par l'intonation mal appréhendées.
- Déficience auditive moyenne (perte auditive moyenne comprise entre 40 et 70 dB). Seule la voix forte et articulée est comprise. Une prothèse auditive permet généralement de restituer la quasi-totalité du message sonore en atmosphère non bruyante.
- Déficience auditive sévère (perte auditive moyenne comprise entre 70 et 90 dB). La personne entend des sons et des bruits mais « ne peut pas toujours faire le tri ». Dans ce cas, la prothèse auditive améliore la distinction du message sonore, mais n'est pas suffisante pour en restituer l'intégralité, et la personne devra compenser en utilisant la lecture labiale.
Si ce handicap n'a pas été dépisté chez un enfant ce dernier risque un retard sur le développement du langage.
- Surdité profonde (perte supérieure à 90 dB).
Les enfants nés avec une surdité profonde peuvent bénéficier d'aides auditives (appareil ou implant cochléaire) et/ou apprendre la langue des signes française (LSF). Leur   ducation peut également se faire oralement à l'aide du langage parlé complété (LPC). Les adultes qui deviennent sourds peuvent aussi s'appareiller et apprendre à lire sur les lèvres.

Le handicap auditif est un handicap pour la communication et l'accès de l'information. Les personnes sourdes ou malentendantes vivent dans une société qui leur est de plus en plus accessible avec des aides techniques (boucles magnétiques, centre relais téléphonique, sous-titrage) et des professionnels de la communication (interprètes LSF, codeurs LPC ou techniciens de l'écrit).



Handicap sensoriel visuel

Seulement 10 % des personnes déficientes visuelles sont aveugles, les autres sont malvoyantes. Une définition complexe.

La déficience visuelle est définie par deux critères (toujours évalués à partir du meilleur œil après correction) : la mesure de l'acuité visuelle (aptitude que possède un œil pour apprécier les détails) et l'état du champ visuel (espace qu'un œil immobile peut saisir).

On distingue les personnes :

- aveugles (atteintes de cécité), qui possèdent une vision binoculaire corrigée inférieure ou égale à 1/20 ;
- malvoyantes (atteintes d'amblyopie), dont l'acuité visuelle du meilleur œil après correction est comprise entre 4/10 et 1/10.

Mais ces normes ne suffisent pas à apprécier finement une déficience visuelle, il faut aussi quantifier la vision de près, connaître la qualité de la vision des couleurs ou de la vision nocturne. Une même déficience visuelle peut aussi avoir des retentissements différents selon qu'elle est congénitale ou acquise, précoce ou plus tardive, isolée ou associée à d'autres pathologies. La personne aveugle appréhende le monde principalement par ses autres sens (toucher, ouïe, odorat), même si elle ne vous voit pas, elle vous entend et sent votre présence. La personne malvoyante voit mal, mais est une personne voyante. Elle peut distinguer les choses qui l'entourent, mais a besoin de se rapprocher des personnes et des objets pour les reconnaître.

Un malvoyant possède toujours des capacités visuelles qui lui permettent d'effectuer un certain nombre de tâches avec la vision « restante ». Mais ces capacités peuvent être fluctuantes.

L'atteinte du champ visuel peut avoir pour conséquence une restriction plus ou moins importante de la vision centrale ou périphérique.



Handicap moteur

Le handicap moteur recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs.

Les troubles de la motricité peuvent entraîner une perte totale ou partielle de la mobilité, de la préhension et parfois des troubles associés tels que des troubles de la communication.

Si certaines déficiences peuvent provoquer des difficultés à contrôler ses gestes et à s'exprimer, elles n'altèrent pas pour autant les capacités intellectuelles.

La personne peut être en fauteuil roulant, se déplacer avec une canne ou des béquilles, ou ne disposer que d'une autonomie de marche limitée car la station debout lui est pénible.



Handicap mental

L'expression « handicap mental » qualifie à la fois une déficience intellectuelle (approche scientifique) et les conséquences qu'elle entraîne au quotidien (approche sociale et sociétale).

Le handicap mental se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision, etc. Ces difficultés doivent être compensées par un accompagnement humain, permanent et évolutif, adapté à l'état et à la situation de la personne. C'est à la solidarité collective qu'il appartient de reconnaître et de garantir cette compensation.



Handicap psychique

Le handicap psychique se définit par une atteinte d'une pathologie mentale avérée, c'est-à-dire diagnostiquée et confirmée. Ces pathologies chroniques, même lorsqu'elles sont stabilisées, génèrent des conséquences de l'ordre de l'incapacité et du désavantage que l'on peut définir comme handicap psychique. Ce handicap n'est pas la conséquence d'une déficience innée, ce qui correspondrait à un autre type de handicap, très différent : le handicap intellectuel.

Ces deux catégories ont longtemps été confondues sous le terme de handicap mental. Le handicap psychique est la conséquence de maladies chroniques de type psychose schizophrénique ou maniacodépressive, survenues au cours de l'existence, souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La majorité des personnes qui sont atteintes par ce type de troubles, peuvent être « stabilisées » sur le plan médical, mais gardent des séquelles profondes. **Il n'y a pas de déficience intellectuelle permanente, mais un handicap comportemental et affectif**, se traduisant par des difficultés à acquérir ou exprimer des habiletés psychosociales. S'ensuivent des déficits d'attention et des difficultés à élaborer et suivre un plan d'action et une alternance d'états calmes et tendus.

Le handicap psychique est la reconnaissance d'une limitation de la participation d'une personne à la vie sociale du fait de troubles psychiques graves, qui perdurent et entraînent une gêne dans son quotidien.

La déficience psychique est générée par des troubles psychiques, elle est caractérisée par une altération de la pensée, de l'humeur et des troubles du comportement.

Une personne handicapée psychique peut souffrir d'une incapacité ou avoir des capacités réduites à : communiquer, maintenir en continu une stabilité de la pensée, de la perception, du comportement, de l'humeur, des émotions, de la conscience, de la vigilance.

Autisme

L'autisme et les troubles envahissants du développement :

« L'autisme est un trouble touchant l'ensemble du développement d'une personne, tout au long de sa vie.

Il y a plusieurs formes d'autismes, se manifestant de façon différente d'une personne à une autre. Pour nommer l'ensemble des formes possibles de l'autisme, on parle actuellement de troubles envahissants du développement (TED) ou de troubles du spectre autistique (TSA).

Dans tous les cas, l'autisme entraîne une difficulté :

- des interactions sociales, avec souvent une tendance au repli ;
- de la communication, y compris le langage ;
- du comportement : intérêts restreints, mouvements répétitifs (stéréotypés).

Le plus souvent il existe des troubles sensoriels (insensibilité / hypo ou hypersensibilité à certains sons, couleurs ou intensités lumineuses, au contact de certaines matières, etc.).

Généralement, l'autisme se révèle au cours des trois premières années de la vie. Ce trouble peut entraver les apprentissages de tous ordres. Il évolue tout au long de la vie. Des acquisitions sont possibles au prix d'un soutien approprié et continu.

L'autisme s'accompagne fréquemment d'un retard mental plus ou moins sévère. Lorsqu'il n'y a pas de retard mental, on parle d'« autisme de haut niveau ». Le syndrome d'Asperger est une forme d'autisme de haut niveau.

L'autisme peut être isolé ou associé à d'autres troubles ou maladies : troubles du sommeil, troubles anxieux ou dépressifs, hyperactivité, épilepsie... »

*Aller où l'on doit aller,
en parfaite autonomie,
en toute sécurité,
c'est cela l'accessibilité.*

Les besoins spécifiques

Le traitement de l'information



Lorsque des informations permanentes sont fournies aux visiteurs par le moyen d'une signalisation visuelle ou sonore, celles-ci doivent pouvoir être reçues et interprétées par une personne handicapée. Les éléments d'information et de signalisation doivent être visibles, lisibles et compréhensibles par tous.

Arrêté du 1^{er} août 2006 modifié par l'arrêté du 30 novembre 2007

La visibilité de l'information

Les informations doivent être regroupées. Les supports d'information doivent répondre aux exigences suivantes :

- être contrastés par rapport à leur environnement immédiat ;
- permettre une vision et une lecture en position « debout » comme en position « assis » ;
- être choisis, positionnés et orientés de façon à éviter tout effet d'éblouissement, de reflet ou de contre-jour dû à l'éclairage naturel ou artificiel ;
- s'ils sont situés à une hauteur inférieure à 2,20 mètres, permettre à une personne malvoyante de s'approcher à moins d'un mètre.

Arrêté du 1^{er} août 2006 modifié par l'arrêté du 30 novembre 2007

La lisibilité de l'information

Les informations données sur ces supports doivent répondre aux exigences suivantes :

- être fortement contrastées par rapport au fond du support ;
- la hauteur des caractères d'écriture doit être proportionnée aux circonstances (elle dépend notamment de l'importance de l'information délivrée, des dimensions du local et de la distance de lecture de référence fixée par le maître d'ouvrage en fonction de ces éléments).

Lorsque les informations ne peuvent être fournies aux patients sur un autre support, la hauteur des caractères d'écriture ne peut en aucun cas être inférieure à 15 millimètres pour les éléments de signalisation et d'information relatifs à l'orientation, 4,5 millimètres.

Près de 10 % des personnes déficientes visuelles sont aveugles, les autres sont malvoyantes.

Pour tout document, il est souhaitable d'utiliser une police aux caractères « bâton » (Arial, Verdana, Calibri, Frutiger) corps 18, interligne 1,5. Ajouter de l'interlettrage si la police retenue est serrée, à l'instar de la police Arial. Éviter les typographies « avec Serif ».

➤ Information et signalisation

Lorsque des informations permanentes sont fournies aux visiteurs par le moyen d'une signalisation visuelle ou sonore, celles-ci doivent pouvoir être reçues et interprétées par tout visiteur handicapé.

Les éléments d'information et de signalisation sont visibles et lisibles par tous les usagers et constituent une chaîne continue d'information tout le long du cheminement. En outre, les éléments de signalisation sont compréhensibles notamment par les personnes atteintes de déficience mentale. Seules les informations fournies de façon permanente aux usagers sont concernées par ces dispositifs. (Arrêté du 8 décembre 2014)

➤ La continuité de l'information

- Éviter la rupture par le manque d'indication
- Veiller au renforcement de la signalétique aux points de décision complexes
- Veiller à ne pas trop espacer les panneaux
- Veiller au positionnement et à l'implantation des flèches
- Veiller à l'orientation et au sens des flèches
- Privilégier une signalétique homogène sur un même site

➤ La signalétique et les pictogrammes

Pour être comprise par le plus grand nombre de personnes, qu'elles soient en situation de déficience cognitive, de grand âge, d'illettrisme ou de non-connaissance de la langue française, il est fortement souhaitable de doubler toute information écrite par des pictogrammes (et inversement), en ayant recours de préférence, aux pictogrammes normés lorsqu'ils existent. Le pictogramme doit susciter peu d'effort pour le comprendre avec un accès immédiat au sens.

Éviter l'utilisation de pictogrammes stylisés qui, pour nombre de personnes, dégradent l'information.

Lorsque l'information est écrite, privilégier l'emploi de mots-clés et de phrases courtes : « facile à lire, facile à comprendre ».

➤ Contrastes

Beaucoup de personnes malvoyantes identifient mal ou pas du tout les couleurs mais sont sensibles aux contrastes. Ce contraste est d'autant plus important que vous juxtaposez des teintes pastel ou claires à des teintes foncées.

Exemples : blanc cassé/chocolat ou jaune paille/bleu marine, violet/parme (nuancier Argos-FAF-IDV).

Pour en savoir plus : <http://www.cfpsaa.fr>

Le contraste est le rapport entre les indices de réflexion de deux couleurs. Celui-ci est le plus élevé entre le blanc (IR environ 85 %) et le noir (IR environ 8 %) soit un contraste de 91 %.

En choisissant des teintes contrastées entre l'élément à repérer et son environnement, vous aiderez à trouver plus facilement une poignée de porte, un interrupteur, une patère, un numéro de chambre et tout élément de signalétique.

➤ Relief

Un chiffre ou une lettre se perçoit mieux en relief qu'en creux mais pour l'identifier au toucher elle doit avoir :

- une épaisseur de relief de 1 mm à 1,5 mm ;
- une hauteur entre 15 mm et 50 mm ;
- une épaisseur de trait entre 10 % et 15 % de la hauteur ;
- des contours légèrement arrondis.

➤ Polices de caractères

En écrivant en minuscule, vous conservez les jambages des lettres qui permettent de déduire un mot grâce à sa silhouette.

➤ Parois vitrées

Les parois vitrées situées sur les cheminements ou en bordure immédiate de ceux-ci doivent être repérables par des personnes de toutes tailles à l'aide d'éléments visuels contrastés des deux côtés de la porte par rapport à l'environnement immédiat.

(...)

Les portes comportant une partie vitrée importante doivent pouvoir être repérées par les personnes malvoyantes de toutes tailles et ne pas créer de gêne visuelle.

Arrêté du 1^{er} août 2006 modifié par l'arrêté du 30 novembre 2007

Pour les portes vitrées, il est important de bien repérer ces éléments par une signalétique adaptée sur les vitres elles-mêmes, pour éviter tout choc de la part d'une personne malvoyante, d'une personne distraite, d'une personne déficiente intellectuelle ou handicapée mentale. Il est recommandé que les éléments de repérage soient situés entre 110 cm et 160 cm du sol. De plus, pour la sécurité des enfants, un repérage peut être positionné à 80 cm du sol.

Bandes de guidage tactile au sol

Une bande de guidage tactile au sol est un repère visuel et tactile continu. Elle a pour objectif de permettre à une personne présentant une déficience visuelle de se déplacer sur un cheminement accessible. Elle peut également être une aide pour les personnes ayant des difficultés de repérage dans l'espace et pour les personnes présentant une déficience mentale ou cognitive. Elles peuvent être installées aux abords et dans l'établissement. Une bande de guidage tactile au sol doit être conforme à la norme NF P 98-352:2014 avec les caractéristiques suivantes :

- elle est constituée de nervures en relief positif détectables à la canne et permettant le guidage ;
- elle présente une largeur permettant sa détectabilité et son repérage ;
- elle est visuellement contrastée par rapport à son environnement immédiat ;
- elle est non glissante ;
- elle est non déformable ;
- elle ne présente pas de gêne pour les personnes à mobilité réduite.

(Arrêté du 8 décembre 2014)

Quelques éléments de réponse pour une accessibilité relationnelle

Recommandations pour une personne malentendante, sourde

La surdité et la malentendance sont des handicaps invisibles. 3 % des personnes sourdes utilisent la langue des signes, les autres s'expriment oralement. Les personnes déficientes auditives doivent voir votre visage pour vous comprendre.

➤ En consultation

- Allez chercher le patient qui n'entendra pas à l'appel de son nom.
- La personne doit voir votre visage, aussi, évitez d'être à contre-jour ou alors allumez la lumière. Elle s'aide du mouvement de vos lèvres pour vous comprendre, regardez-la pendant vos échanges.
- Parlez fort et lentement mais sans crier.
- Lors de soins, si le port du masque est impératif, communiquez par écrit.
- Évitez les bruits de fond, de papier, de conversation parallèle.
- Transmettez au personnel ses besoins spécifiques pour la suite des soins.

➤ En hospitalisation

- Avant d'entrer dans la chambre du patient, signalez votre présence en allumant en plus de toquer à la porte.
- Expliquez au patient en le regardant en face ce que vous allez faire avant de commencer.
- Pour une personne sourde appareillée, si dans certaines circonstances elle doit se séparer de ses appareils (bloc opératoire...), donnez-lui toutes les consignes au préalable. Dépourvue de ses appareils de correction auditive, elle ne dispose que de la lecture labiale pour comprendre les propos du personnel.

Recommandations pour une personne malvoyante, aveugle

La parole est le principal outil de communication. Le patient malvoyant a besoin de repères tactiles pour s'orienter. S'il est accompagné de son chien-guide, évitez de vous adresser à lui, de le caresser pour ne pas le distraire de sa tâche.

➤ En consultation

- Adressez-vous à la personne déficiente visuelle par un « Bonjour M..., je suis (votre nom, votre fonction), je vais maintenant m'occuper de vous », le son de votre voix lui permettra de se diriger vers vous.
- Si vous dirigez la personne vers un autre service, assurez-vous qu'elle peut utiliser la signalétique mise en place.
- Si vous devez lui indiquer le chemin, expliquez-lui lentement, clairement et de façon précise « par l'ascenseur au deuxième étage et en sortant sur votre gauche » et non « là-bas, ici... ».
- Si vous l'accompagnez, vous pouvez lui proposer votre bras ou marcher devant elle en lui indiquant les obstacles éventuels (marches montantes, descendantes, etc.).

➤ En hospitalisation

- Décrivez les lieux (chambre, service, etc.), signalez-lui des repères qui peuvent lui servir pour se déplacer.
- Vérifiez la bonne accessibilité des objets.
- Présentez au patient la disposition des éléments du plateau-repas en utilisant les repères spatiaux selon le cadran d'une horloge.

Pour en savoir plus :

Accueillir une personne déficiente visuelle dans un lieu recevant du public :

http://www.faf.asso.fr/sites/default/files/article/fichiers/guide_accueil_en_erp.pdf

Travailler ensemble ! Guide du savoir-être avec un collègue déficient visuel :

http://www.faf.asso.fr/sites/default/files/article/fichiers/guide_emploi.pdf

Accueillir une personne déficiente visuelle :

http://www.faf.asso.fr/sites/default/files/article/fichiers/guide_patient_deficient_visuel.pdf

Handicap visuel ou auditif :

publication de deux guides pratiques pour une égalité d'accès à l'information

Recommandations pour une personne atteinte d'un handicap mental

L'attente peut être source de stress, veillez à réduire l'attente surtout aux urgences et proposez un espace d'attente calme et si possible éloigné du flux. Pour les personnes qui ne la supportent pas, l'attente peut entraîner des crises, un état anxieux.

- Adressez-vous à elle avec des mots simples, sur un ton rassurant et à basse sonorité. Évitez les expressions idiomatiques à double sens comme « avoir la chair de poule », « partir au galop » ou « mal de chien », ... Si besoin, prenez l'avis de l'accompagnant ou de la famille et faites-vous expliquer les causes et les attitudes à adopter.
- Faites preuve de plus de patience avec une personne handicapée mentale. Laissez-lui du temps pour comprendre vos demandes, pour s'exprimer et anticiper vos actions.
- Évitez les situations en urgence. Préparez l'événement, annoncez-le et vérifiez que la personne est prête à collaborer. Dans le cas contraire, laissez du temps s'écouler et reformulez différemment la proposition.
- Prenez le temps nécessaire lors de la consultation et instaurez un climat de confiance. Donnez des repères en désignant des personnes référentes, et des lieux de référence.
- Adoptez un discours clair, non directif, avec un langage adapté, si nécessaire expliquez les mots compliqués.
- Faites visiter les lieux de soins et faites expérimenter les situations de soins que rencontrera la personne dans le cadre du protocole de soins envisagé, par exemple : toucher le froid de l'appareil de radiologie, montrer les effets d'une échographie à l'écran sur un corps inerte, puis sur le soignant, et seulement après, sur le patient, entrer dans le scanner avant l'examen, etc. Pour tout cela, utilisez des supports imagés ou des pictogrammes, voire même prenez un crayon et dessinez.
- Respectez son espace individuel, ne mettez pas votre visage trop près du sien, ne le touchez pas sans autorisation de sa part.
- Évitez si possible les bruits ou stimulations annexes (sirènes ou éclairages forts).
- Si la personne a des gestes stéréotypés, ou reste fixée sur un objet particulier, ne cherchez pas à les arrêter ou à lui enlever l'objet, sauf si ces comportements occasionnent du danger pour elle, pour vous ou l'environnement.

Recommandations pour une personne atteinte d'un handicap psychique

Il s'agit d'un handicap invisible, seule l'attitude particulière de la personne peut laisser penser qu'elle est atteinte d'un handicap psychique. Une personne atteinte de troubles psychiques peut rencontrer des difficultés dans les relations sociales. Une attente prolongée peut engendrer des difficultés. La personne peut être soit agitée, soit prostrée.

- Proposez un rendez-vous plutôt en fin de matinée ou l'après-midi au regard de leur rythme de vie.
- Accueillez la personne en la mettant en confiance en l'aidant à définir sa demande et en répondant par des réponses claires sans ambiguïté, ni interprétations.
- Prenez le temps d'instaurer un climat de confiance. Évitez de la fixer.
- Prêtez attention aux contacts physiques qui peuvent être interprétés comme une agression (serrer la main, toucher la personne, etc.). Ayez une gestuelle posée, restez calme.
- Expliquez précisément les gestes avant de les accomplir.
- Essayez d'interpréter les paroles de la personne dans l'expression de ses symptômes car son schéma corporel est souvent modifié.

Compte tenu de leur vulnérabilité face au stress qui génère de l'anxiété et qu'il convient de canaliser, il est important dans la mesure du possible :

- de disposer d'un accueil spécifique aux urgences avec un lieu à part, sécurisant et apaisant avec un soignant spécialisé,
- d'une chambre individuelle,
- d'une chambre avec une bonne isolation phonique (tendance à veiller la nuit avec radio, TV, etc.).

Pour en savoir plus :

Handicaps mentaux, cognitifs et psychiques : des pistes pour améliorer l'accessibilité

Recommandations pour une personne atteinte d'un handicap moteur

Un handicap moteur ne préjuge en rien des capacités intellectuelles de la personne même si elle ne parle pas ou s'exprime avec difficultés. Une personne handicapée moteur est comme une autre, elle a simplement besoin qu'on lui assure plus de facilité et de sécurité dans ses déplacements.

- Assurez-vous du bon emplacement et de l'absence d'obstacles pour la personne au lieu de rendez-vous.
- Marchez toujours à côté d'elle en respectant son rythme.
- Indiquez-lui les changements de direction et laissez-lui l'usage des rampes et plans inclinés.
- Laissez-lui la priorité et le temps d'effectuer ses déplacements.
- Positionnez-vous face à la personne et à sa hauteur.
- Évitez de pousser le fauteuil si la personne peut se déplacer elle-même, mais facilitez-lui le passage.
- Si la personne se déplace avec des cannes, ne la prenez pas par le bras, par contre veillez à ce que ses cannes restent à portée de main.
- Vérifiez la bonne accessibilité avant de diriger la personne vers un autre lieu.
- Si la personne a des difficultés d'élocution, ne terminez pas ses phrases. Dans le cas où vous ne la comprenez pas, proposez-lui de prononcer la première lettre du mot qu'elle veut dire.
- Adressez-vous directement à la personne et non à son accompagnant, car l'aidant n'est qu'un interprète et pas votre interlocuteur.
- Si elle ne parle pas du tout, demandez-lui comment elle communique habituellement ; elle a peut-être apporté ses aides à la communication. Sinon, posez-lui des questions fermées, auxquelles elle puisse répondre par oui ou par non. Évitez les interrogations négatives ou les questions contenant plusieurs informations. Et demandez toujours confirmation de votre reformulation.
- Ne craignez pas d'employer des verbes d'actions comme : courir, marcher, aller.

Conclusion

Assurez-vous que le patient vous a bien compris, n'hésitez pas à utiliser le kit de communication de l'AP-HP. En accueillant ces personnes avec cette attention accrue, vous améliorez les conditions de compréhension, d'accompagnement et de respect. Vous optimisez les conditions d'acceptation des soins, et finalement, vous facilitez les soins tout en permettant une meilleure prise en charge médicale.

Stratégie facilitatrice pour améliorer le dialogue avec une personne ayant des difficultés de communication

Toute personne en difficulté de communication a, avant tout, besoin de se savoir « écoutée ». Voici quelques règles qui vous aideront à mieux réussir votre entretien.

Généralités

- Placez-vous en face, à la même hauteur. Essayez de vous donner du temps.
- Adressez-vous directement à la personne même si c'est la tierce personne qui répond pour elle.
- Ne parlez JAMAIS de la personne à la troisième personne, en sa présence.
- Ne faites JAMAIS semblant d'avoir compris, mais dites-lui que vous ne la comprenez pas.
- Demandez-lui comment elle communique, elle a peut-être des moyens alternatifs de communication avec elle.

Questions « Oui / Non »

Elle a peut-être une façon particulière de dire « oui » et « non », renseignez-vous.

- Posez des questions avec une seule information : évitez « *vous avez mal à la tête ou au ventre ?* », procédez pas à pas.
- Évitez les doubles informations comme « *ça vous est arrivé hier, chez vous ?* » car si c'est hier, mais ailleurs, elle sera embarrassée.
- Évitez les interro-négatives comme « *vous n'avez pas mal à la tête ?* ».

Mauvaise élocution

Si la personne parle mais que ce n'est pas compréhensible, n'hésitez pas à la faire répéter. Sinon :

- proposez-lui d'écrire le mot sur un papier, de former les lettres sur le drap,
- proposez-lui d'épeler oralement,
- proposez vous-même une épellation en attendant sa validation lettre à lettre,
- écrivez alors lettre à lettre sur un papier ou une ardoise.

Tableau de lettres ou de pictogrammes, fiches de dialogue

Si elle a un tableau de lettres ou d'images, sortez-le et demandez-lui de désigner, lisez.

- Verbalisez au fur et à mesure.
- Si elle ne désigne pas, désignez vous-même les cases ou tournez les pages et proposez-lui de valider successivement les cases. Soyez attentifs à ses validations : attendez qu'elle vous arrête, puis suivez du doigt les lignes, puis les colonnes pour qu'elle vous indique quelle est la case choisie.
- Si elle ne réagit pas clairement, essayez de trouver une page ou quelques pictogrammes représentant ce dont vous voulez parler, et montrez-lui en même temps que vous lui adressez la parole. Elle aura ainsi en direct une représentation de ce dont vous lui parlez.
- Les fiches de dialogue sont faites pour vous aider à vous faire mieux comprendre, en désignant les mots pictogrammés en même temps que vous parlez. Invitez la personne à pointer des éléments pour vous répondre.

Appareil de communication

Si elle a une machine de communication, cela n'exclut pas d'utiliser conjointement un tableau.

- Dans le meilleur des cas, vous n'avez qu'à écouter ce qu'elle vous dit. Elle a besoin de temps !
- Pendant qu'elle fait ses messages, l'attitude correcte consiste à attendre en silence.
- Si vous désirez lire sur l'écran pour anticiper, demandez-lui la permission.

Si c'est trop lent :

- proposez-lui de préparer ses réponses sur les sujets que vous avez abordés, pour en reparler quelques instants plus tard.

Gabarit d'encombrement d'un fauteuil roulant

Les exigences réglementaires sont établies sur la base d'un fauteuil roulant occupé dont les dimensions d'encombrement sont de 0,75 m x 1,25 m.

Principales caractéristiques des espaces d'attente sécurisés :

- la résistance au feu des parois doit être égale à celle des planchers ;
- ces espaces d'attente doivent être identifiés et facilement repérables ;
- leur accès est désenfumé ;
- ces espaces peuvent être à l'air libre ;
- ces espaces doivent être proches des ascenseurs et y donner accès.

L'essentiel de l'accessibilité aux bâtiments hospitaliers

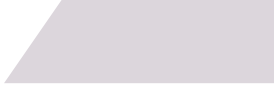


Les 12 points d'obligations pour les établissements recevant du public et installations ouvertes au public

- 1 – Cheminements extérieurs
- 2 – Stationnement automobile
- 3 – Accueil du public
- 4 – Accès à l'établissement ou à l'installation
- 5 – Circulations intérieures horizontales
- 6 – Circulations intérieures verticales
- 7 – Tapis roulants, escaliers et plans inclinés mécaniques
- 8 – Revêtements des sols, murs et plafonds
- 9 – Locaux ouverts au public, équipements et dispositifs de commande
- 10 – Éclairage
- 11 – Sanitaires
- 12 – Portes, portiques et sas

Hermine et Anatole, les deux patients témoins vous guideront tout au long d'un parcours-type à l'hôpital. De fiches en fiches ils découvriront les adaptations réalisées pour les patients handicapés.





Le parcours du patient à l'hôpital

Fiches techniques

Liste des fiches techniques :

- Fiche 1 – Se rendre à l'hôpital – Transports (RATP)
- Fiche 2 – Arrivée sur le site hospitalier – Stationnement du véhicule
- Fiche 3 – Signalétique
- Fiche 4 – Cheminement extérieur
- Fiche 5 – Repérage de l'entrée vers l'accueil – Sonnette et interphone
- Fiche 6 – Hall et guichet d'accueil
- Fiche 7 – Accueil des chiens-guides à l'hôpital
- Fiche 8 – Salle d'attente
- Fiche 9 – Sanitaires – WC ou cabinet d'aisances et lavabos
- Fiche 10 – Portes et sas
- Fiche 11 – Couloir et circulation
- Fiche 12 – Cabine de douche et de déshabillage
- Fiche 13 – Cabinet de consultation médicale
- Fiche 14 – Ascenseur et monte-malades
- Fiche 15 – Escaliers
- Fiche 16 – Chambre d'hospitalisation
- Fiche 17 – Domotique et équipements de la chambre
- Fiche 18 – Salle de bains ergo sanitaire
- Fiche 19 – Salle polyvalente – Salon et salle d'animation
- Fiche 20 – Lumière intérieure et extérieure
- Fiche 21 – Accessibilité et sécurité incendie – Évacuation
- Fiche 22 – Besoins d'espaces libres de tout obstacle

Voici la liste
des fiches
développant
22 thématiques
sur l'accessibilité
aux bâtiments
hospitaliers.

Rendez-vous
tout au long des
pages suivantes
pour découvrir
les différentes
étapes de notre
parcours...



Pour une bonne prise en charge des malades,
l'accessibilité est vectrice de confort d'usage et de sécurité.

Cliquez sur les numéros pour accéder aux fiches correspondantes.



Tout d'abord,
voici une vue
générale du
parcours patient
et les différents
points qui vont être
développés dans
les fiches.

Suivez-moi !





Fiche 1 **Se rendre à l'hôpital** **Transports (RATP)**

La Régie autonome des transports parisiens (RATP) est un acteur majeur de la ville. Fidèle à sa culture de service public, elle considère qu'elle doit proposer à tous une solution de mobilité sur ses réseaux (bus, tramway, métro et RER) en mettant en place des équipements et des services adaptés. Les travaux de mise en accessibilité s'intègrent dans le schéma directeur de l'accessibilité piloté par le Syndicat des transports d'Île-de-France (STIF).

Le réseau Bus

La RATP s'est investie sur ce sujet bien avant 2005, notamment en s'équipant de bus à palette dès 1995. Cette anticipation a permis d'aboutir à un réseau de bus parisiens (63 lignes) entièrement accessible début 2010.

Le réseau de banlieue est quant à lui partiellement accessible : en 2013, 100 lignes sur les 274 existantes. Cette incomplétude résulte de la multitude des intervenants dans les aménagements de la voirie permettant un accostage optimum du bus.

Fin 2013, les 4 500 autobus de la RATP sont équipés à 92 % de rampe d'accès, à 97 % d'annonceurs sonores et à 82 % d'annonceurs visuels.

6 500 points d'arrêt sont pourvus du système d'information en ligne (SIEL), annonçant le temps d'attente avant le passage des deux prochains bus de la ligne.

Le renouvellement du parc se poursuit avec 1 810 autobus d'ores et déjà conformes à l'arrêté du 3 mai 2007, intégrant en particulier :

- un haut-parleur extérieur à la porte avant,
- le retour sonore de la demande d'arrêt,
- le retour sonore d'ouverture/fermeture des portes,
- taille des caractères conforme pour les annonceurs sonores visuels et auditifs (ASVA).

D'ici 2015, la quasi-totalité du parc d'autobus sera équipé d'annonceurs sonores et visuels.

Le réseau Tramway

L'accessibilité ayant été pris en compte dès la conception du matériel roulant et des infrastructures, les lignes de tramway exploitées par la RATP sont adaptées à la mobilité de tous.

Les dernières réalisations (lignes T3b, T5) bénéficient des dernières avancées techniques :

- plancher bas intégral,
- portes larges,
- emplacements privilégiés pour les utilisateurs de fauteuil roulant,
- annonces sonores et visuelles,
- quais spacieux et d'accès facile depuis la voirie.

Sur les quais, l'information visuelle relative au temps d'attente du prochain tramway est relayée en temps réel au plan sonore sur des équipements individuels (smartphone, télécommande universelle dotée d'un haut-parleur).

Le réseau RER

S'agissant du Réseau express régional (RER), le programme de mise en accessibilité des gares se poursuit : fin 2013, 60 gares sur 65 sont accessibles. D'ici 2015, la totalité des gares seront accessibles sous couvert de la réalisation des pôles d'échanges complexes associés à des projets de ville.

La RATP a également engagé un vaste programme de renouvellement des matériels roulants : les trains offriront un accès plus adapté aux personnes à mobilité réduite (véhicules MI 79 rénovés sur la ligne B et nouveaux MI 09 sur la ligne A).

Pour les usagers en fauteuil roulant, l'accessibilité au train s'effectue à l'aide d'une passerelle d'accès quai-train qui est mise en place à la demande par un agent de la gare. Le service est disponible sans réservation sur toute l'amplitude de fonctionnement des lignes du RER exploitées par la RATP.

Le réseau de Métro

Le réseau métro, centenaire, est difficilement adaptable aux personnes utilisatrices de fauteuils roulants. C'est pourquoi la loi du 11 février 2015 a prévu que le métro parisien soit exclu de l'obligation du délai de 10 ans, étant entendu que le réseau de bus Paris, accessible, offre une solution de substitution en surface.

En dehors de la ligne 14, accessible en toute autonomie, la RATP porte son effort sur l'amélioration des espaces et des services du métro pour les personnes souffrant de déficience sensorielle ou cognitive.

Depuis 2010, l'ensemble du réseau est équipé du système d'information dynamique qui annonce le temps d'attente du prochain métro de manière visuelle et sonore.

S'agissant des rames, le développement des systèmes d'information sonores et visuels embarqués (notamment avec les panneaux lumineux dynamiques) se poursuit ; plus de la moitié des lignes est équipée d'annonces sonores (lignes : 1, 2, 3, 4, 5, 13).

Il convient de noter que les stations récentes ou futures – stations de la ligne 14 et nouvelles stations associées au prolongement des lignes 4, 8 et 12 – intègrent cet objectif d'amélioration de l'accessibilité avec, en particulier, des ascenseurs, des escaliers mécaniques, ainsi que différents équipements tels que des passages élargis, des bandes d'éveil à la vigilance au sol.



Une station de bus, permettant la mise en œuvre d'un plan incliné de transfert, avec une aide technique du chauffeur, est à exiger du concessionnaire. Transport desservant les bâtiments hospitaliers.



Bien sûr l'affichage d'un tel service est à mettre en place pour à la fois répondre aux exigences et rassurer les usagers.

Le comité consultatif de l'accessibilité

Sur tous ces projets, la RATP avance avec pragmatisme et humilité. Elle le fait en associant étroitement les usagers dans le cadre du comité consultatif de l'accessibilité. Créé en 2009 et rassemblant 9 associations majeures, représentatives des différentes situations de handicap, ce comité coordonne des travaux sur un large spectre de sujets, allant de la recherche à l'évaluation des usages.

Les mémentos

La mission Accessibilité de la RATP a développé, avec ses partenaires du comité consultatif, des mémentos à destination :

- des personnes en fauteuil roulant pour l'utilisation du bus et du RER : http://www.ratp.fr/fr/ratp/r_31155/reseaux-bus-paris-et-banlieue/
http://www.ratp.fr/fr/ratp/c_23489/le-reseau-ferre/
- des personnes handicapées mentales pour mieux se repérer dans le métro,
- des personnes âgées pour utiliser le bus en toute sécurité.

Ces documents sont téléchargeables sur le site Internet de la RATP au fur et à mesure de leur publication.

L'enquête Carnet de voyage

Très consciente d'un ensemble de difficultés rencontrées au quotidien par les personnes en situation de handicap, la RATP s'attache à évaluer l'usage des transports en partenariat avec les associations de manière à mettre en place un système d'amélioration continue. En particulier, depuis plusieurs années, la mission Accessibilité de la RATP conduit des enquêtes régulières auprès des personnes en fauteuil roulant utilisatrices des transports en commun. Les partenaires associés à ce dispositif sont l'APF Île-de-France, l'AFM, Jaccede.com et l'association Mobile en Ville.

L'objectif de ce dispositif est de connaître la perception par ces usagers de la qualité et de la fiabilité des équipements et services conçus au titre de la politique de mise en accessibilité des réseaux.

L'analyse collaborative des résultats renforce les liens avec les associations et permet l'élaboration d'un plan d'actions révisé chaque année, et partagé au sein du comité consultatif.

Les personnes en fauteuil qui souhaitent contribuer aux enquêtes « Carnet de voyage » peuvent s'inscrire toute l'année via : http://www.ratp.fr/fr/ratp/r_68922/enquete-de-satisfaction-ufr/

Les Ateliers mobilité

Depuis 2005, la RATP propose et anime auprès de structures partenaires des Ateliers mobilité. L'objectif de ces plates-formes pédagogiques est de faciliter l'usage des transports publics urbains, notamment à

destination de personnes vulnérables au plan socio-économique (jeunes à la recherche d'emploi, migrants, personnes en situation d'illettrisme...).

La RATP, consciente que des actions sont également nécessaires vis-à-vis des personnes déficientes désirant développer leur autonomie dans l'usage des transports publics urbains, a établi en juin 2012 une convention avec l'Urapei Île-de-France, ayant pour objet le « prototypage d'ateliers mobilité adaptés aux personnes handicapées mentales, leur conception, leur réalisation, leur évaluation ».

Un kit pédagogique « Atelier mobilité adapté » a été ainsi conçu avec la collaboration du Centre de ressources et d'innovation mobilité handicap (CEREMH) et la participation de plusieurs établissements et services d'aide par le travail (Sèvres, Meudon et Issy-les-Moulineaux). Une formation permet aux professionnels intervenant auprès de personnes handicapées mentales de s'approprier le kit pédagogique avec quatre objectifs principaux :

- découvrir toutes les facettes du kit pédagogique,
- maîtriser l'animation d'ateliers mobilité adaptés en identifiant les étapes clés,
- mettre en œuvre les modalités pratiques d'animation à partir des ressources génériques,
- adapter les animations aux avancées des stagiaires pour assurer l'atteinte des objectifs.

Les sessions de formation correspondantes sont dispensées par le CEREMH et le centre de formation de l'Unapei.

INFOMOBI

Le Syndicat des transports d'Île-de-France a mis en place le service d'information gratuit (hors coût d'un appel local depuis un poste fixe) INFOMOBI qui permet, aux personnes handicapées de mieux préparer leurs déplacements en fonction de leurs besoins. INFOMOBI a pour objectif d'aider les personnes en situation de handicap à préparer leur voyage en Île-de-France : quel que soit le transporteur, RATP, Transilien SNCF ou OPTILE. INFOMOBI permet de trouver l'ensemble des dispositifs, produits et services susceptibles de résoudre les difficultés rencontrées au cours des déplacements sur les réseaux de transport en commun. Il s'adresse à toutes les personnes ayant un handicap.

Contact :

Par téléphone : 0 810 64 64 64 (Numéro Azur - Prix d'un appel local depuis un poste fixe) - Par Internet : www.infomobi.com

Quelle utilisation ?

Pour faire établir par les opérateurs une recherche d'itinéraires tenant compte de l'accessibilité de l'ensemble des étapes de votre trajet – Pour répondre aux questions concernant l'accessibilité effective, des équipements dont la personne handicapée ou à mobilité réduite a besoin au cours de son déplacement, notamment des ascenseurs – Pour prendre connaissance des avantages tarifaires et des dispositifs mis à disposition pour faciliter les déplacements...



Fiche 2

Arrivée sur le site hospitalier Stationnement du véhicule

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 3

I. - Tout parc de stationnement automobile intérieur ou extérieur à l'usage du public et dépendant d'un établissement recevant du public ou d'une installation ouverte au public doit comporter une ou plusieurs places de stationnement adaptées pour les personnes handicapées et réservées à leur usage. Les caractéristiques de ces places sont définies au II du présent article. Ces places adaptées sont localisées à proximité de l'entrée, du hall d'accueil ou de l'ascenseur et reliées à ceux-ci par un cheminement accessible tel que défini selon les cas à l'article 2 ou à l'article 6.

Les emplacements adaptés et réservés sont signalés.

II. - Les places des parcs de stationnement automobile adaptées pour les personnes handicapées doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Nombre :

Les places adaptées destinées à l'usage du public doivent représenter au minimum 2 % du nombre total de places prévues pour le public. Le nombre minimal de places adaptées est arrondi à l'unité supérieure. Au-delà de 500 places, le nombre de places adaptées, qui ne saurait être inférieur à 10, est fixé par arrêté municipal.

2° Repérage :

Chaque place adaptée destinée au public doit être repérée par un marquage au sol ainsi qu'une signalisation verticale.

3° Caractéristiques dimensionnelles :

Une place de stationnement adaptée doit correspondre à un espace horizontal au dévers près, inférieur ou égal à 2 %.

La largeur minimale des places adaptées doit être de 3,30 m.

4° Atteinte et usage :

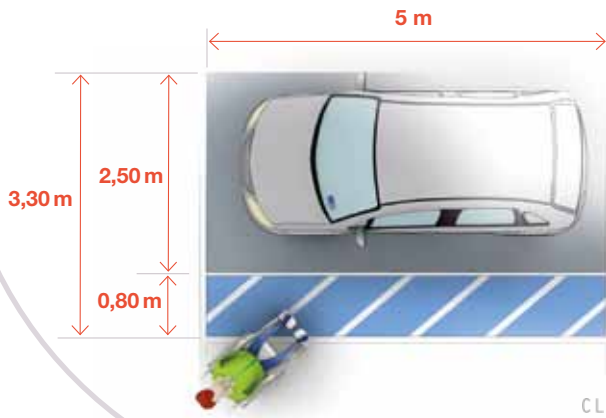
S'il existe un contrôle d'accès ou de sortie du parc de stationnement, le système doit permettre à des personnes sourdes ou malentendantes ou des personnes muettes de signaler leur présence au personnel et d'être informées de la prise en compte de leur appel. En particulier et en l'absence d'une vision directe de ces accès ou sorties par le personnel :

- tout signal lié au fonctionnement du dispositif d'accès doit être sonore et visuel ;
- les appareils d'interphone sont munis d'un système permettant au personnel de l'établissement de visualiser le conducteur.

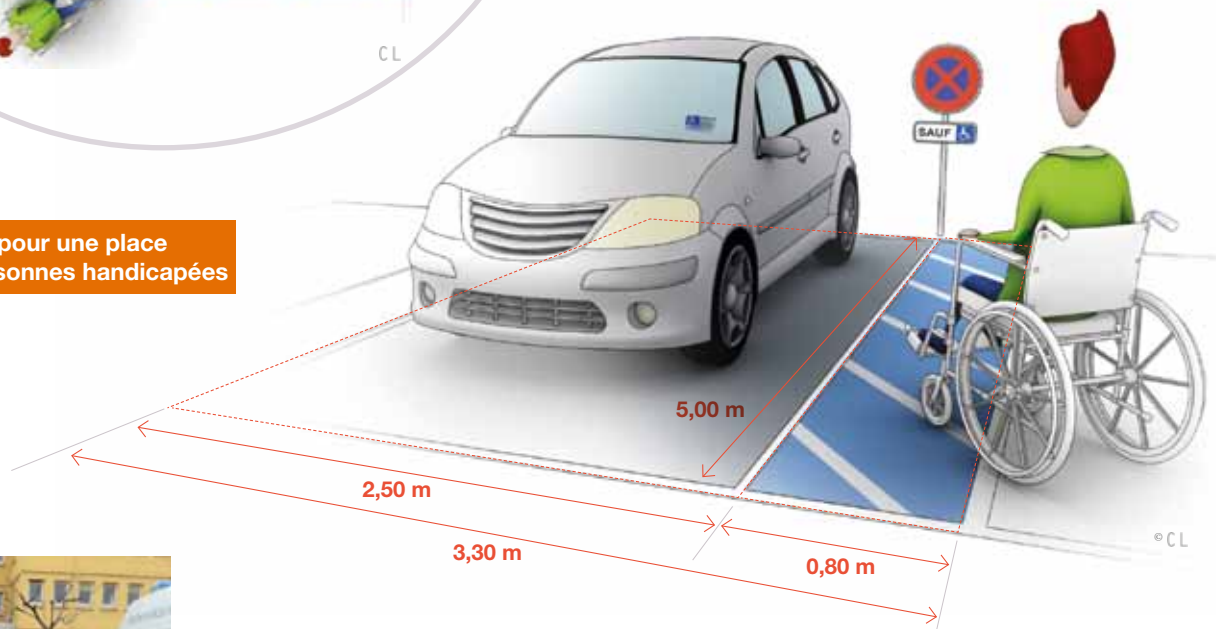
Qu'elle soit à l'extérieur ou à l'intérieur du bâtiment, une place de stationnement adaptée doit se raccorder sans ressaut de plus de 2 cm au cheminement d'accès à l'entrée du bâtiment ou à l'ascenseur. Sur une longueur d'au moins 1,40 m à partir de la place de stationnement adaptée, ce cheminement doit être horizontal au dévers près.

Les places adaptées, quelle que soit leur configuration et notamment lorsqu'elles sont réalisées dans un volume fermé, sont telles qu'un usager en fauteuil roulant peut quitter l'emplacement une fois le véhicule garé.

Illustration



Taille réglementaire pour une place de parking pour personnes handicapées



La place de parking réservée aux personnes possédant la carte H doit être aux bonnes dimensions, sans trop de peinture au sol (glissade). Ces places doivent se trouver le plus près possible de l'accueil et si possible d'un abri (c'est encore mieux pour le confort d'usage). Bien sûr, passer la consigne au personnel de sécurité de faire respecter les règles du Code de la route.



Préconisations

- Prévoir un revêtement antidérapant.
- Afficher un plan de parking à l'entrée du site pour signaler le nombre et les emplacements de stationnement réservés aux personnes handicapées.
- Les emplacements réservés aux personnes handicapées doivent être situés le plus proche possible de l'entrée du bâtiment.
- Une idée simple et très utile : prévoir près de l'accueil un dépôt minute réservé aux véhicules du Groupement pour l'insertion des personnes handicapées (GIHP) ou véhicules adaptés pour sécuriser la charge ou la décharge de personnes en fauteuil roulant.
- Lors des averses de pluie, une place de parking couverte évite que le fauteuil/coussin soit trempé lors du transfert fauteuil-voiture.
- Bon nombre d'emplacements réservés aux personnes handicapées sont repérés par une empreinte peinte au sol de couleur bleue, ce qui est un élément toutefois dangereux pour les utilisateurs, car la peinture rend le sol glissant, ce qui peut provoquer des chutes.
- Prévoir une longueur de 7 m minimum à 8 m maximum pour permettre l'accès d'un fauteuil par l'arrière du véhicule (Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques – CERTU).



► Fiche 3

Signalétique

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article Annexe 3

Information et signalisation

Lorsque des informations permanentes sont fournies aux visiteurs par le moyen d'une signalisation visuelle ou sonore, celles-ci doivent pouvoir être reçues et interprétées par un visiteur handicapé.

Les éléments d'information et de signalisation doivent être **visibles** et **lisibles** par tous les usagers. En outre, les éléments de signalisation doivent être **compréhensibles** notamment par les personnes atteintes de déficience mentale. Seules les informations fournies de façon permanente aux usagers sont concernées.

Visibilité

Les informations doivent être regroupées.

Les supports d'information doivent répondre aux exigences suivantes :

- être contrastés par rapport à leur environnement immédiat ;
- permettre une vision et une lecture en position debout comme en position assise ;
- être choisis, positionnés et orientés de façon à éviter tout effet d'éblouissement, de reflet ou de contre-jour dû à l'éclairage naturel ou artificiel ;
- s'ils sont situés à une hauteur inférieure à 2,20 m, permettre à une personne mal voyante de s'approcher à moins de 1 m.

Lisibilité

Les informations données sur ces supports doivent répondre aux exigences suivantes :

- être fortement contrastées par rapport au fond du support ;
- la hauteur des caractères d'écriture doit être proportionnée aux circonstances : elle dépend notamment de l'importance de l'information délivrée, des dimensions du local et de la distance de lecture de référence fixée par le maître d'ouvrage en fonction de ces éléments.

Lorsque les informations ne peuvent être fournies aux usagers sur un autre support, la hauteur des caractères d'écriture ne peut en aucun cas être inférieure à :

- 15 mm pour les éléments de signalisation et d'information relatifs à l'orientation ;
- 4,5 mm sinon.

Compréhension

La signalisation doit recourir autant que possible à des icônes ou à des pictogrammes.

Lorsqu'ils existent, le recours aux pictogrammes normalisés s'impose.

Veillez à homogénéiser votre signalétique en utilisant des pictogrammes à chaque fois que cela est possible

norme française

Guide AFNOR
BP P96-104 - Janvier 2014

- Accessibilité aux personnes handicapées
- Signalétique de repérage et d'orientation dans les établissements recevant du public



Guide pratique
de l'accessibilité
de l'Unapei



Point
d'information
pour personnes
aveugles ou
malvoyantes



Point
d'information
pour personnes
sourdes ou
malentendantes



Point
d'information
en langue
des signes



Cheminement
adapté



Ascenseur
adapté



WC
adapté



Escalier
pour monter



Escalier
pour
descendre



Place de
stationnement
adaptées



Entrée



Sortie



Toilettes



Point
de rencontre



Téléphone



Restaurant

Préconisations



- La signalétique est une chaîne d'informations qui ne doit pas être rompue sous risque de perturber les utilisateurs et notamment les personnes malvoyantes.
- Les pictogrammes uniformes sont fortement recommandés, ne pas changer de charte graphique d'un lieu à l'autre, d'un étage ou d'un service différent, rester cohérent, pour ne pas perturber les visiteurs.
- La signalétique dite visuelle doit avoir son complément par la mise en place de messages sonores ou tactiles pour les personnes aveugles, bornes d'audioguidage recommandées aux endroits stratégiques de l'établissement.
- Veiller à la simplicité, la clarté et l'homogénéité de la signalétique, ne pas surcharger inutilement les panneaux d'informations.
- Quand c'est possible, éviter les panneaux sur poteaux (risque de heurt à la tête), préférer les murs.
- Pour le panneau sur poteau, si celui-ci déborde de son socle, un rappel de son encombrement est nécessaire au sol, de même il est à prévoir un contraste avec son environnement.
- Une personne malvoyante doit pouvoir s'approcher d'un panneau jusqu'à 5 cm, attention à son accessibilité (entrave par objet placé devant : chaise par exemple).
- Choix des couleurs : contraste des lettres par rapport au fond, limiter le panneau de signalétique à 2 couleurs maximum.



Fiche 4

Cheminement extérieur

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 2

Dispositions relatives aux cheminements extérieurs

I. - Un cheminement accessible doit permettre d'accéder à l'entrée principale, ou à une des entrées principales, des bâtiments depuis l'accès au terrain. Le choix et l'aménagement de ce cheminement sont tels qu'ils facilitent la continuité de la chaîne du déplacement avec l'extérieur du terrain. Le cheminement accessible doit être le cheminement usuel, ou l'un des cheminements usuels. Le cheminement accessible permet notamment à une personne ayant une déficience visuelle ou auditive de se localiser, s'orienter et atteindre le bâtiment en sécurité et permet à une personne ayant une déficience motrice d'accéder à tout équipement ou aménagement donné à l'usage. Les caractéristiques d'un cheminement accessible sont définies au II ci-après. Lorsqu'il existe plusieurs cheminements, les cheminements accessibles sont signalés de manière adaptée. Les principaux éléments structurants du cheminement doivent être repérables par les personnes ayant une déficience visuelle. Lorsque le cheminement courant se fait par un plan incliné, celui-ci doit offrir des caractéristiques minimales définies au II ci-après.

II. - Les cheminements extérieurs accessibles aux personnes handicapées doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Repérage et guidage :

une signalisation adaptée doit être mise en place à l'entrée du terrain de l'opération, à proximité des places de stationnement pour le public, ainsi qu'en chaque point du cheminement accessible où un choix d'itinéraire est donné à l'usager. Les éléments de signalisation doivent répondre aux exigences définies à l'annexe 3. Le revêtement du cheminement accessible doit présenter un contraste visuel et tactile par rapport à son environnement. À défaut, le cheminement doit comporter sur toute sa longueur un repère continu, tactile pour le guidage à l'aide d'une canne d'aveugle, et visuellement contrasté par rapport à son environnement pour faciliter le guidage des personnes malvoyantes.

2° Caractéristiques dimensionnelles :

a) Profil en long : le cheminement accessible doit être horizontal et sans ressaut. Lorsqu'une dénivellation ne peut être évitée, un plan incliné de pente inférieure ou égale à 5 % doit être aménagé afin de la franchir. Les valeurs de pentes suivantes sont tolérées exceptionnellement :

- jusqu'à 8 % sur une longueur inférieure ou égale à 2 m ;
- jusqu'à 10 % sur une longueur inférieure ou égale à 0,50 m.

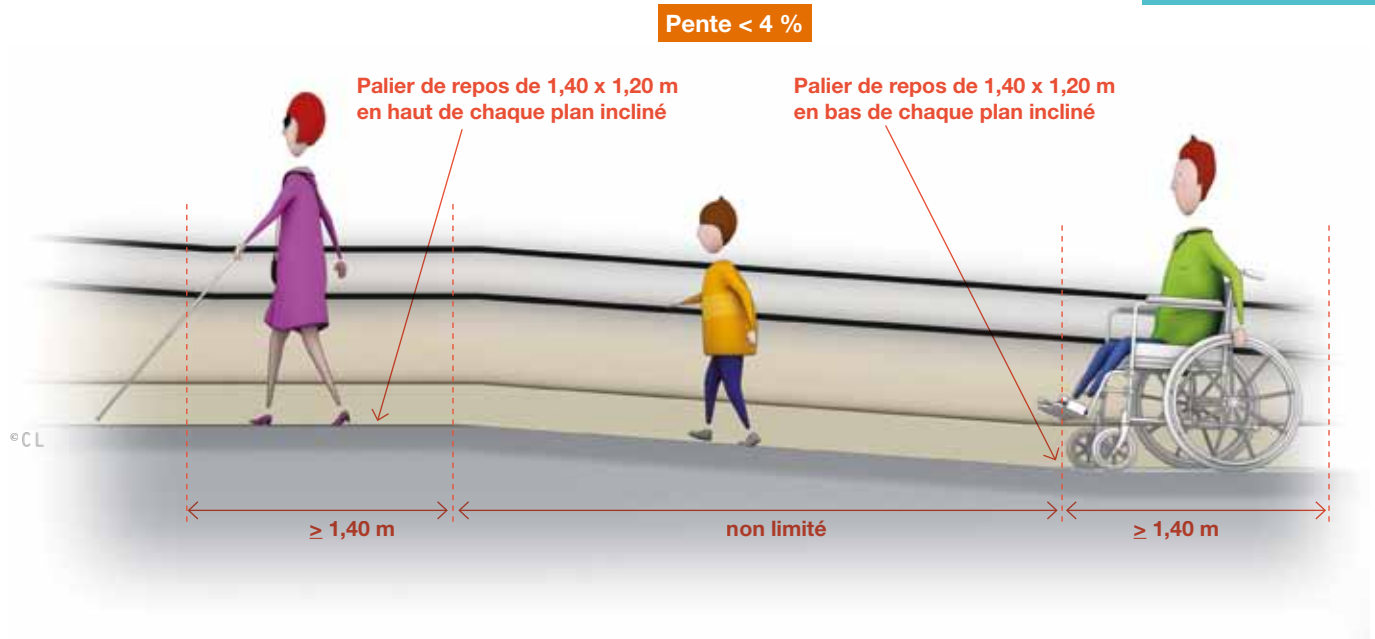
Un palier de repos est nécessaire en haut et en bas de chaque plan incliné, quelle qu'en soit la longueur. En cas de plan incliné de pente supérieure ou égale à 4 %, un palier de repos est nécessaire tous les 10 m. Les caractéristiques dimensionnelles du palier sont définies à l'annexe 2. Lorsqu'il ne peut être évité, un faible écart de niveau peut être traité par un ressaut à bord arrondi ou muni d'un chanfrein et dont la hauteur doit être inférieure ou égale à 2 cm. Cette hauteur maximale peut toutefois être portée à 4 cm si le ressaut comporte sur toute sa hauteur une pente ne dépassant pas 33 %. La distance minimale entre deux ressauts successifs est de 2,50 m.

Les pentes comportant plusieurs ressauts successifs, dits « pas d'âne », sont interdites.

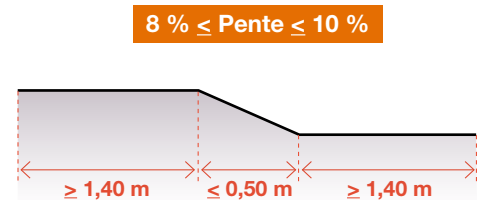
b) Profil en travers : la largeur minimale du cheminement accessible doit être de 1,40 m libre de tout obstacle afin de faciliter les croisements. Lorsqu'un rétrécissement ponctuel ne peut être évité, la largeur minimale du cheminement peut, sur une faible longueur, être comprise entre 1,20 m et 1,40 m de manière à conserver une possibilité de croisement entre un piéton et une personne en fauteuil roulant.

Le cheminement doit être conçu et mis en œuvre de manière à éviter la stagnation d'eau. Lorsqu'un dévers est nécessaire, il doit être inférieur ou égal à 2 %.

Illustration



Tolérances admises



Préconisations



- L'accès de plain-pied doit être la solution à privilégier, car elle reste la moins coûteuse et la moins problématique en termes de circulation.
- Si cette solution n'est pas possible, l'utilisation d'une pente de 4 % maximum pour les bâtiments neufs est conseillée car elle permet le franchissement du dénivelé de manière autonome et 5 % pour les bâtiments anciens.
- Si le cheminement est long et empêche le passage de deux fauteuils roulants (largeur inférieure à 1,40 m), prévoir des zones de dégagement afin de permettre le croisement. Sinon la largeur est de 1,60 m.
- Lorsque la zone de circulation piétonne est partagée avec les véhicules, le cheminement des piétons doit être identifié et sécurisé, de façon tactile et visuelle.
- Les potelets défendant le stationnement de véhicules sur les trottoirs ne doivent pas avoir une hauteur inférieure à 1,20 m, ils doivent être de couleur contrastée par rapport à la couleur de l'enrobé, et avoir une bande fluorescente en partie haute.
- Attention, si le cheminement piéton longe un mur ou un bâtiment, veiller à ce qu'il n'y ait aucun appui de muret ou de fenêtre à hauteur du visage, risque de heurt violent.
- Supprimer tout obstacle pouvant gêner le cheminement, arrondir les angles vifs, contraster les obstacles visuellement (exemple banc, luminaire, etc.).
- Les panneaux de signalisation sont à exclure du cheminement ou ne doivent pas diminuer la largeur de marche de moins de 1,20 m.

c) Espaces de manœuvre et d'usage pour les personnes circulant en fauteuil roulant :

un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour est nécessaire en chaque point du cheminement où un choix d'itinéraire est donné à l'utilisateur, ainsi que devant les portes d'entrée desservies par un cheminement accessible qui comportent un système de contrôle d'accès. Un espace de manœuvre de porte est nécessaire de part et d'autre de chaque porte ou portillon situé le long du cheminement, à l'exception de ceux ouvrant uniquement sur un escalier, et à l'exception des portes des sanitaires, douches et cabines d'essayage ou de déshabillage non adaptés. Un espace d'usage est nécessaire devant chaque équipement ou aménagement situé le long du cheminement afin d'en permettre l'atteinte et l'usage.

Les caractéristiques dimensionnelles de ces différents espaces sont définies à l'annexe 2.

3° Sécurité d'usage :

le sol ou le revêtement de sol du cheminement accessible doit être non meuble, non glissant, non réfléchissant et sans obstacle à la roue.

Les trous et fentes situés dans le sol du cheminement doivent avoir une largeur ou un diamètre inférieur ou égal à 2 cm.

Le cheminement accessible doit être libre de tout obstacle. Afin d'être repérables, les éléments éventuels qui ne peuvent pas être mis en dehors du cheminement doivent répondre aux exigences suivantes :

- s'ils sont suspendus au-dessus du cheminement, laisser un passage libre d'au moins 2,20 m de hauteur au-dessus du sol ;
- s'ils sont implantés sur le cheminement, quelle que soit leur hauteur, ou en saillie latérale de plus de 15 cm sur le cheminement, doit comporter un élément de contraste visuel par rapport à leur environnement immédiat et un rappel tactile ou un prolongement au sol.

Lorsque le cheminement est bordé à une distance inférieure à 0,90 m par une rupture de niveau d'une hauteur de plus de 0,40 m, un dispositif de protection doit être implanté afin d'éviter les chutes.

Lorsqu'un escalier est situé dans un espace de circulation, la partie située en dessous de 2,20 m, si elle n'est pas fermée, doit être visuellement contrastée, comporter un rappel tactile au sol et être réalisée de manière à prévenir les dangers de chocs pour des personnes aveugles ou malvoyantes.

Les parois vitrées situées sur les cheminements ou en bordure immédiate de ceux-ci doivent être repérables par des personnes de toutes tailles à l'aide d'éléments visuels contrastés par rapport à l'environnement immédiat.

Toute volée d'escalier comportant trois marches ou plus doit répondre aux exigences applicables aux escaliers visées à l'article 7-1, à l'exception de la disposition concernant l'éclairage.

Toute volée d'escalier comportant moins de trois marches doit répondre aux exigences applicables aux escaliers visées au 2° de l'article 7-1, à l'exception de la disposition concernant l'éclairage.

Lorsqu'un cheminement accessible croise un itinéraire emprunté par des véhicules, il doit comporter un élément permettant l'éveil de la vigilance des piétons au droit de ce croisement. Un marquage au sol et une signalisation doivent également indiquer aux conducteurs des véhicules qu'ils croisent un cheminement pour piétons.

Le cheminement doit comporter un dispositif d'éclairage répondant aux exigences définies à l'article 14.

Illustration

Largeur minimum du cheminement

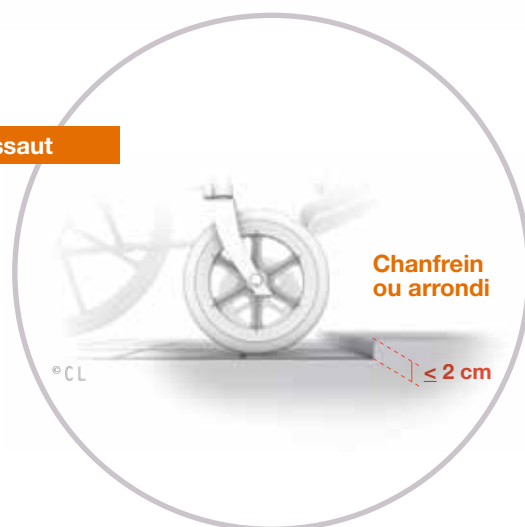
1,40 m pour le passage d'un fauteuil roulant
Tolérance admise : 1,20 m



Plan incliné amovible



Ressaut



Un escalier
est accompagné
d'une rampe d'accès,
c'est la règle.



Fiche 5

Repérage de l'entrée vers l'accueil Sonnette et interphone

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 4

Dispositions relatives aux accès à l'établissement ou l'installation

I. - Le niveau d'accès principal à chaque bâtiment où le public est admis doit être accessible en continuité avec le cheminement extérieur accessible.

Tout dispositif visant à permettre ou restreindre l'accès au bâtiment ou à se signaler au personnel doit pouvoir être repéré, atteint et utilisé par une personne handicapée. L'utilisation du dispositif doit être la plus simple possible.

II. - Pour l'application du I du présent article, l'accès au bâtiment ou à des parties de l'établissement doit répondre aux dispositions suivantes :

1° Repérage :

Les entrées principales du bâtiment doivent être facilement repérables par des éléments architecturaux ou par un traitement utilisant des matériaux différents ou visuellement contrastés.

Tout dispositif visant à permettre ou restreindre l'accès au bâtiment ou à se signaler au personnel doit être facilement repérable visuellement par un contraste visuel ou une signalétique répondant aux exigences définies à l'annexe 3, et ne doit pas être situé dans une zone sombre.

2° Atteinte et usage :

Les systèmes de communication entre le public et le personnel ainsi que les dispositifs de commande manuelle mis à la disposition du public doivent répondre aux exigences suivantes :

- être situés à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant ;
- être situés à une hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m.

Le système d'ouverture des portes doit être utilisable en position « debout » comme en position « assis ».

Lorsqu'il existe un dispositif de déverrouillage électrique, il doit permettre à une personne à mobilité réduite d'atteindre la porte et d'entamer la manœuvre d'ouverture avant que la porte ne soit à nouveau verrouillée.

Les éléments d'information relatifs à l'orientation dans le bâtiment doivent répondre aux exigences définies à l'annexe 3.

Tout signal lié au fonctionnement d'un dispositif d'accès doit être sonore et visuel.

S'il existe un contrôle d'accès à l'établissement, le système doit permettre à des personnes sourdes ou malentendantes ou des personnes muettes de signaler leur présence au personnel et d'être informées de la prise en compte de leur appel. En particulier et en l'absence d'une vision directe de ces accès par le personnel, les appareils d'interphone sont munis d'un système permettant au personnel de l'établissement de visualiser le visiteur.

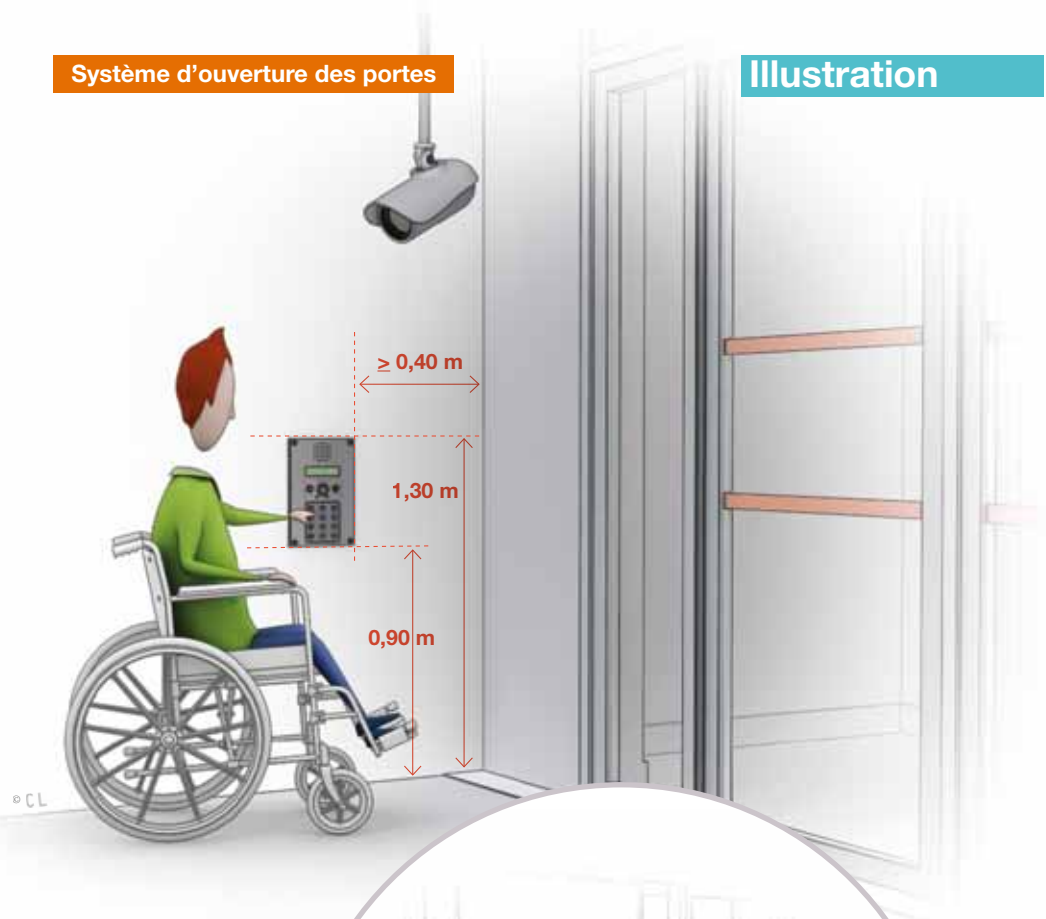


Pas de ressaut à l'entrée.
Identification de la porte
d'accès bien repérable.



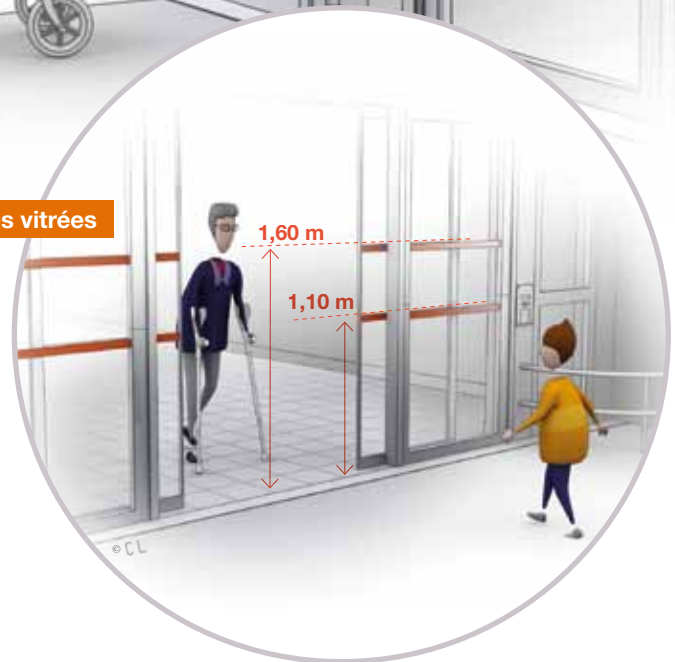
Une bande podo tactile,
avec des visuels menant
directement à l'accueil
(lieu où l'on est sûr d'y
trouver assistance humaine).

Système d'ouverture des portes



Illustration

Sécurité des portes vitrées



Préconisations

- Un contraste de couleur doit nettement marquer l'entrée d'un bâtiment, il faut qu'en un clin d'œil la personne distingue l'entrée, les surfaces vitrées – portes notamment – identifiées par deux bandes de couleur (ou un motif contrasté) d'une largeur de 5 cm minimum, placées à 0,90 m pour les personnes en fauteuil ou de petite taille et à 1,60 m pour les personnes en station debout.

- Une balise sonore placée au-dessus de la porte d'entrée informe les personnes aveugles équipées d'une télécommande universelle de l'identité du bâtiment où elles pénètrent.



- Le système d'interphone doit être équipé d'une boucle magnétique pour que la personne qui porte des appareils auditifs entende au mieux.



- Éviter l'installation de portes à tambour.
- Le poids de la porte ne doit pas excéder 50 Newton.

Fiche 6

Hall et guichet d'accueil

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 5

Dispositions relatives à l'accueil du public

I. - Tout aménagement, équipement ou mobilier situé au point d'accueil du public et nécessaire pour accéder aux espaces ouverts au public, pour les utiliser ou pour les comprendre, doit pouvoir être repéré, atteint et utilisé par une personne handicapée.

Lorsqu'il y a plusieurs points d'accueil à proximité l'un de l'autre, l'un au moins d'entre eux doit être rendu accessible dans les mêmes conditions d'accès et d'utilisation que celles offertes aux personnes valides, être prioritairement ouvert et être signalé de manière adaptée dès l'entrée. En particulier, toute information strictement sonore nécessaire à l'utilisation normale du point d'accueil doit faire l'objet d'une transmission par des moyens adaptés ou être doublée par une information visuelle.

Les espaces ou équipements destinés à la communication doivent faire l'objet d'une qualité d'éclairage renforcée.

II. - Pour l'application du I du présent article, les aménagements et équipements accessibles destinés à l'accueil du public doivent répondre aux dispositions suivantes :

Les banques d'accueil doivent être utilisables par une personne en position « debout » comme en position « assis » et permettre la communication visuelle entre les usagers et le personnel. Lorsque des usages tels que lire, écrire, utiliser un clavier sont requis, une partie au moins de l'équipement doit présenter les caractéristiques suivantes :

- une hauteur maximale de 0,80 m ;
- un vide en partie inférieure d'au moins 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur permettant le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant.

Lorsque l'accueil est sonorisé, il doit être équipé d'un système de transmission du signal acoustique par induction magnétique, signalé par un pictogramme.

Les postes d'accueil doivent comporter un dispositif d'éclairage répondant aux exigences définies à l'article 14.

Pour les personnes avec handicap auditif, un système de boucles d'induction magnétique est installé. Il respectant les spécifications de la norme NF EN 60118-4:2007.

Un système de boucle d'induction audio-fréquences produit un champ magnétique destiné à produire un signal d'entrée aux appareils de correction auditive fonctionnant avec une bobine d'induction captrice.

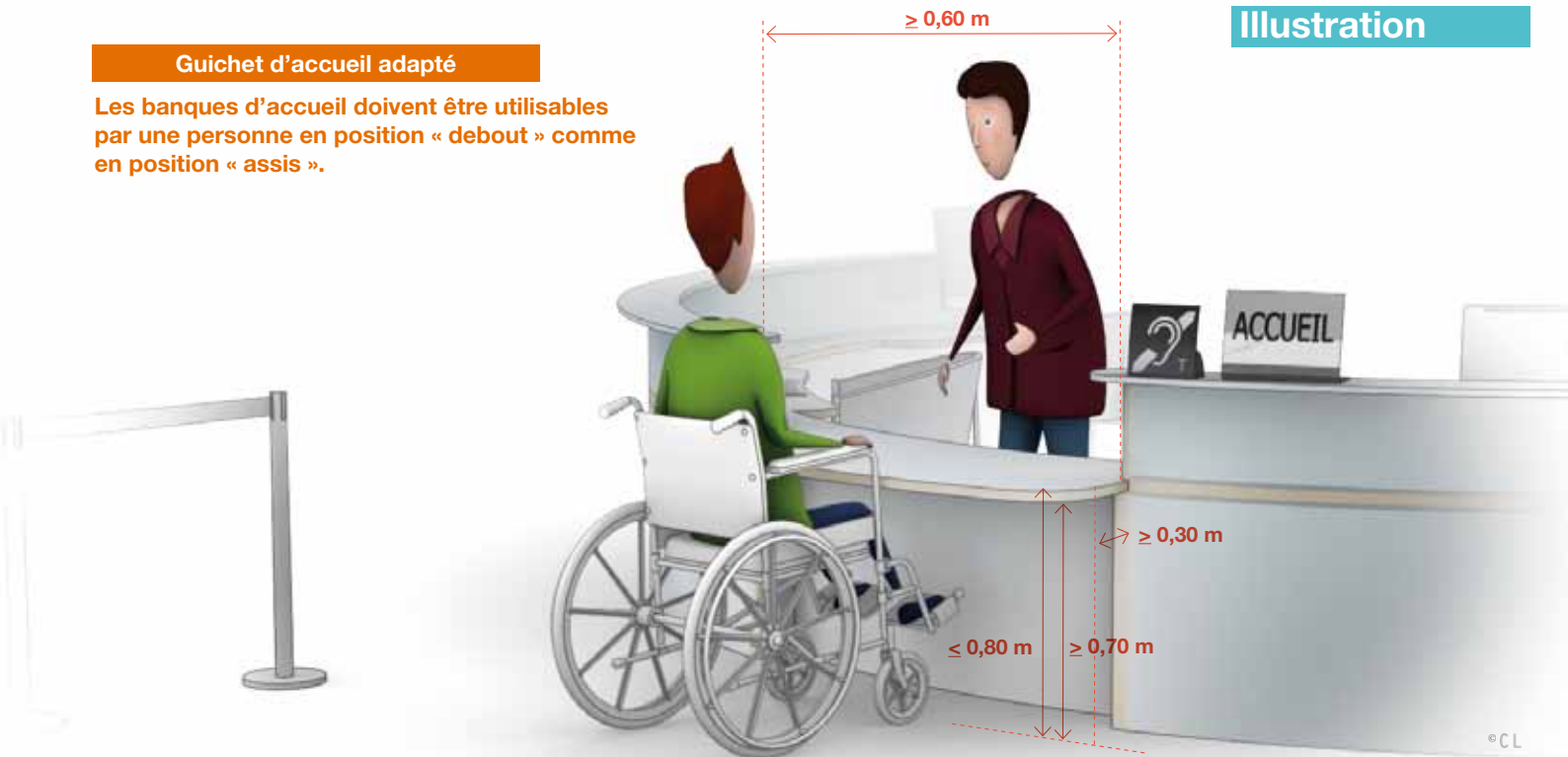
Le site d'installation du système de boucle d'induction audio-fréquences présente les caractéristiques suivantes :

- le niveau de bruit de fond magnétique est tel qu'il n'altère pas la qualité d'écoute du message sonore ;
- les éventuels signaux situés dans le voisinage n'interfèrent pas avec le signal émis par le système.

La procédure de mise en condition du système inclut un essai en situation normale de fonctionnement. Il est souhaitable que des utilisateurs d'appareils de correction auditive soient présents lors de l'installation du système ou lors de modifications importantes. La réponse en fréquence du champ magnétique garantit une bonne qualité de reproduction du signal sonore. (*Arrêté du 8 décembre 2014*)

Guichet d'accueil adapté

Les banques d'accueil doivent être utilisables par une personne en position « debout » comme en position « assise ».

Illustration

1

1/ Des box bien éclairés, un bureau convivial, pas une forteresse, une possibilité pour une personne en fauteuil de pouvoir consulter des documents et d'écrire de façon aisée.



2

2/ Un point d'accueil accessible à tous. Repéré, repérable, accueillant.

3/ Une sonnette d'appel comme dans les hôtels pour prévenir de sa présence, cela rassure (à la bonne hauteur bien sûr : 0,9 à 1,30 m max).

4/ Une borne magnétique, une ardoise magique « Écrire pour être entendu ». Une qualité d'accueil pour nos amis sourds et malentendants. Si le personnel d'accueil est formé aux langages des signes, c'est appréciable.



3



4

**Préconisations**

- Le guichet doit être équipé d'une boucle magnétique pour les personnes appareillées. Une personne malentendante ou sourde doit voir les lèvres de son interlocuteur pour mieux le comprendre.

La personne qui accueille ne doit pas être à contre-jour. Si le bureau est devant une fenêtre, il doit être possible d'allumer une lumière pour que le visage de l'accueillant soit bien visible, de face, sans être caché par un écran d'ordinateur.



Fiche 7

Accueil des chiens-guides à l'hôpital

LOI du 11 février 2005

Articles 53 et 54

L'accès des chiens-guides et aux chiens d'assistance est autorisé dans les établissements de soin

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit que le chien-guide, ou d'assistance, est une exception et a ainsi accès à tous les lieux ouverts au public et aux transports pour accompagner et aider son maître, sans muselière, et sans facturation supplémentaire. La loi du 26 juin 2014 a élargi par voie d'ordonnance le champ des bénéficiaires des dispositions autorisant l'accès des chiens-guides d'aveugle et des chiens d'assistance des personnes handicapées aux transports et aux lieux publics, ainsi qu'aux lieux d'exercice d'une activité professionnelle, formatrice ou éducative.

Article 53 :

Les chiens accompagnant les personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, moteur, sensoriel ou mental, et dont les propriétaires justifient de l'éducation de l'animal sont dispensés du port de la muselière dans les transports, les lieux

publics, les locaux ouverts au public ainsi que ceux permettant une activité professionnelle, formatrice ou éducative.

Article 54 :

L'accès aux transports, aux lieux ouverts au public, ainsi qu'à ceux permettant une activité professionnelle, formatrice ou éducative est autorisé aux chiens-guides d'aveugle ou d'assistance accompagnant les personnes titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles ou de la carte de priorité pour personne handicapée prévue à l'article L. 241-3-1 du même code ou leur éducateur pendant toute leur période de formation.

La présence du chien-guide d'aveugle ou d'assistance aux côtés de la personne handicapée ne doit pas entraîner de facturation supplémentaire dans l'accès aux services et prestations auxquels celle-ci peut prétendre.

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article R. 1112-48

Les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugles, ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'hôpital.

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

Articles D. 245-24-4 et R. 241-22

Art. D. 245-24-4 :

Il est créé un certificat national, dont le modèle est fixé par arrêté. Ce certificat, délivré sous la responsabilité des centres labellisés, est remis aux détenteurs de chiens en formation, en activité ou non. Ce certificat justifie de l'éducation du chien et permet l'accès aux transports, aux lieux ouverts au public ainsi qu'à ceux permettant une activité professionnelle, formatrice ou éducative.

Article R. 241-22 :

Le fait d'interdire l'accès aux lieux ouverts au public aux chiens accompagnant les personnes titulaires de la carte d'invalidité est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la troisième classe, soit 150 à 450 €.



À l'hôpital, excepté dans les secteurs de soins où l'hygiène est impérative, le chien-guide d'aveugle est le bienvenu (article 54 de la loi du 11 février 2005 et article R. 1112-48 du Code de la santé publique).



Information concernant
l'accès des chiens-guides

Utilisation du pictogramme



Préconisations

- Accepter de laisser rentrer le patient avec le chien dans le bureau des consultations.
- Les chiens-guides sont des chiens « sains », car il bénéficie d'un suivi vétérinaire rigoureux.
- Ne pas distraire le chien, ne pas le laisser seul, ne pas le stresser.
- En maternité, prévoir un local où le chien pourra rencontrer sa maîtresse et lui présenter des vêtements du bébé pour qu'il y ait une découverte olfactive avant le retour à la maison afin de favoriser l'acceptation de l'enfant.

Pour plus d'informations :

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Chiens-guides.pdf>



► Fiche 8

Salle d'attente

Conformément à l'**ARRÊTÉ** du 1^{er} août 2006

Bonnes pratiques

Dispositions selon des règles établies

Avoir un passage de porte de 90 cm au minimum.

Si la porte est à double battant, le battant principal doit faire au minimum 90 cm de large.

Pouvoir libérer dans la salle d'attente un emplacement de 80 cm x 130 cm pour un fauteuil roulant (ce peut être acceptable s'il y a des chaises volantes déjà en place car mobilier non fixe).

Avoir des espaces de manœuvre (cercle de 150 cm de diamètre) dans chaque pièce (entrée, salle d'attente, bureau).

Avoir des espaces corrects de manœuvre des portes : un rectangle de 80 x 170 cm devant chaque porte s'ouvrant en poussant, de 80 x 220 cm devant chaque porte s'ouvrant en tirant.

Avoir un positionnement correct des poignées (si la distance entre l'extrémité de la poignée et le mur perpendiculaire le plus proche est inférieure à 40 cm il faut prévoir une poignée rallongée).

Avoir une intensité lumineuse suffisante, privilégier l'éclairage naturel.

Avoir des affichages lisibles par tous (disposition et taille). Attention trop d'affichage perturbe le lecteur, déstabilise la personne souffrant de troubles cognitifs.

Avoir un bureau et un espace de travail aux normes (hauteur du bureau, emplacement pour un fauteuil).

Avoir des espaces bien délimités visuellement (couleur contrastée entre les sols et les murs par exemple, mais aussi les fauteuils).

Les porte-revues sont utiles pour faire patienter, toutefois prévoir des magazines variés et de lecture facile, prévoir des revues pour les enfants ; si des albums à colorier sont proposés, prévoir un espace adapté, avec tables et chaises basses.

Des toilettes doivent être situées à proximité de la salle d'attente.



Une salle d'attente confortable, spacieuse et bien éclairée, avec des espaces libres pour l'accueil des personnes en fauteuil roulant.

Un téléviseur en marche sur coupure son, pour ne pas gêner certains, en sous-titrage pour permettre de suivre l'émission pour les autres.

Point trop d'informations affichées, juste le nécessaire (éviter la publicité). La salle d'accueil, véhicule une image très forte. Sans être scrutateur, le visiteur perçoit très vite les dysharmonies et les désordres du lieu. En quelques secondes, sa première opinion sera faite ! Le cadre de vie doit correspondre aux ambitions de l'établissement de santé, il en est le reflet. L'objectif premier : faire disparaître l'aspect strict du médical et le stress générés dans les salles d'attente.



Préconisations



- Penser à mettre le téléviseur de la salle d'attente en mode sous-titrage et à couper le son, les personnes sourdes suivront le programme, ainsi que les autres personnes sans nuisances sonores.
- Prévoir un panneau d'annonces sur le fonctionnement des consultations bien placé et visible par tous.
- Veiller à ce que les affichages (disposition et taille) soient lisibles par tous.
- Les personnes sourdes et malentendantes n'entendent pas l'appel de leur nom. Un affichage de numéro d'appel, visible de tous les sièges de la salle d'attente est souhaitable.
- Idéalement, un vibreur commandé par une centrale et remis au patient lui permet de ne pas être en état de stress de crainte de ne pas entendre son nom.
- Contraster visuellement les sièges et tables basses avec le sol environnant.



Fiche 9

Sanitaires

WC ou cabinet d'aisances et lavabos

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 12

Dispositions relatives aux sanitaires

I. - Chaque niveau accessible, lorsque des sanitaires y sont prévus pour le public, doit comporter au moins un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées circulant en fauteuil roulant et comportant un lavabo accessible. Les cabinets d'aisances aménagés doivent être installés au même emplacement que les autres cabinets d'aisances lorsque ceux-ci sont regroupés. Lorsqu'il existe des cabinets d'aisances séparés pour chaque sexe, un cabinet d'aisances accessible séparé doit être aménagé pour chaque sexe. Les lavabos ou un lavabo au moins par groupe de lavabos doivent être accessibles aux personnes handicapées ainsi que les divers aménagements tels que notamment miroir, distributeur de savon, sèche-mains.

II. - Pour satisfaire aux exigences du I, les sanitaires ouverts au public doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Caractéristiques dimensionnelles :

un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées doit présenter les caractéristiques suivantes :

- comporter, en dehors du débattement de porte, un espace d'usage accessible à une personne en fauteuil roulant tel que défini à l'annexe 2, situé latéralement par rapport à la cuvette ;
- comporter un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2, situé à l'intérieur du cabinet ou, à défaut, en extérieur devant la porte.

2° Atteinte et usage :

un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées doit présenter les caractéristiques suivantes :

- il comporte un dispositif permettant de refermer la porte derrière soi une fois entré ;
- il comporte un lave-mains dont le plan supérieur est situé à une hauteur maximale de 0,85 m ;
- la surface d'assise de la cuvette doit être située à une hauteur comprise entre 0,45 m et 0,50 m du sol, abattant inclus, à l'exception des sanitaires destinés spécifiquement à l'usage d'enfants ;
- une barre d'appui latérale doit être prévue à côté de la cuvette, permettant le transfert d'une personne en fauteuil roulant et apportant une aide au relevage. La barre doit être située à une hauteur comprise entre 0,70 m et 0,80 m. Sa fixation ainsi que le support doivent permettre à un adulte de prendre appui de tout son poids.

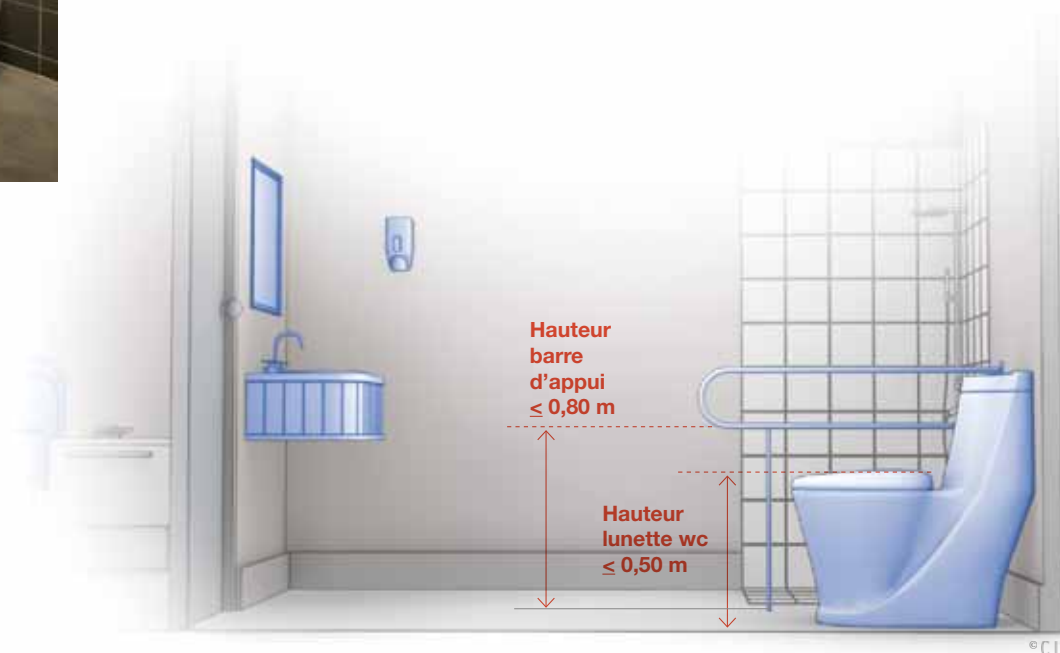
Un lavabo accessible doit présenter un vide en partie inférieure d'au moins 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur permettant le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant. Le choix de l'équipement ainsi que le choix et le positionnement de la robinetterie doivent permettre un usage complet du lavabo en position assise.

Lorsque des urinoirs sont disposés en batterie, ils doivent être positionnés à des hauteurs différentes.

Illustration



Des équipements ergo sanitaires sont indispensables pour le confort et la sécurité de l'utilisateur.



Préconisations



- Prévoir robinetterie et sèche-mains à déclenchement automatique.
- Les toilettes doivent être placées à proximité de l'accueil ou de la salle d'attente, elles doivent être signalées de façon claire.
- Prévoir des poignées de porte de couleur contrastée par rapport à la porte, en bec de canne avec extrémité retournée pour éviter que les vêtements amples ne s'y accrochent.
- Le sol ne doit être ni glissant, ni brillant à la lumière, les plinthes doivent avoir une couleur contrastée pour exprimer le volume de la pièce qui par nature n'est pas trop grand.
- L'espace de circulation ne doit pas être encombré à hauteur du visage notamment par des porte-manteaux, accessoires ergo sanitaires en saillie.
- Attention à la hauteur des porte-manteaux, en prévoir un en position

basse intermédiaire moins de 1,30 m, et un plus haut pour les valides ayant de longs manteaux.

- Le verrou doit être clairement visible depuis l'extérieur pour avertir de l'occupation, veiller à ce qu'il fonctionne bien.
- Les accessoires ergo sanitaires doivent être de couleur contrastée par rapport à leur support et disposés de manière standardisée pour éviter que les déficients visuels ne soient obligés de les chercher.
- D'une façon pratique, essayer d'équiper tous les sanitaires de la même façon, avec les mêmes emplacements pour les accessoires : distributeur de savon à droite du robinet du lavabo, patère sur la porte des WC par exemple, bouton-poussoir ou plaque poussoir de la chasse d'eau juste au-dessus de la cuvette, support balai déboîtable fixé au mur de préférence à droite de

la cuvette quand on y fait face, distributeur de papier hygiénique du même côté que le support du balai. Préférer les chasses d'eau automatiques.

- Préférer l'éclairage automatique volumétrique (200 lux) uniforme, ne provoquant pas d'éblouissement au-dessus du miroir qui doit être inclinable pour permettre une approche du visage, et à hauteur réglementaire pour les personnes en fauteuil ou de petite taille.
- La personne doit pouvoir utiliser les équipements disponibles (simplicité d'usage).
- Éviter un éclairage par minuterie ou détecteur dans les toilettes.
- La personne doit pouvoir fermer simplement la porte des toilettes.
- Prévoir flash lumineux et signal sonore d'alerte incendie.

Fiche 10

Portes et sas

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 6

Dispositions relatives aux portes, portiques et sas

I. - Toutes les portes situées sur les cheminements doivent permettre le passage des personnes handicapées et pouvoir être manœuvrées par des personnes ayant des capacités physiques réduites, y compris en cas de système d'ouverture complexe. Les portes comportant une partie vitrée importante doivent pouvoir être repérées par les personnes malvoyantes de toutes tailles et ne pas créer de gêne visuelle. Les portes battantes et les portes automatiques doivent pouvoir être utilisées sans danger par les personnes handicapées.

Les sas doivent permettre le passage et la manœuvre des portes pour les personnes handicapées.

Toutefois, lorsqu'un dispositif rendu nécessaire du fait de contraintes liées notamment à la sécurité ou à la sûreté s'avère incompatible avec les contraintes liées à un handicap ou à l'utilisation d'une aide technique, notamment dans le cas de portes à tambour, tourniquets ou sas cylindriques, une porte adaptée doit pouvoir être utilisée à proximité de ce dispositif.

II. - Pour satisfaire aux exigences du I, les portes et sas doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Caractéristiques dimensionnelles :

les portes principales desservant des locaux ou zones pouvant recevoir 100 personnes ou plus doivent avoir une largeur minimale de 1,40 m. Si les portes sont composées de plusieurs vantaux, la largeur minimale du vantail couramment utilisé doit être de 0,90 m.

Les portes principales desservant des locaux pouvant recevoir moins de 100 personnes doivent avoir une largeur minimale de 0,90 m.

Les portes des sanitaires, des douches et des cabines d'essayage ou de déshabillage non adaptés doivent avoir une largeur minimale de 0,80 m.

Les portiques de sécurité doivent avoir une largeur minimale de 0,80 m.

Un espace de manœuvre de porte dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2 est nécessaire devant chaque porte, à l'exception de celles ouvrant uniquement sur un escalier, et à l'exception des portes des sanitaires, douches et cabines d'essayage ou de déshabillage non adaptés.

Les sas doivent être tels que :

- à l'intérieur du sas, un espace de manœuvre de porte existe devant chaque porte, hors débattement éventuel de la porte non manœuvrée ;
- à l'extérieur du sas, un espace de manœuvre de porte existe devant chaque porte.

Les caractéristiques dimensionnelles de ces espaces sont définies à l'annexe 2.

2° Atteinte et usage :

les poignées de porte doivent être facilement préhensibles et manœuvrables en position « debout » comme « assis », ainsi que par une personne ayant des difficultés à saisir et à faire un geste de rotation du poignet.

L'extrémité des poignées des portes, à l'exception de celles ouvrant uniquement sur un escalier, et à l'exception des portes des sanitaires, douches et cabines d'essayage ou de déshabillage non adaptés, doit être située à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant.

Lorsqu'une porte est à ouverture automatique, la durée d'ouverture doit permettre le passage de personnes à mobilité réduite. Le système doit être conçu pour pouvoir détecter des personnes de toutes tailles.

Lorsqu'une porte comporte un système d'ouverture électrique, le déverrouillage doit être signalé par un signal sonore et lumineux.

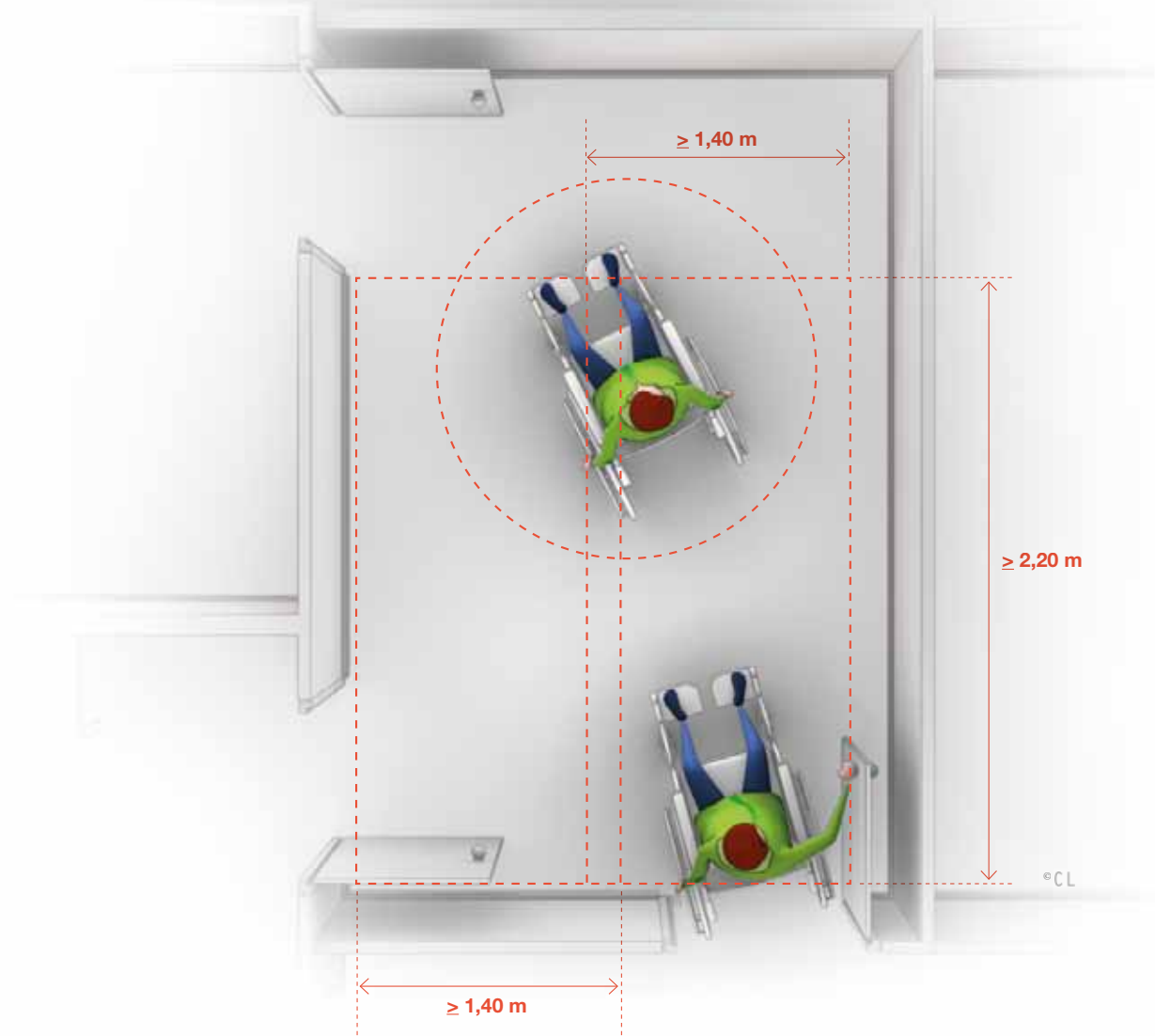
L'effort nécessaire pour ouvrir la porte doit être inférieur ou égal à 50 N, que la porte soit ou non équipée d'un dispositif de fermeture automatique.

En cas de dispositifs liés à la sécurité ou la sûreté de l'établissement ou de l'installation, les personnes mises en difficulté par ces dispositifs doivent pouvoir se signaler à l'accueil, repérer la porte adaptée et la franchir sans difficulté.

3° Sécurité d'usage :

les portes comportant une partie vitrée importante doivent être repérables ouvertes comme fermées à l'aide d'éléments visuels contrastés par rapport à l'environnement immédiat.

Illustration



Préconisations



- Sur chaque porte une petite signalétique « poussez » ou « tirez » dans le sens d'ouverture évite parfois des confusions sur la possibilité de pénétrer ou non dans un local. En cas d'urgence, c'est un accessoire très utile.
- La personne doit pouvoir manœuvrer la porte (simplicité, préhension).
- Il est nécessaire d'éviter les portes anxiogènes (exemple : porte à tambour).
- Pour les portes automatiques, il est nécessaire de prévoir un temps suffisant pour permettre le passage.
- Sas : prévoir un sas de préférence vitré et éviter un espace trop petit (espace confiné).
- Signaler le service se trouvant derrière la porte (pictogramme sur la porte).

Fiche 11

Couloir et circulation

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 6

Dispositions relatives aux circulations intérieures horizontales

Les circulations intérieures horizontales doivent être accessibles et sans danger pour les personnes handicapées. Les principaux éléments structurants du cheminement doivent être repérables par les personnes ayant une déficience visuelle. Les usagers handicapés doivent pouvoir accéder à l'ensemble des locaux ouverts au public et en ressortir de manière autonome. Les circulations intérieures horizontales doivent répondre aux exigences applicables au cheminement extérieur

accessible visées à l'article 2, à l'exception des dispositions concernant :

- l'aménagement d'espaces de manœuvre avec possibilité de demi-tour pour une personne circulant en fauteuil roulant ;
- le repérage et le guidage ;
- le passage libre sous les obstacles en hauteur, qui est réduit à 2 m dans les parcs de stationnement.

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 9

Dispositions relatives aux revêtements de sols, murs et plafonds

Les revêtements de sol et les équipements situés sur le sol des cheminements doivent être sûrs et permettre une circulation aisée des personnes handicapées. Sous réserve de la prise en compte de contraintes particulières liées à l'hygiène ou à l'ambiance hygrométrique des locaux, les revêtements de sols, murs et plafonds ne doivent pas créer de gêne visuelle ou sonore pour les personnes ayant une déficience sensorielle.

À cette fin, les dispositions suivantes doivent être respectées :

- qu'ils soient posés ou encastrés, les tapis fixes doivent présenter la dureté nécessaire pour ne pas gêner la progression d'un fauteuil roulant. Ils ne doivent pas créer de ressaut de plus de 2 cm ;
- les valeurs réglementaires de temps de réverbération et de surface équivalente de matériaux absorbants définies par les exigences acoustiques en vigueur doivent être respectées. Lorsqu'il n'existe pas de texte pour définir ces exigences, quel que soit le type d'établissement

concerné, l'aire d'absorption équivalente des revêtements et éléments absorbants doit représenter au moins 25 % de la surface au sol des espaces réservés à l'accueil et à l'attente du public ainsi que des salles de restauration.

L'aire d'absorption équivalente A d'un revêtement absorbant est donnée par la formule :

$$A = S \times w$$

où S désigne la surface du revêtement absorbant et w son indice d'évaluation de l'absorption, défini dans la norme NF EN ISO 11 654.

Illustration

Largeur minimum du couloir

1,40 m afin de faciliter le passage
de 2 fauteuils roulants.



Bien sûr, dans la circulation pas de marche, prévoir la rampe adaptée si changement de niveau. La circulation intérieure mène généralement à des zones compartimentées pour la sécurité. Alors pas de stockage, de chaise ou autre chariot qui gêneraient la vacuité des personnes.



Préconisations

- Si l'établissement est prévu pour accueillir une population âgée, la présence de tapis peut représenter un risque important de chute.
- Attention à ne pas encombrer les couloirs par des chaises, lits et autres objets.
- Ne pas utiliser les couloirs d'un établissement de santé pour le stockage de matériel (fauteuil roulant, chariot...).
- La règle fondamentale de 1,40 m de large doit être respectée. Aussi, si le stockage temporaire est nécessaire, veiller à régir le stationnement des matériels : tous d'un même côté, pour conserver un cheminement rectiligne.

Pas de stockage devant les portes de recoupement feu, ni devant les volets de désenfumage, et encore moins devant les portes donnant sur les escaliers ou locaux à risque particulier.

- Attention aux salles d'attente improvisées qui ont tendance à se multiplier dans certains couloirs d'unité, les chaises « volantes » sont de véritables pièges, un danger en cas d'évacuation qui peut blesser gravement les personnes, les faire trébucher, les empêcher de trouver la zone refuge. À proscrire formellement.



- Dans les espaces de circulation de lieux complexes, la signalétique joue un rôle important pour se repérer et se déplacer.
- Le cheminement doit être si possible intuitif.
- Insister sur l'importance du contraste (sol, mur, plafond, mobilier, portes).
- Le cheminement ne doit pas être anxiogène, glissant, réfléchissant et non-stable.
- Aucun obstacle dans les circulations.
- Sécuriser les passages difficiles.
- Installer une ambiance sonore et lumineuse confortable (éviter les transitions lumineuses brutales, les espaces trop sombres, les jeux de lumière, les bruits stridents, etc.).



► Fiche 12

Cabine de douche et de déshabillage

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 18

Dispositions supplémentaires relatives aux douches et cabines

I. - Lorsqu'il y a lieu à déshabillage ou essayage en cabine, au moins une cabine doit être aménagée et accessible par un cheminement praticable. Lorsqu'il existe des douches, au moins une douche doit être aménagée et accessible par un cheminement praticable. Les cabines et les douches aménagées doivent être installées au même emplacement que les autres cabines ou douches lorsque celles-ci sont regroupées. Lorsqu'il existe des cabines ou des douches séparées pour chaque sexe, au moins une cabine ou une douche aménagée et séparée pour chaque sexe doit être installée.

II. - Pour satisfaire aux exigences du I, les cabines aménagées dans les établissements et installations comportant des douches, des cabines d'essayage, d'habillage ou de déshabillage, doivent respecter les dispositions suivantes :

les cabines aménagées doivent comporter en dehors du débattement de porte éventuel :

- un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2 ;
- un équipement permettant de s'asseoir et de disposer d'un appui en position « debout ».

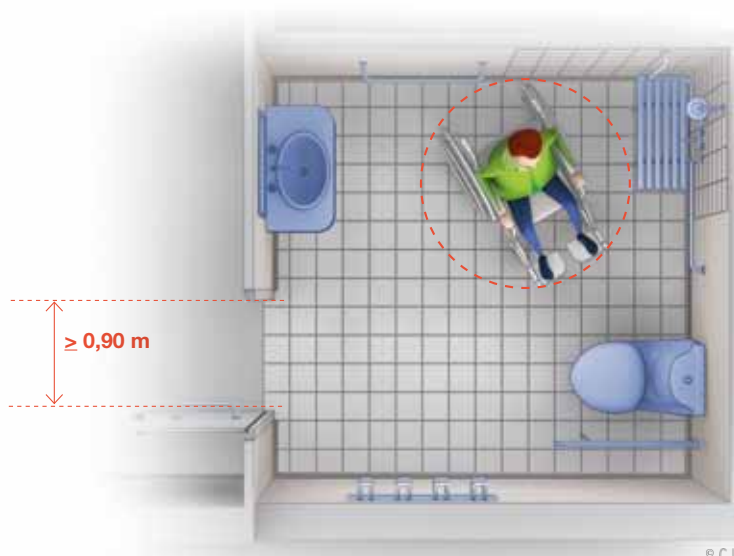
Les douches aménagées doivent comporter en dehors du débattement de porte éventuel :

- un siphon de sol ;
- un équipement permettant de s'asseoir et de disposer d'un appui en position « debout » ;
- un espace d'usage situé latéralement par rapport à cet équipement ;
- des équipements accessibles en position « assis », notamment des patères, robinetterie, sèche-cheveux, miroirs, dispositif de fermeture des portes.

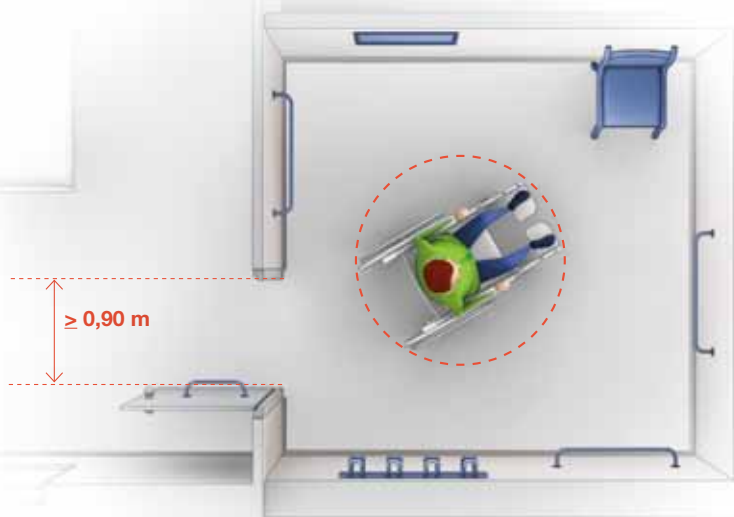
Illustration



Une cabine de déshabillage avec une porte de 0,90 m minimum pour le passage d'un fauteuil, un siège adapté, un point d'eau si possible, un sol antidérapant, des barres de maintien, des patères murales à la bonne hauteur (0,90 à 1,30 m). L'éclairage doit être suffisant. Contraste de couleur à assurer pour un bon repérage (murs-accessoires).



© CL



© CL



Préconisations

- Les douches devront permettre le passage d'un siège de douche à roulettes, sans obstacle au niveau du sol. En même temps, il serait idéal qu'une paroi sépare la douche des toilettes, pour éviter que le sol ne soit mouillé à l'extérieur de la douche et augmente le risque de chute.



- Contraster les éléments (murs, accessoires).



- La personne doit pouvoir manœuvrer la porte (simplicité, préhension et poids de la porte).
- Signaler le service se trouvant derrière la porte (pictogramme sur la porte).
- Simplicité d'usage des équipements disponibles.
- Pour éviter tout risque de brûlure, prévoir des mitigeurs thermostatiques (température limitée à 38°C).



► Fiche 13

Cabinet de consultation médicale

Conformément à l'article 18 de l'**ARRÊTÉ** du 1^{er} août 2006

Bonnes pratiques

L'exercice de la médecine en cabinet de consultation consiste à prendre en charge des patients en recherche de soins. Ainsi ceux-ci sont en attente d'un accueil rassurant, d'une prise en charge efficace et précise, d'un accès aux différents services aisé et sécurisé. Pour répondre à ces critères d'exigences légitimes, le cabinet de consultation doit être conçu de façon ergonomique pour anticiper tout problème inhérent à l'exercice de la médecine.

Cette architecture a un double objectif : accueillir le patient dans des conditions de confort d'usage et de sécurité, et permettre au médecin d'exercer efficacement ses consultations, tout en lui apportant les commodités usuelles pour ses gestes professionnels, pour lui éviter toute fatigue et tout stress générés.

L'agencement du cabinet et le choix des matériels vont avoir un impact essentiel pour la réussite de l'accueil du patient et les conditions de travail du praticien.

Cette alliance passe par une étude ergonomique, qui doit permettre un ensemble le plus fonctionnel possible.



Une table d'examen à hauteur variable, une sécurité pour le patient et son médecin.

Préconisations



- Porte d'accès au cabinet suffisamment large pour accueillir une personne en fauteuil (0,90 m minimum).
- Sol souple de préférence, pour le confort de marche, et la propreté d'hygiène.
- Acoustique de performance, pour la confidentialité des échanges.
- Cheminement non entravé entre le bureau et la table d'examen.
- Éclairage suffisant pour la pratique médicale, et la lecture des dossiers.
- Siège confortable, pour une station assise prolongée.
- Table d'examen à hauteur variable.
- Patère de déshabillage à la bonne hauteur : 0,90 à 1,30 m.



L'aménagement des bureaux

Principales données ergonomiques :

- Pour lutter contre les mauvaises postures qui sont un facteur important d'apparition de douleurs et de fatigue, préférer un fauteuil de bureau confort dos, pour prévenir les troubles musculo-squelettiques (TMS) et soulager ainsi le mal de dos quelle que soit la situation de travail.
- Pour aménager de façon optimale l'espace de travail se reporter à l'aide-mémoire destiné aux concepteurs de locaux de travail et aux utilisateurs afin de les aider à disposer de manière optimale le mobilier à leur poste de travail. ED 23 téléchargeable sur le site www.inrs.fr

- Une consultation de médecine dure en général 15 à 20 minutes. La bonne fonctionnalité du cabinet de consultation est donc bénéfique pour le patient et pour le praticien. En ne perdant pas de temps, le médecin est plus disponible pour l'ensemble de ses patients.
- Bureau du praticien ergo bureautique.

► Fiche 14

Ascenseur et monte malades

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 7

7.2 - Tous les ascenseurs doivent pouvoir être utilisés par les personnes handicapées. Les caractéristiques et la disposition des commandes extérieures et intérieures à la cabine doivent, notamment, permettre leur repérage et leur utilisation par ces personnes. Dans les ascenseurs, des dispositifs doivent permettre de prendre appui et de recevoir par des moyens adaptés les informations liées aux mouvements de la cabine, aux étages desservis et au système d'alarme.

À cette fin, les ascenseurs doivent être conformes à la norme NF EN 81-70 relative à l'« accessibilité aux ascenseurs pour toutes les personnes y compris les personnes avec handicap », ou à tout système équivalent permettant de satisfaire à ces mêmes exigences.

Un ascenseur est obligatoire :

1. si l'effectif admis aux étages supérieurs ou inférieurs atteint ou dépasse cinquante personnes ;
2. lorsque l'effectif admis aux étages supérieurs ou inférieurs n'atteint pas cinquante personnes et que certaines prestations ne peuvent être offertes au rez-de-chaussée.

Le seuil de cinquante personnes est porté à cent personnes pour les établissements d'enseignement.

Un appareil élévateur ne peut remplacer un ascenseur que si une dérogation est obtenue dans les conditions fixées à l'article R. 111-19-6. Dans ce cas, l'appareil élévateur doit être d'usage permanent et respecter les réglementations en vigueur.

Un escalier mécanique ou un plan incliné mécanique ne peut en aucun cas remplacer un ascenseur obligatoire.

Le numéro ou la dénomination de chaque étage desservi par un ascenseur est accessible sur chaque palier, à proximité de l'ascenseur, notamment par une signalétique en relief.



Boutons d'appel ergonomique, chiffres niveaux d'étages en relief, niveau sortie secours en sailli. Miroir de recul, indication sonore de chaque niveau, appel secours à portée de main.

Miroir



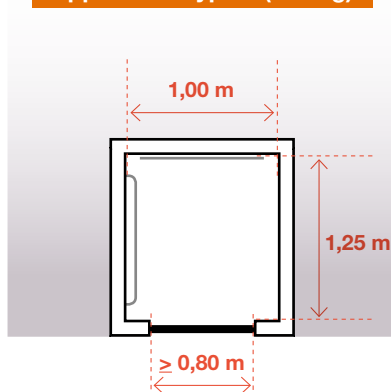
Illustration



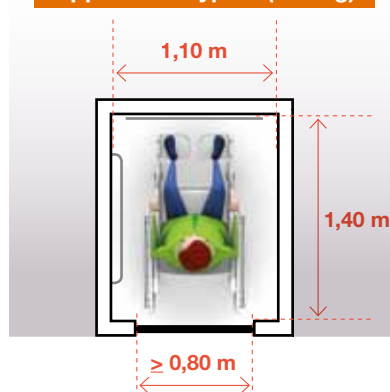
Console et main courante



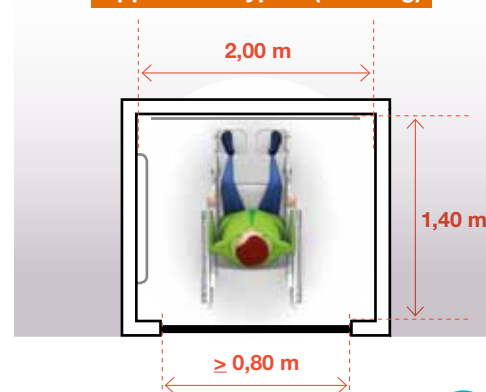
Appareil de type 1 (450 kg)



Appareil de type 2 (630 kg)



Appareil de type 3 (1 275 kg)



Préconisations



- Idéalement les boutons de l'ascenseur sont en relief et suffisamment espacés afin de faciliter leur préhension (bouton d'appel et boutons intérieurs).
- L'ascenseur doit pouvoir être pré-câblé pour être domotisé. S'il l'est, il doit pouvoir être pilotable par un système infrarouge (pour les monte-malades anciens modèles).
- Attention au seuil de l'ascenseur qui comporte souvent un espace dans lequel se coincent éventuellement les cannes...
- Dans la cabine une main courante est obligatoire, elle doit être contrastée avec l'ensemble.
- Le tableau de commande doit être bien éclairé, le bouton niveau 0 doit être bien visible en plus d'être en saillie par rapport aux autres, car c'est le niveau de la sortie.

- Prévoir un miroir de face pour permettre aux personnes en fauteuil de manœuvrer en marche arrière pour quitter la cabine (astuce : équiper d'un miroir inclinable pour ajuster la vision de recul).
- Chaque niveau de palier doit être identifié et visible quand la porte de la cabine s'ouvre et à côté de la platine d'appel.
- L'espace d'attente sécurisé doit être situé à proximité des cabines d'ascenseur.



- Les annonces sonores doivent être doublées par des messages visuels. Il en est de même pour le système d'alarme qui doit être à la fois visuel et sonores.
- La réception et l'émission des appels d'urgence doivent être accompagnées de signaux lumineux.



- La signalétique des étages doit se situer à l'intérieur et à l'extérieur de l'ascenseur pour ne pas rompre la chaîne de déplacement.
- L'ascenseur doit se situer à proximité des escaliers pour donner la possibilité à la personne de choisir.
- Prévoir une déclinaison des étages adéquats (exemple : ne pas utiliser rez-de-voirie pour signaler la sortie, ou entresol pour signaler une mezzanine, etc.).
- La personne doit pouvoir utiliser facilement le dispositif de communication disponible dans l'ascenseur en cas de difficultés.
- Pour faciliter le repérage et l'accès à l'information, prévoir une annonce sonore des étages dans l'ascenseur.

Fiche 15

Escaliers

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 7

Dispositions relatives aux circulations intérieures verticales

7.1 - Les circulations intérieures verticales doivent répondre aux dispositions suivantes :

toute dénivellation des circulations horizontales supérieure ou égale à 1,20 m détermine un niveau décalé considéré comme un étage. Lorsque le bâtiment comporte un ascenseur, tous les étages comportant des locaux ouverts au public doivent être desservis. Lorsque l'ascenseur, l'escalier ou l'équipement mobile n'est pas visible depuis l'entrée ou le hall du niveau principal d'accès au bâtiment, il doit y être repéré par une signalisation adaptée répondant aux exigences définies à l'annexe 3. Lorsqu'il existe plusieurs ascenseurs, escaliers ou équipements desservant de façon sélective les différents niveaux, cette signalisation doit aider l'usager à choisir l'ascenseur, l'escalier ou l'équipement mobile qui lui convient. Pour les ascenseurs, cette information doit figurer également à proximité des commandes d'appel.

I. - Les escaliers doivent pouvoir être utilisés en sécurité par les personnes handicapées y compris lorsqu'une aide appropriée est nécessaire. La sécurité des personnes doit être assurée par des aménagements ou équipements facilitant notamment le repérage des obstacles et l'équilibre tout au long de l'escalier.

II. - À cette fin, les escaliers ouverts au public dans des conditions normales de fonctionnement doivent répondre aux dispositions suivantes, que le bâtiment comporte ou non un ascenseur :

1° Caractéristiques dimensionnelles :

La largeur minimale entre mains courantes doit être de 1,20 m.

Les marches doivent répondre aux exigences suivantes :

- hauteur inférieure ou égale à 16 cm ;
- largeur du giron supérieure ou égale à 28 cm.

2° Sécurité d'usage :

en haut de l'escalier, un revêtement de sol doit permettre l'éveil de la vigilance à une distance de 0,50 m de la première marche grâce à un contraste visuel et tactile. La première et la dernière marche doivent être pourvues d'une contremarche d'une hauteur minimale de 0,10 m, visuellement contrastée par rapport à la marche.

Les nez-de-marches doivent répondre aux exigences suivantes :

- être contrastés visuellement par rapport au reste de l'escalier ;
- être non glissants ;
- ne pas présenter de débord excessif par rapport à la contremarche.

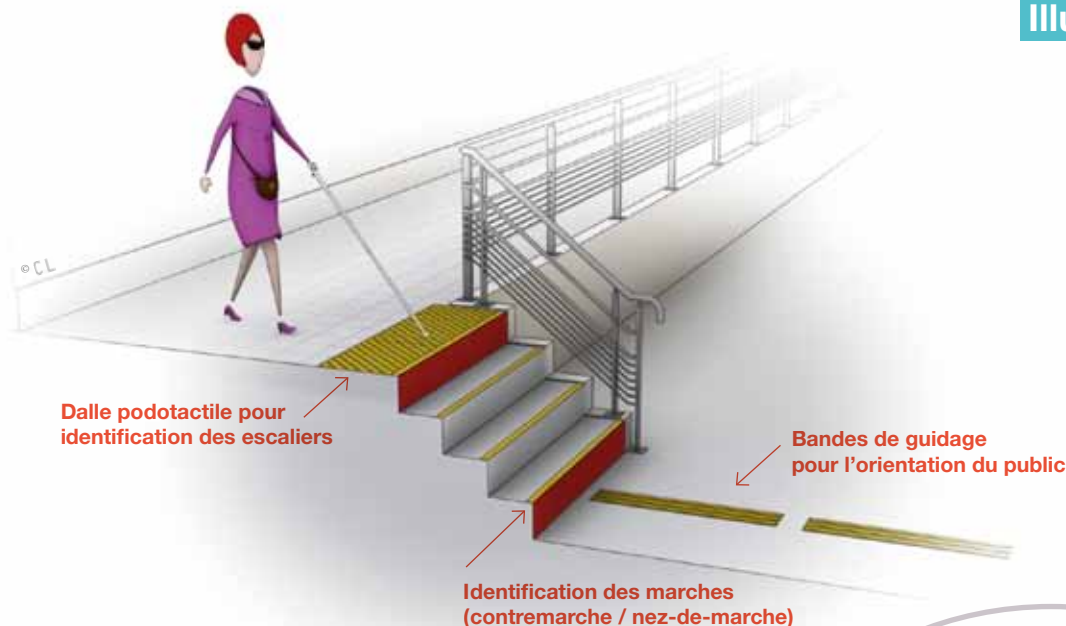
L'escalier doit comporter un dispositif d'éclairage répondant aux exigences définies à l'article 14.

3° Atteinte et usage :

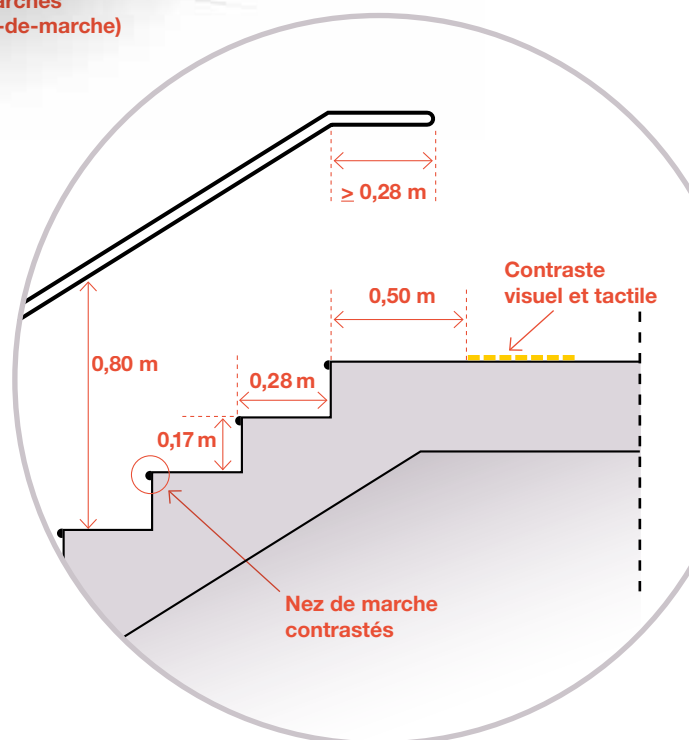
l'escalier, quelle que soit sa conception, doit comporter une main courante de chaque côté. Toute main courante doit répondre aux exigences suivantes :

- être située à une hauteur comprise entre 0,80 m et 1,00 m. Toutefois, lorsqu'un garde-corps tient lieu de main courante, celle-ci devra être située pour des motifs de sécurité à la hauteur minimale requise pour le garde-corps ;
- se prolonger horizontalement de la longueur d'une marche au-delà de la première et de la dernière marche de chaque volée sans pour autant créer d'obstacle au niveau des circulations horizontales ;
- être continue, rigide et facilement préhensible ;
- être différenciée de la paroi support grâce à un éclairage particulier ou à un contraste visuel.

Illustration



Un escalier avec une bande d'éveil et de vigilance à 50 cm de la première marche. Un visuel sur la première et la dernière marche. Des mains courantes de couleur contrastée avec le mur. Un prolongement de la main courante d'une marche en partie haute et basse de l'escalier.



Préconisations

- Idéalement les mains courantes sont placées de part et d'autre des escaliers afin d'avoir une préhension à la montée et à la descente.
- Chaque niveau de palier doit être clairement identifié sur la porte face entrante.



- Installer un flash lumineux et un signal sonore d'alarme incendie.



- Poser une bande d'éveil de vigilance devant chaque volée d'escalier, prévoir manchon braille et gros caractères sur la partie horizontale de la main courante pour indiquer l'étage où l'on se situe.

Fiche 16

Chambre d'hospitalisation

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 17

Dispositions supplémentaires relatives aux établissements comportant des locaux d'hébergement

I. - Tout établissement disposant de locaux d'hébergement pour le public doit comporter des chambres aménagées et accessibles de manière à pouvoir être occupées par des personnes handicapées.

Lorsque ces chambres comportent une salle d'eau, celle-ci doit être aménagée et accessible. Si ces chambres ne comportent pas de salle d'eau et s'il existe au moins une salle d'eau d'étage, elle doit être aménagée et être accessible de ces chambres par un cheminement praticable.

Lorsque ces chambres comportent un cabinet d'aisances, celui-ci doit être aménagé et accessible. Si ces chambres ne comportent pas de cabinet d'aisances, un cabinet d'aisances indépendant et accessible de ces chambres par un cheminement praticable doit être aménagé à cet étage.

II. - Pour satisfaire aux exigences du I, les établissements comportant des locaux d'hébergement pour le public, notamment les établissements d'hébergement hôtelier ainsi que tous les établissements comportant des locaux à sommeil, notamment les hôpitaux et les internats, doivent comporter des chambres adaptées aux personnes en fauteuil roulant, répondant aux dispositions suivantes :

1° Nombre :

le nombre minimal de chambres adaptées est défini de la façon suivante :

- 1 chambre si l'établissement ne comporte pas plus de 20 chambres ;
- 2 chambres si l'établissement ne compte pas plus de 50 chambres ;
- 1 chambre supplémentaire par tranche ou fraction de 50 chambres supplémentaire au-delà de 50 ;
- pour les établissements d'hébergement de personnes âgées ou de personnes présentant un handicap moteur, l'ensemble des chambres ou logements, salles d'eau, douches et WC doivent être adaptés.

Les chambres adaptées sont réparties entre les différents niveaux desservis par ascenseur.

2° Caractéristiques dimensionnelles :

une chambre adaptée doit comporter en dehors du débatement de porte éventuel et de l'emprise d'un lit de 1,40 m x 1,90 m :

- un espace libre d'au moins 1,50 m de diamètre ;
- un passage d'au moins 0,90 m sur les deux grands côtés du lit et un passage d'au moins 1,20 m sur le petit côté libre du lit, ou un passage d'au moins 1,20 m sur les deux grands côtés du lit et un passage d'au moins 0,90 m sur le petit côté libre du lit.

Dans les établissements où les règles d'occupation ne prévoient qu'une personne par chambre ou couchage, le lit à prendre en compte est de dimensions 0,90 m x 1,90 m.

Lorsque le lit est fixé au sol, le plan de couchage doit être situé à une hauteur comprise entre 0,40 m et 0,50 m du sol.

Le cabinet de toilette intégré à la chambre ou l'une au moins des salles d'eau à usage collectif situées à l'étage doit comporter :

- une douche accessible équipée de barres d'appui ;
- en dehors du débatement de porte et des équipements fixes, un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2.

Le cabinet d'aisances intégré à la chambre ou l'un au moins des cabinets d'aisances à usage collectif situés à l'étage doit offrir dès la livraison, en dehors du débatement de porte, un espace d'usage accessible à une personne en fauteuil roulant tel que défini à l'annexe 2, situé latéralement par rapport à la cuvette. Ce cabinet est équipé d'une barre d'appui latérale permettant le transfert de la personne depuis le fauteuil vers la cuvette et réciproquement. La barre doit être située à une hauteur comprise entre 0,70 m et 0,80 m. Sa fixation ainsi que le support doivent permettre à un adulte de prendre appui de tout son poids.

III. - Toutes les chambres doivent répondre aux dispositions suivantes :

Une prise de courant au moins doit être située à proximité d'un lit et, pour les établissements disposant d'un réseau de téléphonie interne, une prise téléphonique doit être reliée à ce réseau.

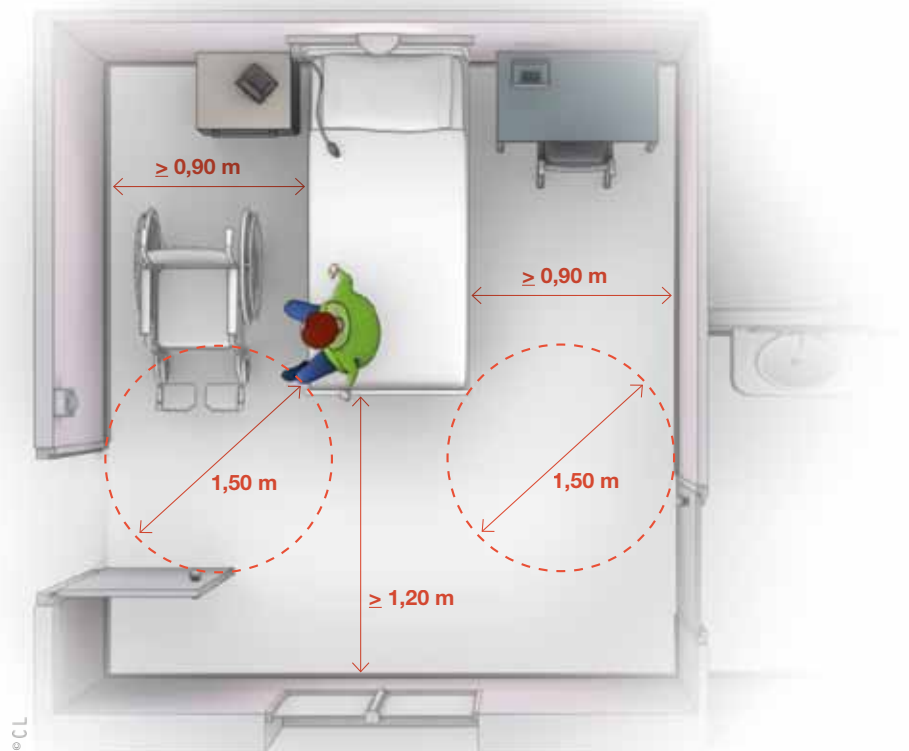
Le numéro de chaque chambre figure en relief sur la porte.

Illustration

Aires de rotation



Une chambre où un fauteuil roulant peut aller et venir autour du lit et des accessoires (chaise, table, chevet). L'accès à la salle de bains est facile et sécurisé. La domotique a évolué, les multiples services sont facilités par les télécommandes.



Préconisations

- La personne doit pouvoir utiliser l'ensemble des équipements disponibles (télévision, éclairage, alarme, téléphone) : simplicité d'usage.



- Veiller au contraste entre le mobilier et la chambre (mur, sol et plafond). Pour les téléviseurs faire attention que la personne déficiente visuelle ne puisse pas heurter sa tête contre le téléviseur et afficher de façon très lisible dans la chambre le mode d'emploi pour mettre le téléviseur en audiodescription et le sous-titrage.



- Les patients porteurs d'implant cochléaire ont besoin d'une prise secteur facilement accessible pour brancher leur chargeur de batterie ainsi que leur téléphone portable, car ils communiquent par SMS.
- L'alarme sonore doit être doublée par une alarme visuelle.
- Proposer aux patients un téléviseur équipé de fonctionnalité télétexte. Activer le sous-titrage dans les espaces collectifs. Dans les chambres, prévoyez des notices simplifiées indiquant comment activer le sous-titrage et l'audiodescription. (Article 20 de l'arrêté du 8 décembre 2014)



Fiche 17

Domotique et équipements de chambre

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 11

Dispositions relatives aux locaux ouverts au public, aux équipements et dispositifs de commande d'hébergement

I. - Les usagers handicapés doivent pouvoir accéder à l'ensemble des locaux ouverts au public et en ressortir de manière autonome. Les équipements, le mobilier, les dispositifs de commande et de service situés dans les établissements recevant du public ou dans les installations ouvertes au public doivent pouvoir être repérés, atteints et utilisés par les personnes handicapées. La disposition des équipements ne doit pas créer d'obstacle ou de danger pour les personnes ayant une déficience visuelle. Lorsque plusieurs équipements ou éléments de mobilier ayant la même fonction sont mis à la disposition du public, un au moins par groupe d'équipements ou d'éléments de mobilier doit pouvoir être repéré, atteint et utilisé par les personnes handicapées. Dans le cas d'équipements soumis à des horaires de fonctionnement, l'équipement adapté doit fonctionner en priorité.

II. - Pour satisfaire aux exigences du I, les équipements, le mobilier ainsi que les dispositifs de commande, de service et d'information fixes destinés au public, qu'ils soient situés à l'intérieur ou à l'extérieur, doivent respecter les dispositions suivantes :

1° Repérage :

Les équipements et le mobilier doivent être repérables grâce notamment à un éclairage particulier ou à un contraste visuel.

Les dispositifs de commande doivent être repérables par un contraste visuel ou tactile.

2° Atteinte et usage :

Au droit de tout équipement, mobilier, dispositif de commande et de service, doit exister un espace d'usage dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2.

Un équipement ou un élément de mobilier au moins par groupe d'équipements ou d'éléments de mobilier doit être utilisable par une personne en position « debout » comme en position « assis ».

Pour être utilisable en position « assis », un équipement ou élément de mobilier doit présenter les caractéristiques suivantes :

a) Hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m :

- pour une commande manuelle ;
- lorsque l'utilisation de l'équipement nécessite de voir, lire, entendre, parler.

b) Hauteur maximale de 0,80 m et vide en partie inférieure d'au moins 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur permettant le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant, lorsqu'un élément de mobilier permet de lire un document, écrire, utiliser un clavier.

Dans le cas de guichets d'information ou de vente manuelle, lorsque la communication avec le personnel est sonorisée, le dispositif de sonorisation doit être équipé d'un système de transmission du signal acoustique par induction magnétique signalé par un pictogramme.

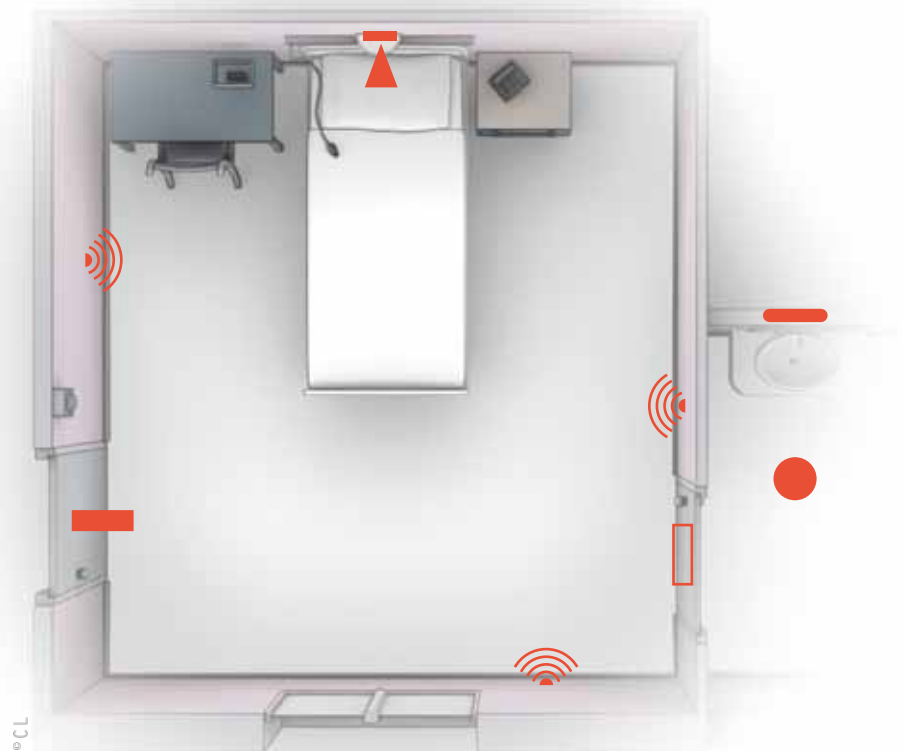
Les éléments de signalisation et d'information doivent répondre aux exigences définies à l'annexe 3.

Lorsqu'il existe un ou plusieurs points d'affichage instantané, toute information sonore doit pouvoir être doublée par une information visuelle sur ce support.

Illustration



De plus en plus l'écran multi fonction équipe les chambres d'hospitalisation, commande du lit à hauteur variable, appel malade avec interphone vers le local infirmier, commande des volets, télévision, Internet, messagerie, chauffage, rafraîchissement...



Localisation des installations



Détecteur infrarouge installé à 30 cm du sol



Hublot de signalisation intégré à l'applique



Hublot de signalisation au-dessus de la porte des sanitaires



Détecteur faux-plafond infrarouge + ultrasonique TBTS



Contrôleur faux-plafond



Luminaire sanitaires

(Voir explications sur la domotique pages 70-71.)



Préconisations



- Idéalement les éléments suivants de la chambre (porte, volets roulants, éclairage, appel malade) sont préalablement motorisés et sont commandables par infrarouge afin de pouvoir être pilotés à l'aide d'un contrôle d'environnement.

Rappel sur la domotique

Le mot « domotique » vient de la contraction du mot latin *domus* la maison et tique d'après informatique.

Est regroupé sous cette appellation l'ensemble des technologies de l'électronique, de l'informatique et des télécommunications appliquées à la gestion d'une habitation.

La domotique vise à assurer des fonctions de sécurité, de surveillance, de confort, de gestion d'énergie ou encore de communication, de contrôle et d'automatisation de l'environnement.

La domotique s'inscrit aujourd'hui comme un dispositif majeur à l'amélioration de l'accueil des patients à l'hôpital en répondant à des exigences de sécurité, de confort mais aussi de confidentialité et d'indépendance. De même, la domotique, sans jamais éliminer l'intervention humaine auprès des malades, permet de redessiner l'activité des personnels soignants en optimisant leur intervention (allègement de tâches répétitives au chevet du patient, brancardage, etc.).

Les bénéfices pour chacun

Au-delà du confort apporté à l'utilisateur, la domotique constitue pour la personne en situation de handicap un formidable outil de compensation de ses incapacités motrices et lui permet de recouvrir une certaine indépendance dans une multitude de petits gestes du quotidien (circuler librement, éteindre et allumer la lumière, changer les chaînes de la télévision, utiliser le téléphone, utiliser les systèmes d'appel infirmier...). Or nous le savons, ces petits gestes sont souvent source de tensions quand ils nécessitent l'intervention systématique d'un tiers.

Les dispositifs domotisés à l'hôpital rendent ainsi une certaine liberté d'action à la personne handicapée. Ils lui permettent également d'entrevoir les possibilités que lui offre la domotique et d'investir plus activement son projet de réadaptation et de retour à domicile.

Du point de vue du personnel, la domotique permet de réorganiser le travail des soignants et des médico-techniques en les allégeant de toute l'assistance prodiguée de façon récurrente concernant le contrôle de l'environnement et les déplacements du patient.

La charge d'assistance ainsi diminuée leur permet de se consacrer pleinement aux gestes techniques et de mobiliser leur attention sur une qualité d'écoute et relationnelle appropriée aux besoins de chaque patient.

Principe de fonctionnement d'un dispositif domotisé

Le principe consiste à permettre à l'utilisateur de commander un effecteur à distance au moyen d'une interface homme-machine (IHM) adaptée à ses capacités motrices et cognitives.

Un système domotisé se compose donc :

• d'une interface homme-machine (IHM) de commande :

Il s'agit d'une télécommande universelle qui va émettre des ordres de commande à tous les effecteurs du système. Cette télécommande est habituellement nommée téléthèse ou contrôle d'environnement. Elle peut décoder des codes infrarouges et ensuite les restituer. Une dizaine de téléthèses existent aujourd'hui sur le marché. Elles présentent des caractéristiques techniques et de paramétrages différents afin de répondre spécifiquement aux exigences des usagers. En effet, une caractéristique essentielle d'une téléthèse réside dans son accessibilité de commande.

Cette dernière peut se faire :

- par appui direct sur les touches ou l'écran tactile,
- par contacteur (appui, souffle, ...) en mode défilement (menu déroulant ou diodes),
- à la voix,
- par le joystick du fauteuil roulant,
- grâce à un ordinateur.

C'est essentiellement sur cette caractéristique d'accessibilité de la commande que la domotique s'inscrit comme un dispositif incontournable d'amélioration de l'accueil de nos patients en leur proposant des outils adaptés à leurs capacités motrices.

Cela inclut, bien évidemment, l'usage de supports adaptés pour l'installation des téléthèses au lit et/ou au fauteuil roulant.

• d'un système de transmission :

il existe différents protocoles de transmission du message depuis la téléthèse à l'effecteur.

- L'infrarouge (IR) :
rayon lumineux caractérisé par une longueur d'onde spécifique.
Il permet une commande directe des appareils munis de récepteurs IR comme la télévision, la chaîne hi-fi, le magnétoscope, le lecteur de DVD, le téléphone infrarouge...
Il ne franchit pas les obstacles.
Les téléthèses envoient presque exclusivement de l'infrarouge.
- La radio :
ondes radioélectriques dont la principale caractéristique est de franchir les obstacles (cela peut être contraignant en institution).
Elles ne peuvent pas être décodées par une téléthèse.
- Le courant porteur :
protocole de communication utilise le réseau électrique existant sans aucun câblage supplémentaire.
Il commande les appareils branchés sur le secteur en mode « on/off », comme les luminaires, les appareils électriques, les volets, etc.

- Le bus (Bite Unit System) : système de communication numérique partagé entre plusieurs composants. Installation électrique indépendante de celle véhiculant l'énergie.
- Des effecteurs : nous distinguons alors :
 - les dispositifs munis d'une réception infrarouge dès la fabrication (télévision, chaîne hi-fi, lecteur DVD, téléphone) spécifiquement équipés d'une cellule infrarouge ;
 - les dispositifs motorisés (ou que l'on motorise) et auxquels on ajoute une réception infrarouge afin de les intégrer à l'installation (volet roulant, fenêtre, porte, ascenseur, lit) ;
 - les dispositifs branchés sur le courant porteur que l'on commande en « marche/arrêt » via une centrale domotique qui traduit les commandes infrarouges reçues des récepteurs installés dans la pièce (éclairage, prise électrique) ;
 - les dispositifs équipés d'un thermostat réglable par IR (climatisation, chauffage, etc.).

Les fonctions à commander à l'hôpital

Certes les besoins de nos patients peuvent diverger selon leurs capacités motrices résiduelles, mais il est important d'envisager les installations domotisées comme un outil profitable à tous, personnel soignant compris.

Ainsi, les éléments qui paraissent aujourd'hui incontournables sont les suivants. Ces différents besoins ne sont pas classés par ordre de priorité. Néanmoins, nous différencions les éléments à prendre en compte dès la rénovation du bâti des éléments qui sont domotisables *a posteriori* sans intervention sur les bâtiments.

Éléments à prendre en compte dès la rénovation du bâti :

- porte de la chambre,
- appel infirmier (ou sonnette),
- éclairage,
- prises de courant commandées,
- volets roulants,
- portes d'accès sur l'extérieur ou parties communes (salle de rééducation, foyer, cafétéria...),
- ascenseurs.

Éléments qui sont domotisables *a posteriori* sans intervention sur les bâtiments :

- positions du lit,
- appareils hi-fi : télévision, lecteur DVD ou magnéto-copie, radio,
- téléphone.

Les intervenants autour du système domotisé

La pérennisation d'installations domotisées au service du patient ne saurait se faire sans l'implication de plusieurs intervenants « clés » officiant en étroite collaboration.

Ainsi, les personnels médico-techniques ont la charge :

- de l'évaluation et la préconisation de la téléthèse et du mode de commande,
- de la programmation des codes IR et du paramétrage de la téléthèse,
- de l'installation ergonomique de la téléthèse au lit et/ou au fauteuil du patient.

Par ailleurs, le personnel technique doit pouvoir :

- diagnostiquer une panne,
- intervenir sur le dispositif pour assurer l'entretien.

Cela implique, à l'origine du projet, d'inclure un temps formation du personnel dans la prestation de l'installateur en domotique et sans doute de prévoir une clause de maintenance.

Il conviendra bien évidemment, sur site, de nommer des référents pour chacun des corps de métiers intervenants sur les installations domotisées. Ces derniers, afin d'optimiser leur intervention, devront posséder les documents et référentiels nécessaires à la bonne gestion du dispositif.

Conclusion

La domotique s'envisage aujourd'hui comme un dispositif de confort et de compensation incontournable pour l'accueil des patients à l'hôpital.

Un recensement complet de la situation de handicap rencontrée par la population hospitalisée permettra aux ergothérapeutes de déterminer les besoins de cette dernière en domotique et de préconiser un choix adapté concernant les téléthèses et les fonctions à commander.

En parallèle, les services techniques de l'hôpital auront la charge de la sélection des éléments techniques en collaboration avec les installateurs en domotique.

► Fiche 18

Salle de bains ergo sanitaire

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 18

Dispositions supplémentaires relatives aux douches et cabines

I. - Lorsqu'il y a lieu à déshabillage ou essayage en cabine, au moins une cabine doit être aménagée et accessible par un cheminement praticable. Lorsqu'il existe des douches, au moins une douche doit être aménagée et accessible par un cheminement praticable. Les cabines et les douches aménagées doivent être installées au même emplacement que les autres cabines ou douches lorsque celles-ci sont regroupées. Lorsqu'il existe des cabines ou des douches séparées pour chaque sexe, au moins une cabine ou une douche aménagée et séparée pour chaque sexe doit être installée.

II. - Pour satisfaire aux exigences du I, les cabines aménagées dans les établissements et installations comportant des douches, des cabines d'essayage, d'habillage ou de déshabillage, doivent respecter les dispositions suivantes :

les cabines aménagées doivent comporter en dehors du débatement de porte éventuel :

- un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2 ;
- un équipement permettant de s'asseoir et de disposer d'un appui en position debout.

Les douches aménagées doivent comporter en dehors du débatement de porte éventuel :

- un siphon de sol ;
- un équipement permettant de s'asseoir et de disposer d'un appui en position debout ;
- un espace d'usage situé latéralement par rapport à cet équipement ;
- des équipements accessibles en position assise, notamment des patères, robinetterie, sèche-cheveux, miroirs, dispositif de fermeture des portes.

Illustration



Une salle de bains ou dite de douche est un lieu intime, qui doit être sécurisé, car bon nombre d'accidents sont provoqués par des chutes de personne : sol antidérapant, écoulement des eaux de sol rapide (pente avec siphon de sol fonctionnel). L'ergonomie est un critère primordial : respect de la hauteur d'usage, barre murale disposée à bon escient. Contraste de couleur à assurer pour un bon repérage des accessoires.



Préconisations

- Contraster les éléments ainsi que les prises de courant et les interrupteurs.



- Prévoir un appel malade flash lumineux et un signal sonore d'alarme incendie.





Fiche 19

Salle polyvalente

Salon et salle d'animation

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 16

Dispositions supplémentaires relatives aux établissements recevant du public assis

I. - Tout établissement ou installation accueillant du public assis doit pouvoir recevoir des personnes handicapées dans les mêmes conditions d'accès et d'utilisation que celles offertes aux personnes valides. À cet effet, des emplacements accessibles par un cheminement praticable sont aménagés. Dans les restaurants ainsi que dans les salles à usage polyvalent ne comportant pas d'aménagements spécifiques, ces emplacements doivent pouvoir être dégagés lors de l'arrivée des personnes handicapées. Le nombre, les caractéristiques et la disposition de ces emplacements sont définis en fonction du nombre total de places offertes.

II. - Pour satisfaire aux exigences du I, les emplacements accessibles aux personnes en fauteuil roulant dans les établissements et installations recevant du public assis doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Nombre :

Le nombre d'emplacements accessibles est d'au moins 2 jusqu'à 50 places et d'un emplacement supplémentaire par tranche ou fraction de 50 places en sus. Au-delà de 1 000 places, le nombre d'emplacements accessibles, qui ne saurait être inférieur à 20, est fixé par arrêté municipal.

2° Caractéristiques dimensionnelles :

Chaque emplacement accessible doit correspondre à un espace d'usage dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2.

Le cheminement d'accès à ces emplacements doit présenter les mêmes caractéristiques que les circulations intérieures.

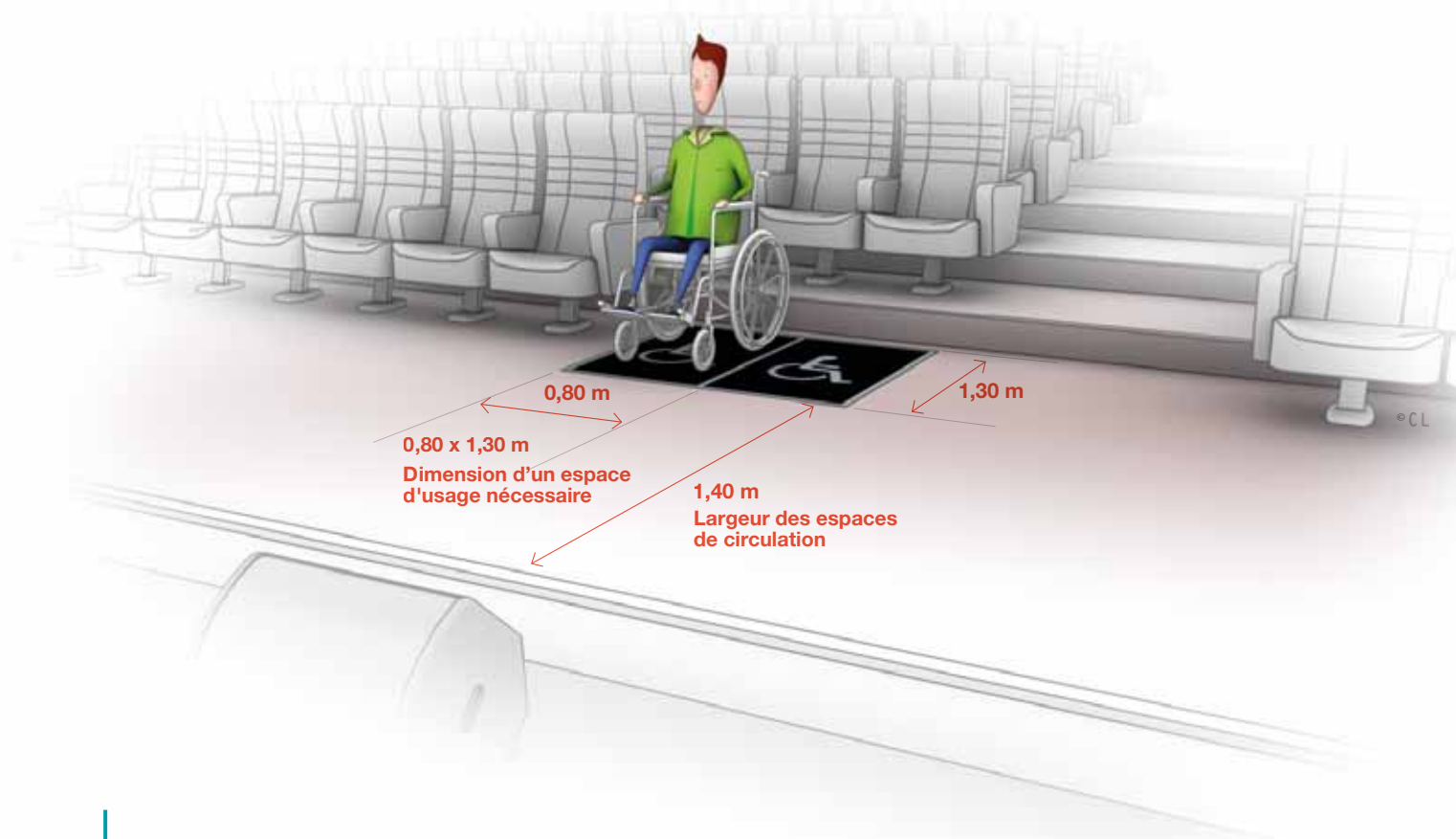
En ce qui concerne les enceintes sportives, les emmarchements des gradins et les gradins des tribunes ne sont pas considérés comme des circulations intérieures verticales ou horizontales au sens du présent arrêté.

3° Répartition :

Lorsque plusieurs places s'imposent et que la nature des prestations offertes par l'établissement présente des différences importantes selon l'endroit où le public est admis, les places adaptées doivent être réparties en fonction des différentes catégories de places offertes au public.

Illustration

Emplacement accessible



Qu'elle soit salle de réunion, de spectacle ou polyvalente, l'espace sera aéré permettant la mise en station de fauteuils roulants, le cheminement doit être dégagé vers les issues de secours, l'éclairage suffisamment adapté aux différents types de configuration des manifestations organisées, selon les règles établies de la sécurité des personnes et la sauvegarde des biens. Une boucle magnétique équipe dorénavant les salles réunissant plusieurs personnes.



- Contraster le mobilier avec le sol environnant.



- Prévoir un flash lumineux et un signal sonore d'alerte incendie.

Préconisations



- La salle doit être équipée d'une sonorisation accessible aux personnes sourdes et malentendantes appareillées : une boucle magnétique (norme EN 60 118-4) couvrant tout ou partie de la salle.
- En conformité avec les recommandations d'hygiène et de sécurité, on veillera à limiter au maximum les grandes surfaces réverbérant le son, qui crée un environnement acoustique défavorable pour les personnes sourdes et malentendantes.



► Fiche 20

Lumière intérieure et extérieure

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 14

Dispositions relatives à l'éclairage

La qualité de l'éclairage, artificiel ou naturel, des circulations intérieures et extérieures doit être telle que l'ensemble du cheminement est traité sans créer de gêne visuelle. Les parties du cheminement qui peuvent être source de perte d'équilibre pour les personnes handicapées, les dispositifs d'accès et les informations fournies par la signalétique font l'objet d'une qualité d'éclairage renforcée.

À cette fin, le dispositif d'éclairage artificiel doit répondre aux dispositions suivantes :

il doit permettre d'assurer des valeurs d'éclairage mesurées au sol d'au moins :

- 20 lux en tout point du cheminement extérieur accessible ;
- 200 lux au droit des postes d'accueil ;
- 100 lux en tout point des circulations intérieures horizontales ;
- 150 lux en tout point de chaque escalier et équipement mobile ;
- 50 lux en tout point des circulations piétonnes des parcs de stationnement ;
- 20 lux en tout autre point des parcs de stationnement.

Lorsque la durée de fonctionnement d'un système d'éclairage est temporisée, l'extinction doit être progressive. Dans le cas d'un fonctionnement par détection de présence, la détection doit couvrir l'ensemble de l'espace concerné et deux zones de détection successives doivent obligatoirement se chevaucher.

La mise en œuvre des points lumineux doit éviter tout effet d'éblouissement direct des usagers en position debout comme assise ou de reflet sur la signalétique.

Niveaux d'intensité lumineuse recommandés

Type d'emménagement	Intensité minimale en lux	Intensité recommandée en lux
Extérieur :		
- chemin d'accès	50	200
- escaliers et rampes	100	200
- portes	100	200
Vestibule ou hall d'entrée :		
- éclairage général	100	200
- éclairage dirigé	200	400
Coursives :		
- éclairage général	100	200
- éclairage dirigé	150	300
Escaliers :		
- éclairage général	200	400
- éclairage dirigé (marches et paliers)	300	600
Ascenseur :		
- éclairage général à l'intérieur de la cabine	200	400
- éclairage dirigé (panneaux de commande)	200	400
- éclairage général des paliers	200	400
Cabine :		
- éclairage général	300	600
- éclairage dirigé (bureau)	500	1000

En règle générale, toujours privilégier l'éclairage naturel, trouver la bonne mesure d'éclairement pour veiller à ne pas éblouir, ni provoquer la fatigue des yeux.

**Préconisations**

- Favoriser une ambiance lumineuse confortable (éviter les transitions lumineuses brutales, les espaces trop sombres, les jeux de lumière, les néons, etc.).



Fiche 21

Accessibilité et sécurité incendie

Évacuation

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Article 13

Dispositions relatives aux sorties

Les sorties doivent pouvoir être aisément repérées, atteintes et utilisées par les personnes handicapées. À cette fin, les sorties correspondant à un usage normal du bâtiment doivent respecter les dispositions suivantes.

Chaque sortie doit être repérable de tout point où le public est admis, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une signalisation adaptée répondant aux exigences définies à l'annexe 3.

La signalisation indiquant la sortie ne doit présenter aucun risque de confusion avec le repérage des issues de secours.

Conformément à la **LOI** du 11 février 2005

Bonnes pratiques

La loi du 11 février 2005, impose que tous les établissements recevant du public (ERP), de la 1^{ère} à la 5^{ème} catégorie, soient accessibles à tous les usagers quel que soit le type de handicap (sensoriel, mental, psychique, physique) avant le 1^{er} janvier 2015.

Trois cas de figure ont été prévus :

- 3 ans maximum pour les ERP de 5^{ème} catégorie
- 4 / 6 ans maximum pour :
 - les ERP de la 1^{ère} à la 4^{ème} catégorie,
 - plusieurs ERP d'un même maître d'ouvrage ou exploitant,
- 9 ans pour un patrimoine important.

L'aménagement :

Un espace d'attente sécurisé est une zone à l'abri des fumées, des flammes et du rayonnement thermique. Une personne, quel que soit son handicap, doit pouvoir s'y rendre et, si elle ne peut poursuivre son chemin, y attendre son évacuation grâce à une aide extérieure.

Chaque niveau doit posséder au minimum 2 espaces d'attente sécurisés (EAS) (exception un seul espace, si escalier unique) ou être conçu selon des dispositions considérées comme équivalentes par le règlement.

Il faut tout d'abord distinguer deux configurations pour les ERP du type U : avec locaux à sommeil et les locaux sans sommeil (consultations, ...).

Les dispositions constructives des ERP de type U :

- avec locaux à sommeil, doivent permettre l'évacuation des patients dans la zone protégée voisine (pas d'espace d'attente sécurisé, car existe déjà par zone dite U10).
- sans locaux à sommeil, doivent permettre l'éva-

cuation générale comme dans les autres ERP (obligation d'EAS).

Dans le cas où les EAS sont obligatoires, plusieurs solutions :

- création d'un local près de l'escalier,
- utilisation d'un local existant près de l'escalier,
- utilisation du palier d'escalier si la place est suffisante.

Quel que soit le choix ci-dessus :

l'espace doit répondre aux caractéristiques suivantes :

- porte coupe-feu une demi-heure, sans possibilité de fermer à clé, avec signalisation sur celle-ci depuis l'extérieur ;
- le local doit disposer d'une fenêtre donnant sur la façade. La fenêtre doit être accessible aux échelles de sapeurs-pompiers et être signalée, comme accessible ;
- deux fauteuils minimum par espace avec un minimum de deux espaces par fraction de 50 personnes occupant l'étage ;
- chaque espace doit être désenfumable, disposer d'un moyen permettant de signaler sa présence, d'un extincteur à eau et d'un éclairage de sécurité.

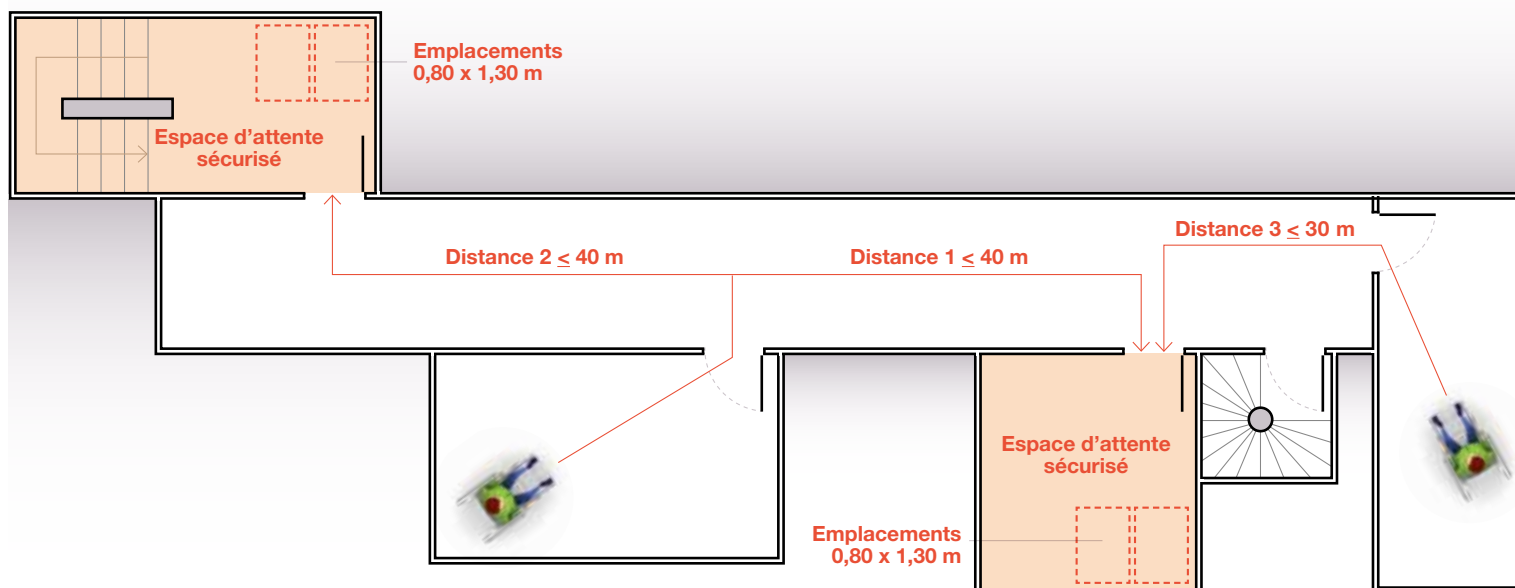
Des fumées, des flammes et du rayonnement thermique :

Une personne, quel que soit son handicap, doit pouvoir se rendre dans l'EAS et, si elle ne peut poursuivre son chemin, y attendre son évacuation grâce à une aide extérieure (CO 34 #6).

Chaque niveau doit posséder au minimum 2 EAS (exception un seul espace, si escalier unique) ou être conçu selon des dispositions considérées comme équivalentes par le règlement.

Illustration

Espaces d'attente sécurisé



Une évacuation de personne en milieu hospitalier est toujours délicate, il faut tout prévoir en amont pour éviter tout écueil qui risquerait de se transformer en mouvement de panique.

Signalisation des espaces d'attente sécurisés

Utilisation du pictogramme



Préconisations



- Traiter les escaliers d'issue de secours comme des escaliers d'établissements recevant du public (ERP).



- Prévoir un flash lumineux dans les circulations et un signal sonore d'alarme incendie.



- La personne doit pouvoir évacuer (conseils spécifiques à préciser) vers la sortie ou l'espace d'attente sécurisé.
- Si la personne se trouve dans un espace d'attente sécurisé, elle doit pouvoir utiliser les dispositifs disponibles pour communiquer (simplicité d'usage).
- La personne doit pouvoir percevoir et identifier l'alarme (sonore et/ou visuelle).



Fiche 22

Besoins d'espaces libres de tout obstacle

ARRÊTÉ du 1^{er} août 2006

Annexe 2

Les personnes concernées par le handicap moteur (personnes en fauteuil roulant ou personnes avec des cannes) ont besoin d'espaces libres de tout obstacle pour trois raisons principales :

- se reposer ;
- effectuer une manœuvre ;
- utiliser un équipement ou un dispositif quelconque.

Ces espaces doivent être horizontaux au dévers près (2 %).

Type d'espace

Caractéristiques dimensionnelles

1. Palier de repos

Le palier de repos permet à une personne debout mais à mobilité réduite ou à une personne en fauteuil roulant de se reprendre, de souffler.

Le palier de repos s'insère en intégralité dans le cheminement. Il correspond à un espace rectangulaire de dimensions minimales 1,20 m × 1,40 m.

2. Espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour

L'espace de manœuvre permet la manœuvre du fauteuil roulant mais aussi d'une personne avec une ou deux cannes.

L'espace de manœuvre reste lié au cheminement mais avec une exigence de largeur correspondant à un diamètre de 1,50 m.

Il permet de s'orienter différemment ou de faire demi-tour.

3. Espace de manœuvre de porte

Qu'une porte soit située latéralement ou perpendiculairement à l'axe d'une circulation, l'espace de manœuvre nécessaire correspond à un rectangle de même largeur que la circulation mais dont la longueur varie selon qu'il faut pousser ou tirer la porte.

Deux cas de figure :

- ouverture en poussant : la longueur minimale de l'espace de manœuvre de porte est de 1,70 m ;
- ouverture en tirant : la longueur minimale de l'espace de manœuvre de porte est de 2,20 m.

Cas particulier des sas d'isolement : ils ont pour fonction d'éviter la propagation des effets d'un incendie provenant de locaux dangereux (parc de stationnement, celliers et caves regroupés, etc.) au reste du bâtiment. Les deux portes s'ouvrent à l'intérieur du sas : lorsqu'un usager handicapé franchit une porte un autre usager doit pouvoir ouvrir l'autre porte.

Sas d'isolement :

- à l'intérieur du sas, devant chaque porte, l'espace de manœuvre correspond à un espace rectangulaire d'au moins 1,20 m × 2,20 m ;
- à l'extérieur du sas, devant chaque porte, l'espace de manœuvre correspond à un espace rectangulaire d'au moins 1,20 m × 1,70 m.

4. Espace d'usage

L'espace d'usage permet le positionnement du fauteuil roulant ou d'une personne avec une ou deux cannes pour utiliser un équipement ou un dispositif de commande ou de service.

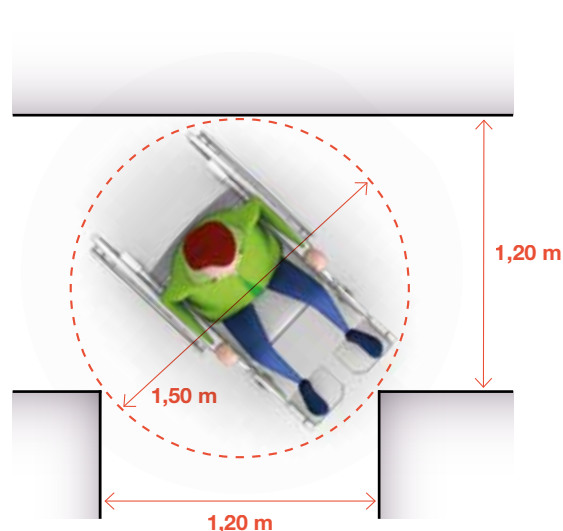
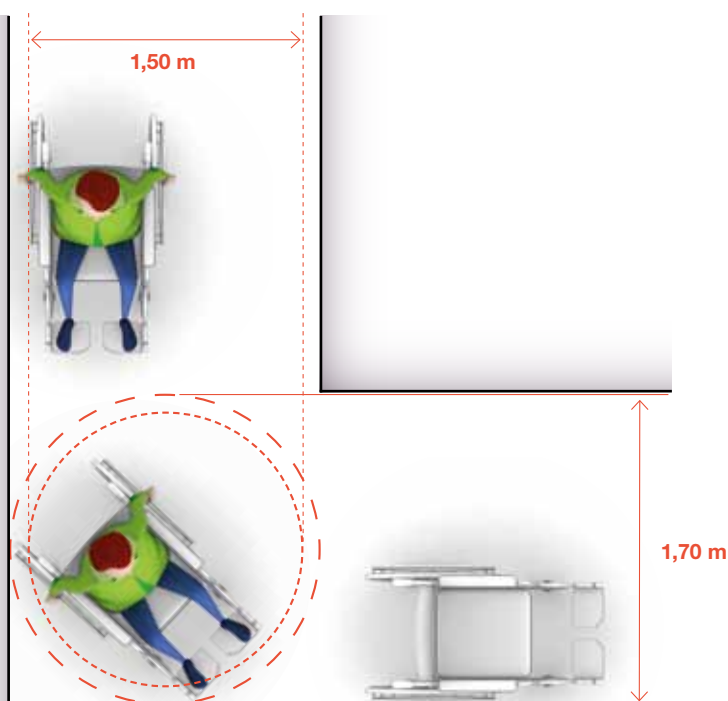
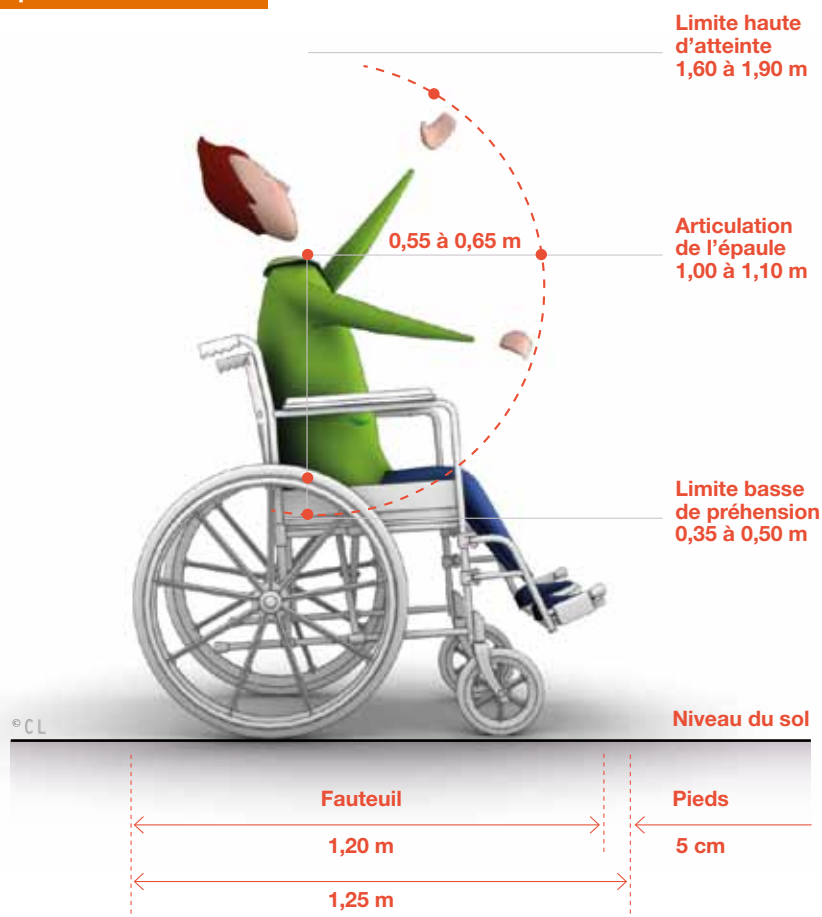
L'espace d'usage est situé à l'aplomb de l'équipement, du dispositif de commande ou de service. Il correspond à un espace rectangulaire de 0,80 m × 1,30 m.

Illustration

Espace de manoeuvre

Des couloirs encombrés de lits, de chariots, de chaises, autant de dangers qui vont perturber la chaîne de déplacement des malades, des visiteurs et des professionnels de santé. Il faut non seulement établir les consignes de sécurité des espaces de transit, mais aussi les respecter et les faire respecter.

En cas d'évacuation, l'encombrement des circulations peut aggraver la situation et entraver la mise en sécurité des personnes, et perturber l'intervention des services de secours.



Cas des établissements existants

Référence

Ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et la voirie pour les personnes handicapées.

Décret n° 2014-1326 du 5 novembre 2014 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public (ERP) et des installations ouvertes au public (IOP).

Arrêté du 8 décembre 2014 relatif à l'accessibilité des ERP et IOP situés dans un cadre bâti existant.

Bâtiments existants

Les règles d'accessibilité pour les établissements recevant du public existants, ont été requalifiées suite aux dispositions de l'ordonnance du 26 septembre 2014. Jusqu'à cette date, les ERP situés dans un bâtiment existant devaient se conformer aux règles « du neuf » avec quelques exceptions accordées pour cause de contraintes techniques. Depuis la publication de cette ordonnance et de son décret d'application du 5 novembre 2014, une réglementation spécifique avec des mesures d'atténuation est établie pour tous les ERP existants tout en respectant les quatre principes fondamentaux instaurés par la loi du 11 février 2005 qui sont les suivants :

- l'obligation de mise aux normes de tous les établissements dans un délai fixé (Cf. Les Ad'AP page 95). Le propriétaire ou le gestionnaire devra donc s'engager, avant le 26 septembre 2015, à programmer les travaux correspondants ou s'installer ailleurs, dans un bâtiment accessible ;
- l'obligation, à l'occasion de tous travaux, de respecter les règles d'accessibilité ;
- la reconnaissance de contraintes liées à la structure du bâtiment qui permettent d'appliquer des règles « atténuées » ;
- la possibilité de demander sous certaines conditions des dérogations aux règles d'accessibilité.

Cette nouvelle disposition reconnaît que dans certains cas des solutions d'effet équivalent peuvent être mises en œuvre dans les établissements existants dès lors que celles-ci satisfont aux mêmes objectifs en termes d'accessibilité. Elle prévoit également des conditions particulières d'application des règles qu'il édicte lorsque les contraintes liées à la structure du bâtiment l'imposent.

Prise en compte des règles d'accessibilité dans les établissements existants

En cas de travaux de modification ou d'extension	Règles à respecter
À l'intérieur des volumes ou surfaces existants	Au minimum maintien des conditions d'accessibilité existantes
S'ils entraînent la construction de surfaces ou de volumes nouveaux	Les parties créées du bâtiment respectent les nouvelles règles d'accessibilité

Exemples de mesures nouvelles prévues dans le cas des établissements existants

Article 2 arrêté du 8 décembre 2014

Lorsqu'une dénivellation ne peut être évitée, un plan incliné de pente inférieure ou égale à 6 % est aménagé afin de la franchir. Les valeurs de pentes suivantes sont tolérées exceptionnellement :

- jusqu'à 10 % sur une longueur inférieure ou égale à 2 m ;
- jusqu'à 12 % sur une longueur inférieure ou égale à 0,50 m.

Un palier de repos est nécessaire en haut et en bas de chaque plan incliné, quelle qu'en soit la longueur. En cas de plan incliné de pente supérieure ou égale à 5 %, un palier de repos est nécessaire tous les 10 m.

Article 4 arrêté du 8 décembre 2014

Pour franchir une dénivellation, une rampe peut être aménagée. Elle est, par ordre de préférence :

- une rampe permanente, intégrée à l'intérieur de l'établissement ou construite sur le cheminement extérieur de l'établissement ;
- une rampe inclinée permanente ou posée avec emprise sur le domaine public. L'espace d'emprise permet alors les manœuvres d'accès d'une personne en fauteuil roulant ;
- une rampe amovible, qui peut être automatique ou manuelle.

Une rampe permettant de traiter un dénivelé présent à l'accès du bâtiment présente les caractéristiques suivantes :

- supporter une masse minimale de 300 kg ;
- être suffisamment large pour accueillir une personne en fauteuil roulant ;
- être non glissante ;
- être contrastée par rapport à son environnement ;
- être constituée de matériaux opaques.

Une rampe permanente ou posée ne présente pas de vides latéraux.

Une rampe amovible est stable et assortie d'un dispositif permettant à la personne handicapée de signaler sa présence au personnel de l'établissement, tel qu'une sonnette.

Ce dispositif de signalement répond aux critères suivants :

- être situé à proximité de la porte d'entrée ;
- être facilement repérable ;
- être visuellement contrasté vis-à-vis de son support ;
- être situé au droit d'une signalisation visuelle, tel qu'un panneau, pour expliciter sa signification ;
- comporter un système indiquant son bon état de fonctionnement, dans le cas d'une rampe amovible automatique ;
- être situé à une hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m, mesurés depuis l'espace d'emprise de la rampe et à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant.

L'utilisateur est informé de la prise en compte de son appel.

Les employés de l'établissement sont formés à la manipulation et au déploiement de la rampe amovible.

Article 7 arrêté du 8 décembre 2014

Un appareil élévateur vertical peut être installé à la place d'un ascenseur, dans les cas suivants :

- l'établissement est situé dans une zone où un plan de prévention du risque inondation, tel que prévu par le Code de l'environnement ou la topographie du terrain ne permet pas l'aménagement d'un cheminement accessible ou ne garantit pas l'accessibilité de l'entrée de l'établissement ;
- à l'intérieur d'un établissement situé dans un cadre bâti existant.

Sauf dans ces deux cas exceptionnels, un appareil élévateur ne peut remplacer un ascenseur que si une dérogation est obtenue dans les conditions fixées à l'article R. 111-19-10 du Code de la construction et de l'habitation. Dans ce cas, l'appareil élévateur doit être d'usage permanent et respecter les réglementations en vigueur.

Le choix du type de l'élévateur se fait en fonction de la hauteur de course :

- un appareil élévateur vertical avec nacelle et sans gaine peut être installé jusqu'à une hauteur de 0,50 m ;
- un appareil élévateur vertical avec nacelle, gaine et portillon peut être installé jusqu'à une hauteur de 1,20 m ;
- un appareil élévateur vertical avec gaine fermée et avec porte peut être installé jusqu'à une hauteur de 3,20 m ;
- un appareil élévateur satisfait aux règles de sécurité en vigueur. Notamment, un dispositif de protection empêche l'accès sous un appareil sans gaine lorsque celui-ci est en position haute.

Un appareil élévateur vertical respecte les caractéristiques minimales suivantes :

- la plate-forme élévatrice a une dimension utile minimale de 0,90 m × 1,40 m dans le cas d'un service simple ou opposé ou de 1,10 m × 1,40 m dans le cas d'un service en angle ;
- la plate-forme élévatrice peut soulever une charge de 250 kg/m² correspondant à une masse de 315 kg pour une plate-forme de dimension 0,90 m × 1,40 m.

La commande est positionnée de manière à être utilisable par une personne en fauteuil roulant.

La commande d'appel d'un appareil élévateur vertical avec gaine fermée est à enregistrement. Elle est située hors du débattement de la porte et ne gêne pas la circulation.

La porte ou le portillon d'entrée a une largeur nominale minimale de 0,90 m correspondant à une largeur minimale de passage utile de 0,83 m.

Pour être installé jusqu'à une hauteur de 3,20 m, un appareil élévateur vertical avec gaine fermée et avec porte présente une vitesse nominale comprise entre 0,13 et 0,15 m/s.

À l'intérieur d'un appareil élévateur vertical avec nacelle, les commandes à pression maintenue respectent les conditions suivantes :

- l'inclinaison de leur support est comprise entre 30° et 45° par rapport à la verticale ;
- la force de pression nécessaire pour activer les commandes doit être comprise entre 2 N et 5 N.

Les ascenseurs sont libres d'accès (sauf dans les établissements scolaires).

Les appareils élévateurs verticaux sont autant que possible libres d'accès. À défaut, un appareil élévateur vertical est assorti d'un dispositif permettant à la personne handicapée de signaler sa présence au personnel de l'établissement. Ce dispositif de signallement répond aux critères suivants :

- être situé à proximité du portillon ou de la porte d'entrée de l'appareil ;
- être facilement repérable ;
- être visuellement contrasté vis-à-vis de son support ;
- être situé au droit d'une signalisation visuelle, tel qu'un panneau, pour expliciter sa signification ;
- être situé à une hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m et à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant.

L'usager est informé de la prise en compte de son appel.

Un escalier mécanique ou un plan incliné mécanique ne peuvent pas remplacer ni un ascenseur obligatoire, ni un appareil élévateur.

Article 17 arrêté du 8 décembre 2014

Une chambre non adaptée peut être utilisée par une personne présentant une déficience visuelle, auditive ou mentale.

Caractéristiques minimales relatives à l'ensemble des chambres.

Toutes les chambres répondent aux dispositions suivantes :

- une prise de courant au moins est située à proximité immédiate de la tête de lit et, pour les établissements disposant d'un réseau de téléphonie interne, une prise téléphonique est reliée à ce réseau ;
- le numéro ou la dénomination de chaque chambre figure en relief sur la porte, présente une taille suffisante et un contraste visuel par rapport à son environnement, et est positionnée dans le champ de vision du client.

Les équipements installés en hauteur tels que les écrans de télévision sont installés en dehors du cheminement ou à une hauteur supérieure à 2,20 m, au fur et à mesure de leur renouvellement.

Article 20 arrêté du 8 décembre 2014

Dans les lieux publics collectifs, le sous-titrage en français est activé sur les téléviseurs si ceux-ci disposent de cette fonctionnalité.

Dans les lieux publics privatifs tels que les chambres d'hôtel, des notices simplifiées indiquent comment activer le sous-titrage et l'audiodescription.

Accessibilité et accidents de la vie courante

Les accidents de la vie en chiffres

Un million d'accidents chaque année, 4,5 millions de blessés ayant recours aux urgences, 14 000 décès par an, 3^e cause de mortalité après les cancers et les maladies cardiovasculaires : des chiffres marquants pour des risques parfois insoupçonnés, et trop souvent négligés...

Les déplacements, les loisirs et autres **activités physiques** génèrent la majeure partie des accidents du quotidien. Les populations fragiles et vulnérables : les **enfants** et les **personnes âgées**, mais aussi les personnes handicapées et les malades sont particulièrement touchés.

Chez les enfants de moins de 15 ans, les accidents se produisent le plus souvent dans la **maison** et les **lieux publics**, dont les aires de sports et de jeux.

Les chutes représentent près de 80 % des accidents au-delà de 65 ans. L'état de santé et notamment les troubles de la vision et de l'équilibre, ainsi que l'isolement et un cadre bâti peu adapté constituent des facteurs d'accroissement du risque de chute chez les personnes âgées et handicapées.

Louper une marche ou glisser sur un objet qui traîne, cela peut arriver à tout le monde et à tout moment ! Un accident de plain-pied n'est jamais dû à un facteur de risque seul. C'est la conjonction de plusieurs d'entre eux qui rend une situation dangereuse... Pour prévenir les risques de chutes et de glissades, il faut repérer les facteurs d'accidentologie : les matériels, l'environnement, les dispositions architecturales liées aux respects des règles d'accessibilité, la signalisation de sécurité...

Dans 20 % des cas, l'accident de plain-pied entraîne une incapacité permanente pour la victime. Il convient donc d'identifier les zones potentiellement dangereuses au sein de l'entreprise pour éviter ce genre de scénario.

Selon l'Institut national de recherche sur la sécurité (INRS), les contextes à risques pouvant provoquer une chute de plain-pied sont les suivants :

- l'utilisation des machines : 44 %,
- la manutention manuelle : 28 %,
- les déplacements : 15 %,
- autres : 13 %.

Afin de protéger le public, mais aussi l'ensemble du personnel, il est recommandé d'identifier les zones à risques dans l'établissement et d'y apporter une solution pour éviter toute chute ou glissade.

Respecter les normes d'accessibilité au cadre bâti est une réponse pour prévenir les chutes de plain-pied

La chaîne de déplacement si elle est correctement organisée, évitera bien des accidents qui parfois par leur gravité font des victimes par décès et des personnes qui seront handicapées à vie.

Rampes d'accès, escalier, ascenseur, éclairage, ouverture de porte, sas correctement aménagé, dimensionnement des circulations intérieures et extérieures, aménagement des locaux en harmonie avec le déplacement des personnes. Autant de paramètres techniques s'ils sont bien respectés diminueront considérablement les risques de chutes, et ainsi l'accueil, le confort d'usage, et la sécurité du public accueilli dans l'établissement de santé seront les garants de la qualité reconnus de tous.

Notons que tous les bienfaits qu'apporteront les normes d'accessibilité au cadre bâti, seront bénéfiques pour le personnel hospitalier.

➤ **ACCESSIBILITÉ = PLUS DE SÉCURITÉ**
*Respecter les règles d'accessibilité, c'est
diminuer les accidents de la vie courante.*
*Confort d'usage et sécurité sont les premières
qualités recherchées par les normes accessi-
bilité au cadre bâti.*

Préconisations

- Ce sont les enfants et les personnes âgées qui subissent le plus d'accidents dits de la vie courante, de chutes notamment.
- Prévoir des campagnes de sensibilisation par l'affichage, et de petites réunions dans les services, prévoir aussi un relevé d'information mettant en alerte des constats d'accidents (gestion des risques – *a priori* et *a posteriori*).



Accessibilité et Code du travail

Soraya Kompany
Architecte urbaniste
Présidente de l'Apact

Handicap et travail (Code du travail)

Article R. 232-1-8

Les travailleurs handicapés mentionnés à l'article L. 323-10 doivent pouvoir accéder aisément à leur poste de travail ainsi qu'aux locaux sanitaires et aux locaux de restauration qu'ils sont susceptibles d'utiliser dans l'établissement.

Article L. 323-10

Est considérée comme travailleur handicapé au sens de la présente section toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.

Hall et guichet d'accueil

Personnels en situation de handicap

Tout poste d'accueil physique doit prendre en compte les personnes accueillies et les personnels accueillant.

Au moins un poste doit permettre à un personnel en situation de handicap l'accueil et la communication en posture assise. Afin de permettre l'échange d'informations y compris sur support écrit, éviter une profondeur excessive du plan de travail. Les zones d'atteinte proximale et maximale en position assise étant respectivement de 35-45 cm et 55-65 cm, la profondeur totale de la banque d'accueil doit permettre à deux personnes en position assise de communiquer, y compris sur support écrit.

Locaux d'intérêt général et locaux de travail

Médecine du travail, service social, direction des ressources humaines, restauration du personnel, vestiaires, sanitaires

Les cheminements usuels menant aux locaux d'intérêt général doivent être accessibles (voir réglementation accessible pour le public).

Pour ces locaux s'applique la réglementation générale en matière d'accessibilité.

Locaux de travail

Les locaux de travail doivent répondre aux mêmes exigences quant au dimensionnement des portes, circulations, équipement des espaces que les locaux accessibles au public

Prévoir un dégagement sous certains plans de travail (paillasse), généralement utilisés en position debout, afin qu'ils puissent être utilisés en position assise.

Personnels et publics déficients visuels et auditifs

Penser autant que possible à implanter les postes de travail informatisés de sorte à pouvoir orienter le plan de l'écran à peu près perpendiculairement aux fenêtres, de façon à éviter les reflets et les effets d'éblouissement, tout comme les contre-jours en cas d'accueil de personnes.

Décret n° 2009-1272 du 21 octobre 2009 relatif à l'accessibilité des lieux de travail aux travailleurs handicapés.

Accessibilité des lieux de travail

Au sens de l'article R. 4221-1 du Code du travail relatifs aux obligations des employeurs pour l'utilisation des lieux de travail, tout établissement recevant du public (ERP) peut être considéré comme un lieu de travail. C'est le cas des bâtiments hospitaliers qui doivent respecter les deux règles relatives, d'une part, à la sécurité et à l'accessibilité des lieux de travail et, d'autre part, à l'accessibilité des ERP.

Dans le cas des ERP, sont appliquées les mesures réglementaires relevant du Code de la construction et de l'habitation, alors que pour les lieux de travail, ce sont les dispositions réglementaires du Code du travail qui s'appliquent en matière d'accessibilité.

Pour un hôpital, la frontière entre les locaux de travail et la partie ERP du bâtiment n'est pas toujours clairement identifiée, mais l'harmonisation des deux dispositifs appliqués aux lieux de travail et aux ERP, doit permettre de faciliter une mise en accessibilité continue entre la partie publique et la partie du bâtiment consacrée au travail.

L'hôpital est un ERP et un lieu de travail

Il faut distinguer l'obligation d'emploi des personnes handicapées de l'obligation de mise en accessibilité des lieux de travail.

Hôpital : ERP et lieux de travail	
Travailleurs handicapés	L'obligation d'emploi des personnes handicapées s'impose aux employeurs qui occupent 20 salariés ou plus.
Personnes en situation de handicap	L'obligation de mise en accessibilité des lieux de travail s'impose quelle que soit la taille de l'établissement. Il s'agit de l'application du principe de non-discrimination.

Dispositions réglementaires

Les règles d'accessibilité qui doivent être prises en compte dans les lieux de travail sont cadrées par le Code du travail selon les modalités suivantes :

Article R. 4221-1

On entend par lieux de travail, les lieux destinés à recevoir des postes de travail situés ou non dans les bâtiments de l'établissement, ainsi que tout autre endroit compris dans l'aire de l'établissement auquel le travailleur a accès dans le cadre de son travail.

Article R. 4214-26

Les lieux de travail, y compris les locaux annexes, aménagés dans un bâtiment neuf ou dans la partie neuve d'un bâtiment existant sont accessibles aux personnes handicapées, quel que soit leur type de handicap.

➤ *Les lieux de travail sont considérés comme accessibles aux personnes handicapées lorsque celles-ci peuvent accéder à ces lieux, y circuler, être évacuées, se repérer, communiquer, avec la plus grande autonomie possible.*

Les lieux de travail sont conçus de manière à permettre l'adaptation des postes de travail aux personnes handicapées ou à rendre ultérieurement possible l'adaptation des postes de travail.

Les règles d'accessibilité des lieux de travail s'appliquent :

1. aux opérations de construction d'un bâtiment neuf ou d'une partie neuve d'un bâtiment existant pour lesquelles une demande de permis de construire ou, le cas échéant, une déclaration préalable est déposée à partir du 24 avril 2010 (six mois après la date de publication du décret du 21 octobre 2009) ;
2. aux opérations de construction d'un bâtiment neuf ou d'une partie neuve d'un bâtiment existant ne nécessitant ni permis de construire ni déclaration préalable, dont le début des travaux est postérieur de plus de six mois à la date du 24 avril 2010.

Article R. 4214-27

Les accès, portes, dégagements et ascenseurs desservant les postes de travail et les locaux annexes tels que locaux sanitaires, locaux de restauration, parcs de stationnement, sont conçus de manière à permettre l'accès et l'évacuation des personnes handicapées, notamment celles circulant en fauteuil roulant.

L'aménagement des postes de travail est réalisé ou rendu ultérieurement possible.

Article R. 4214-29

Les caractéristiques des cheminements praticables par les personnes handicapées ainsi que des ascenseurs, des parcs de stationnement, des locaux sanitaires et de restauration sont déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de l'agriculture et de la construction.

Article R. 4225-6

Le poste de travail ainsi que les locaux sanitaires et de restauration que les travailleurs handicapés sont susceptibles d'utiliser dans l'établissement sont aménagés de telle sorte que ces travailleurs puissent y accéder aisément.

Leurs postes de travail ainsi que les signaux de sécurité qui les concernent sont aménagés si leur handicap l'exige.

Article R. 4225-7

Des installations sanitaires appropriées sont mises à la disposition des travailleurs handicapés.

Article R. 4227-34

Les établissements dans lesquels peuvent se trouver occupées ou réunies habituellement plus de cinquante personnes, ainsi que ceux, quelle que soit leur importance, où sont manipulées et mises en œuvre des matières inflammables, sont équipés d'un système d'alarme sonore. Le système d'alarme sonore est complété par un ou des systèmes d'alarme adaptés au handicap des personnes concernées employées dans l'entreprise en vue de permettre leur information en tous lieux et en toutes circonstances.

➤ *Le personnel hospitalier, une équipe de professionnels au service du patient. Les conditions de travail à l'hôpital, sont optimisées par les règles d'accessibilité, pour ne pas perdre la santé en prenant soin de celles des autres.*

La notice d'accessibilité

1/3



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE CHARGÉ
DE LA CONSTRUCTION

Dossier spécifique permettant de vérifier la conformité des établissements recevant du public aux règles d'accessibilité et de sécurité contre l'incendie et la panique (pièces PC39 et PC40 ou PA50 et PA51)

Article L. 111-8 du code de la construction et de l'habitation

Ces informations sont nécessaires pour vérifier la conformité aux règles du code de la construction et de l'habitation. Le service instructeur étant spécialisé, ces informations sont obligatoires.

Cadres 1 à 3 informations nécessaires à l'instruction du dossier spécifique

Cadre 4 informations nécessaires à la vérification de la conformité aux règles de sécurité et d'accessibilité en application de l'article R. 111-19-17 et R. 123-22 du code de la construction et de l'habitation

Cadre 5 informations nécessaires à l'instruction des dérogations ou modalités particulières d'application des règles de sécurité ou d'accessibilité

Vous pouvez utiliser ce formulaire si :

- vous souhaitez construire, aménager ou modifier un établissement recevant de public
- et votre projet est soumis à un permis de construire ou un permis d'aménager

Ce dossier qui sera joint à la demande de permis (PC 39/PC 40 ou PA 50/PA 51), vous permet d'accomplir les formalités nécessaires

Cadre réservé à l'administration

N° de l'autorisation : AT

N° de permis de construire ou d'aménager :

Date de dépôt en mairie :

1 - Identité du ou des demandeur(s)

Le demandeur indiqué dans le cadre ci-dessous sera le titulaire de la future autorisation
Si la demande est présentée par plusieurs personnes, indiquez leurs identités sur papier libre ⁽¹⁾

Vous êtes un particulier Madame ☐ Monsieur ☐

Nom : Prénom :

Vous êtes une personne morale

Raison sociale et dénomination

N° Siret :

Représentant de la personne morale : Madame ☐ Monsieur ☐

Nom : Prénom :

2 - Coordonnées du ou des demandeur(s)

Si la demande est présentée par plusieurs personnes, indiquez leurs coordonnées sur papier libre ⁽¹⁾

Adresse Numéro : Voie :

Lieu-dit : Localité :

Code postal BP cedex

Si le demandeur habite à l'étranger : Pays : Division territoriale :

Téléphone : Fixe Portable

Indicatif si pays étranger : Courriel : @

3 - Auteur du projet ou maître d'œuvre

Madame ☐ Monsieur ☐ Personne morale ☐

Nom : Prénom :

Et/ou :

Raison sociale et dénomination de la personne morale, le cas échéant :

N° Siret :

Adresse Numéro : Voie :

Lieu-dit : Localité :

Code postal BP cedex

Si le demandeur habite à l'étranger : Pays : Division territoriale :

Téléphone : Fixe Portable

Indicatif si pays étranger : Courriel : @

☐ Je souhaite que les courriers de l'administration (autres que les décisions) lui soient adressés

¹ Les décisions prises par l'administration seront notifiées au demandeur indiqué ci-dessus. Une copie sera adressée aux autres demandeurs, lesquels seront co-titulaires de l'autorisation.

4 - Le projet**4.1 – Adresse du terrain**

Nom de l'établissement :

Numéro : Voie :

Lieu-dit : Localité :

Code postal BP cedex

4.2 – Activité**AVANT TRAVAUX, le cas échéant :**

Activité principale (par étage(s)) :

Activité(s) annexe(s) (par étage(s)) :

Classement sécurité incendie de l'ERP :

(Catégorie et type d'exploitation en application de l'article R. 123-19 du code de la construction et de l'habitation)

Identité de l'exploitant (s'il est connu au moment du projet) :

APRES TRAVAUX :

Activité principale (par étage(s)) :

Activité(s) annexe(s) (par étage(s)) :

Proposition de classement sécurité incendie de l'ERP :

(Catégorie et type d'exploitation en application de l'article R. 123-19 du code de la construction et de l'habitation)

Identité de l'exploitant :

Veuillez compléter sur papier libre, si nécessaire.

4.3 – Nature des travaux (plusieurs cases possibles)

- ☐ Construction neuve
- ☐ Travaux de mise en conformité totale aux règles d'accessibilité
- ☐ Extension
- ☐ Réhabilitation
- ☐ Travaux d'aménagement (remplacement de revêtements, rénovation électrique, création d'une rampe, par exemple)
- ☐ Création de volumes nouveaux dans des volumes existants (modification du cloisonnement, par exemple)

Surface de plancher avant travaux : Surface de plancher après travaux :

☐ Modification des accès en façade

Dans les 5 derniers cas (absence de mise en conformité totale), veuillez joindre un échéancier prévisionnel de travaux (accompagné, le cas échéant, des conclusions du diagnostic accessibilité) en vue de la mise en conformité effective de l'établissement aux règles d'accessibilité, rendue obligatoire au 1^{er} janvier 2015 par la loi du 11 février 2005.

Cette demande fait l'objet d'une déclaration ou autorisation au titre du code de l'environnement (produits dangereux stockés ou utilisés) : oui ☐ non ☐

4.4 – Effectif

Effectif maximum susceptible d'être admis même temporairement par niveau (suivant le calcul réglementaire défini par le règlement incendie) en indiquant les principaux locaux accessibles au public et les taux d'occupation

	Types de locaux (local / taux d'occupation)	Public	Personnel	TOTAL
Sous-sol				
Rez-de-chaussée				
1 ^{er} étage				
2 ^{ème} étage				
3 ^{ème} étage				
Effectif cumulé				

veuillez joindre une note annexe si le projet le nécessite (nombre d'étages supérieur à 3, présence d'une mezzanines, etc)

3/3

4.5 - StationnementSi parc de stationnement couvert : intégré ☐ ou isolé ☐

Si parc existant, préciser l'année d'obtention de l'autorisation : _____

	Avant réalisation du projet	Après réalisation du projet
Nombre de places de stationnement		
Dont nombre de places réservées aux personnes handicapées		

5 - Dérogations et/ou modalités particulières d'application**5.1 - Dérogations**

Cette demande comporte une demande de dérogation :

☐ Au titre de la sécurité incendie (Article R.123-13 du CCH)

Nombre de points dérogatoires : _____

Chaque demande doit faire l'objet d'une fiche détaillée rédigée sur papier libre indiquant notamment les règles auxquelles il est demandé de déroger (référence article et libellé), les éléments du projet auxquels elles s'appliquent (localisation sur les plans) et leur justification (motivation et mesures compensatoires proposées).

☐ Au titre de l'accessibilité (Article R. 111-19-10 du CCH)

Nombre de points dérogatoires : _____

Chaque demande doit faire l'objet d'une fiche détaillée rédigée sur papier libre indiquant notamment les règles auxquelles il est demandé de déroger (référence article et libellé), les éléments du projet auxquels elles s'appliquent (localisation sur les plans) et leur justification (motivation et mesures compensatoires proposées).

5.2 - Modalités particulières d'application

Le projet présente des contraintes liées à la structure du bâtiment qui justifient des modalités d'application particulières telles que prévues dans les arrêtés du 21 mars 2007 relatif aux établissements existants recevant du public.
(veuillez expliciter les adaptations prévues et les contraintes structurelles dont elles découlent)

Veuillez joindre une note annexe si le projet le nécessite

.....

.....

.....

.....

Si vous souhaitez vous opposer à ce que les informations nominatives comprises dans ce formulaire soient utilisées à des fins commerciales, cochez la case ci-contre : ☐

Si vous êtes un particulier : La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses contenues dans ce formulaire pour les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès aux données nominatives les concernant lorsqu'ils ne portent pas atteinte à la recherche d'infractions fiscales et la possibilité de rectification sous réserve des procédures prévues au code général des impôts et au Livre des procédures fiscales. Ces droits peuvent être exercés à la mairie. Les données recueillies seront transmises aux services compétents pour l'instruction de votre demande.



Bordereau des pièces constituant le dossier spécifique

Veuillez cocher les cases correspondantes aux pièces jointes à votre demande et reporter le numéro correspondant sur la pièce jointe.

L'attention du pétitionnaire est attirée sur le fait que la commission de sécurité et d'accessibilité pourra lui demander des pièces complémentaires si la compréhension du projet le nécessite.

Pièces	Numéro de la pièce	Nombre d'exemplaires à fournir
☐ Imprimé du dossier spécifique permettant de vérifier la conformité des établissements recevant du public aux règles d'accessibilité et de sécurité contre l'incendie et la panique	1	4
☐ Plan de situation	2	4

1 - Dossier destiné à la vérification de la conformité aux règles de sécurité incendie (Art. R. 123-22 du code de la construction et de l'habitation) (PC 40 ou PA 51)

Pièces	Numéro de la pièce	Nombre d'exemplaires à fournir
☐ Une notice récapitulant les dispositions prises pour satisfaire aux mesures prévues par le règlement de sécurité, et notamment : • les matériaux utilisés pour le gros œuvre, la décoration et les aménagements intérieurs • la ou les solutions retenues pour l'évacuation des personnes de chaque niveau de la construction en tenant compte des différentes situations de handicap	3	3
☐ Un plan de situation, des plans de masse et de façades des constructions projetées faisant ressortir : • les conditions d'accessibilité des engins de secours • les largeurs des voies et les emplacements des baies d'intervention pompiers • la présence de tout bâtiment ou local occupé par des tiers	4	3
☐ Des plans de coupe et des plans de niveaux, ainsi qu'éventuellement ceux des planchers intermédiaires aménagés dans la hauteur comprise entre deux niveaux ou entre le dernier plancher et la toiture du bâtiment, faisant apparaître notamment : • les largeurs des passages affectés à la circulation du public tels que dégagements, escaliers, sorties • la ou les solutions retenues pour l'évacuation des personnes de chaque niveau de la construction en tenant compte des différentes situations de handicap • les caractéristiques des éventuels espaces d'attente sécurisés	5	3
☐ La ou les demande(s) de dérogation(s) éventuelle(s), la ou les fiche(s) explicative(s) et tous les documents utiles à leur justification	6	3

N. B : Les documents de détail intéressant les installations techniques doivent pouvoir être fournis par le constructeur ou l'exploitant avant le début des travaux portant sur ces installations ; ils sont alors communiqués à la commission de sécurité

2 - Dossier destiné à la vérification de la conformité aux règles d'accessibilité (Arrêté du 11 septembre 2007 DEU0763039A) (PC 39 ou PA 50)

Pièces	Numéro de la pièce	Nombre d'exemplaires à fournir
☐ Plan coté dans les trois dimensions (longueur, largeur, hauteur), à une échelle adaptée, précisant : • Les cheminements extérieurs (fonctions, largeurs, pentes, dévers, éclairage, solutions techniques pour assurer le guidage, le repérage, ...) • Les raccordements (voirie/parties extérieures de l'établissement ; parties extérieures/parties intérieures du ou des bâtiments constituant l'établissement) • Les circuits destinés aux piétons et aux véhicules (liaison accès au terrain/voie interne/places de stationnement adaptées/circulations piétonnes/entrée de l'établissement) • Les espaces de manœuvre, de retournement et de repos extérieurs • Les pentes des plans inclinés et les dévers de cheminement	7	3

2/2

☐ Plan côté dans les trois dimensions (longueur, largeur, hauteur), à une échelle adaptée, pour chaque niveau et pour chaque bâtiment précisant : • Les circulations intérieures horizontales et verticales (fonctions, largeurs, pentes, dévers ...) • Les aires de stationnement • Les locaux sanitaires destinés au public • Le sens d'ouverture des portes et leur espace de débatement • Les espaces d'usage, de manœuvre, de retournement et de repos intérieurs • L'emplacement des appareils sanitaires et leurs accessoires obligatoires • Les places de stationnements réservées aux personnes handicapées et la mention du taux de ces places • Cas particuliers des ERP existants de 5^{ème} catégorie ou créés par changement de destination pour accueillir une profession libérale et des IOP existantes : Délimitation de la partie de bâtiment accessible aux personnes handicapées et indications permettant de s'assurer que les prestations sont accessibles dans cette partie	8	3
☐ Plans avant travaux s'il s'agit d'un bâtiment existant	9	3
☐ Notice descriptive présentant les points suivants pour expliquer comment le projet prend en compte l'accessibilité (Art. R. 111-19-19 CCH) : • Dimensions des locaux ouverts aux usagers de l'établissement • Caractéristiques fonctionnelles et dimensionnelles des équipements techniques et des dispositifs de commande utilisables par le public • Nature et couleur des matériaux et revêtements de sols, murs et plafonds • Traitement acoustique des espaces • Dispositif d'éclairage des parties communes et, le cas échéant, niveaux d'éclairage et moyens éventuels d'extinction progressive des luminaires S'il s'agit d'un établissement ou d'une installation recevant du public assis : • Emplacements accessibles aux personnes handicapées : nombre, taux par rapport au nombre total de places assises, localisation, cheminements permettant d'y accéder depuis l'entrée de l'établissement • Dans le cas d'un établissement recevant du public assis de plus de 1000 places, l'arrêté municipal fixant le nombre de places assises accessibles S'il s'agit d'un établissement disposant de locaux d'hébergement destinés au public : • Nombre et caractéristiques des chambres, salles d'eaux et cabinets d'aisance accessibles aux personnes handicapées : taux de ces chambres et locaux par rapport au nombre total de chambre, localisation, répartition par catégories, le cas échéant. S'il s'agit d'un établissement ou d'une installation comportant des cabines d'essayage, d'habillage ou de déshabillage ou des douches : • Nombre et caractéristiques des cabines et douches accessibles aux personnes handicapées S'il s'agit d'un établissement ou une installation comportant des caisses de paiement disposées en batterie : • Nombre de caisses aménagées pour être accessibles aux personnes handicapées et leur localisation	10	3
☐ Dans le cas d'un parking de plus de 500 places, couvert ou non, dépendant d'un établissement recevant du public ou d'une installation ouverte au public : Arrêté municipal prévu à l'article 3 de l'arrêté du 1 ^{er} août 2006 (NOR : SOCU0611478A) fixant le nombre de places de stationnement automobile adaptées	11	3
☐ La ou les demande(s) de dérogation(s) éventuelle(s), la ou les fiche(s) explicative(s) et tous les documents utiles à sa justification	12	3

Chantier de travaux et dérogations possibles

Commissions consultatives départementales de sécurité et d'accessibilité

La loi n° 2005-102 a instauré l'obligation de la mise en accessibilité dans un délai de dix ans de tous les établissements recevant du public (ERP). Cette obligation a été confirmée par la loi n° 2014-789 du 10 juillet 2014 et précisée par l'ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014.

Au 1^{er} janvier 2015, tous les établissements devront offrir une accessibilité égale à tous ou à défaut doivent s'engager dans un « Agenda d'accessibilité programmé ».

Travaux d'accessibilité

Des professionnels agréés pour les travaux d'accessibilité

Les diagnostics d'accessibilité sont confiés à des experts agréés, souvent indépendants, travaillant avec un ou plusieurs organismes d'État, associations (comme l'Apave), ou encore au sein d'entreprises privées.

Cette expertise fait partie des nombreux diagnostics déjà obligatoires du parc immobilier (amiante, énergétique, etc.).

La certification Qualibat 9171 garantit à une entreprise ou un bureau d'études, l'agrément et la compétence pour travailler sur l'accessibilité.

Une fois cette expertise réalisée, les travaux sont réalisés par des entrepreneurs.

Travaux d'accessibilité : prix travaux et diagnostic

Les tarifs sont libres en matière de diagnostic d'accessibilité, la plupart des experts immobiliers fixent leur rémunération sur la base d'une vacation horaire.

Grâce à la reconnaissance du handicap, les travaux peuvent ensuite être financés en partie grâce à différents avantages financiers dus au statut d'handicapé :

- aides au logement, notamment la prise en charge de tout ou partie des travaux d'accessibilité ;
- l'allocation pour adultes handicapés (AAH) et sa prestation de compensation qui répond aussi au besoin de certains travaux ;
- services propres à l'Association nationale pour la gestion du fonds d'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH).

HANDIBAT® un label pour former et qualifier les entreprises spécialistes des travaux accessibilité

Maintien à domicile, adaptation du logement, mise en accessibilité d'établissement recevant du public, aménagement d'un bâtiment ou site touristique, voirie...

HANDIBAT® apporte une information fiable et objective sur les compétences des professionnels du bâtiment engagés dans une démarche qualité auprès de leurs clients.

HANDIBAT® s'adresse à toute personne ou structure confrontée à un problème d'accessibilité de son bâti et vise l'accès à tout pour tous dans une conception universelle.

Contact : www.handibat.info ou www.capeb.fr

Les dérogations d'accessibilité possibles

Dans ce cadre réglementaire, des normes d'accessibilité ont vu le jour ainsi que des commissions d'accessibilité, et des diagnostics d'accessibilité, nécessaires pour pouvoir obtenir un permis de construire. Cependant, comme toute règle, celle-ci a ses exceptions : ce sont les dérogations d'accessibilité.

Dérogation accessibilité : des cas rares

Aucune dérogation n'est possible dans le bâti neuf ouvert au public.

Tous les ERP (administrations, grandes surfaces, cinémas, musées, etc.) doivent être déclarés conformes aux normes d'accessibilité au 1^{er} janvier 2015 :

- accessibilité des bâtiments et au logement ;
- accessibilité de la voirie ;
- équipements : rampes d'accès et escalier ;
- pour la cuisine et la salle de bains (WC, douche, lavabo) ;
- portes et poignées, etc.

Les dérogations ne peuvent concerner que les bâtiments à usage personnel ou le bâti ancien, mais sont rares, car elles doivent répondre à des contraintes précises, et elles sont soumises à une double signature du préfet et de la commission communale d'accessibilité.

Dérogations d'accessibilité : dans quels cas ?

Il est possible de demander une dérogation pour les ERP existants en cas de difficultés à mettre en œuvre la nouvelle réglementation d'accessibilité sous réserve de motifs formellement encadrés comme :

- impossibilité technique ;
- préservation du patrimoine architectural ;
- conséquences excessives sur l'activité de l'établissement.

Pour les ERP créés par changement de destination : seule la sauvegarde du patrimoine architectural est susceptible de dérogation.

Important ! Dans tous les cas, les demandes de dérogation font l'objet d'un dossier particulier déposé auprès du préfet, dûment motivé et justifié.

Bon à savoir : sans réponse de la préfecture au terme d'un délai de 3 mois à compter de la date de dépôt de la demande, cette dérogation est considérée refusée.

Attestation de fin de travaux

Une fois les travaux soumis à permis de construire terminés (sauf construction ou aménagement d'habitation pour son propre usage), le maître d'œuvre doit obtenir une attestation constatant que :

- les travaux réalisés respectent la législation d'accessibilité obligatoire,
- en tenant compte des termes de la dérogation accordée.

Cette attestation doit être réalisée par :

- un contrôleur technique ou d'un homme de l'art,
- à l'exclusion de la personne qui a réalisé le projet, réalisé les plans ou fait la demande du permis de construire.

L'attestation finale de vérification de l'accessibilité aux personnes handicapées a pour but de constater le respect des règles et de remplacer, dans le cas particulier des établissements recevant du public ayant fait l'objet d'un permis de construire la visite d'ouverture réalisée par la commission consultative départementale d'accessibilité et de sécurité.

Cette attestation sera jointe à la déclaration obligatoire d'achèvement de travaux.

 Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE MINISTÈRE CHARGÉ DE L'URBANISME	1/2 Déclaration attestant l'achèvement et la conformité des travaux  N° 13408*02
Vous devez utiliser ce formulaire pour : • Déclarer l'achèvement des travaux de construction ou d'aménagement • Déclarer que les travaux de construction ou d'aménagement sont conformes à l'autorisation et respectent les règles générales de construction • Déclarer que le changement de destination ou la division de terrain a été effectué et est conforme au permis ou à la déclaration préalable	Cadre réservé à la mairie du lieu du projet La présente déclaration a été reçue à la mairie le _____ Cachet de la mairie et signature du receveur

Commissions consultatives départementales de sécurité et d'accessibilité

19 janvier 2010 (mis à jour le 4 juillet 2012) - Ville durable, aménagement et construction

La commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité (CCDSA) est l'organe compétent au niveau du département ayant notamment pour mission de formuler des avis sur dossiers, mais également lors de visites dans les domaines suivants :

- sécurité contre les risques incendie ;
- accessibilité aux personnes handicapées ;
- conformité à la réglementation des dossiers techniques amiante ;
- dérogation aux règles de prévention d'incendie ;
- homologation des enceintes destinées à recevoir des manifestations sportives ;
- prescription d'information, d'alerte et d'évacuation permettant d'assurer la sécurité des occupants des terrains de campings.

Compte tenu des nombreuses attributions de cette commission et du nombre important de ses membres, la réglementation prévoit la possibilité de créer des sous-commissions spécialisées et dont le rayon d'action est plus restreint (sous-commission départementale d'accessibilité, mais aussi, par exemple, sous-commission communale d'accessibilité). C'est au préfet que revient la mission d'organisation locale de ces commissions.

Concernant le domaine de l'accessibilité, la commission (ou sous-commission) a pour mission d'émettre des avis :

- sur les dossiers de demandes d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public (ERP) ou un immeuble de grande hauteur (IGH).
N.B. : lors de travaux rendant obligatoire l'obtention d'un permis de construire au titre du Code de l'urbanisme ce dossier est compris dans le dossier de demande de permis de construire.
- sur les demandes de dérogations concernant la réglementation, que cette demande, soit intégrée dans une demande d'autorisation de travaux pour un ERP ou un IGH ou qu'elle soit faite seule dans le cas d'une construction de logements.
- après visite d'ouverture des établissements recevant du public dont les travaux n'ont pas fait l'objet d'une demande de permis de construire.
N.B. : dans le cas des demandes de permis de construire la visite d'ouverture de la CCDSA a été remplacée par une obligation d'attestation réalisée par un contrôleur technique ou un architecte indépendant du projet.

Les agendas d'accessibilité programmés (Ad'AP)

L'agenda d'accessibilité programmée, appelé Ad'AP est un outil d'engagement pour les ERP existants qui ne peuvent réaliser les travaux de mise en accessibilité avant le 1^{er} janvier 2015. Face au constat que l'échéance du 1^{er} janvier 2015 ne pouvait être tenue, mais sans mettre en cause cette échéance, l'ordonnance du 26 septembre 2014 a instauré ce dispositif de programmation et de financement afin de garantir l'application de l'obligation d'accessibilité. Ce dispositif permet en outre de suspendre, sur la durée de l'agenda, le risque pénal prévu par la loi du 11 février 2005 en cas de non-respect de l'échéance 2015.

L'Ad'AP est un document de programmation pluriannuelle qui précise la nature des travaux et leur coût et engage l'exploitant ou le propriétaire d'établissement qui le signe, à réaliser les travaux dans un délai de 1 à 3 ans. Son dépôt est obligatoire. A contrario, l'absence de dépôt soumet le responsable de l'établissement à des sanctions pécuniaires et pénales.

Le délai du dépôt

1. Si l'établissement est accessible au 1^{er} janvier 2015, il faut déposer auprès de l'autorité administrative concernée, une attestation d'accessibilité.
2. Si à cette date l'établissement n'est pas accessible, il faut déposer, au plus tard avant le 26 septembre 2015, un agenda d'accessibilité programmée. Ce délai peut être prorogé pour une durée maximale de trois ans pour deux motifs :
 - en raison des difficultés techniques ou financières liées à l'évaluation ou à la programmation des travaux l'imposent ;
 - en cas de rejet d'un premier agenda déposé dans le délai.

La durée des Ad'AP

La durée d'exécution des Ad'AP est modulée en fonction de la taille et du nombre de bâtiments, notamment lorsqu'il s'agit de patrimoines lourds et complexes. Le délai de réalisation des Ad'AP est le suivant :

Trois ans pour les ERP de 5^e catégorie. Portée à titre exceptionnel sur deux périodes de trois ans maximum en cas de contraintes techniques ou financières particulières. Dans ce cas, l'agenda ne peut être approuvé que par décision expresse et motivée de l'autorité administrative compétente.

Trois ans également pour les ERP de la 1^{ère} à la 4^e catégorie. Cette durée peut toutefois être portée sur deux périodes de trois ans maximum chacune, sauf si l'ampleur des travaux ne le justifie pas. Une période de trois ans supplémentaires peut être accordée aux patrimoines dont la mise en accessibilité est particulièrement complexe pour des motifs comme :

- l'exigence de continuité de service,
- le nombre de communes d'implantation du patrimoine,
- le nombre et la surface des bâtiments concernés,
- le montant des investissements nécessaires rapporté au budget d'investissement mobilisable par le responsable de la mise en accessibilité.

Dans ce cas, l'Ad'AP ne peut être approuvé que par décision expresse et motivée de l'autorité administrative compétente.

Fonds pour l'accompagnement de l'accessibilité universelle

Un fonds national d'accompagnement de l'accessibilité universelle est créé afin de participer au financement d'actions de mise en accessibilité et d'accompagner des actions de recherche et de développement en matière d'accessibilité universelle. Les ressources de ce fonds proviennent des sanctions financières prononcées en lien avec l'engagement et la réalisation des Ad'AP. Ce fonds servira à aider les ERP dont la situation financière des responsables ne permet pas la mise en œuvre de l'accessibilité.

Le fonds, géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), est administré par un conseil de gestion composé à parité de représentants de l'État et des collectivités territoriales, d'une part, et de représentants de personnes en situation de handicap et des acteurs de la vie économique, d'autre part.

La loi du 11 février 2005 et la date effective de réception des mises en conformité 1^{er} janvier 2015

Les nouvelles règles d'accessibilité des locaux aux personnes handicapées issues de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 et du décret 2006-555 du 17 mai 2006 (articles R. 111-19-7 à R. 111-19-12 du Code de la construction et de l'habitation) concernent les établissements recevant du public (ERP) et installations ouvertes au public lors de leur construction, de leur création par changement de destination et lors de travaux.

Règles d'accessibilité

Les règles à respecter (cheminements extérieurs, stationnement automobile, circulations intérieures, accès, accueil du public, etc.) ont été précisées par un arrêté du 1^{er} août 2006.

L'obligation de respecter les règles d'accessibilité doit être appliquée :

- au 1^{er} janvier 2015 pour les parties des établissements recevant du public existants de la 1^{re} à la 4^e catégorie où sont réalisés des travaux de modification sans changement de destination ;
- au 1^{er} janvier 2015 pour les établissements recevant du public existants de la 1^{re} à la 4^e catégorie
- au 1^{er} janvier 2015 pour les parties des établissements recevant du public existants de 5^e catégorie ou des installations ouvertes au public existantes où doit être fourni l'ensemble des prestations en vue desquelles l'établissement ou l'installation est conçu.

Hiérarchisations des travaux

Pour la mise en accessibilité les gestionnaires des ERP font état du recensement des travaux à mener et d'une hiérarchisation de ces travaux selon des critères de centralité, de fréquentation, de sécurité et de coûts.

L'efficacité impose à tous les propriétaires de bien réfléchir aux actions à mener et d'identifier les locaux à rendre accessibles en priorité.

Plus précisément, il s'agit pour les établissements recevant du public de rendre accessible l'ensemble des lieux, en permettant aux usagers de bénéficier des services dans des conditions acceptables : accéder et pénétrer dans le bâtiment, accéder à l'accueil, pouvoir être aidé et accompagné, permettre un accès vers le maximum de services, bénéficier de sanitaires adaptés, être en sécurité et pouvoir évacuer en cas de nécessité le bâtiment.

Dans une grande majorité, la mise aux normes se fera à l'occasion de travaux d'investissement à courts et moyens termes.

L'hôpital est un éternel chantier, aussi chaque opération de modification ou de rénovation est une occasion précieuse de revenir sur la non-conformité avérée et constitue le principal moyen dont dispose l'aménageur pour améliorer de façon rapide voire radicale, le niveau d'accessibilité des espaces publics.

Le respect de la date du 1^{er} janvier 2015 : l'accessibilité HANDICAPÉE ?

Malgré toutes ces actions, les établissements de santé disent se heurter à des difficultés, notamment financières. Ils estiment d'ailleurs que les objectifs fixés par la loi de 2005 seront difficiles à atteindre en termes d'accessibilité généralisée pour 2015.

En raison, notamment de l'importance du patrimoine bâti et du coût des opérations de réhabilitation au regard des contraintes de mise en accessibilité, de mise aux normes sécurité, d'isolation, de désamiantage qui sont aussi des impératifs à respecter.

Outre l'aspect financier, perçu comme un des freins, les établissements de santé rencontrent aussi des difficultés techniques, du fait des infrastructures existantes qui ne permettent pas toujours la réalisation bâtie aux strictes règles imposées par l'arrêté du 1^{er} août 2006.

Néanmoins, les établissements de santé vont engager et poursuivre leurs actions au-delà de 2015.

L'objectif du tout accessible est un challenge compris non pas comme une obligation de loi, mais comme un engagement citoyen. Les établissements de soins sont les ERP qui reçoivent chaque jour le plus de personnes à mobilité réduite, il paraît évident qu'ils doivent non seulement montrer l'exemple, mais aussi respecter les missions qui leur sont confiées : la prise en charge du malade dans sa globalité (accueil, soins, confort d'usage et sécurité).

Il est donc impératif de mener à bien cet objectif par l'établissement d'un consensus technique et financier sur les priorités à mener à courts et moyens termes.

D'une manière générale, les gestionnaires regrettent que le législateur fasse peser le poids de cette loi sur les budgets d'établissement et qu'il n'ait pas été prévu d'accompagner financièrement cette programmation.

Rappelons à ce sujet que dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005, les établissements recevant du public (ERP) existants du premier groupe doivent réaliser un diagnostic d'accessibilité handicapés. Ce diagnostic doit inclure une évaluation du coût des travaux et doit être tenu à la disposition de tout usager de l'établissement ou de l'installation.

Le diagnostic accessibilité devait être réalisé avant le 1^{er} janvier 2011 pour tous les ERP classés en 3^e et 4^e catégories n'appartenant pas à l'État. Pour les autres ERP de la 1^{re} à la 4^e catégorie, le diagnostic a dû être réalisé avant le 1^{er} janvier 2010.

Au 1^{er} janvier 2015, tous les ERP (y compris de 5^e catégorie) devront avoir réalisé les travaux de mise en accessibilité.

Préconisations



- La meilleure des réceptions s'avère être la mise en situation, ne pas hésiter à mettre tous les acteurs des chantiers dans un fauteuil roulant, leur bander les yeux ou encore les équiper de lunettes floues, les munir d'un casque anti-bruits, pour valider les secteurs aménagés.

Liste de textes d'application de la loi du 11 février 2005

Liste de textes d'application de la loi du 11 février 2005 pour la partie relative à l'accessibilité des ERP, des lieux de travail, des voiries et des sites Internet publics.

**Journal officiel de la République française (JORF) n° 36 du 12 février 2005 page 2353,
Loi n° 2005-102 du 11 février 2005**

pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Décret n° 2006-555 du 17 mai 2006

publié au Journal officiel (JO) du 18 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le Code de la construction et de l'habitation.

Arrêté du 17 mai 2006

caractéristiques techniques relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées lors de la construction ou de la création d'établissements recevant du public ou d'installations ouvertes au public.

Arrêté du 1^{er} août 2006

fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du Code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création, publié au JO du 24 août 2006 - texte 14.

Décret n° 2006-1657 du 21 décembre 2006

publié au JO du 23 décembre 2006 relatif à l'accessibilité de la voirie et des espaces publics.

Décret n° 2006-1658 du 21 décembre 2006

publié au JO du 23 décembre 2006 relatif aux prescriptions techniques pour l'accessibilité de la voirie et des espaces publics.

Arrêté du 15 janvier 2007

portant application du décret n° 2006-1658 du 21 décembre 2006 relatif aux prescriptions techniques pour l'accessibilité de la voirie et des espaces publics publié au JO du 3 février 2007. Il conviendrait de citer le décret n° 2006-1089 du 30 août 2006 modifiant le décret n° 95-260 du 8 mars 1995 relatif à la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité publié au JORF du 31 août 2006. Il porte sur les examens des demandes dérogations sur la réglementation « ERP », « bâtiments d'habitation », « voirie » et « lieux de travail », donc principalement des articles 41 et 45 de la loi du 11 février 2005 - repères tactiles pour s'orienter. S'il est accompagné de son chien-guide, éviter de vous adresser à lui, de le caresser pour ne pas le distraire de sa tâche.

Arrêté du 21 mars 2007

fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-8 et R. 111-19-11 du Code de la construction et de l'habitation, relatives à l'accessibilité pour les personnes handicapées des établissements existants recevant du public et des installations existantes ouvertes au public publié au JO du 5 avril 2007.

Arrêté du 22 mars 2007

fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-21 et R. 111-19-24 du Code de la construction et de l'habitation, relatives à l'attestation constatant que les travaux sur certains bâtiments respectent les règles d'accessibilité aux personnes handicapées, publié au JO du 5 avril 2007.

Arrêté du 25 avril 2007

modifiant l'arrêté du 22 mars 2007 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-21 à R. 111-19-24 du Code de la construction et de l'habitation relatives à l'attestation constatant que les travaux sur certains bâtiments respectent les règles d'accessibilité aux personnes handicapées, publié au JORF du 17 mai 2007.

Arrêté du 9 mai 2007

relatif à l'application de l'article R. 111-19 du Code de la construction et de l'habitation publié au JO du 13 mai 2007.

Arrêté du 11 septembre 2007

relatif au dossier permettant de vérifier la conformité de travaux de construction, d'aménagement ou de modification d'un établissement recevant du public avec les règles d'accessibilité aux personnes handicapées, publié au JO du 26 septembre 2007.

Arrêté du 30 novembre 2007

modifiant l'arrêté du 1^{er} août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du Code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création, publié au JO du 19 décembre 2007.

Décret n° 2009-500 du 30 avril 2009

relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public et des bâtiments à usage d'habitation, publié au JO du 3 mai 2009.

Décret n° 2009-546 du 14 mai 2009

publié au JO du 17 mai 2009 pris en application de l'article 47 de la loi et créant un référentiel d'accessibilité des services de communication publique en ligne.

Arrêté du 21 octobre 2009

relatif au référentiel général d'accessibilité pour les administrations.

Décret n° 2009-1272 du 21 octobre 2009

relatif à l'accessibilité des lieux de travail aux travailleurs handicapés.

Ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014

relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et la voirie pour les personnes handicapées.

Décret n° 2014-1326 du 5 novembre 2014

relatif à l'accessibilité des ERP et IOP.

Arrêté du 8 décembre 2014

relatif à l'accessibilité des ERP et IOP situés dans un cadre bâti existant.

Bibliographie

Culture et handicap guide pratique de l'accessibilité

À télécharger sur <http://www.culture.gouv.fr/handicap/pdf/guide.pdf>

Informez les personnes sourdes et malentendantes

À télécharger sur http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/informer_les_personnes_sourdes_et_malentendantes-2.pdf

Les besoins des personnes déficientes visuelles : voirie et cadre bâti

À télécharger sur www.cfpsaa.fr/accessibilite

Les locaux professionnels de santé : réussir l'accessibilité

À télécharger sur http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Reussir_accessibilite_0.pdf

Guide pratique de l'accessibilité handicap mental

À télécharger sur www.unapei.org/IMG/pdf/Accessibilite.pdf

Guide pratique de la signalétique et des pictogrammes

À télécharger sur http://www.unapei.org/IMG/pdf/Unapei_Guide_pratique_signalétique_et_pictogrammes.pdf

Guide pratique de l'accessibilité pour vous accompagner dans vos démarches en matière d'accessibilité en faveur des personnes en situation de handicap mental

À télécharger sur www.unapei.org/IMG/pdf/Accessibilite.pdf

Guide pratique de la signalétique et des pictogrammes

À télécharger sur http://www.unapei.org/IMG/pdf/Unapei_Guide_pratique_signalétique_et_pictogrammes.pdf

Livre blanc pour une santé accessible aux personnes handicapées mentales

À télécharger sur http://www.unapei.org/IMG/pdf/Livre_Blanc_Unapei_Pour_Une_sante_accessible_aux_personnes_handicapees_mentales.pdf

Guide du représentant des personnes handicapées dans les commissions d'accessibilité

À télécharger sur http://www.fnath.org/upload/file/evenementiel/guide_accessibilite/guideTOTAL8.pdf

L'accessibilité des locaux professionnels

À télécharger sur http://www.fiphfp.fr/IMG/pdf/FIPHIP_Pantonier_OrdreLecture.pdf

Accessibilité des bâtiments aux personnes handicapées

Aux éditions Le Moniteur - Mémento - Carole Le Bloas

L'accessibilité pour tous

Éditions du Puits Fleuri par Mme Soraya Kompany

L'accessibilité des lieux de travail

Éditions du Puits Fleuri par Mme Soraya Kompany

Sites web à consulter

www.ihf.fr

www.apact.fr

www.handicap.fr

www.aphp.fr

www.cstb.fr

www.anah.fr

www.handibat.info

Symbole personne aveugle : <http://www.cfpsaa.fr>

Fédération des Aveugles de France : <http://www.faf.asso.fr>

RATP

Glossaire

Accessibilité

Mesures d'adaptation et d'aménagement de l'espace social destinées à en faciliter l'accès aux personnes handicapées ou à mobilité réduite.

Ces mesures concernent la voirie urbaine, les transports publics, toutes installations neuves de locaux ouverts au public, les immeubles d'habitations, ainsi que les sites Internet.

Ad'AP :

Agenda d'accessibilité programmé

Il s'agit de l'outil de stratégie patrimoniale de mise en accessibilité adossée à une programmation budgétaire qui doit permettre de compléter les mesures existantes et de poursuivre et amplifier après 2015 le mouvement initié par la loi de 2005. C'est un dispositif d'ajustement de l'environnement normatif. Cet ajustement vise les ERP, la voirie, les transports et les immeubles d'habitation. Il a pour but d'améliorer la prise en compte de tous les types de handicap, d'accélérer la mise en accessibilité et d'intégrer la notion de qualité d'usage des équipements.

Balise sonore

Une balise sonore est un système de guidage sonore visant à améliorer l'autonomie des aveugles et malvoyants dans les lieux publics.

C'est un module vocal délivrant des informations d'accueil, de repérage et d'information à destination des usagers déficients visuels installés en intérieur comme en extérieur : gares, aéroports, transports en commun, feux tricolores, passages dangereux...

Les personnes déficientes visuelles, à l'aide d'une télécommande universelle, activent un message audio bref et clair diffusé par une balise sonore. Ce dispositif, couplé aux bandes podotactiles, leur permet de s'orienter de façon indépendante.

Les balises ont trois fonctions différentes :

- les balises de feux tricolores indiquent vocalement la couleur du feu ;
- les balises de localisation, situées au-dessus des portes d'entrée et des services (guichets, comptoirs...), émettent le nom du lieu ou du service ;
- les balises d'orientation ou flèches sonores, utilisées par groupe de 4 ou 5 balises, permettent de choisir entre plusieurs directions. Le groupe de balises est orchestré de façon à ce que les messages soient émis les uns après les autres afin que l'information soit claire. Cette fonction a été créée en partenariat avec la SNCF pour satisfaire les besoins spécifiques des gares, et est protégée par un brevet déposé au nom de la SNCF.

Bande de guidage

Que dit la réglementation ?

Arrêté du 1^{er} août 2006

Article 2 : « Le revêtement du cheminement accessible doit présenter un contraste visuel et tactile par rapport à son environnement. À défaut, le cheminement doit comporter sur toute sa longueur un repère continu, tactile pour le guidage à l'aide d'une canne d'aveugle, et visuellement contrasté par rapport à son environnement pour faciliter le guidage des personnes malvoyantes. »

Article 4 : « Le niveau d'accès principal à chaque bâtiment où le public est admis doit être accessible en continuité avec le cheminement extérieur accessible. »

Où poser des bandes de guidage ?

On utilise les bandes de guidage pour créer un cheminement entre différents points stratégiques, par exemple entre l'entrée d'un bâtiment et l'accueil. Elles sont également très utiles dans les espaces vastes où aucun repère au sol n'est disponible.

BEV : Bande d'éveil à la vigilance

Les bandes d'éveil de vigilance sont des dispositifs tactiles destinés à alerter les personnes aveugles et malvoyantes d'un danger imminent sur leur cheminement, tels que traversée de chaussée, bordure de quai ferroviaire ou escaliers. Elles en détectent les reliefs à la canne longue.

Leur implantation est rendue obligatoire aux abaissés de trottoir des passages piétons lors de travaux sur voirie suite au décret 2006-1657 du 21 décembre 2006. L'arrêté du 15 janvier 2007 en précise les modalités.

CCA : Commission communale d'accessibilité

L'article L. 2143-3 du Code général des collectivités territoriales impose la création, dans toutes les communes de plus de 5 000 habitants, d'une commission communale pour l'accessibilité aux personnes handicapées (CCA).

Présidée par le maire, cette commission est composée des représentants de la commune, d'association d'usagers et d'associations représentant les personnes handicapées.

Cette commission exerce 4 missions :

- dresser le constat de l'état d'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports ;
- établir un rapport annuel qui sera présenté en conseil municipal ;
- faire toutes propositions visant à améliorer la mise en accessibilité de l'existant dans ces domaines ;

- organiser un système de recensement de l'offre de logements accessibles aux personnes handicapées.

CCDSA : Commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité

Cette commission est consultée par le préfet de département sur la sécurité, notamment contre les risques d'incendie et de panique, et sur l'accessibilité aux personnes handicapées, des établissements recevant du public et lors des demandes de dérogation aux règles d'accessibilité relatives à la voirie, aux bâtiments d'habitation collectifs, aux lieux de travail et aux établissements recevant du public. Elle émet un avis sur les demandes d'autorisation ou de dérogation. Les associations de personnes handicapées sont représentées par quatre membres qui participent à cette commission.

CDAPH : Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

Les CDAPH ont été créées par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Dans le cadre de la mission de guichet unique dévolue aux Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), elles remplacent les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et les Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES), voire aux Sites pour la vie autonome (SVA).

Elles sont composées de représentants du conseil général, des services et des établissements publics de l'État (ARS, Académie, etc.), des organismes de protection sociale (CAF, CPAM, etc.), des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves et, des représentants des personnes handicapées et de leurs familles désignés par les associations représentatives, et un membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées.

Au sein de la MDPH, la CDAPH prend toutes les décisions concernant les aides et les prestations à la lumière de l'évaluation menée par l'équipe pluridisciplinaire mise en place au sein des MDPH (besoins de compensation et élaboration du plan personnalisé de compensation du handicap). La CDAPH est compétente pour :

- se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale ;
- désigner les établissements ou services répondant aux besoins de l'enfant/adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé ainsi que statuer sur l'accompagnement des personnes handicapées âgées de plus de soixante ans hébergées dans les structures d'accueil spécialisées ;
- l'attribution, pour l'enfant ou l'adolescent, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et, éventuellement, de son complément ;
- l'attribution de la carte d'invalidité (CIN) ;

- l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ainsi que de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Les aides attribuées par les CDAPH des MDPH sont de plusieurs types :

- administratives :
délivrance ou renouvellement de cartes d'invalidité, carte de priorité de stationnement, reconnaissance de travailleur handicapé.
- financières :
allocation d'étude pour enfant handicapé et son complément, allocation pour adulte handicapé et son complément.
- orientations :
scolarisation et formation pour l'enfant handicapé, orientation professionnelle et formation des adultes handicapés, orientation en établissement médico-social.
- prestations :
renouvellement de l'allocation pour tierce personne, prestation de compensation du handicap sous forme d'aides humaines ou techniques, d'aménagement du logement ou du véhicule, d'aide financière pour des dépenses exceptionnelles, ou d'aide animale.

CDCPH : Conseil départemental consultatif des personnes handicapées

Le CDCPH donne un avis et formule des propositions sur les orientations de la politique du handicap dans tous les domaines de la vie sociale et sur les mesures à mettre en œuvre au plan local.

Présidé conjointement par le préfet et le président du conseil général du département, il comprend 30 membres titulaires au maximum dont un tiers de représentants des associations de personnes handicapées et de leurs familles nommés par le préfet.

CEREMA : <http://www.cerema.fr/>

Centre d'étude et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement

Le Cerema a pour mission d'apporter un appui scientifique et technique renforcé, pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer les politiques publiques de l'aménagement et du développement durables, auprès de tous les acteurs impliqués (État, collectivités territoriales, acteurs économiques ou associatifs, partenaires scientifiques). C'est un :

- lieu de rencontre entre sciences, innovations et « besoins vus du terrain », de dialogue entre acteurs scientifiques, économiques et politiques ;
- lieu ressource où trouver des solutions pour faire face aux questions concrètes et aux problèmes toujours plus complexes et de nature transversale de l'aménagement et du développement durables des territoires.

CIA : Commission intercommunale d'accessibilité

L'article L. 2143-3 du Code général des collectivités

territoriales prévoit la création d'une commission intercommunale pour l'accessibilité (CIA) aux personnes handicapées dans les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) de plus de 5 000 habitants, qui exercent en plus la compétence « transports » ou « aménagement du territoire ».

Les missions de la commission intercommunale sont les mêmes que celles d'une commission communale pour l'accessibilité aux personnes handicapées, à savoir :

- dresser le constat de l'état d'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports ;
- établir un rapport annuel présenté en conseil municipal ;
- faire toutes propositions utiles de nature à améliorer la mise en accessibilité de l'existant ;
- organiser un système de recensement de l'offre de logements accessibles aux personnes handicapées.

Toutefois, les missions d'une commission intercommunale pour l'accessibilité aux personnes handicapées sont limitées aux seules compétences institutionnelles de l'EPCI.

Les communes peuvent transférer une ou plusieurs missions de la commission communale pour l'accessibilité aux personnes handicapées à la commission intercommunale grâce à une convention signée entre les communes et l'EPCI.

La commission intercommunale pour l'accessibilité est composée d'associations représentant les usagers de l'espace public et la diversité des situations de handicap (visuel, moteur, auditif, cognitif, psychique et mental).

Membres associatifs : chaque association est représentée par deux délégués et chaque collectif par 4 délégués.

CIH : Comité interministériel du handicap

Le Comité interministériel du handicap est placé sous l'autorité du Premier ministre. Il est composé par tous les ministres concernés par la politique du handicap (logement, culture, recherche, travail, sport, défense, anciens combattants, collectivités territoriales, etc.) Ainsi, tous les membres du gouvernement peuvent être appelés à siéger au comité.

Un secrétaire général, placé auprès du Premier ministre, est chargé :

- de préparer les travaux et délibérations du comité ;
- de coordonner et suivre la mise en œuvre des décisions prises ;
- du secrétariat du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH) et de l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap (ONFRIH).

Les travaux de ces instances pourront ainsi être articulés. Cette architecture vise à mieux mobiliser les services de l'État, de renforcer et d'optimiser leur dialogue avec le monde associatif.

DMA : Délégation ministérielle à l'accessibilité

La vocation de la Délégation ministérielle à l'accessibilité (DMA) est de coordonner les actions du ministère dans les différents domaines concernés par l'accessibilité : transports (terrestres, maritimes et aériens), cadre bâti, voirie, espaces publics, bâtiments ou équipements recevant du public.

La DMA est rattachée au Secrétariat général du ministère.

Ses missions :

- inciter et coordonner les actions en faveur de l'accessibilité entre administrations et organismes publics ;
- sensibiliser les acteurs concernés par l'accessibilité et diffuser l'information auprès des maîtres d'ouvrage ;
- élaborer et mettre en cohérence les textes relatifs à l'accessibilité produits par les différentes directions d'administration centrale du ministère ;
- contribuer aux travaux de normalisation menés au niveau interministériel ainsi qu'aux niveaux européen et international ;
- développer le partage d'expérience pour valoriser les meilleures pratiques des acteurs

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sont des regroupements de communes ayant pour objet l'élaboration de « projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité ». Ils sont soumis à des règles communes, homogènes et comparables à celles de collectivités locales. Les communautés urbaines, communautés d'agglomération, communautés de communes, syndicats d'agglomération nouvelle, syndicats de communes et les syndicats mixtes sont des EPCI.

ERP : Établissement recevant du public

Le terme établissement recevant du public (ERP), défini à l'article R. 123-2 du Code de la construction et de l'habitation, désigne tous bâtiments, locaux ou enceintes, publics ou privés, accueillant, soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque des clients, autres que les employés.

La définition d'ERP regroupe un très grand nombre d'établissements comme les cinémas, théâtres, magasins, bibliothèques, écoles, universités, hôtels, restaurants, hôpitaux, les établissements flottants (péniche à quai), etc., que ce soient des structures fixes ou provisoires (chapiteaux, ou structures gonflables).

Accessibilité des établissements recevant du public

La réglementation concernant l'accessibilité des personnes handicapées se base sur la définition des établissements recevant du public (ERP) rédigée à l'article R. 123-2 du Code de la construction et de

l'habitation (sécurité incendie). Les locaux destinés à n'accueillir que du personnel de l'établissement seront considérés comme des lieux de travail et relèveront à ce titre des dispositions du Code du travail sur l'accessibilité des lieux de travail aux personnes handicapées.

IOP : Installations ouvertes au public

La définition des installations ouvertes au public (IOP) est donnée dans la circulaire du 30 novembre 2007.

Il s'agissait alors de désigner des espaces, lieux ou équipements qui, bien que non concernés par les règles de sécurité du fait de leur nature ou de leurs caractéristiques, n'en doivent pas moins être rendus accessibles.

L'ancien article R. 111-19, abrogé par le décret n° 2006-555, contenait une définition de ces IOP qui s'est avérée peu opératoire du fait du champ trop large couvert par la notion d'aménagement. En effet, si un aménagement urbain tel qu'un jardin public doit sans conteste être soumis à certaines exigences d'accessibilité, un sentier aménagé dans un site naturel (montagne, littoral, etc.) ne saurait tomber systématiquement sous le coup de ces règles.

Doivent ainsi être considérés comme des IOP :

- les espaces publics ou privés qui desservent des ERP, les équipements qui y sont installés dès lors qu'ils ne requièrent pas, par conception, des aptitudes physiques particulières : les jeux en superstructure pour enfants n'ont pas à respecter de règles d'accessibilité ;
- les aménagements permanents et non rattachés à un ERP, tels que les circulations principales des jardins publics, les parties non flottantes des ports de plaisance ; les aménagements divers en plein air incluant des tribunes et gradins, etc. ;
- les parties non bâties des terrains de camping et autres terrains aménagés pour l'hébergement touristique, étant précisé que les éléments de mobilier urbain doivent être accessibles lorsqu'ils sont intégrés à une IOP.

Ne sauraient en revanche être considérés comme des IOP :

- les aménagements liés à la voirie et aux espaces publics et en particulier les places publiques et les espaces piétonniers sur dalles, y compris les escaliers mécaniques et les passerelles pour piétons situés dans ces espaces, ainsi que les éléments de mobilier urbain installés sur la voirie ;
- les équipements dont la réglementation est explicitement prévue dans un autre cadre, comme par exemple les arrêts de bus (qui relèvent de la réglementation relative à la voirie) ou les points d'arrêt non gérés (PANG) des lignes ferroviaires (qui relèvent de la transposition des spécifications techniques européennes d'interopérabilité des services de transports) ;
- tout ce qui relève d'aménagements en milieu naturel comme les sentiers de promenade ou de randonnée, les plages ;
- les équipements mobiles de liaison entre un bâti-

ment terminal et un système de transport (passerelles mobiles d'accès aux avions, aux bateaux, etc.) ;

- les équipements de sports et loisirs nécessitant par destination des aptitudes physiques minimales tels que murs d'escalade, pistes de ski, équipements divers de jeux pour enfants ou adultes (toboggans, ponts de singe, toiles d'araignée, etc.), pistes de « bmx » ou de cyclocross, « skate-parks » ...

Le cas des équipements de liaison comme les escaliers mécaniques ou les passerelles pour piétons, par exemple, doit être étudié selon le contexte : lorsque ces équipements sont intégrés dans un bâtiment ou ses abords (situés à l'intérieur de la parcelle) ou dans l'enceinte d'une IOP (jardin public par exemple), ils respectent les règles applicables aux bâtiments (ERP ou habitation) et aux IOP ; en revanche, lorsqu'ils sont situés sur la voirie ou dans un espace public, ils relèvent de la réglementation correspondante.

LSF : Langue des signes française

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) a deux objectifs :

- offrir aux personnes handicapées ainsi qu'à leurs familles la possibilité d'accéder aux principaux droits et prestations favorisant l'accueil et l'accompagnement de ces derniers ;
- sensibiliser les personnes sur les problèmes liés au handicap.

Dans chaque département, vous pouvez trouver une MDPH. Chaque MDPH s'occupe des démarches liées aux différentes situations de handicap.

La MDPH assure à la personne handicapée et à sa famille :

- l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie ;
- l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ;
- l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir ;
- l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap.

Pour l'exercice de ses missions, la MDPH peut s'appuyer sur des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ou des organismes assurant des services d'évaluation et d'accompagnement des besoins des personnes handicapées avec lesquels elle passe convention.

La MDPH organise des actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux concernant les personnes handicapées.

Un référent pour l'insertion professionnelle est désigné au sein de chaque MDPH.

Observatoire interministériel de l'accessibilité et de la conception universelle

Il a été créé par le décret n° 2010-124 du 9 février 2010. Il est placé auprès du Premier ministre. Il a été installé le 11 février 2010.

Ces trois missions :

Il est chargé d'évaluer l'accessibilité et la convenance d'usage des bâtiments d'habitation, des établissements recevant du public, des lieux de travail, de la voirie, des espaces publics, des installations ouvertes au public, des moyens de transport et des nouvelles technologies. Il étudie les conditions d'accès aux services publics, au logement et aux services dispensés dans les établissements recevant du public. Il recense les progrès réalisés en matière d'accessibilité et de conception universelle.

Il est chargé d'identifier et de signaler les obstacles à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 11 février 2005 en matière d'accessibilité et les difficultés rencontrées par les personnes handicapées ou à mobilité réduite dans leur cadre de vie.

Il constitue un centre de ressources chargé de rechercher, répertorier, valoriser et diffuser les bonnes pratiques en matière d'accessibilité et de conception universelle. À cet effet, il collecte les documents utiles à la sensibilisation, à la formation ou à la définition d'une méthodologie en matière d'accessibilité et de conception universelle.

L'observatoire interministériel est composé de 57 membres regroupés en 6 collèges :

- collège des collectivités territoriales ;
- collège des personnes handicapées ou à mobilité réduite (notamment les personnes âgées, les consommateurs, les familles) ;
- collège des maîtres d'ouvrage, des maîtres d'œuvre et des professionnels de l'accessibilité et de la conception universelle ;
- collège des représentants de l'État ;
- collège des organismes intervenant pour le financement, l'observation, le contrôle et la normalisation.

Trois personnalités qualifiées choisies à raison de leurs compétences en matière d'accessibilité et de conception universelle.

La présidente de l'observatoire interministériel de l'accessibilité et de la conception universelle est Mme Sylvie Desmasrescaux, sénatrice du Nord.

PMR : Personnes à mobilité réduite

Depuis plusieurs années, le terme « Personnes à Mobilité Réduite » (PMR) a été adopté pour englober les personnes handicapées et les personnes « en situation de handicap », c'est-à-dire gênées du fait de l'environnement de leurs déplacements. Aujourd'hui, ce terme est critiqué, car le mot mobilité est très souvent utilisé avec une acception réductrice pour ne désigner que le handicap moteur, les difficultés à marcher, voire même seulement l'utilisation d'un fauteuil roulant. On comprend alors que les personnes

ayant une déficience visuelle, auditive ou cognitive s'estiment exclues des préoccupations d'accessibilité... le terme générique « Personnes à mobilité réduite » (PMR) est utilisé en référence à la position que le Parlement européen a prise en date du 14 février 2001. Toutes les personnes ayant des difficultés pour se déplacer, telles que, par exemple, personnes handicapées (y compris les personnes souffrant de handicaps sensoriels et intellectuels et les passagers en fauteuil roulant), personnes handicapées des membres, personnes de petite taille, personnes transportant des bagages lourds, personnes âgées, femmes enceintes, personnes ayant un caddie et parents avec enfants (y compris enfants en poussette).

Cette définition est strictement identique à celle utilisée au niveau international.

Potelet sonore et tactile

Ce nouveau mobilier urbain intelligent intègre une balise audio, qui dispense des informations d'orientation, ainsi qu'un plan tactile simplifié. Implanté aux points stratégiques d'une zone, il est repérable grâce à la télécommande universelle qui fait parler les feux partout en France.

Ce potelet est alimenté par une batterie qui se recharge la nuit par l'éclairage public.

Il répond aux critères de détectabilité définis par la loi : 1,20 m de hauteur et contraste visuel en partie haute.

SDA : Schéma directeur d'accessibilité

L'article 45 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit l'élaboration de schémas directeurs d'accessibilité (SDA) des services de transports. Ces schémas directeurs d'accessibilité doivent :

- préciser la programmation de la mise en accessibilité du service de transports d'ici le 11 février 2015 ;
- définir les modalités de l'accessibilité des différents types de transport ;
- identifier les cas d'impossibilité techniques de mise en accessibilité du service existant ;
- préciser le « transport de substitution » qui sera mis à disposition pour pallier ces impossibilités de mise en accessibilité ;
- déterminer les modalités de maintenance pouvant assurer la pérennité des équipements d'accessibilité.

Les schémas directeurs d'accessibilité des services de transport doivent être élaborés par les autorités organisatrices de transports (intercommunalités, département, région, SNCF), par le syndicat des transports d'Île-de-France et par les gestionnaires des principaux aéroports français. La date limite d'élaboration des SDA est le 11 février 2008.

Un schéma directeur pour mieux définir les priorités

Pour répondre de façon pertinente et qualitative, il était indispensable d'identifier les secteurs où les efforts de mise en accessibilité doivent être concentrés. Pour le guider dans la programmation des travaux, le Grand Lyon a choisi d'élaborer un Schéma Directeur

d'accessibilité (SDA). Sa réalisation a été confiée à l'Agence d'urbanisme de l'agglomération lyonnaise. Le SDA recense et classe sur l'ensemble du territoire les lieux et itinéraires à traiter en priorité. Intégré au volet piéton du Plan modes doux 2009-2020, il constitue un document de référence non-opposable et une base de travail pour le Grand Lyon et ses partenaires. Au-delà, le SDA permet de bâtir une stratégie d'agglomération et dégage une logique d'action globale, qui dépasse l'unique addition des besoins particuliers pouvant être exprimés.

Pour définir quels itinéraires sont à rendre accessibles en priorité, une stratégie a été retenue : « Métropole accueillante, où il fait bon vivre pour tous ». Son objectif est d'améliorer les services en direction des personnes en situation de handicap dans les aspects principaux de leur vie quotidienne et de leur permettre de profiter pleinement des services et de l'animation des espaces urbains. Elle s'appuie sur les priorités définies avec les associations de personnes en situation de handicap et repose sur quatre éléments :

- le réseau de transports en commun ;
- la hiérarchisation des destinations par thèmes ;
- la prise en compte des lieux porteurs d'animation ;
- l'identification des périmètres des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS).

Zone de rencontre

La zone de rencontre a été introduite en France dans le Code de la route par décret du 30 juillet 2008.

Il s'agit d'une zone de circulation apaisée, ouverte à tous les modes de transports : les piétons pouvant se déplacer sur l'ensemble de la voirie tout en bénéficiant de la priorité sur tous les véhicules.

Si la zone de rencontre permet la circulation de tous sur la chaussée, il est recommandé – dès que la largeur de la rue le permet – de garder un (ou des) espace(s) réservé(s) aux seuls piétons : cet aménagement a pour objectif de permettre aux plus vulnérables d'entre eux de se déplacer, s'ils le souhaitent, le long de la rue, plus sereinement.

L'aménagement doit permettre une circulation aisée et en sécurité de tous les usagers, et notamment des personnes à mobilité réduite (PMR), sans exclusion :

- les personnes aveugles ou malvoyantes doivent pouvoir identifier si elles se situent sur l'espace dédié

aux seuls piétons ou sur la chaussée partagée par tous – la limite entre ces deux domaines devant être détectable (au pied et/ou à la canne) et repérable (détection visuelle pour les personnes malvoyantes) ;

- les personnes à motricité réduite, circulant en fauteuil roulant, utilisant un déambulateur, etc., doivent pouvoir circuler sur l'ensemble de la voirie – si elles le souhaitent – et franchir les dispositifs délimitant l'espace dédié aux seuls piétons de la chaussée partagée.

Afin de déterminer les dispositifs les plus efficaces, le Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (Certu) a commandé au Centre d'études techniques de l'équipement (CETE) de Lyon une analyse des études étrangères réalisées dans ce domaine. Les résultats sont désormais disponibles et consultables dans le rapport d'étude « Zone de rencontre – Quels dispositifs repérables et détectables par les personnes aveugles et malvoyantes ? ».

Au sein de ces zones :

- les piétons peuvent circuler sur la chaussée sans y stationner ;
- les piétons ont la priorité sur les véhicules, à l'exception du tramway ;
- tous les véhicules peuvent y circuler (voiture, vélo, bus...), mais ceux motorisés ne peuvent pas excéder une vitesse de 20 km/h.

La « zone de rencontre » correspond ainsi à des espaces publics où l'on souhaite favoriser les activités urbaines et la mixité des usages sans pour autant s'affranchir du trafic motorisé : rues résidentielles, quartiers historiques, places, sorties d'écoles, rues commerçantes, etc. Plus ou moins étendue, ses dimensions doivent rester toutefois compatibles avec une vitesse limite très basse pour les véhicules et une attention soutenue des conducteurs du fait de la priorité piétonne.

Une « zone de rencontre » est créée par un arrêté local de l'autorité détentrice du pouvoir de police de la circulation (généralement, le maire en agglomération). Un second arrêté rend applicables les règles particulières de circulation sur la base de l'aménagement cohérent des zones et la mise en place de la signalisation correspondante.

L'équipe du comité de rédaction

Sous le pilotage de Nadège Renaux – Responsable Mission Handicap – DOMU

AP-HP - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

El Hadi Benmansour – Directeur – DMOAPT-DEFIP

Floriane Crine – Assistante – Mission Handicap – DOMU

Michel-François Hein – Ingénieur chargé du schéma cadre directeur des investissements – DMOAPT-DEFIP

Thierry Guilmin – Référent sécurité incendie et amiante – DMOAPT-DEFIP

Jean-Luc Bonnet – Technicien sécurité incendie – DMOAPT-DEFIP

Christiane Ott – Ingénieur Hospitalier Psychologue Ergonome – DRH Mission Handicap et Travail

Samuel Pouplin – Ergothérapeute – Plate-Forme Nouvelles Technologies – Hôpital Raymond Poincaré

Émilie Vormes – Orthophoniste – Hôpital Rothschild

Jean-Michel Forestier – Direction de la communication

A.PACT - Association pour la Promotion de l'Accessibilité et de la Conception pour Tous :

Soraya Kompany – Architecte urbaniste, conseillère en accessibilité au ministère des Affaires sociales – Présidente de l'Apact

IHF - Ingénieurs Hospitaliers de France :

Daniel Briand – Directeur technique et Sécurité de l'Institut Saint-Pierre - Hôpital d'Enfants du Languedoc-Roussillon - 34250 Palavas-les-Flots - www.institut-st-pierre.com – Vice Président des Ingénieurs hospitaliers de France - www.ihf.fr – Président de l'association Handialogue - www.handialogue.se

Avec la collaboration de :

Elisabeth Cataix-Negre – Conseillère technique en communication alternative, Centre de Ressources Nouvelles Technologies de l'APF

Associations et organisations partenaires :

Anne Auvrignon, Marie-Françoise Junke, Sandrine Paniez – UNAPEI

Gilles Bisson, Thierry Jammes, Philippe Chazal – CFPSAA

Anne-Françoise Bourseul, Thomas Bouquet – CRAIF

Léopold Grard, Anne Mauceri – APF

Françoise Queruel, Cédric Lorent – UNISDA

Betty Chappe, Jean-Pierre Texier – Mission Accessibilité RATP

