

# Normes d'accessibilité

applicables aux établissements de  
santé dans les contextes à revenu  
faible ou intermédiaire



Sightsavers

## À propose de Sightsavers

Sightsavers est une organisation internationale de développement qui intervient dans plus de 30 pays pour protéger la vue, combattre les maladies et promouvoir les droits des personnes présentant des déficiences visuelles ou d'autres handicaps.

[www.sightsavers.org](http://www.sightsavers.org)

# Sommaire

Introduction	6		
Finalité du présent document	7		
Définitions et acronymes	7		
Réalisation d'audits d'accessibilité dans les établissements de santé existants	8		
<b>01 Accès à l'établissement de santé</b>	<b>21</b>	<b>07 Douches accessibles</b>	<b>53</b>
1.1 Signalisation extérieure	23	7.1 Accessibilité globale	55
1.2 Stationnement	24	7.2 Cabines de douche	56
1.3 Voie allant du parking à l'établissement de santé	26	<b>08 Ascenseurs et plateformes élévatrices pour fauteuils roulants</b>	<b>59</b>
<b>02 Entrée, accueil et salle d'attente</b>	<b>27</b>	8.1 Ascenseurs et plateformes élévatrices pour fauteuils roulants	61
2.1 Entrée	29	8.2 Ascenseurs	61
2.2 Accueil	29	8.3 Plateformes élévatrices pour fauteuils roulants	62
2.3 Salle d'attente	32	<b>09 Marches et escaliers</b>	<b>63</b>
<b>03 Salles et couloirs</b>	<b>33</b>	9.1 Marches et escaliers	65
<b>04 Espaces de déplacement et signalisation intérieure</b>	<b>37</b>	9.2 Mains courantes dans les escaliers	66
4.1 Espaces de déplacement	39	<b>10 Rampes d'accès</b>	<b>69</b>
4.2 Signalisation intérieure	40	10.1 Rampes d'accès	71
<b>05 Toilettes standard</b>	<b>43</b>	10.2 Mains courantes des rampes d'accès	73
<b>06 Toilettes accessibles</b>	<b>47</b>	<b>11 Portes</b>	<b>75</b>
6.1 Accessibilité globale	49	11.1 Portes	77
6.2 Toilettes	50	11.2 Portes manuelles	78
6.3 Lavabos	50	11.3 Portes motorisées	80
		<b>12 Alarmes incendie et issues de secours</b>	<b>81</b>



## Remerciements

Les normes d'accessibilité et le kit d'audit ont été créés à l'initiative d'Andrea Pregel, conseiller en programmes à Sightsavers pour l'inclusion sociale et le handicap. Andrea Pregel a géré l'élaboration et la coordination de ce projet avec l'aide de Karen Smith, conseillère principale pour le suivi, l'évaluation et l'apprentissage à Sightsavers.

Les normes présentées dans le présent document sont conformes aux principes de conception universelle et constituent une synthèse des recommandations formulées dans les documents suivants :

- *2010 Americans with Disabilities Act Standards for Accessible Design* (Normes de conception accessible établies dans la législation américaine de 2010 en faveur des personnes handicapées)
- *Approved Document M: access to and use of buildings, volume 2: buildings other than dwellings* (Règles applicables à la construction de bâtiments non destinés à l'habitation), Ministère du logement, des communautés et des collectivités locales, Angleterre
- *Health Building Note 00-01: General design principles* (Principes de conception des bâtiments de santé), Ministère de la santé et de la protection sociale, Angleterre
- Neufert, *Architects' Data*, quatrième édition, Wiley-Blackwell, 2012
- *The Accessibility Code of Pakistan 2006* (Réglementation de 2006 relative à l'accessibilité au Pakistan), Gouvernement du Pakistan, Ministère de la protection sociale et de l'éducation spécialisée, Direction générale de l'éducation spécialisée, Islamabad
- *Bangladesh National Building Code (BNBC) 2015 (final draft)* (Version finale de la réglementation du Bangladesh applicable à la construction), Housing and Building Research Institute
- Réglementation concernant la construction et l'entretien des appareils destinés à faciliter l'accès aux systèmes et leur utilisation par les personnes présentant un handicap physique ou une mobilité réduite (Décret n° 53 du 30 décembre 2008), Conseil des ministres de la République du Mozambique



Les personnes suivantes ont participé à l'examen et à la mise à l'essai sur le terrain des normes d'accessibilité et du kit d'audit :

**Association des femmes handicapées de Nampula (AMDN)**

Adelaide Marques

**Association des personnes sourdes du Mozambique (ASUMO)**

Aida Marino

**Association des jeunes handicapés du Mozambique (AJUDEMO)**

Camilo Morreira

**Association des personnes aveugles et malvoyantes du Mozambique (ACAMO)**

José Victor

**Association des anciens combattants handicapés du Mozambique (ADMIMO)**

Cassiano Vacareia

**Hôpital central de Nampula (Mozambique)**

Aurora Antunes

**Ministère du genre, de l'enfance et de la protection sociale, Direction provinciale de Nampula (Mozambique)**

Selma Ratibo

**Ministère de la santé, Direction provinciale de Nampula (Mozambique)**

Rosário Paulino

**Traducteur-interprète**

Samuel Canda

**Special Talent Exchange Programme (STEP), Pakistan**

Waqar Shahid, Muneeb Ahmed, Asfandiyar Khan, Faryal Zubair, Saqalain Shah, Hassan Zaheer, Khurram Yasin

**Centre for Disability in Development (CDD), Bangladesh**

Mohammad Monjurul Habib, Deb Dulal Saha, Dr Abul Koddus

**Fédération des organisations œuvrant pour les personnes handicapées au Malawi (FEDOMA)**

Simon Munde, Maria Mabviko, Naomie Msungeni, Malonje Phiri

**Sightsavers Mozambique**

Cristina Abudo Pires

**Sightsavers Bangladesh**

Syeda Asma Rashida, Dr Masud Rana, Tapon Kumar

**Sightsavers Pakistan**

Leena Ahmed, Muhammed Bilal

**Équipe de conception de Sightsavers**

**Architecte inscrite à l'ARB (Ordre des architectes du Royaume-Uni)**

Giulia Pasculli

Les normes d'accessibilité et le kit d'audit ont été créés et produits par les personnes suivantes :

**Conseillers techniques**

Andrea Pregel et Karen Smith

**Conception**

Isabel Downing

**Illustrations**

George Hadley

**Gestion de projet**

Kirsty Bridger

**Rédaction**

Rebecca Tromans

Le kit a été élaboré dans le respect des bonnes pratiques de conception accessible :

- Le texte est facile à lire et rédigé en des termes simples et clairs.
- Les onglets permettent de se repérer facilement dans le document à l'aide des couleurs et des numéros associés aux différents chapitres.
- Les couleurs ont été choisies de manière à garantir un contraste élevé entre le texte et l'arrière-plan.
- Des graphiques et des photos de référence sont utilisés dans l'ensemble du document.

Sightsavers encourage les retours d'information concernant les normes d'accessibilité et le kit d'audit.

Veuillez envoyer vos suggestions par courrier électronique à l'adresse [apregel@sightsavers.org](mailto:apregel@sightsavers.org)

# Introduction



L'article 25 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) reconnaît que « les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap ». Néanmoins, certains obstacles physiques ou liés à la communication peuvent empêcher les personnes handicapées d'accéder aux services de santé de manière sûre, équitable et indépendante.

On estime que les personnes handicapées représentent 15 % de la population mondiale. Un grand nombre d'entre elles vivent dans les pays les plus pauvres du globe : plus de 80 % des personnes handicapées se trouvent en situation de pauvreté.

Partout dans le monde, les personnes handicapées font face à une exclusion généralisée qui les met à l'écart de la vie économique, politique, sociale, civique et culturelle, et qui entrave leur accès à l'emploi, à l'éducation et aux soins de santé. Le taux de pauvreté est plus élevé parmi les personnes handicapées que dans la population générale. Les obstacles liés à l'environnement et à la communication sont nombreux dans tous les secteurs, notamment ceux de l'éducation, de la santé, de l'emploi, des transports, de la culture et de l'information, et sont particulièrement répandus dans les contextes à revenu faible ou intermédiaire.

L'article 9 de la CDPH établit qu'il est essentiel de promouvoir un accès équitable à l'environnement physique, aux transports, à l'information et à la communication, ainsi qu'à tous les autres services ouverts au public, tant dans les zones urbaines que rurales, afin que les personnes handicapées puissent vivre de façon indépendante et participer pleinement à la société, sur un pied d'égalité avec le reste de la population.

Les pouvoirs publics ont la responsabilité de recenser et d'éliminer les obstacles à l'accessibilité, tout en veillant à ce que les organisations et les entreprises privées qui proposent des services au public prennent elles aussi en considération tous les aspects de l'accessibilité. C'est également aux pouvoirs publics qu'il revient d'élaborer et de promouvoir des directives et des normes minimales relatives à l'accessibilité des installations et des services ouverts ou dispensés au public. Il leur incombe en outre de contrôler l'application de ces directives et de ces normes.

Ce principe fondamental d'une accessibilité complète est particulièrement pertinent dans le secteur de la santé. La construction d'établissements de santé conformes aux principes de conception universelle garantit que les personnes handicapées peuvent accéder aux services de santé sur un pied d'égalité avec les autres. C'est aussi un moyen d'améliorer l'accès aux soins et l'expérience qui en découle pour la population dans son ensemble, notamment les personnes âgées, les personnes enceintes, les parents accompagnés d'enfants et les personnes analphabètes ou ne connaissant pas la langue locale.

Alors que la communauté internationale s'efforce de mettre en œuvre le Programme 2030 et les objectifs de développement durable, il est indispensable de garantir aux personnes handicapées un accès équitable à des soins de santé inclusifs et accessibles en vue de parvenir à une couverture sanitaire universelle et de respecter l'engagement à ne laisser personne de côté.

# Finalité des présentes directives

Ce document vise à fournir des recommandations aux parties prenantes telles que les autorités publiques, les organismes multilatéraux, les prestataires de soins de santé, les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations de personnes handicapées (OPH), afin qu'elles puissent améliorer l'accessibilité des établissements de santé dans les contextes à revenu faible ou intermédiaire.

Les normes et le kit d'audit connexe peuvent être utilisés pour :

- élaborer des normes d'accessibilité adaptées au contexte national, ou réviser les normes existantes ;
- évaluer le niveau d'accessibilité des infrastructures de santé existantes et proposer des recommandations permettant de les améliorer ;
- orienter la construction de nouvelles infrastructures de santé en veillant à ce que l'accessibilité soit prise en compte dès la phase de conception et tout au long du projet.

## Définitions

**Accessibilité** : Le niveau d'accessibilité d'un produit, d'une infrastructure, d'un environnement ou d'un service se définit par la mesure dans laquelle un maximum de personnes, en particulier les personnes handicapées, peut en bénéficier.

**Personnes handicapées** : Personnes présentant des déficiences physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec divers obstacles peut entraver leur participation pleine et effective à la société sur un pied d'égalité avec les autres.

**Aménagement raisonnable** : Les modifications et ajustements nécessaires, appropriés et n'imposant pas de charge disproportionnée ou induite qui peuvent être apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, afin que les personnes handicapées soient en mesure d'exercer l'ensemble de leurs droits humains et de leurs libertés fondamentales sur un pied d'égalité avec les autres.

**Conception universelle** : Principes permettant de créer des produits, des environnements, des programmes et des services qui peuvent être utilisés par l'ensemble de la population, dans toute la mesure possible, sans qu'il soit nécessaire de les adapter ou de les concevoir de manière spéciale.

## Acronymes

**OPH** : organisation de personnes handicapées

**ONG** : organisation non gouvernementale

**CDPH** : Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées

## Modifications

Les normes d'accessibilité présentées ci-après précisent les dimensions idéales qui garantissent l'accessibilité des établissements de santé. Il est possible de les remplacer par d'autres dimensions en se servant des espaces indiqués par le symbole suivant :



Cela pourra notamment vous être utile si les recommandations en vigueur dans votre pays sont différentes de celles indiquées ici.

# Réalisation d'audits d'accessibilité dans les établissements de santé existants

Les normes énoncées dans le présent document et les outils fournis dans le kit d'audit peuvent être utilisés pour mener des audits d'accessibilité dans les établissements de soins existants, mais également pour coordonner les plans visant à rénover les bâtiments et à améliorer l'accessibilité des infrastructures de santé.

Dans le cadre de cette démarche, Sightsavers recommande de procéder en dix étapes, qui sont détaillées ci-après.

## Étape 1

### Examiner les outils d'audit



Avant de lancer le processus, nous recommandons de passer en revue les normes d'accessibilité exposées dans le présent document ainsi que les éléments du kit d'audit afin de vous assurer qu'ils sont conformes aux directives d'accessibilité nationales en vigueur (le cas échéant).

Bien que les normes présentées ici soient fondées sur les directives et la réglementation établies par différents pays, il est possible qu'elles ne soient pas adaptées à tous les contextes. C'est pourquoi les versions imprimée et numérique des normes et du kit d'audit ont été conçues pour permettre une certaine flexibilité, les différentes sections pouvant être modifiées en fonction de la situation. Lorsque les dimensions ou les recommandations applicables à votre région sont différentes de celles proposées dans le présent document, prenez soin de les consigner dans les espaces prévus à cet effet.

Au moment de planifier les audits d'accessibilité, il convient également de déterminer qui mènera les évaluations, et dans quelles régions. Si nécessaire, prévoyez de faire traduire les ressources du kit d'audit dans la langue locale et faites en sorte que les membres de l'équipe d'audit puissent bénéficier de tous les aménagements raisonnables dont ils pourraient avoir besoin.







## Étape 2

## Constituer une équipe inclusive pour les audits d'accessibilité



La première phase du processus consiste à constituer l'équipe qui sera chargée de mener les audits d'accessibilité au sein des infrastructures de santé existantes. Si les audits d'accessibilité sont coordonnés par les pouvoirs publics, la division du ministère de la santé chargée de l'aménagement physique (ou tout autre organisme équivalent) sera responsable de la mise en œuvre et du suivi des activités d'audit. Si les audits sont coordonnés par une ONG ou un autre organisme de développement, il convient de constituer une équipe dont les membres sont issus de plusieurs parties prenantes.

Pour faire en sorte que le processus soit inclusif et participatif, il est conseillé de consulter les personnes handicapées et les organisations qui les représentent à toutes les étapes, de la phase initiale de planification et de conception jusqu'à la mise en œuvre, et également lors des activités de suivi et d'évaluation. Les OPH disposent souvent d'une expérience en matière de réalisation d'audits d'accessibilité et sont susceptibles de posséder des ressources internes utiles, telles que des listes de contrôle ou des manuels. Lorsque c'est le cas, des membres de l'organisation concernée peuvent être invités à rejoindre l'équipe en vue d'encadrer les audits et d'aider à renforcer les compétences et les ressources des autres participants, tels que des représentants des pouvoirs publics, des prestataires de soins de santé et des ONG.

Il est important que l'équipe chargée de l'audit inclue des personnes présentant différents types de déficiences ainsi que des expériences diverses de la vie en situation de handicap. Même si les normes ont été conçues pour être polyvalentes et

inclusives, une telle démarche permettra de promouvoir une représentation plus large, de mieux prendre en compte l'expérience des utilisateurs, et de relever plus facilement les lacunes éventuelles du processus d'audit.

De fait, si l'audit fait intervenir des personnes présentant différents handicaps ou caractéristiques physiques, par exemple une personne en fauteuil roulant, une utilisant des béquilles, une ayant des membres manquants et une autre atteinte de nanisme, celles-ci seront en mesure de tester directement les éléments matériels mentionnés dans les normes et de proposer des recommandations supplémentaires fondées sur leur propre expérience.

De même, il est utile d'impliquer une personne aveugle ou malvoyante ainsi qu'une personne sourde ou malentendante afin qu'elles puissent tester tout ce qui concerne l'orientation et la mobilité, l'éclairage, les contrastes de couleurs, les sons et les bruits, mais aussi l'accès à l'information et à la communication. Enfin, lorsque l'équipe comprend une personne présentant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial (troubles anxieux ou troubles de l'humeur, par exemple), une personne atteinte de troubles de l'apprentissage ou d'un handicap intellectuel (trisomie 21, par exemple) et des personnes neurodivergentes (personnes dyslexiques ou autistes, par exemple), cela permet de recueillir davantage d'informations sur des aspects tels que l'accès à l'information, la communication et les sources potentielles de stress ou d'inconfort. Il est alors possible de formuler des recommandations plus pertinentes pour améliorer les services.

Il convient d'inviter au moins un ingénieur ou architecte à se joindre à l'équipe. Il peut s'agir d'une personne issue des principaux services d'aménagement ou de la personne responsable de l'infrastructure de l'établissement faisant l'objet de l'audit. Son implication lui permettra de mieux comprendre les questions liées à l'accessibilité et à la conception universelle, tout en garantissant la prise en compte d'une expertise technique fiable dans l'ensemble des recommandations formulées.

Les audits d'accessibilité constituent aussi une occasion de sensibiliser certains participants, notamment les représentants du ministère de la santé ou les responsables des installations sanitaires dans une région donnée. L'inclusion de ces personnes dans l'équipe d'audit offre une chance d'améliorer leur compréhension de l'accessibilité, des questions de conception universelle et des obstacles qui entravent l'accès des personnes handicapées aux services de santé, ce qui peut favoriser la mise en place d'un soutien renforcé et de solutions durables à plus long terme.



## Étape 3 Former l'équipe d'audit

Une fois que les personnes choisies ont été invitées à rejoindre l'équipe, nous recommandons de renforcer les compétences et les connaissances de tous les participants afin qu'ils soient en mesure de mener les évaluations de la meilleure façon possible.

Bien que le format et la durée des séances de formation puissent varier, il est souhaitable de prévoir au moins un atelier de trois jours comprenant une partie théorique et des exercices pratiques. Il peut être utile de prendre des dispositions avec quelques-uns des établissements de santé locaux pour que les participants puissent y mettre leurs compétences d'audit en application.

Au moment d'organiser l'atelier de formation, vérifiez que la salle est accessible aux participants présentant différents types de handicaps, et procédez aux aménagements raisonnables requis pour les personnes qui en ont besoin (mise à disposition de services d'interprétation en langue des signes, par exemple). Avant l'atelier, préparez des exemplaires des normes et de la liste de contrôle de l'audit d'accessibilité pour tous les participants.

Au début de l'atelier, les formateurs doivent présenter un aperçu des principes et concepts clés ayant trait à l'accessibilité et à la conception universelle. Il convient également de mentionner les outils suivants, qui seront utilisés au cours des audits :

- Normes d'accessibilité
- Liste de contrôle de l'audit d'accessibilité
- Mètre ruban
- Caméra
- Formulaires de consentement pour les photos et les vidéos
- Exemple de plan d'étage d'un établissement de santé local

- Modèle de rapport d'audit
- Outil de notation
- Outil de planification des rénovations

Les formateurs doivent aussi passer en revue les principaux rôles et tâches attribués aux personnes qui réalisent les audits.

- Un membre de l'équipe sera chargé d'utiliser la liste de contrôle : il posera les questions une par une et consignera les observations et tout commentaire utile.
- Un membre de l'équipe aura la responsabilité de se référer aux normes d'accessibilité pendant l'audit, notamment pour consulter les critères cités dans la liste de contrôle.
- Un membre de l'équipe devra garder le plan d'étage en main et s'assurer que tous les espaces (salles, espaces de déplacement, toilettes et autres) font l'objet d'une évaluation pendant l'audit.
- Deux membres de l'équipe travailleront ensemble pour mesurer les portes, les rampes d'accès, les marches et les autres éléments cités dans la liste de contrôle et les normes. Le kit fourni par Sightsavers comprend un mètre ruban spécialement conçu pour les audits d'accessibilité : gradué en centimètres, il permet en outre de visualiser un certain nombre de dimensions, d'icônes et de repères de couleur présentés dans les normes, rendant ainsi le processus de mesure plus facile et accessible.
- Un membre de l'équipe sera chargé d'utiliser la caméra (ou un smartphone) pour prendre en photo les éléments qui ne répondent pas aux normes d'accessibilité. Ces images serviront lors de la rédaction du rapport final.



- Un membre de l'équipe pourra être amené à utiliser un chronomètre pour mesurer la vitesse de fermeture des portes ou de déplacement des élévateurs, entre autres.
- Les autres membres de l'équipe devront apporter leur aide et faire part de leurs observations tout au long de l'audit. Ils pourront tester des éléments particuliers, tels que le contraste de couleurs ou la facilité d'utilisation des portes et des poignées.

Une fois que les participants ont été informés sur le déroulement du processus, les rôles qui leur seront attribués et les ressources à leur disposition, il convient d'organiser au moins deux exercices pratiques dans les établissements de santé sélectionnés. Dans le cadre de ces activités, les membres de l'équipe peuvent être invités à assumer différentes fonctions (consulter les normes, prendre des photos ou relever les mesures, par exemple). La tâche des formateurs consiste à observer les participants et à les orienter si

nécessaire en répondant à leurs questions, en leur rappelant de prêter attention à certains détails et en formulant des commentaires pendant et après l'exercice.

Au terme de ce processus, nous recommandons de déterminer avec précision les rôles confiés à chaque membre de l'équipe d'audit. Il est également conseillé de désigner une personne qui jouera le rôle de chef d'équipe : elle sera chargée de guider les autres membres pendant les audits et de veiller à ce que toutes les étapes prévues soient respectées.

La dernière partie de la formation porte sur la rédaction du rapport et l'utilisation du système de notation. Les participants sont invités à s'appuyer sur le modèle fourni par Sightsavers pour élaborer une grille de notation adaptée. Ils pourront s'en servir pour évaluer le niveau d'accessibilité de chaque établissement au moment de l'inspection et les progrès accomplis à la suite d'éventuels travaux d'amélioration.



## Étape 4

### Planifier les audits



Au début du processus d'audit, l'entité, l'équipe ou la personne chargée de coordonner les évaluations doit travailler en étroite collaboration avec les autorités du secteur de la santé et la direction des établissements de santé inspectés. Les responsables de la planification des audits doivent fournir des informations sur la finalité des contrôles et les étapes du processus. Les horaires doivent être choisis de manière à perturber le moins possible les activités de l'établissement. Lorsque cela est possible, procurez-vous un plan d'étage des bâtiments.

Il convient de fournir à tous les membres de l'équipe d'audit les informations et l'aide logistique dont ils ont besoin pour mener les audits aux dates convenues. Si des aménagements raisonnables sont nécessaires pour certaines personnes, faites en sorte qu'ils soient mis en place.

Prévoyez au moins deux jours pour effectuer un audit dans un établissement de soins secondaire. En fonction de la taille de la structure, par exemple s'il s'agit d'un hôpital tertiaire, il est possible que la procédure nécessite plus de temps. Les responsables de la planification des audits doivent évaluer la durée des contrôles et faire en sorte que l'équipe d'audit dispose du temps et des ressources dont elle a besoin pour se rendre sur place.

Veillez à ménager suffisamment de temps pour que tous les membres de l'équipe puissent faire part de leurs idées immédiatement après l'audit, convenir d'une note, et rédiger des observations et des recommandations initiales. Du temps supplémentaire sera à prévoir pour l'élaboration du rapport complet. Un ou plusieurs membres de l'équipe devront se charger de cette tâche.





## Étape 5 Effectuer les audits

Au début de chaque audit d'accessibilité, l'équipe doit arriver sur place et s'entretenir avec la direction ou les autorités compétentes, puis leur remettre un bref descriptif de la procédure et obtenir l'autorisation définitive de mener l'évaluation. Il est toujours utile d'inviter un représentant de l'établissement à se joindre au groupe pour le guider au cours de sa visite et lui fournir les renseignements nécessaires. L'équipe d'audit doit aussi demander la permission de prendre des photos de tout élément ne répondant pas aux normes d'accessibilité, et inviter la personne représentant la direction de l'établissement ou l'autorité compétente à signer le formulaire de consentement. Tous les autres participants à l'audit doivent également signer des formulaires de consentement.

S'il est possible de se procurer un plan d'étage de l'établissement de santé, l'équipe doit commencer par repérer l'itinéraire qu'elle prévoit de suivre. Comme cela est indiqué sur la liste de contrôle, il est recommandé de commencer chaque audit à l'extérieur de l'établissement, puis d'examiner la zone de stationnement (le cas échéant), l'entrée, l'accueil et la salle d'attente. L'équipe doit ensuite vérifier toutes les salles, ainsi que les installations sanitaires, les espaces de déplacement et les ascenseurs ou élévateurs (le cas échéant). Les éléments susceptibles d'être installés à plusieurs endroits, comme les escaliers, les rampes d'accès, les portes et les alarmes incendie, doivent être systématiquement évalués tout au long de la visite.

## Étape 6 Rédiger le rapport d'audit

Une fois l'audit terminé, l'équipe doit se réunir pour faire le bilan de la visite et discuter du niveau d'accessibilité de l'établissement en passant en revue les éléments positifs et les problèmes éventuels. Elle doit ensuite commencer la rédaction du rapport d'audit.

C'est au chef d'équipe qu'il revient d'écrire le rapport à l'aide du modèle fourni dans le kit d'audit, dont la structure correspond à celle de la liste de contrôle. Tous les membres de l'équipe doivent apporter leur contribution en faisant part de leurs commentaires et de leurs observations, en choisissant les photos à joindre au rapport, et en proposant des recommandations pour améliorer l'accessibilité de l'établissement de santé.

Il convient de consigner un maximum d'informations dans le rapport immédiatement après l'audit, pendant

que l'on se souvient encore de tout avec précision. S'il n'est pas possible de terminer la rédaction du rapport en une séance, le chef d'équipe doit se charger de terminer la version préliminaire du texte avant de la transmettre aux autres membres de l'équipe pour leur permettre de donner leur avis et leur approbation finale.







## Étape 7

### Attribuer une note à l'établissement de santé



À la suite de l'audit, il peut être utile d'attribuer une note reflétant le niveau d'accessibilité global de l'établissement en se servant de l'outil de notation fourni dans le kit d'audit. La notation se fait sur une échelle de 0 à 100 et prévoit quatre catégories de résultats :

-  **76-100** : Bon niveau d'accessibilité, nécessite peu d'ajustements
-  **51-75** : Niveau d'accessibilité moyen, nécessite un certain nombre ajustements
-  **26-50** : Faible niveau d'accessibilité, nécessite de nombreux ajustements
-  **0-25** : Niveau d'accessibilité minime, nécessite de très nombreux ajustements

Chaque catégorie est assortie d'une description présentant les principales caractéristiques que l'on peut trouver dans les établissements concernés. Nous encourageons les équipes d'audit à utiliser les espaces prévus à cet effet pour modifier le texte de ces descriptions et l'adapter à leur contexte particulier.

Chaque membre de l'équipe doit attribuer une note à l'établissement sur la base de ce qu'il a constaté pendant l'audit. Il convient ensuite de travailler à deux pour comparer les notes accordées individuellement et convenir d'une note commune. Les groupes de deux doivent alors se réunir pour former des groupes de quatre, et ainsi de suite jusqu'à ce que tous les membres de l'équipe d'audit s'entendent sur la note finale de l'établissement.

Cette note donne un aperçu du nombre d'ajustements nécessaires pour rendre le bâtiment plus accessible. Elle peut également être utilisée à des fins de suivi, par exemple dans le cadre de la méthode du cadre logique, pour évaluer les progrès accomplis après la fin des travaux de rénovation et la réalisation d'un nouvel audit.



Note	Description générale
<b>Bon niveau d'accessibilité (76-100)</b>	La visite du centre laisse une impression positive et n'a pas révélé de problèmes. Tous les éléments d'infrastructure examinés au fil de la visite (salles, portes, escaliers, rampes d'accès, etc.) sont facilement accessibles, et des aménagements raisonnables ont été effectués pour garantir l'accès des personnes présentant différents types de handicaps.
<b>Niveau d'accessibilité moyen (51-75)</b>	La visite du centre laisse une impression globalement positive et n'a pas révélé de problèmes majeurs. La plupart des éléments d'infrastructure examinés au fil de la visite (salles, portes, escaliers, rampes d'accès, etc.) sont facilement accessibles, et des aménagements raisonnables ont été effectués pour garantir l'accès des personnes présentant différents types de handicaps.
<b>Faible niveau d'accessibilité (26-50)</b>	La visite du centre laisse une impression globalement négative et a révélé plusieurs problèmes. Certains des éléments d'infrastructure examinés au fil de la visite (salles, portes, escaliers, rampes d'accès, etc.) ne sont pas facilement accessibles ou utilisables. Un certain nombre d'aménagements raisonnables ont été effectués pour garantir l'accès des personnes présentant différents types de handicaps, mais cela n'est pas suffisant.
<b>Niveau d'accessibilité minimale (0-25)</b>	La visite du centre laisse une impression globalement négative et a révélé plusieurs problèmes. De nombreux éléments d'infrastructure examinés au fil de la visite (salles, portes, escaliers, rampes d'accès, etc.) ne sont pas facilement accessibles ou utilisables. Aucun aménagement raisonnable n'a été effectué pour garantir l'accès des personnes présentant différents types de handicaps, ou ces aménagements ne peuvent pas être exploités de la façon prévue. Il n'est pas possible pour une personne handicapée de se déplacer de manière autonome dans cet établissement.

## Étape 8

### Élaborer des plans pour adapter et améliorer l'infrastructure



Une fois que le rapport d'audit a été finalisé, il doit être utilisé pour la planification des adaptations infrastructurelles qui permettront d'améliorer l'accessibilité de l'établissement de santé.

La première étape consiste à obtenir une estimation des coûts relatifs à chacun des ajustements recommandés, qu'il s'agisse de l'installation d'une main courante, de la construction d'une rampe d'accès ou de l'élargissement d'une porte. Le service chargé de l'aménagement matériel, les OPH ou bien l'architecte ou l'ingénieur ayant participé à l'audit peuvent diriger cette opération s'ils disposent déjà d'une liste de prestataires de confiance. Si aucune liste n'est disponible, les parties prenantes doivent collaborer afin de recenser les prestataires potentiels et de leur demander des devis pour chacune des modifications proposées. Les devis reçus peuvent être intégrés à l'outil de planification des rénovations fourni dans le kit.

Une fois que toutes les estimations de coûts ont été obtenues, il convient d'organiser une réunion rassemblant les représentants des établissements et les autorités du secteur de la santé, l'équipe d'audit et les

autres acteurs concernés. Lors de cette rencontre, l'équipe d'audit peut fournir un récapitulatif du processus d'audit, présenter les observations et les recommandations formulées dans le rapport, et passer en revue les estimations de coûts associées à chacun des ajustements proposés.

Les parties prenantes doivent alors se concerter pour définir les tâches et les ressources nécessaires à la réalisation de ces améliorations. Il peut être utile d'organiser un exercice participatif pour s'entendre sur le niveau de priorité (élevé, moyen ou faible) accordé aux différents ajustements requis.

Une fois que tous les partenaires se sont mis d'accord sur les priorités clés et les sources de financement, la dernière étape consiste à répartir les rôles et les responsabilités en vue de lancer les travaux. L'objectif est alors de produire un plan détaillé assorti d'un calendrier précis. Il est important de veiller à ce que toutes les parties prenantes participent à ce processus. Les travaux d'amélioration devront être réalisés au moment opportun de manière à réduire autant que possible les perturbations occasionnées.

## Étape 9

### Réaliser les travaux d'amélioration



Au cours de cette phase, il est important de consigner les informations relatives au processus visant à améliorer l'infrastructure de l'établissement de santé. Cela vous permettra de suivre la progression des travaux par rapport au plan d'action, mais aussi de compiler les enseignements et les retours d'expérience les plus notables.

## Étape 10

### Mener un nouvel audit



Une fois que tous les ajustements convenus ont été apportés à l'infrastructure, il convient d'organiser un second audit visant à réévaluer le niveau d'accessibilité de l'établissement et à recenser les problèmes qui n'ont pas encore été résolus, le cas échéant. Il est souhaitable que les membres de l'équipe chargée du premier audit participent à cette nouvelle évaluation. Cela permettra de garantir la cohérence des résultats et d'évaluer les progrès réalisés à l'aide de l'outil de notation.

## Récapitulatif : les dix étapes d'un audit d'accessibilité

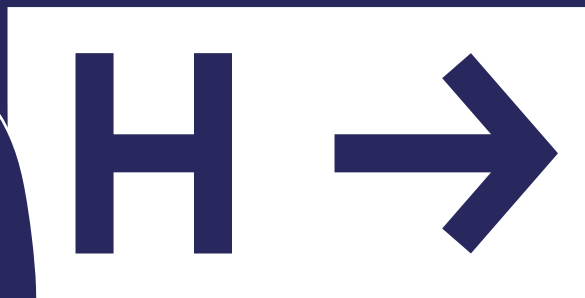
<b>Étape 1</b>	<b>Examiner les outils d'audit</b>
<b>Étape 2</b>	<b>Constituer une équipe inclusive pour les audits d'accessibilité</b>
<b>Étape 3</b>	<b>Former l'équipe d'audit</b>
<b>Étape 4</b>	<b>Planifier les audits</b>
<b>Étape 5</b>	<b>Effectuer les audits</b>
<b>Étape 6</b>	<b>Rédiger le rapport d'audit</b>
<b>Étape 7</b>	<b>Attribuer une note à l'établissement de santé</b>
<b>Étape 8</b>	<b>Élaborer des plans pour adapter et améliorer l'infrastructure</b>
<b>Étape 9</b>	<b>Réaliser les travaux d'amélioration</b>
<b>Étape 10</b>	<b>Mener un nouvel audit</b>







# Accès à l'établissement de santé



01



## 1.1 Signalisation extérieure

1. Il doit être possible de repérer facilement l'établissement de santé.
2. Des panneaux directionnels doivent indiquer comment accéder à l'établissement.
3. La couleur du texte sur les panneaux doit contraster avec la couleur de fond.
6. L'espacement des caractères et des lignes doit être suffisant.
7. Des pictogrammes et d'autres éléments graphiques peuvent être utilisés sur les panneaux de façon à rendre ces derniers plus faciles à comprendre pour les personnes présentant des troubles de l'apprentissage ou un handicap intellectuel ainsi que les personnes qui ne savent pas lire ou ne parlent pas la langue locale.



4. Le texte ne doit pas être écrit en italique ni présenter d'ornements superflus ou de formes inhabituelles. La police de caractères utilisée doit être sans empattement. Cela permet de faciliter la lecture pour l'ensemble du public, notamment les personnes dyslexiques.

✓ **Type de police recommandé.**

✗ **Type de police à éviter.**

5. La taille et l'épaisseur des caractères doivent être définies en fonction de l'emplacement du panneau et de la distance à laquelle celui-ci doit pouvoir être lu. Sur les panneaux qui sont lus de loin, le texte doit être suffisamment grand.



8. Les panneaux doivent être pourvus d'un revêtement antireflet.



## 1.2 Stationnement

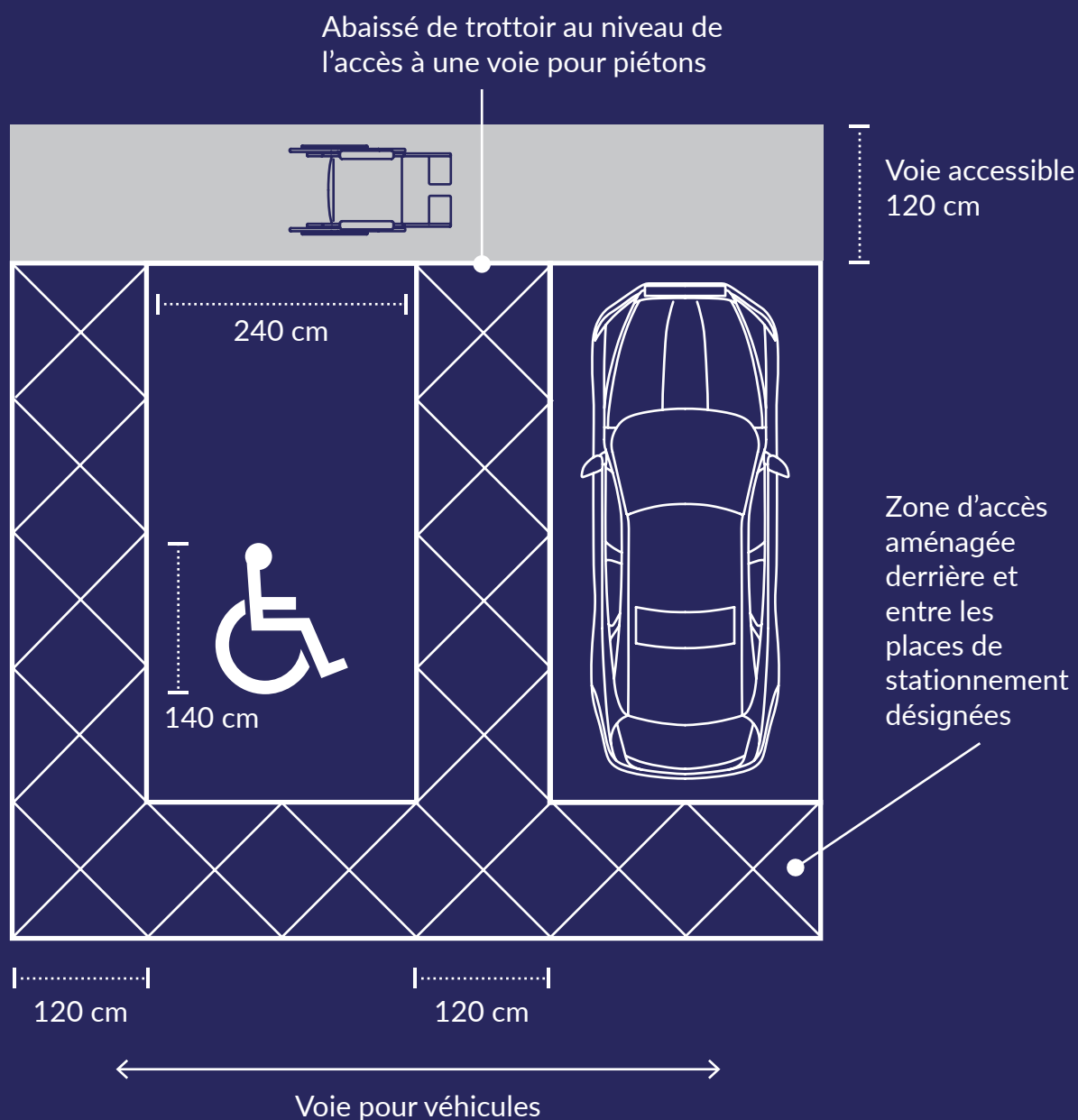
1. Le revêtement du parking doit être plat, ferme et antidérapant. Le sable et le gravier sont à éviter.
2. Des places de stationnement réservées aux personnes handicapées doivent être aménagées et se trouver à moins de **30 mètres** de l'entrée de l'établissement de santé.
3. Ces places de stationnement accessibles doivent mesurer au moins **240 cm** de large pour **500 cm** de long.



Une zone d'accès réservée mesurant **120 cm** de côté doit être aménagée sur le côté et à l'arrière des places de stationnement désignées. Elle doit faire l'objet d'une signalétique claire (voir la figure 1).



Figure 1 : Emplacement et dimensions des places de stationnement accessibles





4. Une signalisation verticale doit indiquer que la place de stationnement accessible est réservée aux personnes handicapées. Les panneaux doivent être placés à une hauteur de **200 cm** afin d'être visibles même lorsque des voitures sont garées dans cette zone.



5. Le symbole international d'accessibilité doit être peint sur le sol au niveau des places de stationnement accessibles.



6. Le tableau ci-dessous peut être utilisé pour calculer le nombre total de places de stationnement accessibles qui doivent être aménagées.

Nombre total de places de stationnement	Nombre minimal de places accessibles
1 à 25	1
26 à 50	2
51 à 75	3
76 à 100	4
101 à 150	5

7. En cas de stationnement payant pour les visiteurs, les horodateurs doivent être installés de manière à ce que les personnes en fauteuil roulant ou atteintes de nanisme puissent y accéder en toute sécurité et utiliser l'ensemble des fonctions de la machine.

## 1.3 Voie de circulation allant du parking à l'établissement de santé

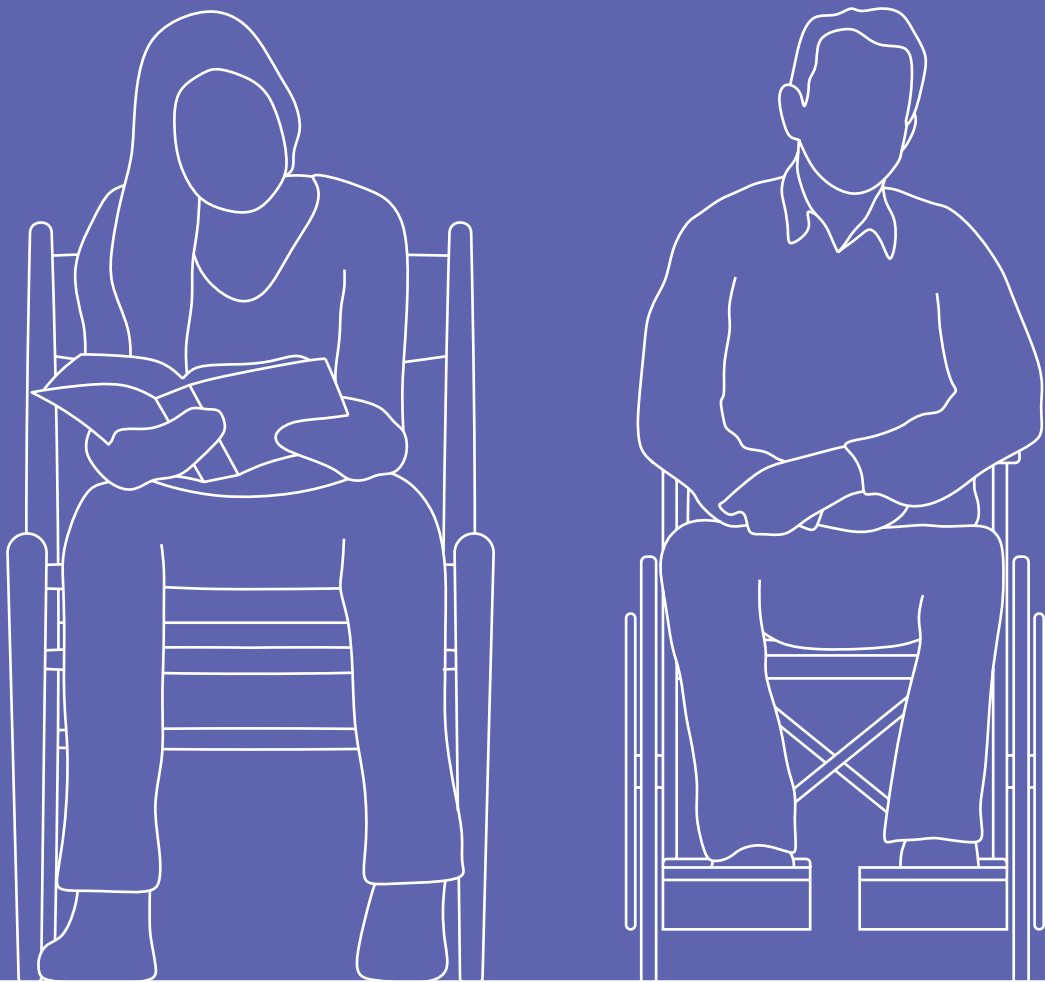
1. Une voie de circulation mesurant au moins **120 cm** de large (et de préférence **150 cm**) doit être aménagée entre les places de stationnement et l'établissement de santé, avec une hauteur sous plafond minimale de **210 cm**.
2. Le revêtement utilisé doit être plat, ferme et antidérapant, et la voie de circulation doit être dépourvue d'obstacles au sol et en hauteur susceptibles de présenter un danger, tels que des arbres ou des poubelles.
3. Si la voie est délimitée par un trottoir, il doit être possible d'y accéder grâce à une rampe prévue à cet effet. Pour en savoir plus sur les degrés d'inclinaison des rampes, voir la section 10 « Rampes d'accès » (page 69).
4. Des bandes podotactiles doivent être utilisées sur les voies accessibles au public pour orienter les personnes présentant des déficiences visuelles. La couleur de ces bandes podotactiles doit contraster avec celle du sol.



Pour consulter des orientations détaillées sur les revêtements tactiles, voir le site suivant : [www.gov.uk/government/publications/guidance-on-the-use-of-tactile-paving-surfaces](http://www.gov.uk/government/publications/guidance-on-the-use-of-tactile-paving-surfaces) (en anglais).



# Entrée, accueil et salle d'attente



# 02





## 2.1 Entrée

1. Des fauteuils roulants doivent être disponibles près de l'entrée de l'établissement de santé pour les personnes qui en ont besoin. Ils doivent être judicieusement positionnés de manière à ne pas gêner la circulation des personnes.
2. Le personnel doit être formé pour aider les patients à mobilité réduite.
3. Un plan tactile pourvu de pictogrammes doit être installé à proximité de l'entrée pour fournir des informations sur la configuration du bâtiment ainsi que l'emplacement des salles et des couloirs. Ce dispositif sera utile à tous les visiteurs, notamment aux personnes ayant des déficiences visuelles.

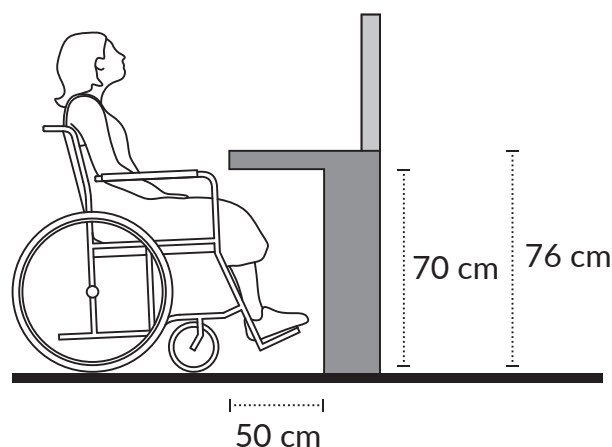


## 2.2 Accueil

1. Le comptoir d'accueil doit faire l'objet d'une signalétique claire et être repérable depuis l'entrée.
2. On doit pouvoir l'atteindre grâce à un espace de déplacement accessible. Référez-vous à la section 4 « Espaces de déplacement et signalisation intérieure » (page 37).
3. Une partie du comptoir doit être abaissée pour être accessible aux personnes en fauteuil roulant ou atteintes de nanisme.
  - La partie abaissée du comptoir doit mesurer au moins **150 cm** de large.
  - La surface de la partie abaissée du comptoir ne doit pas se trouver à plus de **76 cm** au-dessus du sol.



Figure 2 : Dimensions du comptoir accessible



4. Un espace de manœuvre dégagé d'au moins **120 cm** de long pour **180 cm** de large doit être aménagé devant le comptoir.



5. Le symbole international d'accessibilité doit figurer clairement au niveau de la partie accessible du comptoir.



6. Un espace suffisant doit être prévu au comptoir d'accueil pour permettre la confidentialité des échanges avec le personnel.
7. Il est recommandé d'installer un affichage à l'accueil donnant la priorité aux personnes handicapées, aux personnes âgées, aux personnes enceintes et aux adultes accompagnés d'enfants.

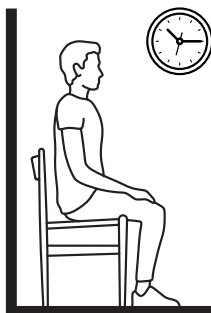


8. Le comptoir doit être équipé d'une boucle d'induction magnétique en état de fonctionnement et faisant l'objet d'une signalisation claire. Une boucle d'induction magnétique est un système de transmission audio pour les personnes malentendantes munies d'un appareil auditif qui réduit les bruits de fond et permet un son plus clair.

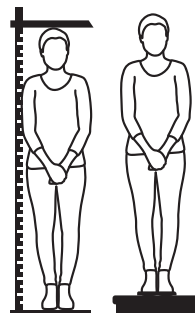


9. Il est recommandé de présenter les informations pertinentes dans des formats accessibles, notamment en gros caractères faciles à lire, et de les mettre à disposition dans l'espace d'accueil pour que les personnes souffrant de déficiences visuelles ou intellectuelles y aient accès. Cette recommandation peut s'appliquer aux affiches ou aux livrets expliquant les services proposés par l'établissement de santé (tels que les processus d'inscription ou de prélèvement sanguin).

Figure 3 : Exemple de contenu d'information utilisant un format facile à lire



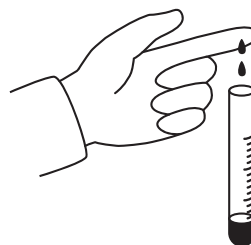
À votre arrivée, il vous sera demandé de patienter quelques minutes dans la salle d'attente.



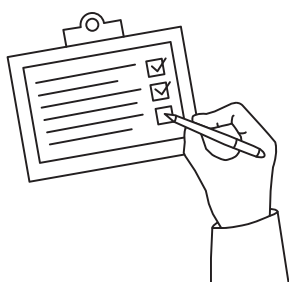
Le personnel infirmier va vous mesurer et vous peser.



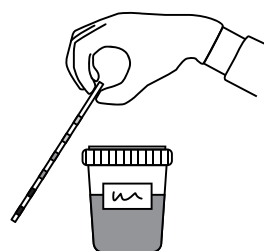
Un membre du personnel infirmier vous appellera, et vous invitera à procéder dans la salle d'examen.



Le personnel infirmier peut vous demander de faire un prélèvement sanguin. Il s'agira de ponctionner votre doigt pour prélever une goutte de sang. Vous sentirez une légère piqûre indolore.



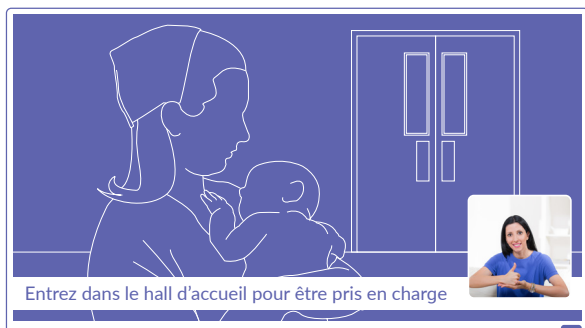
Le membre du personnel infirmier vous posera plusieurs questions sur votre état de santé.



Il est possible qu'un test urinaire soit nécessaire.



10. Il est également utile de prévoir une vidéo expliquant les services proposés par l'établissement de santé. Des sous-titres et une interprétation en langue des signes devront y être intégrés.



11. Des services d'interprétation en langue des signes doivent être proposés aux patients en ayant besoin.

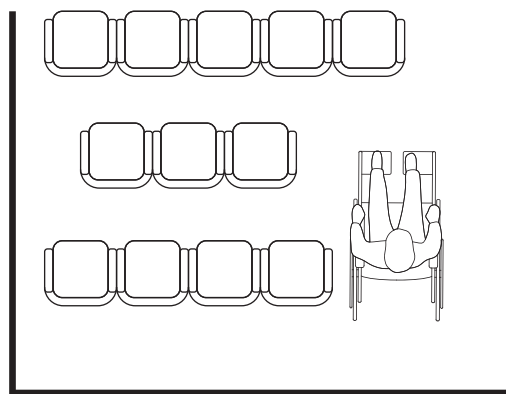
## 2.3 Salle d'attente

1. La salle d'attente doit être clairement identifiable.
2. Elle doit être équipée de sièges.
3. Il est recommandé d'installer un affichage dans la salle d'attente donnant la priorité des places assises aux personnes handicapées, aux personnes âgées, aux personnes enceintes et aux adultes accompagnés d'enfants.



4. La salle d'attente doit être suffisamment spacieuse pour accueillir des fauteuils roulants.

**Figure 4 : Espace avec places assises, vue de dessus**



5. Le sol doit être plat, ferme, antidérapant et antireflet.
6. La salle d'attente doit être dotée d'un éclairage naturel ou artificiel suffisant et d'un bon système de ventilation. Les lumières vacillantes sont à éviter.
7. La salle d'attente doit être isolée de tout bruit de fond excessif (tel qu'un poste de télévision ou un générateur trop bruyant). Des niveaux sonores élevés peuvent augmenter les niveaux de stress et d'anxiété chez les patients et le personnel.
8. La salle d'attente doit être libre de tout obstacle ou danger, que ce soit au sol ou en hauteur. La couleur des principaux équipements de la salle d'attente (comme les chaises ou les comptoirs) doit contraster avec celle du sol et des autres éléments.
9. La salle d'attente doit être dotée d'équipements adaptés aux enfants, comme un espace de jeu avec un sol plat, ferme et antidérapant, et des jeux adaptés à différents groupes d'âge. Un espace indépendant pour le change et l'allaitement doit être mis à la disposition des patients.

# Salles et couloirs



# 03



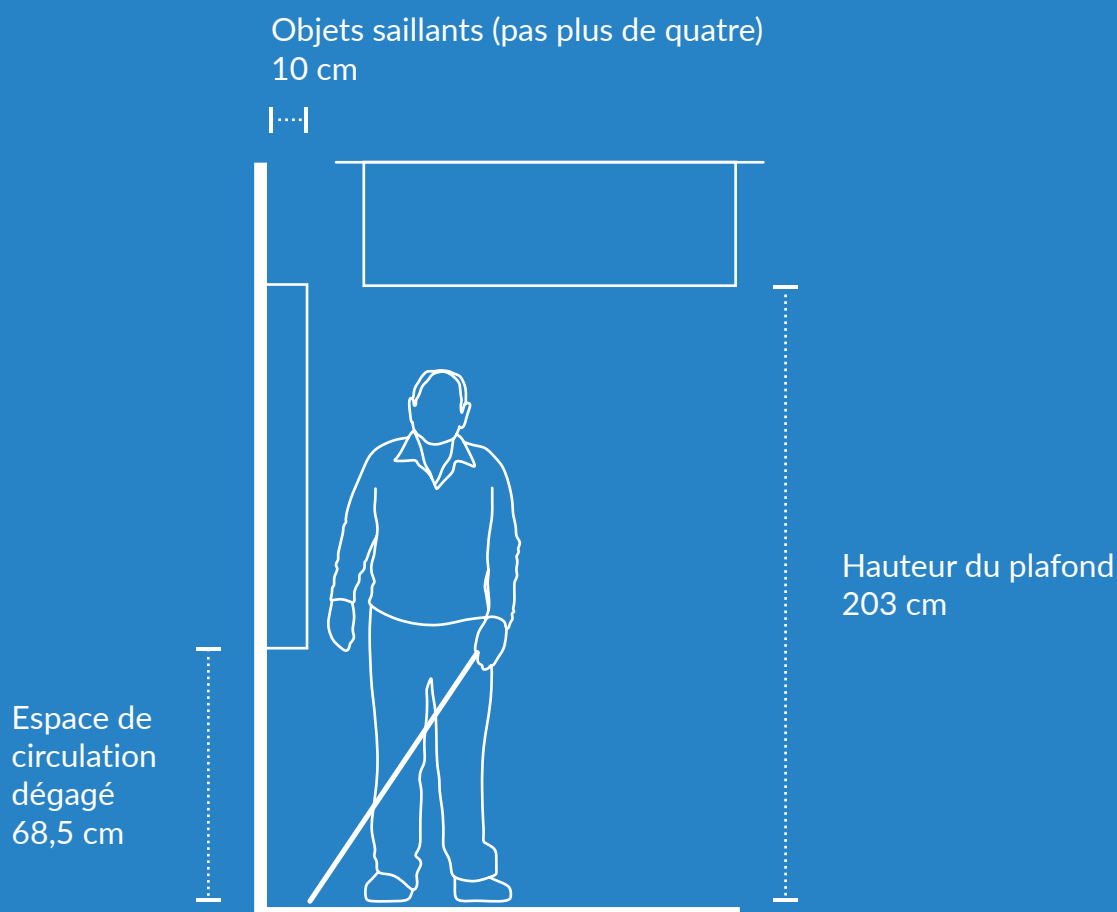


## 3.1 Salles et couloirs

1. Les salles doivent être dotées d'un éclairage naturel ou artificiel suffisant et d'un bon système de ventilation. Elles doivent être isolées de tout bruit de fond excessif. Les lumières vacillantes sont à éviter. La lumière naturelle est préférable pour les patients et le personnel, et un environnement calme peut aider à réduire les niveaux de stress et d'anxiété.
2. Dans les salles, la couleur des principaux équipements (comme les chaises ou les tables) doit contraster avec celle des autres éléments. Ajouter des objets d'art et de la couleur peut atténuer le stress physique et émotionnel ressenti par les patients et le personnel. Cela peut également faciliter l'orientation des usagers et limiter le nombre de panneaux de signalisation nécessaires.
3. Le sol doit être plat, ferme, antidérapant et antireflet.
4. Les salles doivent être libres de tout obstacle ou danger, que ce soit au sol ou en hauteur. Les éléments suivants sont donc à éviter :
  - les objets saillants, tels que des étagères ou des meubles suspendus ;
  - les grilles, les trous et les regards au sol ;
  - les surfaces coupantes ou abrasives.
5. La pièce doit mesurer au moins **203 cm** de haut et les objets suspendus à plus de **68,5 cm** du sol ne doivent pas dépasser du mur de plus de **10 cm**.



**Figure 5 :** Dimensions minimales des espaces dégagés dans les salles et les couloirs



6. Un espace dégagé d'au moins **150 cm** de côté doit être prévu dans les salles pour permettre aux personnes en fauteuil roulant de circuler confortablement, passer les portes, pivoter et accéder à toutes les parties de la pièce.
7. Les équipements destinés à être utilisés par le public, notamment pour effectuer une tâche spécifique, doivent être accessibles à tous, y compris aux personnes présentant différents types de handicap et différentes morphologies.



### Exemples de tâches et d'activités

- Selon le type d'activité, les personnes peuvent devoir se pencher en avant ou sur les côtés, atteindre un objet en hauteur ou au sol. Veuillez noter que les personnes atteintes de nanisme ont généralement une moins grande portée que les personnes de taille moyenne utilisant un fauteuil roulant, du fait de membres plus courts.
- Il peut être demandé aux patients de se pencher en avant au-dessus d'un obstacle (par exemple une table) pour effectuer une certaine tâche (comme un examen de l'œil à l'aide d'une lampe à fente). Si l'équipement standard n'est pas parfaitement accessible, un équipement de substitution (comme une lampe à fente portable) doit être utilisé ou une procédure alternative doit être prévue, dans la mesure où cela ne compromet pas la qualité ou la portée de l'activité.
- Les fontaines à eau, les distributeurs de nourriture, les interrupteurs et l'ensemble des équipements doivent être accessibles à tous, y compris aux personnes en fauteuil roulant et aux personnes atteintes de nanisme.
- Il est conseillé d'équiper les pièces où cela peut s'avérer nécessaire, telles que les salles d'examen, de boucles d'induction magnétique. Des boucles d'induction magnétique portables doivent être disponibles au sein du bâtiment.
- Si l'établissement de santé est équipé de dortoirs, les lits doivent être accessibles à tous. Un espace libre d'au

moins **150 cm** de large doit être prévu le long du lit pour permettre aux personnes en fauteuil roulant d'y accéder.



Les lits trop hauts peuvent être difficiles d'accès pour les personnes atteintes de nanisme ou les utilisateurs de fauteuils roulants qui doivent s'y hisser à la force des bras. Il est donc recommandé que l'assise du lit ne soit pas située à plus de **50 cm** du sol.



L'établissement de santé doit disposer de lits surélevés, de brancards, de tables d'examen et de tables d'opération.

- Certaines personnes à mobilité réduite peuvent ne pas être en mesure de passer de manière autonome d'un fauteuil roulant à d'autres sièges et peuvent rencontrer des difficultés même avec l'aide d'un ou plusieurs membres du personnel soignant. Un lève-personne mobile ou fixé au plafond peut être installé dans certaines pièces, notamment dans les salles de change, pour faciliter le transfert d'un équipement à un autre.



Pour consulter des orientations détaillées sur les salles de change, voir le site suivant : [www.changing-places.org](http://www.changing-places.org) (en anglais).

Lors de l'installation d'un lève-personne fixé au plafond, il est primordial de vérifier la structure et la capacité de charge maximale des murs et du plafond de la pièce en question.

# Espaces de déplacement et signalisation intérieure



04







## 4.1 Espaces de déplacement

1. Les espaces de déplacement doivent être libres de tout obstacle ou danger, que ce soit au sol ou en hauteur.

**Les installations suivantes sont donc à éviter :**

- les objets saillants, tels que des étagères ou des meubles suspendus ;
- les grilles, les trous et les regards de canalisations ;
- les surfaces coupantes ou abrasives.

2. La pièce doit mesurer au moins **203 cm** de haut et les objets suspendus à plus de **68,5 cm** du sol ne doivent pas dépasser du mur de plus de **10 cm**.



3. Dans les couloirs, la couleur des équipements et des obstacles doit contraster avec celle des murs et du sol. Ajouter des objets d'art et de la couleur peut atténuer le stress physique et émotionnel ressenti par les patients et le personnel. Ils peuvent également faciliter l'orientation des usagers et limiter le nombre de panneaux de signalisation nécessaires.

4. Les couloirs doivent comprendre un espace de déplacement d'au moins **120 cm** de large, ainsi que des espaces de rotation pour les utilisateurs de fauteuils roulants mesurant au moins **150 cm** de côté.



5. Si le couloir mesure plus de **15 mètres** de long, un espace plus large d'au moins **180 cm** de côté doit être prévu pour permettre à deux personnes en fauteuil roulant de se croiser.



6. Le sol doit être plat, ferme, antidérapant et antireflet.
7. Les espaces de déplacement doivent être dotés d'un éclairage naturel ou artificiel suffisant et d'un bon système de ventilation. Ils doivent également être isolés de tout bruit de fond excessif. Les lumières vacillantes sont à éviter.

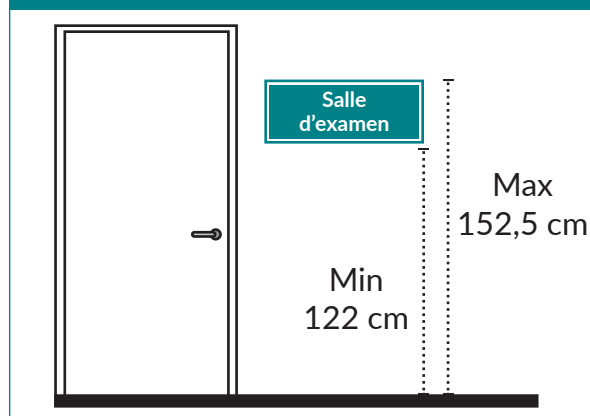
## 4.2 Signalisation intérieure

1. La signalisation à l'intérieur de l'établissement doit être conforme aux normes énoncées dans la section 1.1 « Signalisation extérieure » (voir page 23) en ce qui concerne la taille, le contraste des couleurs, la police, la surface antireflet et l'utilisation des pictogrammes, des images et des informations visuelles.



2. Les salles doivent être dotées d'une signalisation indiquant les informations nécessaires les concernant. Ainsi, la signalisation peut mentionner le type de salle dont il s'agit (salle d'examen ou d'ophtalmologie, par exemple) ou le nom des membres du personnel travaillant dans cette salle.
3. Les écriteaux doivent être placés à une hauteur minimale de **120 cm** et maximale de **152,5 cm** au-dessus du sol, du côté ouvrant de la porte.
4. Pour les doubles portes, l'écriteau doit être placé à droite de la porte ou peut être fixé sur la porte elle-même, du côté poussant.
5. Les écriteaux intérieurs devraient être dotés d'informations tactiles, en caractères en relief et en braille, pour les personnes malvoyantes. Veillez à ce que les bords des caractères en relief ne soient ni coupants, ni acérés.

**Figure 6 : Positionnement de la signalisation**



6. Des panneaux directionnels clairs doivent être placés à des endroits stratégiques au sein de l'établissement de santé, notamment à l'entrée, dans les grandes salles et dans les couloirs.

7. Ces panneaux doivent indiquer l'emplacement des différentes salles, des toilettes et d'autres services importants de l'établissement.



8. Il est recommandé d'installer des bandes podotactiles dans tous les principaux espaces de déplacement, à la jonction avec les salles, les couloirs, les rampes d'accès, les escaliers et tout autre espace pertinent de l'établissement de santé. La couleur de ces bandes podotactiles doit contraster avec celle du sol.



Pour consulter des orientations détaillées sur les revêtements tactiles, voir le site suivant : [www.gov.uk/government/publications/guidance-on-the-use-of-tactile-paving-surfaces](http://www.gov.uk/government/publications/guidance-on-the-use-of-tactile-paving-surfaces) (en anglais).



9. Il est conseillé de mettre en place une signalisation visuelle au sol ou sur les murs.



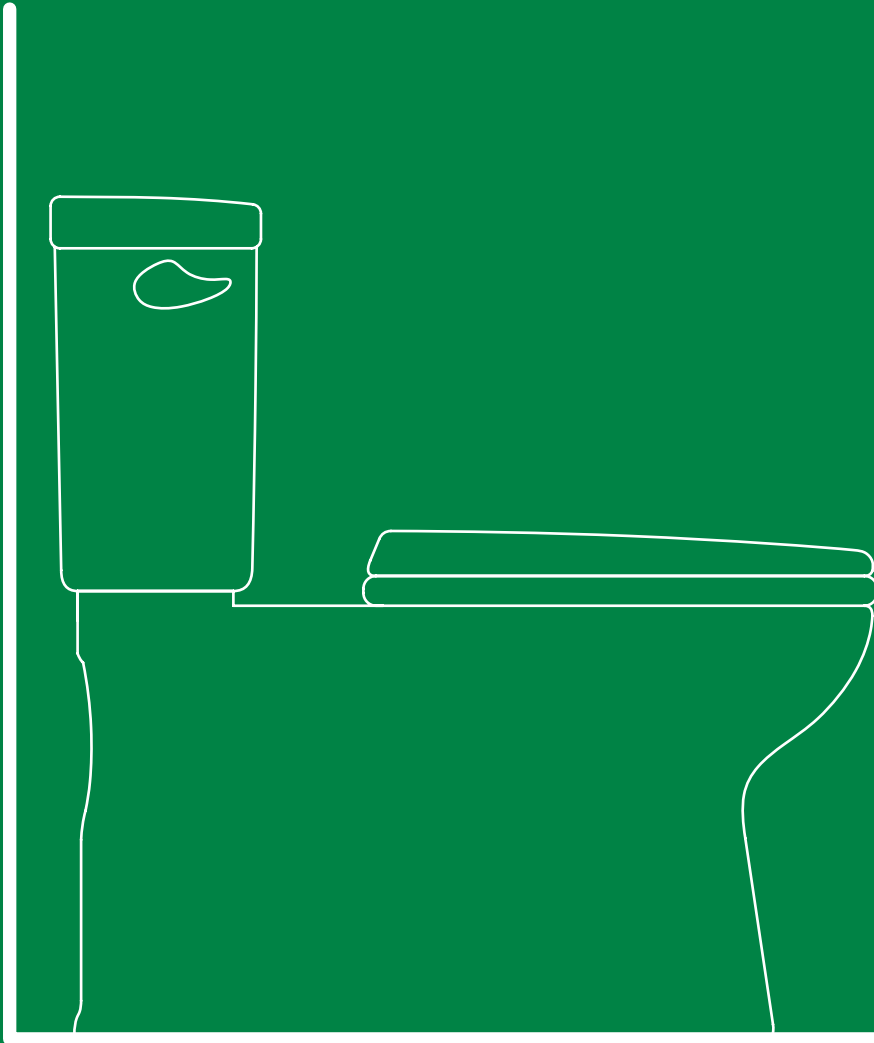
10. Des mains courantes doivent être installées le long des murs des principaux espaces de déplacement. Pour les orientations relatives aux mains courantes, veuillez vous reporter à la section 9.1 « Mains courantes dans les escaliers » (page 66).







# Toilettes standard



05



## 5.1 Toilettes standard

1. Les toilettes pour hommes et pour femmes doivent être séparées et indiquées par une signalisation claire.



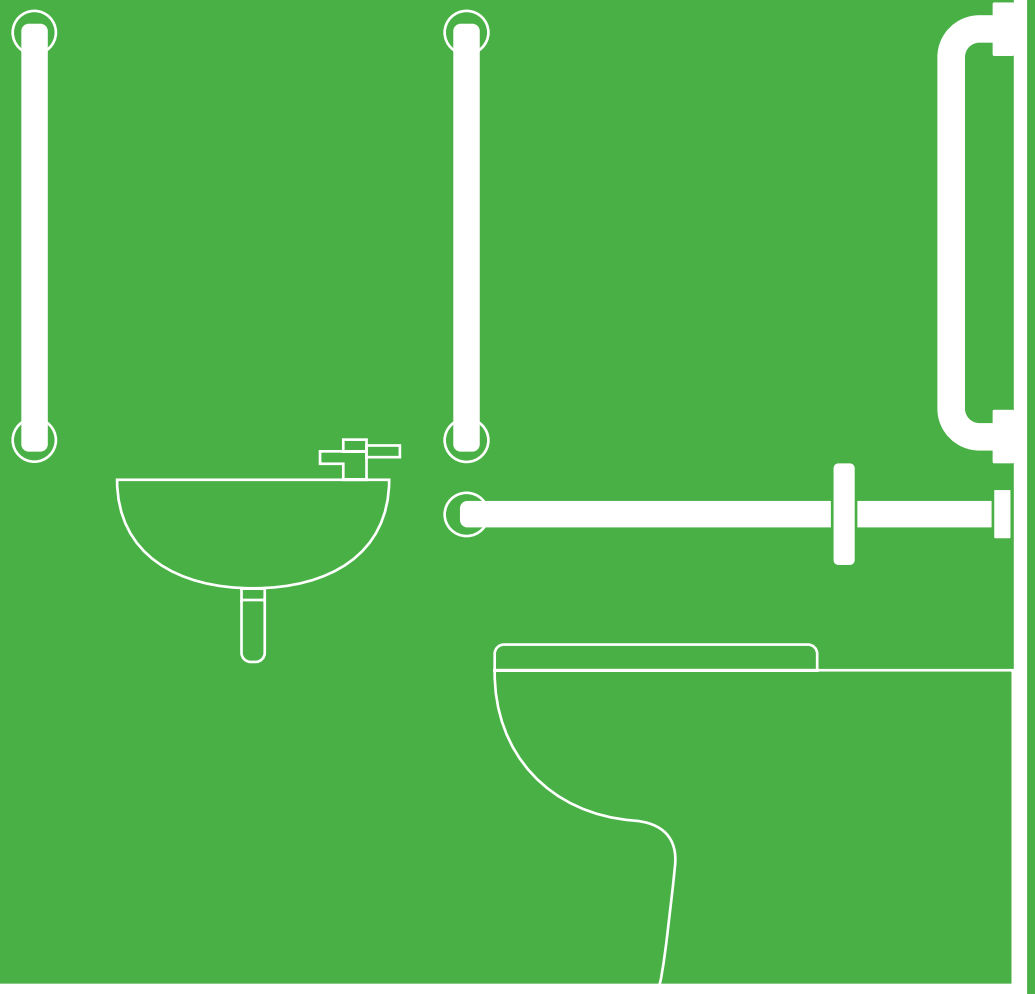
2. Elles doivent être équipées de portes verrouillables de l'intérieur et pouvant être déverrouillées de l'extérieur par le personnel autorisé en cas d'urgence.
3. Les portes des toilettes doivent être faciles d'utilisation pour les personnes ayant peu de force ou une faible dextérité manuelle.
4. Le sol des toilettes doit être bien drainé, étanche, antidérapant et antireflet. Les toilettes elles-mêmes doivent être libres de tout obstacle ou danger, que ce soit au sol ou en hauteur.
5. Des poubelles hygiéniques doivent être prévues.
6. Chaque cabine de toilettes doit avoir une chasse d'eau qui fonctionne.
7. Des lavabos avec de l'eau courante, du savon, des essuie-mains en papier et du désinfectant pour les mains doivent être disponibles dans l'espace des toilettes.
8. Les robinets doivent être faciles d'utilisation pour les personnes ayant peu de force ou une faible dextérité manuelle (et notamment actionnables avec un poing fermé). Les robinets ronds doivent être évités.
9. Il est recommandé d'installer au moins un lavabo à un niveau plus bas, avec la commande du robinet sur le côté du lavabo, pour améliorer l'accessibilité des enfants et des personnes atteintes de nanisme.
10. Dans le cas où les toilettes pour hommes seraient équipées d'urinoirs, au moins l'un d'entre eux doit avoir une bordure plus basse placée à une hauteur maximale de **43 cm** pour faciliter l'accès des enfants et des personnes atteintes de nanisme.
11. La couleur des toilettes, des urinoirs et des lavabos doit contraster avec celle du reste de la pièce.
12. Il est conseillé d'installer des barres d'appui à proximité des toilettes, des urinoirs et des lavabos (veuillez consulter les informations relatives aux mains courantes et aux barres d'appui dans la section 6 « Toilettes accessibles », page 50).
13. Une attention particulière doit être portée au nombre relatif de toilettes pour hommes et pour femmes dans l'établissement de santé. Le nombre de toilettes pour femmes devrait être au moins égal au nombre total de toilettes et urinoirs pour hommes.
14. Il est souhaitable d'installer au moins une cabine de toilettes plus large dans l'espace des toilettes. Celle-ci peut s'avérer utile pour certaines personnes handicapées mobiles ou pour les parents accompagnés d'enfants.
15. Une alarme incendie en état de marche, dotée d'un signal d'alarme visuel et sonore, doit être installée dans les toilettes.
16. Les toilettes doivent être dotées d'un éclairage naturel ou artificiel suffisant et d'un bon système de ventilation. Elles doivent être isolées de tout bruit de fond excessif. Les lumières vacillantes sont à éviter.
17. Il est important de veiller à la propreté des toilettes et à l'absence de mauvaises odeurs.







# Toilettes accessibles



06



## 6.1 Accessibilité générale

1. L'établissement de santé doit être équipé de toilettes accessibles conformes aux normes énoncées dans la présente section.
    - Ces toilettes peuvent être intégrées à l'espace de toilettes standard. Au moins une cabine de toilettes accessible doit être prévue pour les hommes et une pour les femmes.
    - Des toilettes accessibles peuvent être installées séparément de l'espace de toilettes standard. Celles-ci doivent être unisexes et être situées près de l'entrée et des salles d'attente.
    - Dans les établissements de plusieurs étages, au moins une cabine de toilettes accessible doit être disponible à chaque étage.
  2. Il doit être possible d'y accéder en utilisant des espaces de déplacement accessibles et elles doivent être indiquées par une signalisation claire. Voir la section 4 : « Espaces de déplacement et signalisation intérieure » (page 37).
  3. Les toilettes accessibles doivent être clairement indiquées grâce au symbole international d'accessibilité et faire l'objet d'une signalisation écrite et tactile. Il peut être utile de prévoir une note rappelant que le handicap n'est pas forcément visible.
- 
4. Les toilettes accessibles doivent être équipées d'une porte coulissante ou d'une porte s'ouvrant vers l'extérieur de la cabine pour offrir plus d'espace à l'intérieur permettant de pivoter en fauteuil roulant. La porte ne doit pas s'ouvrir vers l'intérieur.
  5. Les toilettes accessibles doivent être équipées de portes verrouillables de l'intérieur et pouvant être déverrouillées de l'extérieur par le personnel autorisé en cas d'urgence.
  6. Les portes doivent être faciles d'utilisation pour les personnes ayant peu de force ou une faible dextérité manuelle.
  7. Un espace de rotation dégagé d'au moins **150 cm de côté** doit être prévu dans la cabine de toilettes pour permettre à une personne en fauteuil roulant d'entrer et de sortir, de pivoter et d'utiliser les équipements facilement.
- 
8. Le sol des toilettes doit être bien drainé, étanche, antidérapant et antireflet.
  9. Les toilettes doivent être dotées d'un éclairage naturel ou artificiel suffisant et d'un bon système de ventilation. Elles doivent être isolées de tout bruit de fond excessif. Les lumières vacillantes sont à éviter.
  10. Il est important de veiller à la propreté des toilettes accessibles et à l'absence de mauvaises odeurs.
  11. La couleur des principaux éléments doit contraster avec celle du reste de la cabine de toilettes.
  12. Une sonnette d'alarme manuelle doit être fixée au plafond avec une poignée suspendue à **10 cm** du sol.
- 
13. Le système d'alarme d'urgence doit être placé à côté des toilettes et être facile à atteindre et à actionner.
  14. Une alarme incendie en état de marche, dotée d'un signal d'alarme visuel et sonore, doit être installée dans la cabine de toilettes accessibles.

## 6.2 Toilettes

1. Les toilettes doivent être placées dans l'angle de la cabine de toilettes.
2. La ligne centrale des toilettes doit être placée à **50 cm** maximum du mur latéral.
3. De l'autre côté, un espace libre d'au moins **90 cm** doit être prévu entre la cuvette et le mur.
4. Le siège des toilettes doit être fixé à une hauteur maximale de **48 cm**.
5. Les équipements suivants doivent être placés à proximité des toilettes, à une hauteur maximale de **110 cm**, et être faciles d'utilisation :
  - a. un distributeur de papier toilette ;
  - b. la commande de la chasse d'eau (si celle-ci est manuelle) ;
  - c. une douchette hygiénique.
6. Une poubelle hygiénique doit être placée à proximité de la cuvette.
7. Une barre d'appui de **60 cm** de long doit être installée sur le mur latéral, située à **25 cm** maximum du mur du fond et à une hauteur maximale de **68 cm**. Une barre d'appui en U rabattable doit être installée à côté de la cuvette, du côté dégagé, ainsi qu'une barre d'appui sur le mur du fond.

## 6.3 Lavabos

1. Un lavabo avec du savon, des essuie-mains en papier et du désinfectant pour les mains doivent être disponibles dans la cabine de toilettes, à une hauteur maximale de **110 cm** du sol.
2. Le bord du lavabo ne doit pas être placé à plus de **74 cm** du sol.
3. Une personne en fauteuil roulant doit pouvoir passer ses jambes sous le lavabo.
4. Les robinets doivent être faciles d'utilisation pour les personnes ayant peu de force ou une faible dextérité manuelle (et notamment actionnables avec un poing fermé). Les robinets ronds sont à éviter.



5. Il est recommandé de placer la commande du robinet sur le côté du lavabo, pour améliorer l'accessibilité des enfants handicapés et des personnes atteintes de nanisme.
6. Des barres d'appui verticales doivent être fixées autour du lavabo.
7. Un miroir peut être installé au-dessus du lavabo. Le bord inférieur du miroir ne doit pas être placé à plus de **60 cm** du sol.



Figure 7 : Toilettes accessibles, vue de dessus

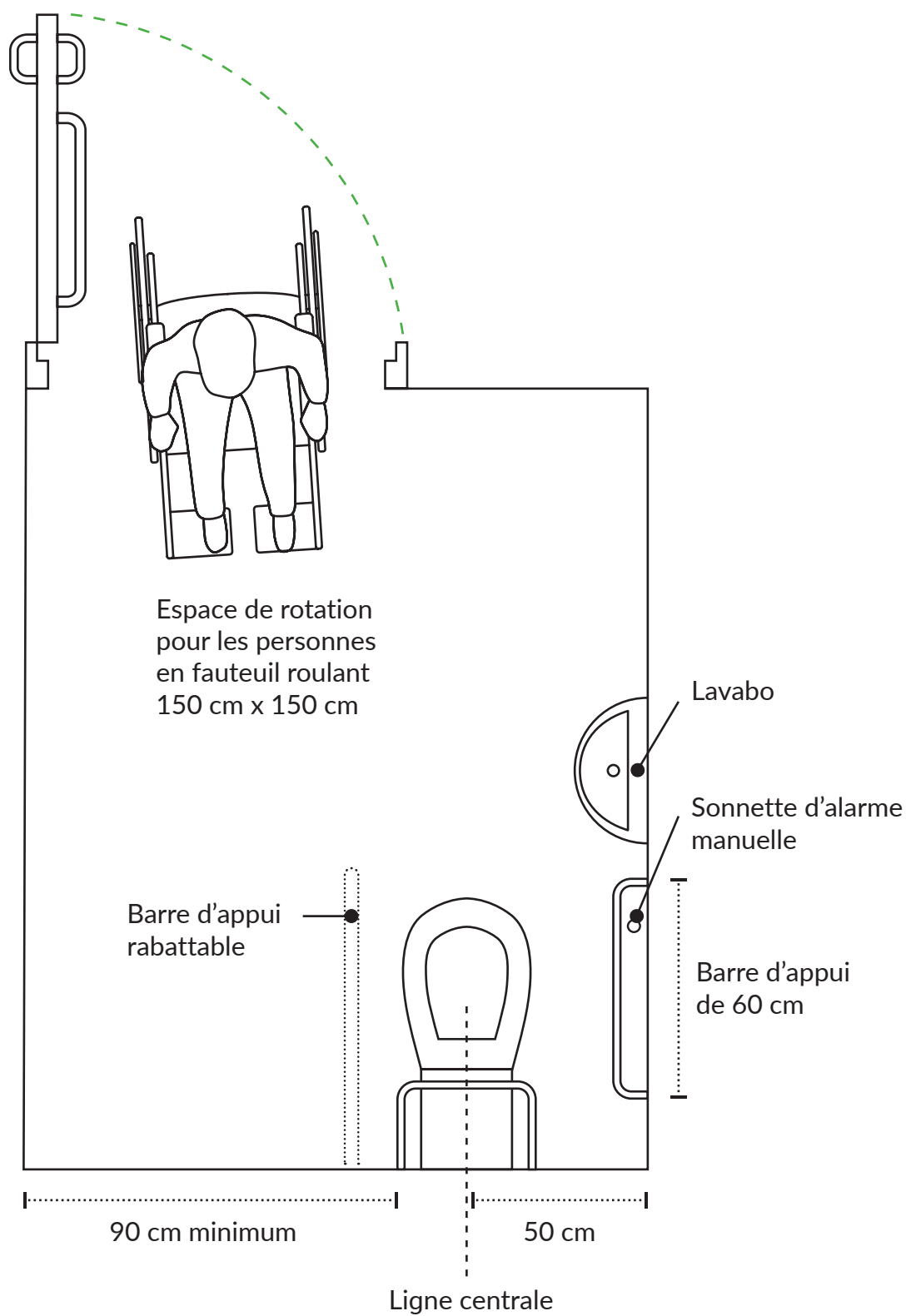
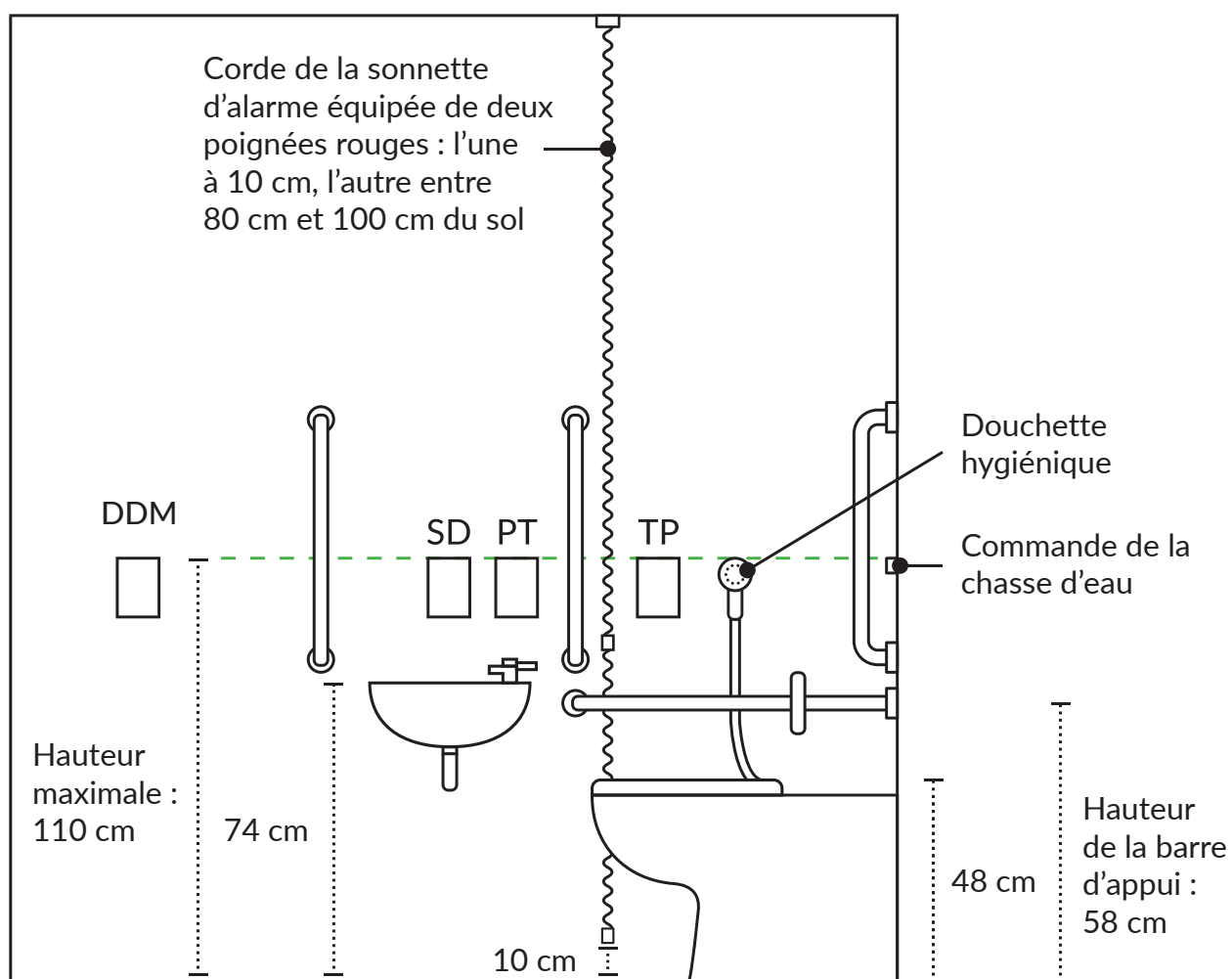


Figure 8 : Toilettes accessibles, vue latérale



DS : Distributeur de savon

DEM : Distributeur d'essuie-mains en papier

DPT : Distributeur de papier toilette

DDM : Distributeur de désinfectant pour les mains

# Douches accessibles



07





## 7.1 Accessibilité générale

1. Si l'établissement de santé est équipé de douches à l'usage des patients et du personnel, au moins une douche accessible doit également être prévue. Celle-ci peut se présenter sous la forme d'une cabine de douche indépendante ou être intégrée à des toilettes accessibles.
2. On doit pouvoir l'atteindre grâce à un espace de déplacement accessible.
3. Elle doit être accessible à toutes les personnes à mobilité réduite, quel que soit leur genre, à moins que des installations accessibles distinctes ne soient proposées aux hommes et aux femmes.
4. Une signalisation claire doit indiquer l'emplacement de la douche accessible.
5. La douche accessible doit être clairement indiquée grâce au symbole international d'accessibilité et faire l'objet d'une signalisation écrite.
6. La douche accessible doit être équipée d'une porte coulissante ou d'une porte s'ouvrant vers l'extérieur de la cabine pour offrir plus d'espace à l'intérieur permettant de pivoter en fauteuil roulant. La porte ne doit pas s'ouvrir vers l'intérieur.
7. La cabine de douche accessible doit être équipée d'une porte verrouillable de l'intérieur et pouvant être déverrouillée de l'extérieur par le personnel autorisé en cas d'urgence.
8. La cabine de douche accessible doit mesurer au moins **200 cm de côté** et disposer d'un espace de rotation dégagé d'au moins **150 cm de côté** pour permettre à une personne en fauteuil roulant d'entrer et de sortir, de pivoter et de s'approcher le plus possible de la douche.



9. Le sol de la douche doit être bien drainé, étanche, antidérapant et antireflet. La cabine de douche doit être libre de tout obstacle ou danger, que ce soit au sol ou en hauteur.
10. La douche doit être dotée d'un éclairage naturel ou artificiel suffisant et d'un bon système de ventilation. Elle doit être isolée de tout bruit de fond excessif. Les lumières vacillantes sont à éviter.
11. Il est important de veiller à la propreté de la douche accessible et à l'absence de mauvaises odeurs.



## 7.2 Cabine de douche








1. Les dimensions intérieures de la cabine de douche doivent être d'au moins **120 cm de côté**.  

2. Un siège pliable doit être fixé à une hauteur maximale de **48 cm** et être muni d'un dossier. La ligne centrale du siège doit être placée à **50 cm** maximum du mur latéral.  

3. Une barre d'appui rabattable doit être installée sur le côté dégagé du siège de douche, à une distance de **82 cm** de la paroi latérale et à une hauteur maximale de **68 cm**. Une deuxième barre d'appui rabattable doit être placée devant le siège de douche, à une distance de **90 cm** du mur du fond. Une troisième barre d'appui doit être fixée sur le mur jouxtant le siège de douche.  

4. Le rideau de douche doit pouvoir être déplié et rabattu depuis le siège de douche. Le rideau doit entourer la totalité du compartiment de douche et fermer cet espace.
5. Un pommeau de douche fixe doit être placé à **50 cm** du mur du fond.  

6. Un pommeau de douche amovible doit être installé à une hauteur maximale de **110 cm** et à une distance de **50 cm** du mur du fond.  

7. Les commandes de la douche doivent être situées sur le mur jouxtant le siège, à une hauteur maximale de **100 cm** et à une distance de **50 cm** du mur du fond.  

8. Ces commandes doivent être faciles d'utilisation pour les personnes ayant peu de force ou une faible dextérité manuelle (et notamment actionnables avec un poing fermé). Les commandes à levier sont plus adaptées que les commandes rondes.
9. Une sonnette d'alarme manuelle doit être fixée au plafond avec une poignée suspendue à **10 cm** du sol.  

10. Le système d'alarme d'urgence doit être placé à l'intérieur du compartiment de douche. Il doit être facile à atteindre et à actionner.
11. Une étagère pour les produits d'hygiène doit être accessible depuis un fauteuil roulant et depuis le siège de douche.
12. Un porte-serviette doit être prévu à l'extérieur de la cabine de douche.

Figure 9 : Douche accessible, vue de dessus

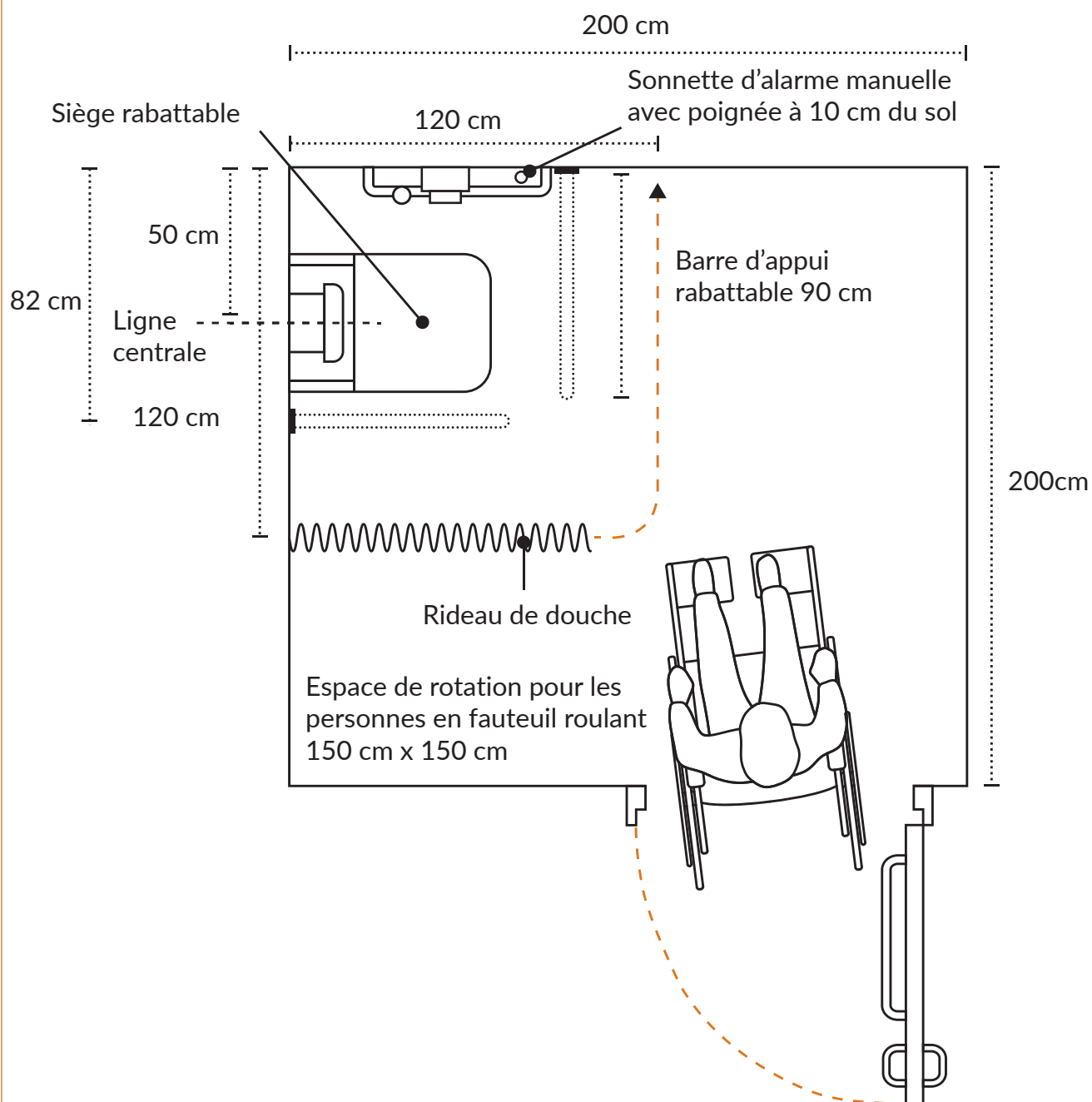
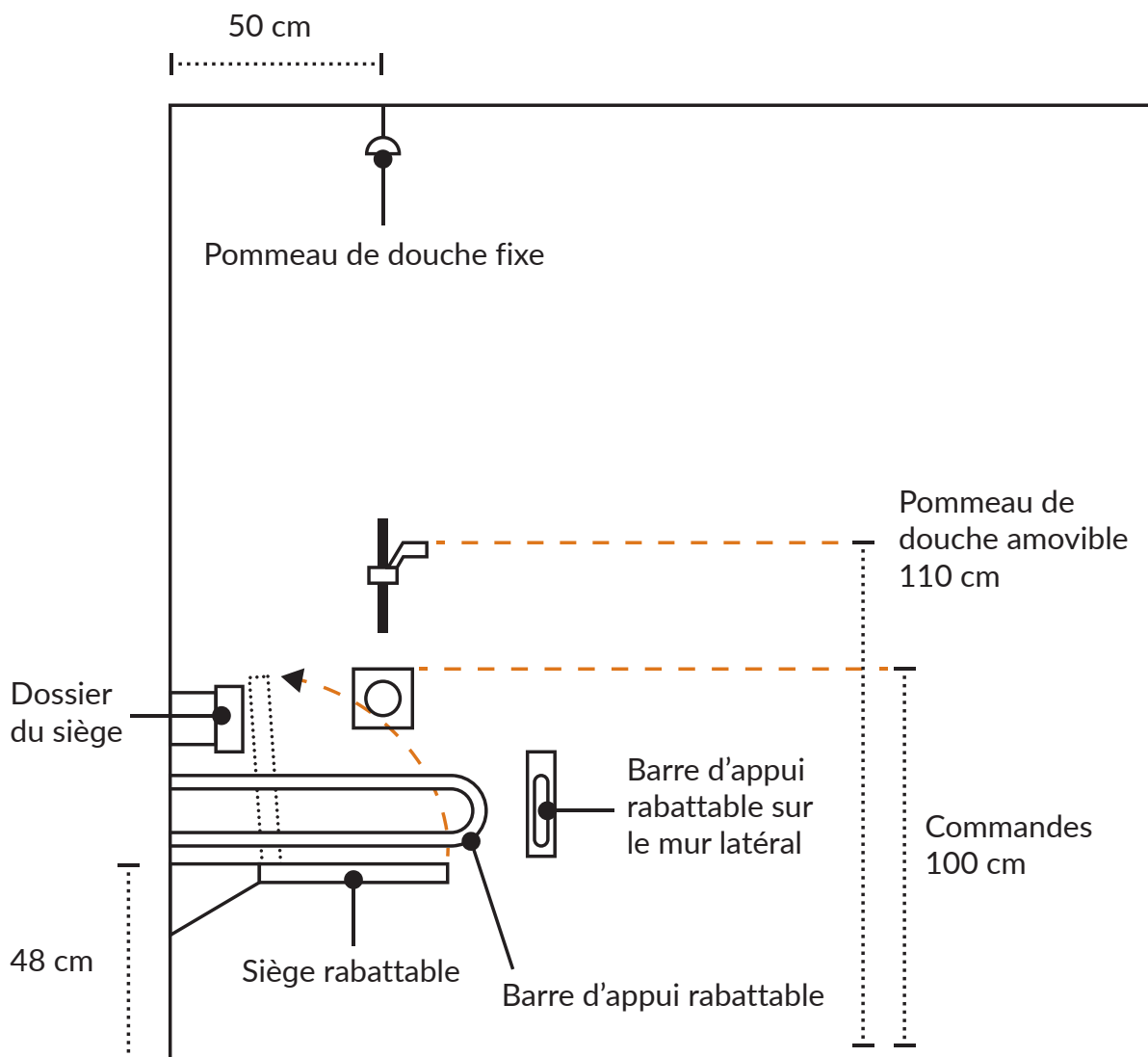


Figure 10 : Douche accessible, vue latérale



# Ascenseurs et plateformes élévatrices pour fauteuils roulants



08








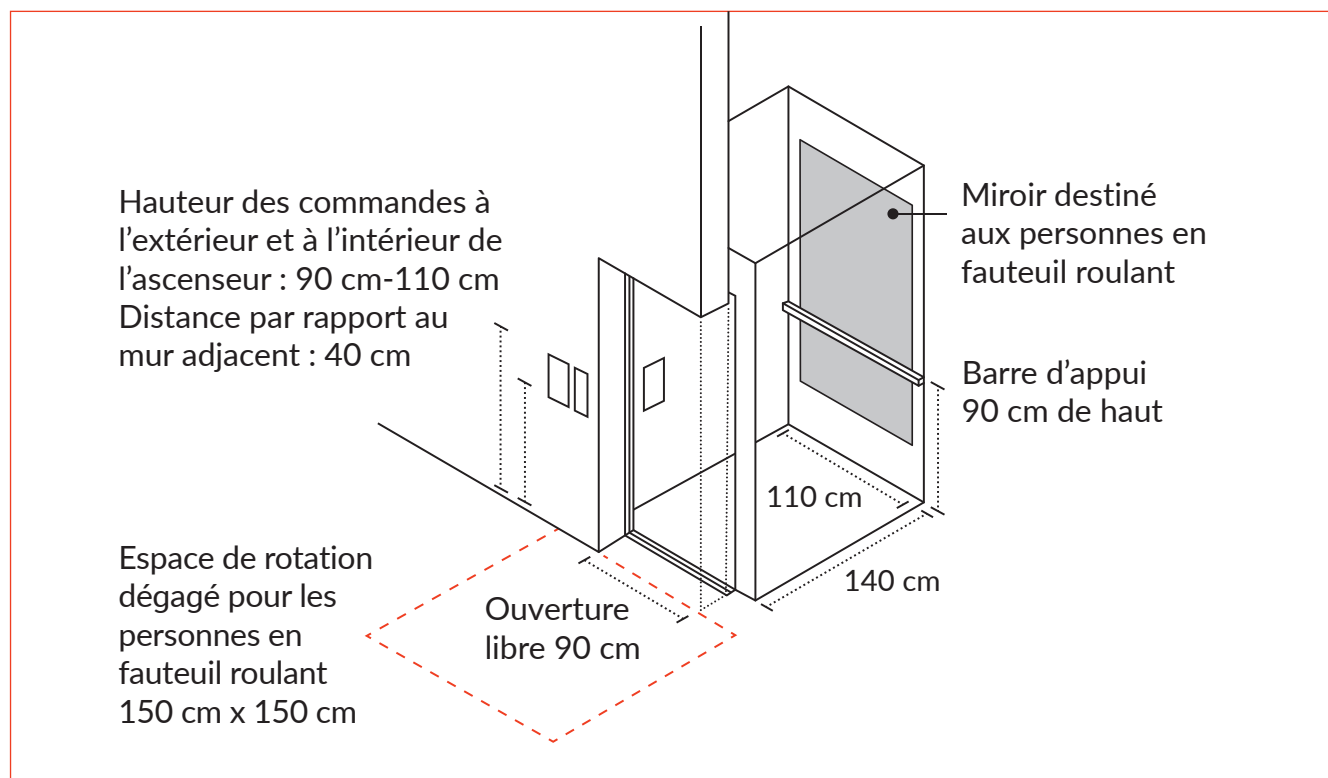


## 8.1 Ascenseurs et plateformes élévatrices pour fauteuils roulants

1. Les établissements de plusieurs étages doivent être équipés d'ascenseurs accessibles.
2. Dans les établissements existants, et dans les circonstances exceptionnelles où aucun ascenseur ne pourrait être intégré au bâti, une plateforme élévatrice pour fauteuil roulant peut être installée.

## 8.2 Ascenseurs

1. Les portes de l'ascenseur doivent permettre une ouverture libre d'au moins **90 cm** de large.  

2. Devant l'ascenseur, un espace de manœuvre dégagé de **150 cm de côté** doit être prévu.  

3. L'intérieur de l'ascenseur doit être d'au moins **110 cm** de large et de **140 cm** de profondeur.  

4. Si les dimensions de l'ascenseur sont inférieures à ces dimensions minimales et ne permettent pas aux personnes en fauteuil roulant de pivoter, un miroir doit être fixé sur la paroi arrière de l'ascenseur pour leur permettre de voir derrière eux lorsqu'ils sortent de l'ascenseur.
5. Les commandes de l'ascenseur à l'intérieur et à l'extérieur de la cabine doivent être placées à une hauteur de **90 cm à 110 cm**, et à au moins **40 cm** de toute paroi latérale.  

6. Les couleurs de l'ascenseur et des commandes doivent contraster avec les couleurs environnantes.
7. Les commandes doivent comporter des caractères en relief afin d'améliorer l'accessibilité des personnes présentant des déficiences visuelles.
8. La cabine doit comporter au moins une barre d'appui, placée à une hauteur de **90 cm**. Celle-ci ne doit pas entraver l'accès aux commandes.  

9. L'ascenseur doit être doté d'un éclairage naturel ou artificiel suffisant et d'un bon système de ventilation. Il doit être isolé de tout bruit de fond excessif. Les lumières vacillantes sont à éviter.
10. Le sol doit être plat, ferme, antidérapant et antireflet.
11. Un système de communication d'urgence adapté doit être prévu dans l'ascenseur.
12. Les portes de l'ascenseur doivent laisser suffisamment de temps aux personnes pour entrer dans l'ascenseur ou en sortir sans être gênées par la fermeture prématurée des portes. Des activateurs de réouverture doivent être installés.
13. Un signal sonore doit être émis pour indiquer l'arrivée et le départ de l'ascenseur aux personnes qui l'attendent ou l'utilisent, ainsi que l'étage atteint.
14. Un siège fixe ou pliable doit être installé dans l'ascenseur.

**Figure 11 : Emplacement et dimensions de l'ascenseur**

## 8.3 Plateformes élévatrices pour fauteuils roulants

1. Les plateformes élévatrices pour fauteuils roulants doivent permettre aux personnes en fauteuil roulant de monter et de descendre en toute autonomie les escaliers d'un établissement ne disposant pas d'ascenseur et dans lequel aucun ascenseur ne peut être installé.
2. Des instructions doivent être affichées à côté de la plateforme afin d'indiquer aux utilisateurs en fauteuil roulant comment utiliser cet équipement en toute sécurité. Les informations doivent être à la fois écrites et visuelles. Elles doivent être clairement visibles sur la plateforme.
3. En position statique, la plateforme doit être repliée.
4. La plateforme doit présenter des dimensions minimales de **80 cm** de large pour **125 cm** de long.
5. Des barres de sécurité rabattables doivent être installées autour du périmètre de la plateforme.
6. La vitesse de la plateforme ne doit pas excéder **15 cm** par seconde.
7. La plateforme doit être actionnée par une pression constante du bouton de commande. Les commandes doivent être faciles d'utilisation pour les personnes ayant peu de force ou une faible dextérité manuelle.



# Marches et escaliers



09





## 9.1 Marches et escaliers

1. Toutes les marches et tous les escaliers doivent avoir des contremarches pleines et de la même hauteur. Les contremarches doivent mesurer entre **10 cm** et **18 cm**. Les contremarches ajourées sont à éviter.



2. Toutes les marches doivent avoir un giron horizontal de la même longueur. La profondeur de la marche doit être comprise entre **28 cm** et **42,5 cm**.



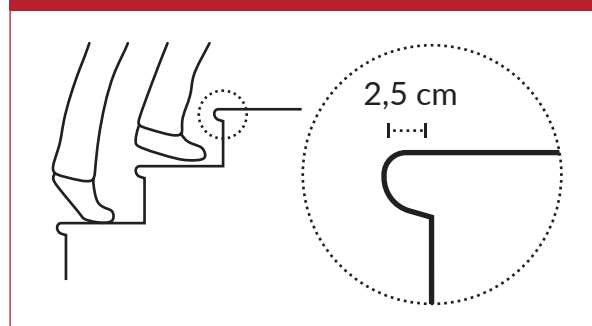
3. L'emmarchement doit mesurer au moins **120 cm**.



4. Si la marche est dotée d'un nez, celui-ci doit mesurer moins de **2,5 cm**.



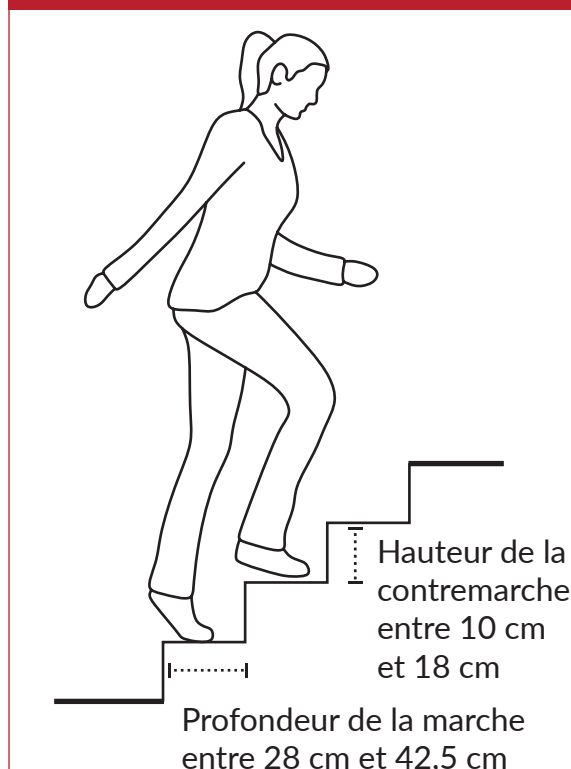
Figure 12 : Nez de la marche



5. Le bord de chaque marche doit être d'une couleur contrastante et couvert d'un revêtement antidérapant.



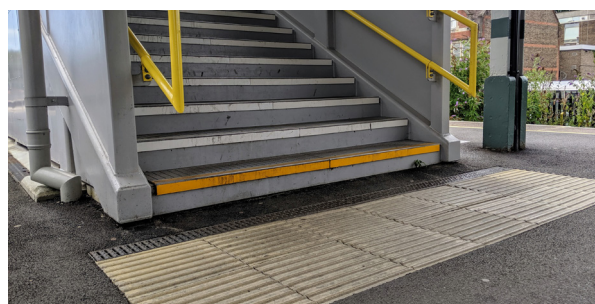
Figure 13 : Hauteur et profondeur des marches



6. Le palier à chaque extrémité de l'escalier doit mesurer au moins **120 cm de côté**. Aucun vantail de porte ni aucun obstacle ne doivent empiéter sur cette surface.



7. Une bande podotactile doit être prévue au début et à la fin de chaque volée de marches.



8. Tous les escaliers doivent être équipés de mains courantes. Pour des orientations spécifiques, veuillez consulter la section 9.2 « Mains courantes dans les escaliers » (page 66).

## 9.2 Mains courantes dans les escaliers

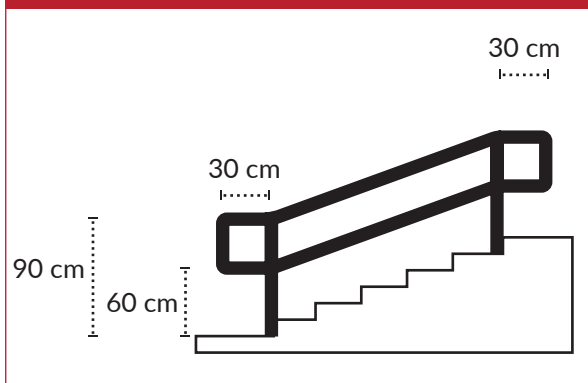
1. Les escaliers doivent comporter une main courante à double hauteur de chaque côté, fixées à **60 cm** et **90 cm**.



2. Les mains courantes doivent se prolonger horizontalement de **30 cm** avant la première et au-delà de la dernière marche.



**Figure 14 : Hauteur et positionnement de la main courante**

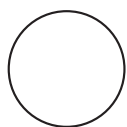


3. La couleur des mains courantes doit contraster avec les couleurs environnantes.
4. Le diamètre de la main courante doit être compris entre **3,2 cm** et **5 cm**.



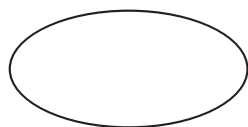
**Figure 15 : Main courante, coupe transversale**

Main courante de type A



3,2 cm à 5 cm

Main courante de type B

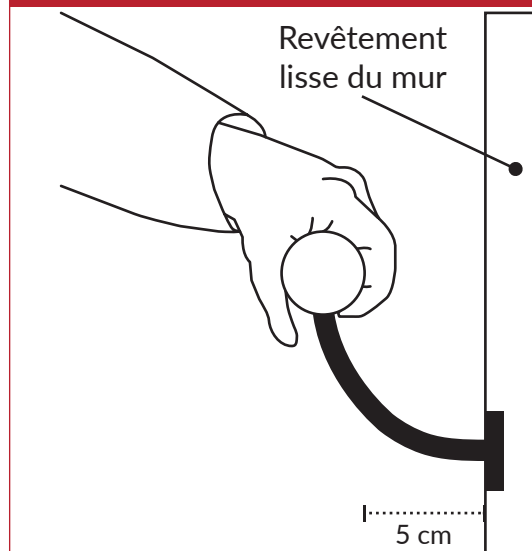


3,2 cm à 5 cm

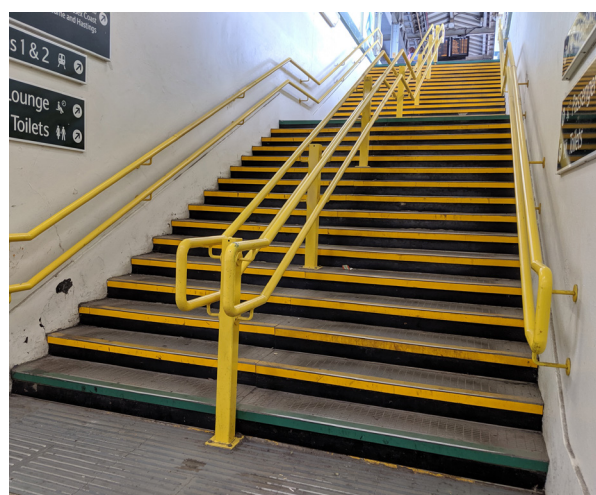
5. Si la main courante se trouve près d'un mur, un espace minimum de **5 cm** doit être laissé entre les deux.



**Figure 16 : Espace entre le mur et la main courante**



6. Si l'escalier a un emmarchement supérieur à **300 cm**, une main courante doit être ajoutée au centre de l'escalier.



7. Si un espace dégagé est prévu sous l'escalier, la hauteur libre doit mesurer au moins **203 cm**.

**Figure 17 : Hauteur libre et hauteur du garde-corps sous les escaliers**



8. Lorsque la hauteur libre est inférieure à **203 cm**, des garde-corps et d'autres barrières doivent être installés pour empêcher les personnes d'accéder à cet espace. Le bord supérieur du garde-corps ou de la barrière doit être situé à au moins **68,5 cm** de hauteur.

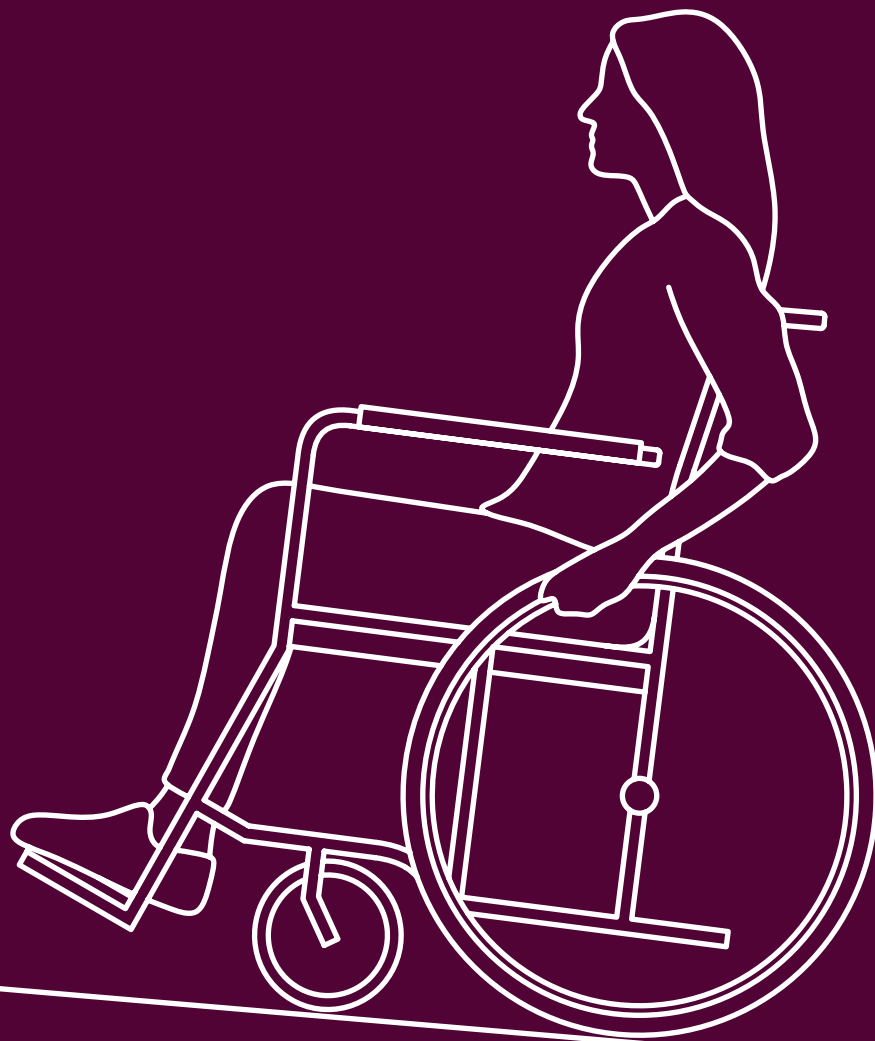








# Rampes d'accès



# 10





## 10.1 Rampes d'accès

1. Les personnes en fauteuil roulant doivent pouvoir accéder de manière autonome à tous les espaces intérieurs et extérieurs de l'établissement de santé. Si un espace est accessible via des marches ou des escaliers, une autre solution doit être proposée, telle une rampe d'accès ou un ascenseur. Pour plus d'informations concernant les ascenseurs, veuillez consulter la section 8 « Ascenseurs et plateformes élévatrices pour fauteuils roulants » (page 59).
2. Certaines personnes en capacité de marcher mais avec une mobilité réduite peuvent trouver plus difficile d'utiliser une rampe d'accès que des escaliers. Par ailleurs, de mauvaises conditions météorologiques peuvent rendre l'utilisation des rampes d'accès intérieures et extérieures dangereuse. Il est donc recommandé de prévoir une rampe d'accès ainsi que des escaliers.
3. L'inclinaison de la rampe doit être la plus faible possible. Les rampes à forte inclinaison causent des difficultés et sont potentiellement dangereuses pour certaines personnes en fauteuil roulant qui n'ont pas suffisamment de force pour se propulser et gravir la pente ou pour freiner et s'arrêter en descente.
4. L'inclinaison recommandée de la rampe est de **1:20**. Pour les rampes plus courtes de moins de **200 cm**, l'inclinaison maximale doit être de **1:12**.



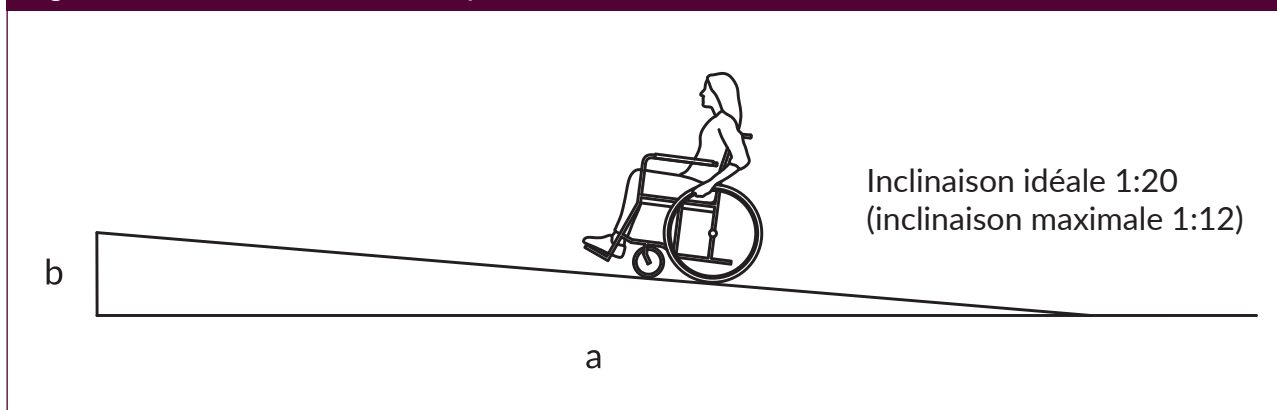
### Pour calculer l'inclinaison de la rampe (voir figure 18) :

- Mesurer la longueur de la rampe à sa base, en cm (a).
- Mesurer la hauteur de la rampe en cm (b).
- Diviser la longueur par la hauteur ( $a \div b$ ).
- Si le résultat est égal ou supérieur à 20, alors l'inclinaison est conforme aux normes.
- Si le résultat est inférieur à 20, alors l'inclinaison est non conforme aux normes et trop raide.

### Par exemple :

- $a = 570$  cm
- $b = 25$  cm
- $570 \div 25 = 22,8$   
(résultat supérieur à 20)
- L'inclinaison est conforme aux normes.

Figure 18 : Inclinaison de la rampe d'accès



5. La rampe doit mesurer au moins **120 cm** de large.



6. En haut et en bas de la rampe d'accès, ainsi qu'au niveau d'éventuels paliers, un espace de **150 cm de côté** doit être aménagé pour permettre aux personnes en fauteuil roulant de manœuvrer. Aucun vantail de porte ni aucun obstacle ne doivent empiéter sur cette surface.



7. Une bande podotactile doit être prévue au début et à la fin de chaque volée de marches.

8. Si la rampe d'accès est d'une longueur supérieure à **600 cm**, elle doit comprendre un palier d'au moins **150 cm de côté**.

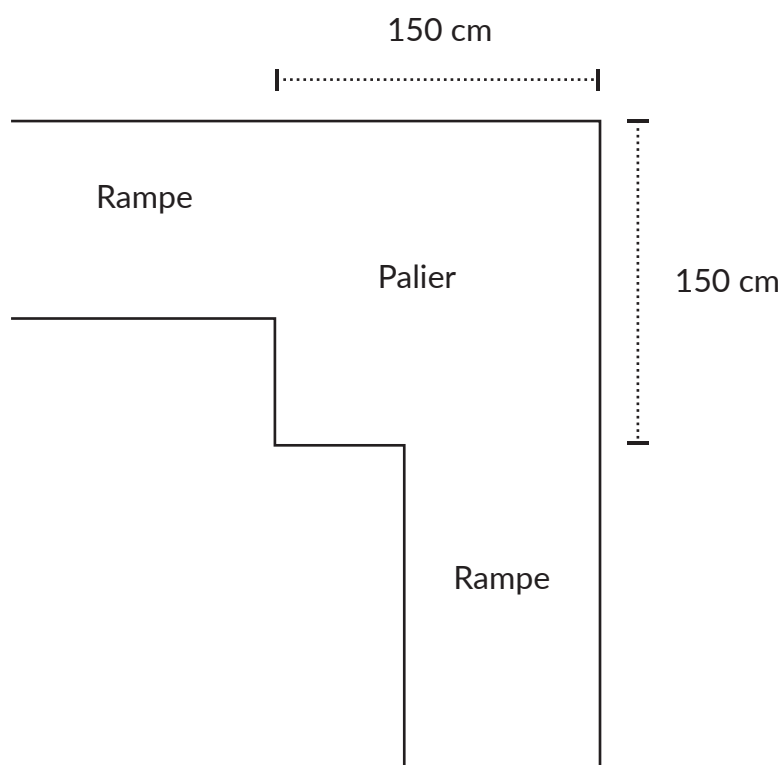


9. En cas d'un changement de direction, un palier mesurant au moins **150 cm de côté** doit également être prévu.



10. Toutes les rampes doivent être équipées de mains courantes. Pour les orientations relatives aux mains courantes, veuillez vous reporter à la section 10.2 « Mains courantes des rampes d'accès » (page 73).

**Figure 19 : Paliers des rampes d'accès**



## 10.2 Mains courantes des rampes d'accès

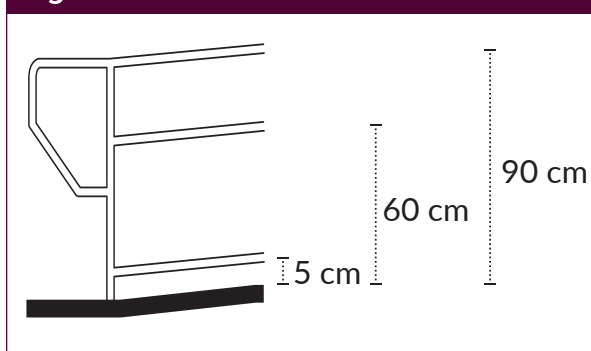
1. Les rampes d'accès doivent être équipées d'une main courante à double hauteur de chaque côté, fixées à **60 cm** et **90 cm**.



2. Un espace libre d'au moins **120 cm** doit être prévu entre les mains courantes situées de part et d'autre de la rampe.
3. Si la rampe d'accès n'est pas située entre deux murs, une protection (telle une petite bordure) d'au moins **5 cm** de haut doit être ajoutée.



Figure 20 : Hauteur de la main courante



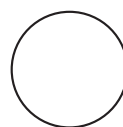
4. La couleur des mains courantes doit contraster avec les couleurs environnantes.

5. Le diamètre des mains courantes doit être compris entre **3,2 cm** et **5 cm**.



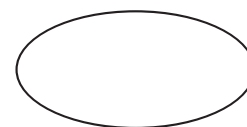
Figure 21 : Main courante, coupe transversale

Main courante de type a



3,2 cm à 5 cm

Main courante de type b

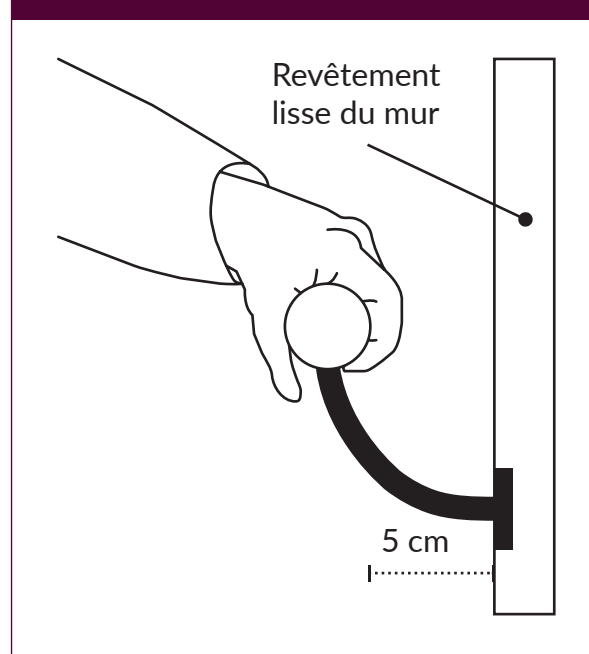


3,2 cm à 5 cm

6. Si la main courante se trouve près d'un mur, un espace minimum de **5 cm** doit être laissé entre les deux.



Figure 22 : Espace entre le mur et la main courante

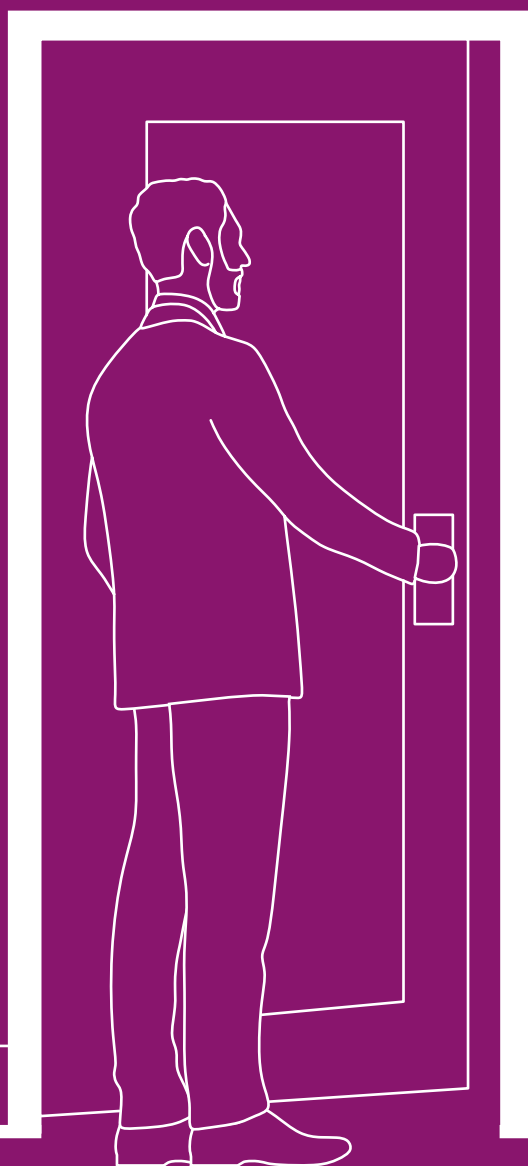




# EYE WARD



# Portes



11





## 11.1 Portes






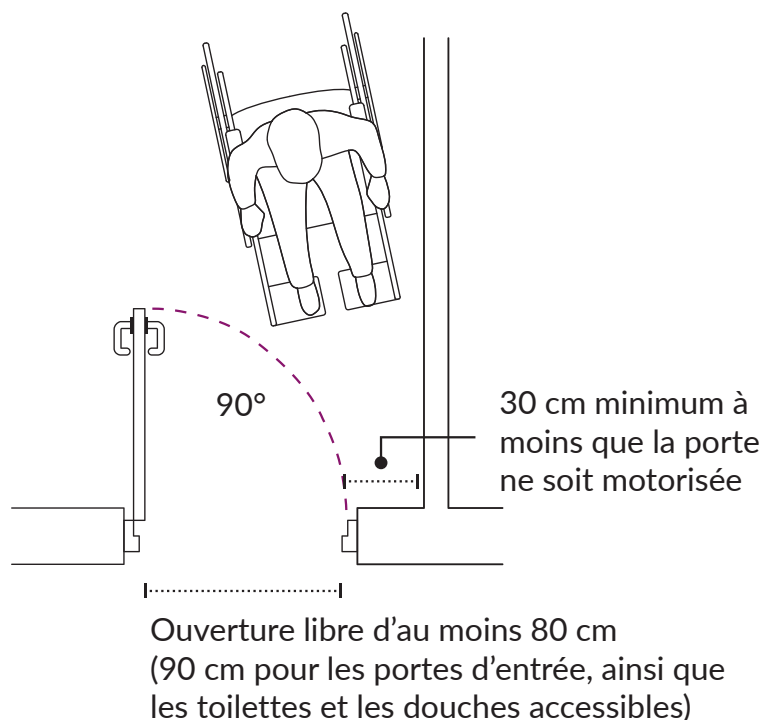
1. Les portes doivent permettre une ouverture libre d'au moins **80 cm** de large.  

2. Dans le cas de doubles portes, au moins l'une des deux portes doit avoir une ouverture libre de **80 cm** de large minimum.  

3. Les portes d'entrée et les portes des toilettes et douches accessibles doivent permettre une ouverture libre d'au moins **90 cm**.  

4. Un espace dégagé d'au moins **30 cm** doit être prévu entre le bord interne du cadre de la porte du côté ouvrant et le mur perpendiculaire adjacent, afin de laisser suffisamment d'espace aux personnes en fauteuil roulant pour manœuvrer et ouvrir la porte (voir figure 23). La porte doit être d'une hauteur minimale de **203 cm**.  

5. Si la porte présente un seuil (surface surélevée), celui-ci ne doit pas être d'une hauteur supérieure à **1,6 cm**.  

6. Un espace dégagé suffisant doit être prévu autour de la porte pour manœuvrer. Une personne en fauteuil roulant doit pouvoir manœuvrer confortablement pour ouvrir la porte, passer la porte, se retourner et fermer la porte.
7. Les paillassons doivent être au même niveau que le plancher et être fixés au sol sur tous ses côtés.
8. La couleur de la porte et de son cadre doit contraster avec la couleur des murs adjacents.
9. Si la porte est vitrée, elle doit être indiquée par des bandes rouges ou des autocollants à plusieurs niveaux correspondant à des hauteurs des yeux différentes.

Figure 23 : Dimensions des portes





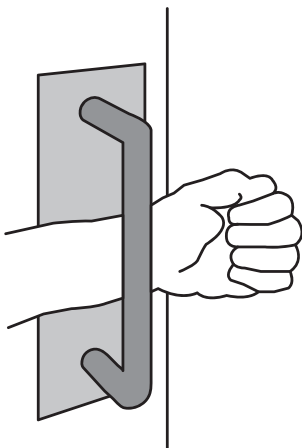
## 11.2 Portes manuelles

1. Les portes ne doivent pas être trop lourdes et doivent s'ouvrir et se fermer facilement.
2. Les commandes de la porte (telles que les poignées) doivent se situer entre **90 cm et 110 cm** au-dessus du sol. Elles doivent pouvoir être utilisées avec le poing fermé et ne doivent pas nécessiter une poigne ferme, un pincement ou une rotation du poignet pour être actionnées. Les poignées rondes sont à éviter.

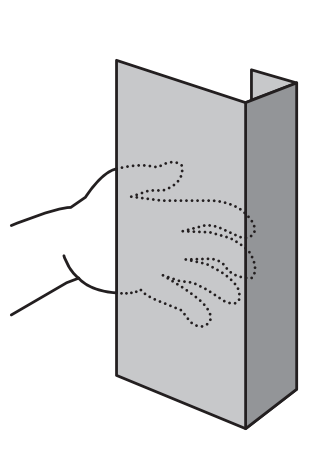


Figure 24 : Exemples de poignées accessibles

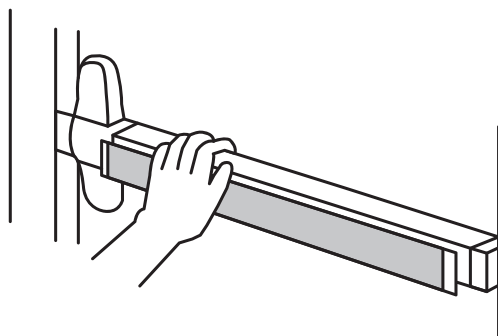
Poignée de tirage



Plaque de tirage



Barre



Poignée bec-de-cane



3. Si la porte est à fermeture automatique, sa vitesse de fermeture doit être suffisamment lente. D'une position d'ouverture à **70 degrés**, la porte ne doit pas arriver en position fermée en moins de **1,5 seconde**.



4. Les portes de couloir doivent être dotées d'une plaque de protection permettant de les actionner avec le pied.



5. Des informations visuelles doivent être affichées à côté de la porte pour expliquer son fonctionnement.



6. Si la porte est battante, elle doit être équipée d'une partie vitrée correspondant aux deux tiers de la largeur de la porte. Cette partie vitrée doit être placée au moins à **20 cm** du sol et mesurer entre **50 cm** et **120 cm** de hauteur.



7. Les portes tournantes ne sont pas considérées comme accessibles. En présence d'une porte tournante, une porte accessible (manuelle ou automatique) doit être installée à côté de celle-ci.

## 11.3 Portes motorisées

1. Les portes motorisées doivent avoir un temps d'ouverture suffisamment long (**5 secondes** minimum) pour permettre à chacun, notamment aux personnes qui ne sont pas en mesure de réagir rapidement, d'actionner et d'utiliser la porte en toute sécurité.
2. Les portes motorisées peuvent être actionnées automatiquement, grâce à des capteurs, ou manuellement, à l'aide de boutons-poussoirs ou d'autres commandes.
3. Toute commande manuelle, par exemple un bouton-poussoir, doit être placée à une hauteur comprise entre **90 cm** et **110 cm**. Elle doit être facile d'utilisation pour les personnes ayant peu de force ou une faible dextérité manuelle (et notamment actionnable avec un poing fermé).
4. La commande manuelle doit être placée à une distance de **140 cm** du bord de la porte en position ouverte afin que la personne l'actionnant n'ait pas à s'écarter pour laisser la porte s'ouvrir.
5. La couleur de la commande manuelle doit contraster avec les couleurs environnantes.
6. Un signal sonore doit être émis lors de l'ouverture et de la fermeture de la porte.
7. La porte motorisée doit être équipée d'un mécanisme d'arrêt d'urgence qui s'activera si la porte commence à se refermer alors qu'une personne est en train de la passer.
8. La porte motorisée doit pouvoir être actionnée manuellement en cas de panne de courant.



# Alarmes incendie et issues de secours



12





## 12.1 Alarmes incendie et issues de secours

1. En cas d'incendie ou d'autre situation d'urgence, les issues de secours doivent être accessibles aux personnes en fauteuil roulant et clairement indiquées.
2. Une alarme incendie en état de marche, dotée d'un signal d'alarme visuel et sonore, doit être installée.



3. Des espaces d'attente sécurisés doivent être prévus à chaque étage. Ils doivent être indiqués par une signalisation claire et être facilement identifiables.

Nous vous invitons à consulter notre site Internet pour en savoir plus sur l'approche de Sightsavers quant à l'inclusion du handicap dans les établissements de santé :

**[www.sightsavers.org/disability/health](http://www.sightsavers.org/disability/health)**

**+44 (0)1444 446 600**

**[info@sightsavers.org](mailto:info@sightsavers.org)**

 **SightsaversUK**

 **@Sightsavers**

 **@sightsavers**

 **SightsaversTV**

