

ACCESSIBILITÉ UNIVERSELLE EN MILIEU HOSPITALIER

GUIDE DES BONNES PRATIQUES



TABLE DES MATIÈRES

Préface	4
Introduction	5
À l'attention des lecteurs	6
Personnes handicapées : de qui parle-t-on et combien sont-elles?	8
Accessibilité universelle	9
Extérieur	10
Les places de stationnement/arrêts de bus	12
Les chemins extérieurs	14
A l'arrivée	
Les guichets	18
Les portes	19
Les couloirs	21
Les escaliers	22
Séjourner	24
Les chambres	26
Les WC/salles d'eau/bassins	28
Les restaurants, cafétérias, kiosques, etc.	30
Les salles d'attente/le mobilier	31
Les éléments de commande	33
S'orienter	34
La signalétique	36
Les ascenseurs	37
Ergonomie, sécurité et protocoles	38
Les contrastes	40
L'acoustique et sonorisation	43
L'éclairage	44
L'orientation spatiale	46
S'informer	48
Les auditoriums et salles de conférence	50
Procédures de prise en charge	51
Les sites WEB	55
Exigences fondamentales pour garantir une construction sans obstacle par incapacité	56
Annexes	60
Glossaire	60

Près de 40'000 patients sont hospitalisés chaque année dans les différents établissements de l'Hôpital du Valais, qui enregistre également près de 450'000 visites ambulatoires dans le même temps. Sans oublier les quelques 5'000 collaboratrices et collaborateurs qui œuvrent au quotidien pour le bien de ces mêmes patients.

Selon les chiffres de l'Office fédéral de la statistique, 17% des individus qui passent la porte d'un hôpital sont limités dans leurs mouvements. De plus, dans quelques années, les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans. Tous ces patients doivent pouvoir bénéficier d'un même accès aisé aux bâtiments, aux locaux et aux soins que tout un chacun.

Prolongeant les besoins et souhaits exprimés par les associations de patients lors d'un «Forum patient», l'Hôpital du Valais a souhaité éditer ce «Guide des bonnes pratiques d'accessibilité universelle en milieu hospitalier». Au-delà des normes existantes, c'est bien le quotidien et le vécu des patients et des collaborateurs, qui sont au centre des préoccupations et des efforts de l'institution dans ce domaine.

Sous la conduite des Projets Stratégiques de l'Hôpital du Valais, avec le soutien du secteur médico thérapeutique du Centre Hospitalier du Valais Romand (physiothérapie/ergothérapie), et avec l'appui de la société id-Geo, ce document a été rédigé en étroite collaboration avec les associations. Ce document constitue, sans prétendre à l'exhaustivité,

une ligne directrice pour les constructions nouvelles ainsi que pour les interventions dans les bâtiments existants. L'ancienneté de certaines constructions peut rendre les adaptations difficiles. Il est impossible de corriger en bloc les manquements à des normes inexistantes lors de l'édification de bâtiments encore utilisés aujourd'hui. L'intention est d'intégrer dans les interventions constructives les mesures de mise à niveau préconisées par ce guide.

L'Hôpital du Valais entend ainsi permettre une accessibilité constructive et émotionnelle à l'ensemble des personnes qui franchissent sa porte, afin que les déficiences et incapacités ne constituent plus un handicap. Ce guide est un premier pas important dans ce sens. Il en appelle d'autres dès demain.



Prof. Eric Bonvin
Directeur général
Hôpital du Valais



Pascal Bruchez
Chef des projets stratégiques
Hôpital du Valais

Avec nos vifs remerciements pour leur précieux soutien à :

- Procap Valais Romand
- ProRaris, Alliance Maladies Rares - Suisse
- Société des sourds du Valais
- Association valaisanne des ambulanciers AVA
- Club en fauteuil roulant du Valais romand
- Association suisse des paraplégiques
- Association Cerebral Valais
- Fédération suisse des aveugles et malvoyants FSA

Voici un scénario vécu, qui doit changer. Le long du chemin qui mène à un bâtiment hospitalier, un patient – un peu âgé, en déambulateur – cherche un banc pour se reposer avant un nouvel examen. Une fois atteinte, la porte d'entrée – pourtant automatique et coulissante – se referme sur lui; mal configurée, les rayons traversent le déambulateur. Puis les boutons tactiles de l'ascenseur sont devenus, avec le temps, invisibles pour lui. Arrivé à bon port, le guichet d'information ne dispose pas de boucle à induction magnétique dans le brouhaha du hall ce qui empêche de suivre la conversation de façon optimale; le doute s'installe à l'écoute des instructions, la signalétique étant défaillante...

Il faut savoir raison garder, mais ce sont là quelques exemples d'obstacles que rencontrent nombre de patients dans des lieux censés être adaptés. Comment arriver à garder, après ce «chemin de croix», sa patience, son énergie, sa bonne humeur et sa confiance dans la salle d'attente, la salle d'examen médicaux, etc. Comment garder de l'énergie pour l'essentiel, se soigner? Les obstacles sapent la capacité du patient de s'approprier les espaces et, au final, de se sentir pleinement capable et acteur de son soin. Et c'est oublier que de nombreuses incapacités sont invisibles, mais tout aussi handicapantes (pensons au daltonisme, à la fibromyalgie pour ne citer que ces deux).

La bonne nouvelle, c'est que les cliniques et hôpitaux sont tout à fait perfectibles en termes d'accessibilité et d'adaptation. Si des embûches persistent dans l'application des normes – lorsqu'elles existent! – la question de comment rendre plus accueillante une institution hospitalière aux personnes en situation de handicap, ou âgées, est entre vos mains!

L'ambition de ce guide de bonnes pratiques impulsé par l'Hôpital du Valais en collaboration avec des personnes concernées, leur expertise et vécu étant indispensable, est certes élevée. Le défi est de taille tant la population concernée est hétérogène (patients, clients, visiteurs ou proches aidants, familles et professionnels externes sou-

vent impliqués, etc.) et l'hôpital une institution aux multiples facettes (urgences, soins continus, stationnaires, aigus, intensifs, ambulatoires, etc.). Et cela, sans compter que les personnes en situation de handicap sont, par définition, la somme de besoins hétéroclites – parfois opposés – et aux caractéristiques propres. Pensons à la durée et la fréquence d'hospitalisation, souvent plus importantes que pour d'autres patients non chroniques, la connaissance pointue de son corps et l'histoire médicale chargée.

Le présent guide n'oublie pas les collaborateurs, hommes et femmes qui, au quotidien, s'impliquent avec cœur et compétence dans la fourmilière hospitalière. Il s'agit de permettre à tout un chacun d'exercer dans des conditions ergonomiques, sécurisées et dignes; voilà pourquoi l'Hôpital du Valais veut développer la conformité aux normes et principes d'accessibilité universelle.

À l'heure où le développement durable s'impose, force est de constater que, dans l'esprit des gens, le concept renvoie avant tout à l'énergie et à l'environnement en péril. C'est oublier sa définition première en trois piliers – environnemental, économique ET social – et que concevoir aujourd'hui des infrastructures qui ne sont pas accessibles à l'ensemble des usagers, c'est du passé. Au contraire, l'aménagement d'environnements construits, adaptés, bénéficiera à un nombre croissant de personnes riches en caractéristiques variées.

Enfin, la ratification par la Suisse en 2014 de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées incite tout acteur du domaine de la santé à améliorer l'accès aux soins. Si on mesure la qualité d'un hôpital à prendre soin de ses patients et collaborateurs, gageons qu'un hôpital visionnaire saura accueillir mieux encore. Ce guide y contribuera avec la participation des directions et services respectifs, concepteurs, soignants et – peut-être avant tout – patients concernés auxquels il sera donné un maximum d'autonomie pour un maximum de soin. Belle perspective!

Sébastien Kessler
Associé id-Geo
(mandataire)
www.id-geo.ch

À l'attention des lecteurs

Ce guide s'adresse en premier lieu aux maîtres d'ouvrage, architectes et concepteurs en charge de construire des infrastructures hospitalières et/ou de les rénover. Il rappelle les données normatives, mais il est considéré que le lecteur est familier des normes et recommandations techniques en vigueur. Ces dernières existent et il s'agit avant tout de s'y référer et de les utiliser!

Cela étant, ce guide de bonnes pratiques va au-delà des seules exigences normatives. L'accessibilité universelle exige en effet une démarche proactive, qui comprend les normes comme des socles minimaux, et qui intègre l'état de l'art et, surtout, l'utilité vécue. Ce point est d'autant plus important dans le cadre d'un lieu de soins. En effet, la norme suisse de référence, la SIA 500 «Constructions sans obstacles», ne couvre pas la totalité des aspects relatifs à ce dernier aspect. Dans le même esprit, il importe aussi de se référer aux normes internationales lorsque celles-ci vont au-delà des exigences nationales, ou lorsqu'elles couvrent d'autres aspects. Les directives publiées dans ce guide en tiennent compte et visent par défaut les solutions les plus adaptées, tout en précisant les exigences et recommandations normatives. C'est bien le contexte helvétique qui prime.

À l'écriture du guide, il s'est vite avéré illisible d'entrer dans tous les détails de ce qui est obligatoire – par une norme donnée ou une autre, loi ou texte divers, recommandé, fortement conseillé, «pas-encore-dans-une-norme,-mais-dans-les-faits-appliqué-sous-peine-de-risques-de-blessures», etc. Le choix a été souvent un compromis, proportionnel à l'usage, aux coûts aussi parfois, d'investissement ou de transformation. Ce premier guide est l'essence, le résultat d'expériences et de vécus, rassemblés dans une synthèse aussi utile qu'utilisable. Les auteurs et les divers partenaires se tiennent évidemment à disposition.

Ce guide s'inscrit dans une perspective d'accessibilité universelle et donc transversale aux types d'incapacités. Il paraissait toutefois pertinent de préciser pour chaque chapitre la ou les incapacité-s les plus concernées par les préconisations indiquées. Aussi les incapacités auxquelles se réfère prioritairement chaque chapitre sont définies ci-dessous:

De nombreuses incapacités, comme la surdité et la malentendance, sont invisibles. Si ces dernières se révèlent dès qu'il y a interaction avec la personne concernée, d'autres incapacités demeurent imperceptibles tout en affectant de façon significative la vie des personnes qui en souffrent. Les traumatismes crâniens avec d'éventuels troubles cognitifs associés, comportementaux et/ou psychoaffectifs, les troubles mnésiques ou encore l'héminégligence constituent autant d'exemples.



Obstacle et préconisation concernant en priorité les personnes en **fauteuil roulant** ou ayant des **incapacités motrices** (personnes âgées, avec cannes, déambulateurs, poussettes, femmes enceintes, etc.)

Obstacle et préconisation concernant en priorité les personnes **sourdes/malentendantes**

Obstacle et préconisation concernant en priorité les personnes **non voyantes/malvoyantes**

Obstacle et préconisation concernant en priorité les personnes ayant des **incapacités intellectuelles** ou **cognitives**

Personnes handicapées: de qui parle-t-on et combien sont-elles?

Selon l'Office fédéral de la statistique, les «personnes handicapées» – toutes incapacités confondues – représentent 17% de la population suisse âgée de 15 ans et plus et vivant en ménage privé¹. Selon la législation en vigueur, on entend par «personne handicapée» toute personne «dont la déficience corporelle, mentale ou psychique présumée durable l'empêche d'accomplir les actes de la vie quotidienne, d'entretenir des contacts sociaux, de se mouvoir, de suivre une formation, de se perfectionner ou d'exercer une activité professionnelle, ou la gêne dans l'accomplissement de ces activités»². Ce taux est confirmé par l'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale, selon lesquelles 15% de la population du globe est «handicapée»³. À ces chiffres s'ajoute le fait que dès 2020 – et pour la première fois de son histoire – la Suisse comptera davantage de personnes âgées de 65 ans et plus que de jeunes de moins de 20 ans⁴.

Dans le champ du handicap, ce dernier n'est plus considéré comme un manque ou un défaut de l'individu, mais comme une situation qui résulte de l'interaction entre cette personne ayant des incapacités (de la marche, de la vue ou de l'ouïe, par exemple) et un environnement physique et social qui ne répond pas aux caractéristiques et

besoins de la personne⁵. Selon le degré d'adéquation entre les caractéristiques et besoins de la personne, et son environnement à un moment donné, cette personne peut vivre des «situations de handicap», à savoir des situations dans lesquelles son niveau de participation sociale est limité, voire réduit à néant. Aussi distingue-t-on les concepts de déficience, incapacité et handicap comme suit:

- Une **déficience** est une altération d'un système organique (par exemple une lésion de la moelle épinière).
- Une **incapacité** est l'impossibilité pour une personne d'accomplir une activité (par exemple l'impossibilité de marcher). L'accent est souvent mis sur l'incapacité plutôt que sur la déficience, dans la mesure où de nombreuses incapacités – notamment intellectuelles – n'ont pas d'étiologie reconnue⁶.
- Le **handicap** est une situation de désavantage, dont une personne ayant des incapacités fait l'expérience si les infrastructures ne sont pas adaptées (par exemple l'impossibilité d'accéder à un bâtiment). On parle alors de «situation de handicap».

Le tableau ci-après résume et exemplifie cette distinction.

Déficience	Incapacité	Handicap
Lésion de la moelle épinière	Impossibilité de marcher	Impossibilité pour une personne en fauteuil roulant d'accéder à une unité qui ne comprend que des escaliers
Lésion du nerf optique	Impossibilité de voir	Difficulté pour une personne non voyante d'utiliser de façon autonome un ascenseur qui n'est pas équipé de touches en braille et d'une annonce vocale
Lésion de l'oreille interne	Impossibilité d'entendre	Impossibilité pour une personne sourde de communiquer si la personne à la réception ne parle pas la langue des signes ou en l'absence d'un interprète Impossibilité pour une personne malentendante de comprendre ce que dit le-la collaborateur-trice à la réception si le guichet d'accueil n'a pas de boucle à induction magnétique

Tableau 1: distinction entre les concepts de déficience, incapacité et handicap

¹ (OFS, 2014)

² (art. 2, al. 1 LHand - Loi fédérale sur l'égalité)

³ (OMS, 2011)

⁴ (OFS, 2010).

⁵ Fougeyrollas et al., 1998; Fougeyrollas & Noreau, 2007; Fougeyrollas, 2010

⁶ Fougeyrollas, 2001

Accessibilité universelle

Sur ces bases, la perspective adoptée dans ce document est celle de Fougeyrollas et Noreau (2007, p. 58):

«C'est pourquoi on ne devrait pas parler de statut de "personne handicapée" comme un état stable, mais plutôt de personne ayant des incapacités vivant de façon variable des situations de handicap selon la qualité du contexte de réalisation des habitudes de vie de leur choix».

Le principe d'accessibilité universelle ou de design universel se réfère à l'élaboration d'infrastructures qui tiennent compte dès la phase de conception de l'ensemble des incapacités présentes dans la population⁷.

L'accessibilité universelle implique également de concilier des besoins qui peuvent être en porte-à-faux. Un exemple classique est celui des seuils de trottoirs aux passages pour piétons: ils doivent être praticables par les personnes en fauteuil roulant tout en assurant un repère suffisant aux personnes non voyantes/malvoyantes.

Concernant les coûts, l'application des principes d'accessibilité universelle dès le début d'un projet permet de les limiter. Le surcoût imputable à la construction sans obstacle est en moyenne de 1,8% du montant total d'un projet de construction, dont seulement un tiers se rapporte à des aménagements spécifiques pour les personnes ayant des incapacités; les deux tiers restants (par exemple des espaces plus larges) sont utiles à l'ensemble des usagers. En revanche, le coût d'une mise en accessibilité d'un bâtiment existant s'élève en moyenne à 3,5% de la valeur du bâtiment⁸.

Les exigences et recommandations normatives tendent vers l'accessibilité universelle, d'où l'importance de leur application rigoureuse. Réfléchir en termes d'accessibilité universelle facilite les déplacements des personnes ayant des incapacités et améliore l'accès et la lisibilité de l'espace pour tous les usagers.

⁷ Preiser & Smith, 2011

⁸ Volland & Manser, 2004

EXTÉRIEUR

Fabio Rodrigues

«L'hôpital de Sion est plutôt bien adapté aux fauteuils roulants»

Victime d'un accident de moto, Fabio Rodrigues s'est retrouvé en fauteuil roulant et a dû se rendre à plusieurs reprises à l'hôpital de Sion pour des examens. Il juge l'établissement de la capitale valaisanne bien adapté à son handicap: « Mon expérience est plutôt bonne, il n'y a pas de seuils trop importants à franchir, les automates pour le paiement du parking sont à la bonne hauteur, comme le bancomat d'ailleurs. Et la circulation dans le bâtiment est facile, avec des couloirs et des portes assez larges. Le seul bémol viendrait de la zone pavée à l'entrée. À cet endroit, il faut pas mal de force pour se déplacer en fauteuil roulant et cela peut-être gênant pour des patients un peu plus âgés. Je ne suis jamais venu en voiture, mais il me semble que les places sont assez facilement accessibles et dans l'ensemble bien respectées, ce qui n'est souvent pas le cas ailleurs, dans les centres commerciaux par exemple. Le parc de l'hôpital est aussi un endroit qui pourrait être amélioré. Je faisais le tour de l'hôpital lorsque je m'entraînais avec ma physiothérapeute. Les chemins sont en terre battue et il y a quelques pentes trop importantes. Ce serait sympa que les gens en fauteuil roulant puissent aussi aller s'y balader plus facilement. »





En bref

Les personnes à mobilité réduite doivent pouvoir stationner sur des places signalées et marquées, sur un sol plat et antidérapant, à moins de 50 mètres de l'entrée principale et à l'abri des intempéries. Le chemin d'accès doit être sécurisé et également protégé des intempéries. Les personnes malentendantes doivent pouvoir compter sur des automates leur transmettant des informations écrites.

Ratio

Au-delà des pures exigences normatives, il convient dans le contexte hospitalier d'adopter les ratios suivants pour les places de stationnement:

Nombre total de places	Places pour personnes à mobilité réduite (PMR)
Jusqu'à 25	1
26-50	2
51-75	3
76-100	4
101-150	5
151-200	6
201-300	7
301-400	8
401 et plus	2% (arrondi à l'unité supérieure; par exemple 420 places → 9 places PMR)

Tableau 2: ratios places de parc PMR

Site

Les places réservées aux PMR doivent être situées sur sol plat, praticable et antidérapant.

Emplacement

Elles doivent être à proximité de l'entrée principale ou des ascenseurs et pas au-delà de 50 m.

Signalétique

Elles doivent être signalées au sol et via un panneau dédié.

Sécurité

Les places ainsi que le chemin d'accès jusqu'à l'entrée principale ou aux ascenseurs doivent être protégés des intempéries. Le chemin qui mène depuis les places de parc jusqu'à l'entrée principale ou aux ascenseurs doit être sécurisé, séparé des allées de circulation réservées aux véhicules et ne pas passer derrière les véhicules stationnés. Les places doivent être équipées de stop-roues noirs et jaunes.

Automates

Au moins un automate par secteur doit respecter les exigences de la norme SIA 500, point 6.1. En cas de présence d'un écran, il doit être protégé du soleil et de la lumière directe afin d'éviter les reflets. Si un système d'appel existe, il doit être équipé avec une boucle à induction magnétique à l'intention des personnes malentendantes. Un bouton d'appel et un écran permettant une relation visuelle, ainsi que les coordonnées nécessaires pour envoyer un SMS/courriel sont également nécessaires. Le système doit permettre à un message écrit de s'afficher (par exemple: «Veuillez patienter, un membre du personnel viendra dans quelques minutes»). La présence de la boucle à induction magnétique et du système d'appel à l'intention des personnes sourdes doit être signalée au moyen des symboles dédiés.

Assistance à l'accueil

Déjà hors du bâtiment, il peut être utile – ou comme alternative – d'offrir une assistance comme un portier qui se déplacerait sur le lieu de parcage, à la rencontre du patient ou visiteur.

Arrêts de bus

Les arrêts de bus doivent être conformes en tous points aux exigences normatives.

Les espaces libres normatifs doivent être garantis sur l'ensemble des quais, ainsi qu'un nombre suffisant de bancs et d'assis-debout.

Un parcours sécurisé jusqu'à l'entrée de l'hôpital doit être assuré (► chap. Chemins extérieurs, p. 14).

Les ascenseurs ne devraient pas se situer devant les escaliers (par exemple dans l'éventualité où un parking se situerait sous l'arrêt de bus). Si cela est nécessaire en raison de contraintes liées à la disposition des lieux, il est très important de garantir entre l'ascenseur et la première marche une surface minimale libre de tout obstacle, large de 3,80 m et profonde de 2,40 m.

Il est important que les informations dynamiques soient données visuellement et acoustiquement.

Références et recommandations normatives	
SIA 500	Points:
Éléments de commande	6.1
Boucle à induction magnétique pour malentendants	7.4.5 7.8.1.2
Places de stationnement: dimensions, revêtement, pente, signalétique	7.10
Ratios	Annexe A.2.2
Revêtement	Annexe B
ISO 21542	
Places de stationnement adaptées dédiées	6.1
VSS SN 640 075	
Arrêts des transports publics	26
VSS SN 640 075 (annexe normative)	
Arrêts des transports publics	15



En bref

Les chemins extérieurs font partie intégrante de l'accès à un immeuble et doivent mener de façon naturelle et sécurisée vers l'entrée principale. Marqués pour les personnes non ou malvoyantes, ils devraient être totalement séparés des voies de circulation, antidérapants et plats. Dévers, pentes, ruptures de pente et autres ressauts ou changements de revêtement peuvent être dangereux pour les personnes en fauteuil roulant.

Sécurité

Il importe que les cheminements depuis le parking, depuis les arrêts de bus et depuis l'espace public soient totalement séparés des voies de circulation.

Lors de travaux d'entretien (jardinage, nettoyage, travaux, etc.), il est impératif que les espaces soient sécurisés.

Largeur

Une largeur libre de 1,80 m au minimum est nécessaire pour permettre à deux personnes en fauteuil roulant de croiser aisément. Cette largeur doit être garantie libre d'obstacles.

Revêtement

Le revêtement doit être compact et antidérapant. Il doit être de couleur mate, uniforme et sans motifs contrastés et ne pas provoquer d'éblouissement par réflexion (surface antireflets).

Pente/dévers/grilles d'écoulement

Dans l'idéal, le chemin ne doit pas être en pente; si une pente est inévitable, elle doit être aussi faible que possible et en aucun cas supérieure à 6%. Il importe d'éviter les ruptures de pente (par exemple passer de 3% à 6%), qui sont très dangereuses. Tout dévers doit également être aussi faible que possible et ne pas dépasser 2%.

Pour les rampes longues de 25 m ou plus, un palier intermédiaire long de 1,50 m sera garanti tous les 10 m, de même que deux bancs et deux assis-debout (► chap. Mobilier, p. 31). Les ouvertures d'éventuelles grilles d'écoulement doivent avoir une largeur maximale de 10 mm (les roues avant des fauteuils manuels peuvent s'y coincer; les cannes des personnes non voyantes/malvoyantes également).

Marquages tactilo-visuels

Les éléments de construction (textures, parois, bordures contrastées et tactilement perceptibles, murets, etc.) doivent fournir des indications tactilo-visuelles aux personnes malvoyantes et non voyantes. Si ces repères ne sont pas présents et/ou ne suffisent pas (par exemple dans des lieux publics fréquentés), de même que si des balises sonores sont installées (► chap. Signalétique, p. 36), il faut garantir des marquages tactilo-visuels.

Références et recommandations normatives	
SIA 500	Points:
Soles	3.2
Couloirs, chemins, espaces de manœuvre	3.4
Guidage tactile au sol	4.2
Revêtement	Annexe B
Éblouissement par réflexion	Annexe D.1.5
SN 640 075 (et annexe normative)	
SN 640 852	
ISO 21542	
Chemins d'accès au bâtiment	7
Schmidt, E., Manser J., (2003)	
	1.1.2
Bohn F., (2010)	
	Page 35



LE SAVIEZ-VOUS?

Les dévers, petits ressauts et autres ruptures de pente ou de revêtement peuvent vite devenir un obstacle voire un danger!

Les ruptures de pente sont dangereuses pour les personnes en fauteuil roulant: d'une part, elles peuvent causer des douleurs en déplaçant par exemple la personne sur son assise; d'autre part, à la descente, elles peuvent faire basculer la personne et entraîner sa chute en avant.

Les dévers constituent également un obstacle majeur pour les personnes à mobilité réduite et notamment pour les personnes se déplaçant en fauteuil roulant et

leurs éventuels accompagnants, le fauteuil devenant difficile à manier. Cette difficulté augmente en fonction de la longueur du tronçon en dévers, au sens où plus le tronçon est long, plus il devient difficile de compenser le dévers (fatigabilité). Le problème est accentué par temps de pluie ou lorsque le sol est encore humide, car un fauteuil roulant dont les roues sont mouillées glisse, freine difficilement et devient dès lors potentiellement dangereux. Pour ces mêmes raisons, tout dévers est un obstacle également pour les personnes qui utilisent des cannes ou qui se déplacent avec un déambulateur.

La conjonction entre une pente et un dévers est d'autant plus dangereuse et est à éviter.



Reception

A L'ARRIVEE

Rolande Praplan

« Mon rêve: communiquer en langue des signes avec les soignants »

« Par le passé, que ce soit à l'hôpital ou chez un médecin, les patients sourds étaient souvent accompagnés par un membre de la famille, un proche. Pourquoi ? Pour communiquer, comprendre et se faire comprendre. Cela rendait le patient sourd, même adulte, dépendant. On parlait à sa place... »

Depuis 30 ans les progrès technologiques et l'informatique ont permis une meilleure accessibilité aux sourds et aux malentendants : faxes, e-mails, SMS, sites internet, services de relais téléphonique-téléscripteur, sans oublier la présence d'interprètes en langue des signes ont permis une belle avancée dans le domaine de l'information et de la communication. Malheureusement, l'accès à la communication et à l'information préventive en milieu hospitalier est encore loin d'être adapté aux besoins des sourds et nous souhaitons vivement des améliorations dans la mesure du possible.

La communication avec le personnel soignant reste en effet, hélas, quasi inexistante. De nos jours, la commu-

nication est considérée comme un acquis. Mais pour les sourds, elle reste un obstacle. À cela s'ajoute le manque d'information et d'accès à l'information pour les patients sourds. Si l'accessibilité universelle est une nécessité pour les personnes à mobilité réduite, elle est également vitale pour les sourds à la différence près que la subtilité réside dans la communication.

Il ne faut pas non plus oublier que la surdité ne se limite pas à la langue des signes. Certaines personnes oralisent parfaitement, par exemple en lisant sur les lèvres, sans toutefois maîtriser la langue des signes. Le problème est alors que l'on considère ces personnes comme n'étant pas sourdes et les malentendus sont courants... tout comme les jugements hâtifs.

À terme, mon rêve serait que le patient sourd puisse communiquer directement en langue des signes avec le personnel soignant même si je suis bien consciente des difficultés que cela engendre en termes de planification de la formation du personnel soignant. »





En bref

Point d'accueil et d'information, il importe que le guichet à l'entrée principale et ceux des différents services soient aisément repérables, ergonomiques et adaptés aux différentes personnes, avec ou sans incapacité. On aménagera ainsi une partie du guichet pour la rendre accessible aux personnes en fauteuil roulant. Un éclairage naturel harmonieux facilitera la communication visuelle tout en rendant le guichet accueillant.

Emplacement, marquage tactilo-visuel

Le guichet d'accueil doit se trouver à proximité immédiate de l'entrée principale; côté client, il faut assurer une surface libre horizontale de 1,40 m x 1,70 m au minimum.

Le guichet doit pouvoir être atteint au moyen d'un marquage tactilo-visuel.

Dimensions

Le guichet doit être adapté aux personnes debout et aux personnes en fauteuil roulant ou de petite taille. La section du guichet adaptée aux clients en fauteuil roulant doit respecter les exigences suivantes: un plan de travail de hauteur comprise entre 0,72 m et 0,76 m; sous le plan de travail, un vide minimal de 0,70 m de haut, 0,60 m de profondeur et 0,80 de largeur. Il importe que cette section soit au milieu du guichet plutôt qu'à une extrémité comme cela est souvent le cas (un emplacement qui réduit sa visibilité et donc son utilité, mais aussi son usage, car il induit des déplacements supplémentaires).

De même, le guichet doit être adapté aux besoins du personnel. Côté personnel, il importe de s'adjoindre les compétences d'un/e ergonomiste et d'un/e ergothérapeute (place à disposition, distance à l'écran et autres outils de travail, champ de vision, etc.).

Éclairage

Pour favoriser une communication visuelle de qualité et une lecture labiale aisée, les guichets d'accueil doivent être lumineux et si possible bénéficier de lumière naturelle, en évitant tout effet de contre-jour et d'éblouissement.

Boucle à induction magnétique

Le guichet doit être équipé d'une boucle à induction magnétique, qu'il soit équipé d'un vitrage fixe ou mobile ou qu'il soit ouvert. La présence de la boucle doit être signalée au moyen du pictogramme dédié.

Plan multisensoriel

Il est conseillé de prévoir un plan multisensoriel (► chap. Signalétique, p. 36) à côté du guichet.

Références et recommandations normatives

SIA 500	Points:
Guidage tactile au sol	4.2
Guichets	7.4
Boucle à induction magnétique pour malentendants	7.4.5 7.8.1.2
ISO 21542	
Zones d'accueil, guichets et réceptions	19



En bref

Maillons essentiels de la chaîne de déplacement, les portes constituent aussi des obstacles: elles doivent ainsi pouvoir être aisément repérées et facilement maniables. Idéalement, elles seront automatiques, coulissantes et dotées de plusieurs cellules de détection.

Actionnement

Dans la mesure du possible, il importe que les portes soient automatiques et coulissantes: les portes manuelles rendent impossible un accès autonome aux personnes ayant peu de force et/ou préhension; de même, les portes à battant imposent des contraintes liées aux espaces de manœuvre.

Si un bouton-poussoir ou un lecteur de carte est installé, il doit être à une hauteur de 0,80 m; il doit être placé de sorte que de chaque côté il y ait un espace libre minimal de 0,70 m et ne doit pas être en retrait.

Pour les portes manuelles, l'espace libre latéral «x» doit être de 0,60 m au minimum, de même que l'espace «y» laissé libre par le vantail complètement ouvert doit être de

0,60 m. Les poignées doivent être du type à levier-ressort (avec leur extrémité courbée vers la porte), installées à une hauteur maximale de 1,10 m au-dessus du sol, faciles à saisir et opérables d'une seule main. Leur longueur minimale doit être de 80 mm, leur diamètre situé entre 19 et 25 mm et la largeur de l'espace vide entre la poignée et la porte doit se situer entre 35 et 45 mm.

Marquages

Les portes vitrées et les vitrages adjacents doivent être signalés par un marquage, pour que les personnes malvoyantes puissent les percevoir.

Le marquage doit être opaque et comprendre une couleur claire et une couleur foncée (contraste minimal 0,6 ► chap. Contrastes, p. 40). Il doit couvrir au moins 50% de la zone située entre 1,40 m et 1,60 m ainsi que les zones entre 0,90 m et 1,00 m et 0,10 m et 0,30 m. Le marquage ne doit pas être translucide.



LE SAVIEZ-VOUS?

- Une porte automatique qui ne comprend qu'une cellule de détection à une hauteur fixe est dangereuse notamment pour les personnes en fauteuil roulant: le rayon de détection peut passer entre les roues des fauteuils roulants ou ne pas détecter la structure du déambulateur. Dans les deux cas, la porte peut se refermer et entraîner un accident.
- De nombreuses personnes malvoyantes regardent souvent vers le bas. Une porte qui ne comprend que le marquage supérieur n'est dès lors pas suffisante et il importe que le marquage soit appliqué également au niveau des parties centrale et inférieure.





Contrastes

La meilleure façon d'aider une personne malvoyante à repérer une porte consiste à contraster la porte et le cadre par rapport à la paroi; le cadre peut avoir la même couleur que la porte ou une couleur différente de la porte et de la paroi (→ chap. Contrastes, p. 40). Le fait de contraster le cadre par rapport à la paroi permet de repérer une porte même lorsque celle-ci est ouverte. Le fait de peindre la tranche de la porte de la même couleur que celle du cadre facilite l'identification de la porte lorsque celle-ci est ouverte. Cela peut être nécessaire en fonction de la configuration de la pièce et de l'emplacement de la porte, ainsi que pour toute porte susceptible de rester souvent entrouverte. La serrure et la poignée doivent également être contrastées par rapport à la porte: elles auront la même couleur que le cadre si celui-ci est de couleur différente de la porte (→ chap. Contrastes, p. 40).

Indicateur de présence

Selon le contexte, un indicateur de présence avec signaux lumineux (avec les voyants «occupé», «attendez» et «entrez») est très utile pour les personnes sourdes/malentendantes.

Balises sonores de localisation

Il peut être utile d'équiper la porte d'entrée principale d'une balise sonore. Les balises sont utiles en conjonction avec des marquages tactilo-visuels et il importe que les deux soient installés conjointement (→ chap. Signalétique, p. 36) ou du moins prévus de manière à ce que, plus tard, l'installation soit compatible.

Références et recommandations normatives	
SIA 500	Points:
Actionnement des portes	3.3.4
Perceptibilité	3.3.7
Cloisons, portes transparentes	3.4.7
Éléments de commande	6.1
ISO 21542	
Portes et surfaces vitrées	18.1.5
Quincaillerie de porte	18.1.12
Fonctionnement	36.4
Schmidt E., Buser F., (2014)	3.1

En bref

Les couloirs doivent être suffisamment larges pour que deux personnes en fauteuil puissent se croiser. On évitera aussi les obstacles fixes et mobiles qui entravent le déplacement. Une double main courante de chaque côté du couloir permettra en outre à chacun d'en trouver une à sa hauteur.

Largeur libre

Bien que dans un contexte hospitalier les couloirs sont souvent larges afin de permettre le passage des lits, il importe de rappeler qu'une largeur libre de 1,80 m au minimum est nécessaire pour permettre à deux personnes en fauteuil roulant de se croiser aisément. De fait, cette largeur doit être garantie libre d'obstacles construits (par exemple fontaine) ou mobiles (lit, chariot, etc.). Un couloir libre sur toute la longueur est également bien plus accessible aux personnes non voyantes/malvoyantes.

Revêtement

Le revêtement doit être compact et antidérapant. Il doit être de couleur mate, uniforme et sans motifs contrastés. Sa surface doit être antireflet afin de ne pas provoquer d'éblouissement par réflexion.

Éclairage

Afin d'éviter des effets d'éblouissement et d'ombre, il importe qu'aucune fenêtre ne soit installée aux extrémités des couloirs (→ chap. Éclairage, p. 44).

Mains courantes

Il est très important que les couloirs disposent de mains courantes continues de chaque côté du couloir, sauf bien entendu lorsqu'elles rencontrent une porte ou un autre chemin. Les mains courantes doivent se situer à deux hauteurs: l'une à 0,90 m au-dessus du sol, l'autre (pour les personnes de petite taille) à 0,75 m au-dessus du sol.

Le profil des mains courantes doit être de forme arrondie et conforme en tous points aux exigences ISO 21542, point 14.3, sauf pour la distance à la paroi qui doit être de 50 mm au minimum. Les mains courantes doivent se détacher de la paroi par un contraste minimal de 0,6 (→ chap. Contrastes, p. 40).

Références et recommandations normatives	
SIA 500	Points:
Soles	3.2
Couloirs, chemins, espaces de manœuvre	3.4
Mains courantes	3.6.4 et interprétation SIA 500 n° A07 (état octobre 2013)
Revêtement	Annexe B
Éblouissement par réflexion	Annexe D.1.5
ISO 21542	
Mains courantes	14.3
Éblouissement et ombre	33.9
Schmidt E., Buser F., (2014)	2.1.1



En bref

Les escaliers doivent être suffisamment larges pour permettre l'évacuation d'une personne sur une civière et dotés d'un revêtement antidérapant, avec un marquage des marches. Des mains courantes continues aux paliers et aux changements de direction facilitent le cheminement.

Configuration et dimensions

Les volées doivent être droites.

La largeur libre minimale de la volée doit être de 1,70 m et la largeur libre minimale entre les mains courantes doit être de 1,50 m, y compris au niveau des paliers.

Les marches doivent avoir une hauteur de 150 mm et un giron de 300 mm. Les contremarches doivent être pleines, sans saillie et il ne doit pas y avoir de chevauchement d'une marche sur l'autre.

Il faut veiller à assurer une hauteur libre minimale de 2,10 m sous les escaliers en cas de passage.

Paliers

Un palier doit être prévu au minimum toutes les 16 marches.

Un siège rabattable et avec accoudoirs sera prévu à chaque palier. Il doit avoir une charge utile de 200 kg, une hauteur d'assise de 0,50 m au-dessus du sol, une profondeur de 0,40 m et une largeur de 0,50 m. Une autre alternative est un dispositif assis-debout.

Revêtement

Le revêtement doit être compact et antidérapant. Il doit être de couleur mate, uniforme et sans motifs contrastés et sa surface doit être antireflet.

Marquages

Le marquage de chaque nez de marche doit se faire au moyen d'une bande large de 40 à 50 mm, qui doit se détacher de la marche par un contraste minimal de 0,6 (→ chap. Contrastes, p. 40).

Mains courantes

Il est très important que les escaliers disposent de mains courantes de chaque côté et que celles-ci soient continues aux changements de direction et aux paliers.

Les mains courantes doivent se situer à deux hauteurs: l'une à 0,90 m au-dessus du sol, l'autre (pour les personnes de petite taille) à 0,75 m au-dessus du sol.

Le profil des mains courantes doit être de forme arrondie et conforme en tous points aux exigences ISO 21542, point 14.3, sauf pour la distance à la paroi qui doit être de 50 mm au minimum. Les mains courantes doivent se détacher de la paroi par un contraste minimal de 0,6 (→ chap. Contrastes, p. 40).

Informations visuelles et tactiles

À l'intention des personnes malvoyantes et non voyantes, chaque main courante sera équipée au départ et à l'arrivée d'une plaquette avec l'indication de l'étage, direction et emplacement des sorties de secours, en relief et en braille. Le relief et la surface sous-jacente auront un contraste minimal de 0,7 (→ chap. Contrastes, p. 40).

Références et recommandations normatives

SIA 500	Points:
Soles	3.2
Escaliers	3.6
Mains courantes	3.6.4
Revêtement	Annexe B
Éblouissement par réflexion	Annexe D.1.5
ISO 21542	
Escaliers	13
Mains courantes	14.3
Informations visuelles et tactiles	14.7
Siège	15.4.2
Schmidt E., Manser J., (2003)	
Escaliers	1.12
Schmidt E., Buser F., (2014)	
Valeurs de contraste minimales	2.1.1



LE SAVIEZ-VOUS?

Les largeurs données ci-dessus sont nécessaires pour permettre l'évacuation d'une personne sur une civière; des largeurs inférieures rendent difficile une évacuation rapide et aisée lors des changements de direction de 180° (paliers).

Les escaliers qui ne respectent pas une hauteur libre minimale de 2,10 m en cas de passage constituent un danger pour les personnes mal-

voyantes et non voyantes, qui sont dans l'impossibilité de détecter l'obstacle avant de subir probablement une collision au niveau de la tête.



SÉJOURNER

Marlyse Fardel

«Le personnel connaît mal les problèmes des malentendants»

Les problèmes de communication compliquent trop souvent le quotidien des malentendants. À l'hôpital, les conséquences peuvent en outre être nettement plus importantes.

À la suite de sa prise en charge, Marlyse Fardel, déplore que «le personnel ne tienne pas systématiquement compte des problèmes d'ouïe. En fait, ces problèmes semblent surtout assez méconnus. De plus, les informations ne suivent pas forcément de manière optimale entre les différents services, ce qui complique encore la communication. On manque souvent de réponses et d'informations suite à des questions, orales ou écrites, et les demandes d'améliorations sont prises à la légère. J'avais par exemple suggéré de trouver un moyen de communi-

cation entre le patient et le spécialiste, pour le traitement de radiothérapie sous "gating" et d'aménager un "coin repos" pour les patients haut-valaisans, sans vraiment avoir été entendue.»

Aux difficultés rencontrées en raison des problèmes d'ouïe peuvent s'ajouter des problèmes de langue plus généraux. «Lorsque j'étais traitée aux rayons, mon suivi hebdomadaire était assuré par un médecin des pays de l'Est, qui avait pratiqué en Allemagne au cours des dix dernières années. Sans remettre en question ses compétences, la compréhension était loin d'être optimale...»





En bref

Ci-dessous figurent les exigences à respecter afin d'aménager une chambre selon les principes de l'accessibilité universelle. Bien évidemment, les considérations relatives au ratio, à l'emplacement et aux dimensions se réfèrent aux personnes en fauteuil roulant.

Ratio et emplacement

En l'absence de normes et recommandations, le nombre de chambres adaptées et accessibles aux personnes en fauteuil roulant sera fonction de la grandeur, disposition et mission de l'hôpital. On préférera que l'ensemble des chambres adaptées soit pourvu d'un soulève-personne fixe (sur rails, cf. ci-dessous) et non mobile.

Le ratio et l'emplacement des chambres adaptées doivent permettre aux patients concernés d'être soignés dans les conditions les meilleures, et donc proche de leur service ou unité responsable. Dans tous les cas, une chambre par étage sera accessible aux personnes en fauteuil roulant afin d'éviter tout déplacement vertical (des soignants). Plusieurs chambres adaptées se justifient si l'étage comporte un nombre important de patients et/ou si le type de médecine s'y prête (par exemple si le service concerne l'orthopédie adulte, il fera sens d'augmenter le ratio par rapport à la maternité).

L'emplacement de la chambre pourra être pensé en fonction des déplacements horizontaux; par exemple une chambre pourra être partagée entre deux services adjacents. Dans tous les cas on évitera un emplacement en bout de couloir.

Dimensions

- Chambre: 20-25 m².
- Salle de bain/douche: 1,80 m x 1,80 m (4,00 m x 4,00 m si l'accès doit être garanti pour un lit-douche).
- Portes: largeur de 1,50 m, s'ouvrant à l'extérieur et pouvant être actionnée d'une seule main et avec une poignée fixe horizontale à l'intérieur et à l'extérieur, à une hauteur de 0,75 m et large au minimum de 0,30 m.

Contrastes

Par exemple, parois, portes, interrupteurs, etc. (► chap. Contrastes, p. 40).

Éclairage

Éclairage réglable, au moyen de variateurs analogiques ronds et non pas à poussoir (► chap. Éclairage, p. 44).

Aménagement de l'espace, meubles

Portes coulissantes, tiroirs coulissants, armoires adaptées aux personnes en fauteuil roulant, cintres à 1,10 m du sol, facilité d'accès aux divers éléments, tant pour le patient que pour le personnel. Meubles contrastés relativement au sol et à la paroi et sans angles saillants.

À la maternité, on fera en sorte que l'accès au nouveau-né soit adapté. À défaut, un système équipé de caméra sera installé.

Modularité

Modularité des solutions: hauteur réglable du lavabo, du WC, du siège à douche, des équipements divers; lit réglable en hauteur. Dans tous les cas, le lit doit assurer un vide au sol pour permettre l'usage d'un soulève-personne mobile.

Soulève-personne fixe

Pour une prise en charge optimale, autant du côté du patient que des soignants, un soulève-personne au plafond, sur rails, d'aide aux transferts (fauteuil <-> lit <-> douche <-> WC <-> autre) constitue la meilleure option malgré les coûts.

Accès au balcon

Aucun seuil aux balcons. Si possible, des portes-fenêtres et des balcons qui permettent de sortir avec un lit offrent une vraie plus-value aux patients grabataires.

Domotique

Panneau de contrôle (éclairage, hauteur des équipements, température et climatisation, ventilateurs, stores, etc.), compatibilité avec différentes interfaces et systèmes. Le cas échéant, prévoir des appareils adaptés à disposition, par exemple: commandes avec grandes touches, téléphone avec grandes touches, avec signal d'appel lumineux et amplificateur.

Le WC sera équipé de jet et de séchoir (type Closomat®).

Wi-Fi

L'accès à Internet est indispensable notamment aux personnes sourdes/malentendantes. Le Wi-Fi doit être garanti et les téléphones portables, tablettes et ordinateurs portables doivent être autorisés.

Sécurité

Ouvertures des accès et signalisation (domotique), alarmes sonores et visuelles, matelas anti-escarres de type passif et actif, le cas échéant tapis-alarmes.

L'installation de mains courantes dans les chambres est une plus-value pour les personnes âgées et PMR.

Proches

Lit escamotable pour un proche (si la place le permet). Studio à disposition des proches dans le cadre des soins palliatifs.

Références et recommandations normatives

Bohn, F., (2010).

Centre suisse pour la construction adaptée:

- Fiche technique 7/10: Accessibilité des constructions spéciales pour les fauteuils roulants.
- Fiche technique 9/13: Seuils de portes-fenêtres adaptés aux fauteuils roulants.



En bref

En termes de vécu, des WC et douches accessibles et d'usage simple sont cruciaux pour le bon déroulement de la journée d'une personne en fauteuil roulant.

Ratio

À chaque étage et dans chaque groupe de WC ouverts au public, une cabine sera conforme en tous points aux exigences SIA 500, annexe E.1.

Équipement

En plus des éléments normatifs susmentionnés, il est fondamental de suivre les points suivants, issus des recommandations et/ou de l'utilité vécue:

- Porte
 - Sans seuil
 - Automatique
 - Coulissante
 - Avec bouton-poussoir entre 0,70 m et 0,80 m au-dessus du sol
 - Avec pictogramme dédié à maximum 1,60 m au-dessus du sol
- Éclairage
 - Automatique, avec détecteur de présence (non pas de mouvement)
- Éléments de commande
 - Un bouton-chasse et un bouton alarme latéraux doivent être assurés, côté mur et juste au-dessous de la barre horizontale
 - Le WC sera équipé de jet et de séchoir (type Closomat®)
 - L'alarme doit également être assurée au moyen d'une corde dont l'extrémité inférieure doit se situer à 0,20 cm au-dessus du sol
 - L'essuie-mains doit être sous la forme de papiers individuels plutôt que de tissu à tirer ou sous forme d'un séchoir à air (le tissu demande des efforts pour manipuler et, comme souvent le séchoir à air demande de soulever/maintenir les bras ou du moins accéder d'une manière difficilement optimisée pour tout un chacun)
 - La poubelle doit s'ouvrir par capteur

- Table à langer
 - Conformément aux exigences normatives (et contrairement à ce qui est souvent le cas) aucune table à langer ne doit être installée dans les WC PMR. Les tables à langer, qui doivent certes être accessibles aux parents en fauteuil roulant, doivent être placées dans un lieu à part
- Rideaux et ventilation
 - Si les personnes ayant des incapacités profitent d'autant plus des effets de détente liés à l'hygiène – notamment par l'eau chaude d'une douche – il convient d'assurer des protections (rideaux – qui ferment complètement, paravents, etc.) adéquates et pratiques
 - Une ventilation efficace, actionnée de manière autonome, pour évacuer l'humidité est indispensable
- Bien entendu, il importe que les éléments (lavabo, WC, essuie-mains, etc.) soient contrastés par rapport à la paroi (➔ chap. Contrastes, p. 40).

WC pour personnes ayant plusieurs incapacités

En plus des WC dédiés aux PMR, il importe que chaque bâtiment comprenne au moins un WC adapté aux personnes ayant plusieurs incapacités («personnes polyhandicapées» dans le langage courant). Ces WC, qui s'appellent «Changing Places Toilets», offrent une réelle plus-value aux personnes concernées et à leurs accompagnants. En effet, ces enfants tout comme ces adultes, ont besoin de grands espaces, de tables à langer à hauteur ajustable pouvant accommoder des adultes, un soulève-personne au plafond, sur rails, de la place pour deux accompagnants, une douche et des écrans mobiles pour assurer l'intimité. En l'absence de «Changing Places Toilets», les personnes concernées (souvent des parents avec enfants) n'ont tout simplement pas la possibilité de visiter des lieux ou participer à des événements, les WC PMR «standard» n'étant pas suffisants. Au Royaume-Uni notamment, un nombre croissant de ces WC voit le jour, dans des hôpitaux, mais également des lieux comme des grands magasins d'ameublement, des centres de fitness ou encore des événe-

ments comme les jeux olympiques et paralympiques de 2012. Une liste des besoins et des exemples de plans (à adapter aux normes suisses et à arrêter avec les usagers concernés) sont disponibles dans la publication «Changing Places: the practical guide».

Salles d'eau

En ce qui concerne les douches, il importe qu'elles soient conformes en tous points aux exigences normatives (SIA 500, annexe E.2) et qu'il n'y ait aucun seuil. Le siège sera modulable et les différents éléments contrastés par rapport à la paroi pour les rendre aisément repérables (➔ chap. Contrastes, p. 40).

Il importe de prévoir au moins une douche qui permette l'accès à un lit-douche. Indépendamment du nombre choisi, au moins une telle salle de bain doit se situer dans le service dédié à la traumatologie. La surface dédiée au lit-douche doit permettre à deux membres du personnel soignant de se tenir de part et d'autre du lit. La porte doit être large de 1,50 m.

Il importe également d'installer un soulève-personne au plafond, sur rails, pour assurer des transferts aisés et de prévoir une baignoire. Celle-ci doit être de type insulaire pour permettre l'accès des deux côtés et doit comprendre un espace libre au-dessous pour permettre l'accès avec un soulève-personne, mobile cette fois (par exemple si le système sur rails tombe en panne).

Aucune norme n'existant à ce sujet, la surface de la salle d'eau – avec WC/lavabo – est estimée à 10 m² pour permettre un lit-douche; si elle comprend une baignoire à 16 m².

Bassins thérapeutiques (piscines couvertes)

Au moins un côté de la piscine doit se situer à une hauteur de 0,45-50 m au-dessus du sol, ce qui permet à une personne en fauteuil roulant de faire le transfert et d'entrer dans l'eau.

Un lift de mise à l'eau pour personne assise ou couchée doit également être mis à disposition. Il doit être pensé pour un usage pratique et adapté au plus grand nombre

(sangles interchangeable, commandes variées – au mur, sans fil, etc., transferts simplifiés dans la douche avant et après le traitement, etc.).

Le cas échéant, pour autant que la configuration des lieux le permette et que le vestiaire soit à proximité immédiate du bassin, il est recommandé d'installer un soulève-personne au plafond, sur rails, permettant le transfert directement depuis les vestiaires jusqu'au bassin, en passant par la douche.

Des mains courantes doivent être installées sur chaque paroi du bassin.

À des fins thérapeutiques, il peut être utile d'équiper le bassin, ou une partie, avec un plancher mobile, ce qui permet de faire varier la profondeur de l'eau.

Enfin, les vestiaires doivent répondre aux normes et contraintes particulières; par exemple la PMR aura probablement besoin d'aide pour se préparer, puis se rhabiller, ce qui nécessitera de l'espace suffisant pour manœuvrer à deux ou plus, un système d'aération/ventilation, du mobilier adapté, etc.

Références et recommandations normatives

SIA 500	Points:
Vestiaires	7.2.5, Annexe E.5
Bassins de piscines couvertes ou en plein air	Annexe A.8.6
WC	Annexe E.1
Douches	Annexe E.2
Douches combinées avec un WC	Annexe E.3
ISO 21542	
Vestiaire	20
Vestiaire accessible	21.6
Douche	26.16
Salle de douche individuelle	26.17
Salle de bain	26.18

Pour en savoir plus

Guide «Changing Places: the Practical Guide» (<http://changing-places.org>)



En bref

D'un menu accessible à chacun à une bonne visibilité de la nourriture et des prix, en passant par une aide humaine au service, les solutions trouvées au restaurant et à la cafétéria participent aussi au plaisir des usagers à partager un repas ou un café.

Les restaurants et cafétérias, publics ou réservés au personnel, se doivent de répondre aux normes. Il importe que le mobilier spécifique soit adapté.

Self-service/caisse

- Plateaux accessibles, à une hauteur maximale de 1,10 m
- Dégagement d'une profondeur minimale de 0,60 m sous le chemin du plateau
- Salades et autre nourriture visibles depuis la position assise
- La caisse enregistreuse doit afficher le prix, notamment à l'intention des personnes sourdes/malentendantes

Présentation des menus

Il convient de diversifier l'annonce et présentation des menus (le plat du jour sous cloche sera inutile pour un non voyant). Par exemple, la carte des mets sur le site internet sous différents formats (texte brut lisible en synthèse vocale, sous forme d'images, etc.), écriture agrandie, braille.

Au-delà des dispositions architecturales, dans certains cas il convient d'appliquer des solutions alternatives:

- Aux heures de pointe, le cas échéant une aide humaine doit pouvoir se rendre disponible, sans porter préjudice à son service, pour toute assistance et disposer de la formation adéquate. Il convient d'en tenir compte dans les plannings du personnel en service, en particulier pour les lieux publics davantage susceptibles de recevoir des patients et clients nécessitant de l'assistance.

- Dans certains cas, d'autres solutions peuvent être imaginées. Par exemple, au moment de se chercher le dessert et le café, si le déplacement et le service sont compliqués (se déplacer, se servir, payer, nécessité d'une aide humaine pour atteindre un cornet de glace au fond du bac réfrigéré, etc.), est-il envisageable de téléphoner à la cuisine du self si celle-ci est dûment informée de cette possibilité? Un bouton poussoir à l'intention des personnes sourdes/malentendantes est-il à disposition?

Le kiosque – fleuriste et autre échoppe – doit prévoir des espaces suffisants pour manœuvrer, notamment avec des couloirs larges de 1,20 m au minimum et un espace de manœuvre de 1,40 m x 1,70 m.

Le coiffeur devrait pouvoir recevoir des personnes en fauteuil roulant (en particulier bac de lavage dissocié du siège, mobile et réglable).

Une mention d'attention générale à l'accessibilité devrait être incluse dans le contrat des gérants.

Références et recommandations normatives

SIA 500	Points:
Couloirs, chemins, espaces de manœuvre	3.4
Éléments de commande	6.1
Guichets	7.4



En bref

Chaises mobiles plutôt que bancs fixes dans les salles d'attente, mobilier facile à déplacer, tables rondes de bonnes dimensions, des mesures simples permettent d'adapter les espaces aux besoins les plus divers.

En général

Le mobilier doit être pensé en relation avec l'usage et le contexte. Par exemple, on veillera à ce que les chambres d'hôpital soient particulièrement adaptées, plus encore s'il s'agit d'une chambre spécialement conçue pour les patients en fauteuil roulant (➔ chap. Chambres, p. 26). Dans ce cas précis, on peut imaginer du mobilier spécifique tel que des plans de travail ou un lavabo réglable en hauteur, manuellement ou électriquement. Ailleurs, par exemple dans un lieu public tel que la cafétéria des visiteurs, le mobilier sera moins spécifique tout en étant dans les normes comme ci-après. D'une manière générale, on préférera du mobilier mobile et facile à déplacer, afin de l'adapter aux besoins et espaces divers.

Salles d'attente

On évitera les bancs ou les divans dans une salle d'attente pour favoriser des éléments interchangeables, créant à volonté des espaces vides en fonction du nombre de fauteuils roulants par exemple, mais également la possibilité de placer facilement des poussettes. Dans tous les cas, 3% des places (mais au minimum une) seront réservées aux personnes en fauteuil roulant. Ces places doivent avoir une surface horizontale minimale large de 1,10 m et longue de 1,40 m. De plus, 3% des places (mais au minimum une) comprendront de la place pour un chien-guide/d'assistance/d'audition (➔ chap. Ergonomie, sécurité et protocoles, p. 38).

En cas de mobilier fixe, les places adaptées ne doivent pas être adjacentes. La salle d'attente doit donc être suffisamment vaste, pour que les usagers de ces places aient suffisamment d'espace sans gêner le passage. Il importe également que les places dédiées ne soient pas regroupées, mais installées à côté de sièges utilisables par d'éventuels accompagnants.

Les salles d'attente comprendront également quelques sièges rabattables avec accoudoirs. Les sièges doivent avoir une charge utile de 200 kg, une hauteur d'assise de 0,50 m au-dessus du sol, une profondeur de 0,40 m et une largeur de 0,50 m.

Lits

Autant que possible, comme usuellement à l'hôpital, les lits seront électriquement réglables, sur plusieurs axes et fonctions (buste, jambes, hauteur, déclivité et éventuellement verticalisateur). On veillera à ce que la commande, filaire ou non, puisse être adaptée à la préhension du patient (forme, dureté et forme des boutons, etc.). Les matelas (➔ chap. Chambres, p. 26) et sommiers devront être interchangeables et adaptables, comme d'autres accessoires.

Bancs

Il importe de prévoir des bancs à intervalles réguliers (tous les 30 mètres à titre indicatif) et de placer certains bancs en cercle, en veillant à ce que les passages pour personnes en fauteuil roulant soient respectés. Les bancs seront conçus selon les prescriptions suivantes:

- Hauteur d'assise: 0,45 m
- Profondeur du siège: 0,40-0,45 m
- Hauteur du dossier: 0,75-0,79 m
- Angle entre le dossier et le siège: 100°-105°
- Pente maximale du siège vers l'arrière: 2%
- Présence d'accoudoirs des deux côtés (pour permettre le transfert latéral, certains bancs peuvent avoir un seul accoudoir, placé au milieu du siège)
- Retrait de l'accoudoir relativement à l'avant du siège: 0-7,5 cm
- Retrait sous le siège (espace libre): minimum 0,15 m



Assis-debout

Les assis-debout doivent également être installés à intervalles réguliers. Ils offrent une réelle plus-value aux personnes notamment âgées qui ont de la peine à se lever d'un banc. Il convient de prévoir des assises à différentes hauteurs (par exemple 0,65, 0,70 et 0,75 m), afin de répondre aux besoins des usagers en fonction de leur taille.

Tables

Les tables seront conformes aux exigences des guichets en termes d'espaces libres et de hauteur, c.-à-d. une hauteur de la table située entre 0,72 et 0,76 m et sous la table un vide minimal de 0,70 m de hauteur, 0,80 m de largeur et 0,60 m de profondeur (➔ chap. Guichets, p. 18). Les tables de forme ronde sont à privilégier, car elles favorisent la communication avec et entre des personnes sourdes/malentendantes. Attention: les dimensions ci-dessus sont indispensables. Les tables rondes pour une ou deux personnes sont à exclure.

Références et recommandations normatives	
SIA 500	Points:
Guichets	7.4
Places pour spectateurs	7.7
Restauration	A.6
ISO 21542	
Places assises dans les zones d'attente	37.2
Bohn F., (2010)	
Page 35	

En bref

Les distributeurs d'argent et autres bornes de recharge du badge doivent permettre à chacun de réaliser ses opérations. À défaut, des alternatives simples et des aides doivent être prévues et communiquées.

Distributeurs d'argent

Un distributeur d'argent par groupe de distributeurs d'argent sera conforme aux exigences suivantes:

- Devant le distributeur, assurer une surface libre horizontale de 1,40 m x 1,70 m
- Écran et éléments de commande situés entre 0,80 et 1,10 m au-dessus du sol
- Écran protégé du soleil et de tout éclairage direct afin d'éviter l'effet «écran noir»
- Retrait maximal des éléments de commande de 0,25 m
- Distance latérale des éléments de commande à la paroi de 0,70 m au minimum
- Au-dessous des éléments de commande, vide minimal de 0,70 m de haut, 0,60 m de profondeur et 0,80 m de largeur (ce point, recommandé par la norme ISO, est souvent inappliqué, contraignant les personnes en fauteuil roulant à se positionner de biais)
- Pour les personnes dont la mobilité des bras est très limitée, il importe que le clavier permette de substituer les touches latérales de l'écran
- Prise jack audio pour permettre aux personnes non voyantes/malvoyantes d'obtenir les informations via un canal auditif et d'agir. Le système doit permettre d'assombrir l'écran et de régler le volume
- Signalisation claire du distributeur adapté

Alternatives

Parfois, si une adaptation est impossible, il convient d'imaginer d'autres manières de permettre un usage universel des infrastructures. Par exemple, à l'entrée du restaurant du personnel, les collaborateurs qui utilisent des cartes magnétiques pour payer leur repas doivent les recharger occasionnellement à un automate. Si ceux-ci sont malheureusement inadaptés, il convient d'offrir une alternative: la carte pourrait être rechargée par téléphone auprès du service de la restauration et débitée sur le salaire. Dans ce cas, une mention explicite (numéro de téléphone, heures d'ouverture du service, etc.) doit figurer sur l'automate et être communiquée via d'autres canaux.

Références et recommandations normatives	
SIA 500	Points:
Éléments de commande	6.1
Guichets	7.4
ISO 21542	
Accès par carte, distributeurs et guichets automatiques bancaires, etc.	36.8

S'ORIENTER

Johny Roduit

«Améliorer l'accessibilité émotionnelle»

Le Saillonin Johny Roduit souffre de troubles bipolaires, une maladie difficile qui entraîne des dérèglements de l'humeur et qui se manifeste par des phases tant de dépression que d'excitation: «Cela varie avec les saisons, au printemps je suis tout en haut, tout va très vite, parfois trop. L'été, je me sens bien et dès l'automne, l'humeur chute, je n'ai plus envie de rien faire, plus envie de sortir du lit. Et l'hiver c'est encore pire.»

Influence des saisons, des chocs émotionnels, la vie des malades souffrant de troubles bipolaires est soumise aux événements extérieurs. «Dans mon cas, cela a très bien été jusque vers 16 ans et demi, avant qu'un choc émotionnel ne provoque une dépression. Aujourd'hui, j'ai 50 ans, mes amis de l'époque ont un boulot, une famille, ont pu faire carrière, alors que la maladie m'a empêché de travailler».

De l'hôpital, Johny Roduit attend surtout un suivi de son dossier, et que les soignants l'acceptent tel qu'il est. «Lorsque je suis à Malévoz, le personnel est toujours le même, les gens me connaissent et les soignants acceptent ma différence. Mais j'ai parfois dû me rendre à Sion pour d'autres maladies. Là, les médecins assistants changent souvent, c'est plus compliqué. Il serait appréciable que mon dossier suive et soit mieux compris, afin d'éviter de raconter tout le cursus à chaque fois. À Monthey j'apprécie aussi la disponibilité des infirmiers et infirmières au téléphone. Je peux les appeler n'importe quand, même au milieu de la nuit. Cela m'évite une hospitalisation et je peux me rendre chez mon psychiatre privé le lendemain. C'est cette accessibilité émotionnelle qui manque parfois ailleurs, avec la transmission de l'information qui va avec.»





En bref

Une signalétique adaptée doit se voir, s’entendre et pouvoir se toucher. Avec des panneaux à la bonne hauteur, des balises sonores, des indications en braille et des écrans interactifs, elle doit permettre à chacun de s’orienter dans le bâtiment.

Principe des deux sens

Autant que possible, il est primordial que toute information soit donnée via des canaux visuels et auditifs.

Panneaux

Les panneaux doivent être placés à deux hauteurs: d’une part, à une hauteur maximale de lecture de 1,60 m au-dessus du sol, d’autre part, fixés au plafond, à une hauteur minimale de 2,10 m au-dessus du sol. La police doit être sans caractères italiques ni empattements et de préférence demi-gras (Arial et Helvetica sont particulièrement adaptés). La taille minimale des caractères doit être de 30 mm par mètre d’éloignement, mais en aucun cas inférieure à 15 mm. Il importe que la première lettre soit écrite en majuscule et les suivantes en minuscule. Le contraste minimal entre le fond et la police doit être de 0,7 (→ chap. Contrastes, p. 40). Les éventuels verres de protection doivent être antireflets. Les indications aux portes (numéros de chambres, auditorios, WC, etc.) et sur les



LE SAVIEZ-VOUS?

Les chiffres en braille sont les mêmes partout, sauf en francophonie où l’on distingue les chiffres dits «numériques» (c.-à-d. les chiffres standard, internationaux) des chiffres dits «Antoine». Ces derniers sont censés être utilisés pour des notations scolaires ou techniques (cf. figure ci-dessous), ce qui implique parfois que les chiffres correspondants en notation standard soient fournis à l’intention d’un public non voyant et non francophone.

mains courantes pour l’identification des étages comprendront des informations en relief et en braille. Le relief sera conforme aux exigences SIA 500, 6.2.2.

Balises sonores

Une réelle plus-value pour les usagers non voyants et malvoyants consiste à équiper l’entrée principale, les principaux points d’accueil et les croisements en balises sonores de localisation et d’orientation. Celles-ci doivent être installées en conjonction avec des marquages tactilo-visuels (→ chap. Chemins extérieurs, p. 14).

Plans multisensoriels

L’installation d’un plan multisensoriel au niveau de la réception et des accueils des unités offre une réelle plus-value. Il convient que le plan comprenne un écran interactif, qui permet de varier les tailles des polices, contrastes, etc. Le plan multisensoriel doit également permettre d’imprimer l’information souhaitée. Cela est très important pour les personnes ayant des troubles cognitifs et/ou mnésiques, qui ont besoin d’informations écrites.

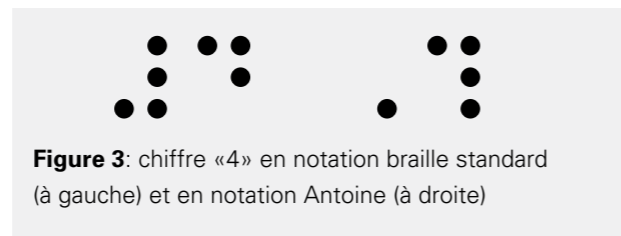


Figure 3: chiffre «4» en notation braille standard (à gauche) et en notation Antoine (à droite)

Dans le contexte d’un établissement hospitalier, en particulier dans un canton bilingue et dans un pays multilingue, ce guide recommande d’utiliser la notation standard.



Références et recommandations normatives	
SIA 500	Points:
Informations visuelles	6.2.1
Informations tactiles	6.2.2
ISO 21542	
Signalisation	40



En bref

Parois et portes des ascenseurs devraient être transparentes. Ces derniers seront dotés de mains courantes et d’un siège rabattable et les équipements de secours adaptés aux différents handicaps.

Configuration

L’ascenseur ne doit pas être installé face à des escaliers. Dans la mesure du possible, les parois et les portes de l’ascenseur seront transparentes; à défaut, seules les portes seront transparentes, ce qui peut être un bon compromis au regard des personnes souffrant de vertige. Ne sont concernés par cette recommandation que les ascenseurs destinés aux visiteurs.

Dimensions

Une surface minimale au sol de 1,80 m x 2,70 m permet à plusieurs personnes en fauteuil roulant ou avec déambulateur d’accéder en même temps, de même qu’au personnel avec un patient alité.

La largeur de la porte doit être la même que la largeur au sol de l’ascenseur.

Équipement

Pour des questions de sécurité, il importe qu’une cellule de détection couvre toute la hauteur de la porte.

Une main courante doit être présente sur chaque paroi de la cabine.

Le dispositif de demande de secours doit être équipé avec une boucle à induction magnétique.

Chaque ascenseur comprendra un siège rabattable, d’une charge utile de 200 kg, d’une hauteur d’assise de 0,50 m au-dessus du sol, d’une profondeur de 0,40 m et d’une largeur de 0,50 m. Il se détachera de la paroi avec un contraste minimal de 0,6 (→ chap. Contrastes, p. 40).

Boutons d’appel

Les boutons d’appel seront disposés de façon verticale et horizontale.

Il est très important d’éviter les touches digitales, car elles sont inutilisables pour les personnes non voyantes/malvoyantes. Qui plus est, malgré leur installation fréquente, elles ne sont tout simplement pas aux normes.

Les inscriptions auront un contraste minimal de 0,7 (→ chap. Contrastes, p. 40) en relief et avec une hauteur de 15 à 40 mm, ainsi qu’en braille (→ chap. Signalétique, p. 36).

À côté des boutons d’appel de secours, un numéro de contact, via SMS également (pour les personnes sourdes/malentendantes), devrait être fourni.

Lorsque deux ou plusieurs ascenseurs seront groupés, on installera des ascenseurs équipés d’un système de contrôle des accès permettant aux usagers de sélectionner leur destination avant d’entrer dans l’une des cabines. Le système assurera une information visuelle et auditive permettant d’identifier clairement la cabine disponible. Il permettra aux personnes à mobilité réduite et aux personnes non voyantes/malvoyantes d’utiliser un clavier d’appel spécifique et leur donnant la priorité. L’ascenseur prioritaire sera celui adjacent au clavier d’appel dédié.

Annonces vocales

Il importe d’équiper l’ascenseur d’un système d’annonce vocal, qui annonce l’étage et précise si l’ascenseur monte ou descend.



LE SAVIEZ-VOUS?

Pour les personnes malentendantes et pour les personnes sourdes, la source d’information spatiale est la vision. Le champ visuel revêt une importance fondamentale dans l’appropriation d’un espace et participe grandement à la création d’un sentiment de sécurité.



Références et recommandations normatives

SIA 500	Points:
Ascenseurs	3.7
ISO 21542, point «Ascenseurs»	42
Centre suisse pour la construction adaptée aux handicapés (2010), fiche technique 7/10.	
Clerici, A., Manser J., (2015), point «Ascenseurs»	6.4



Alarmes

Il est très important que les systèmes d’alarme soient munis de dispositifs émettant des signaux acoustiques et optiques, ces derniers à l’intention des personnes sourdes/malentendantes. Afin de réduire le risque de crise auprès des personnes épileptiques, la fréquence d’éclairs doit se situer entre 0,5 Hz et 4 Hz.

Au niveau des chambres, il importe de prévoir un interrupteur qui déclenche un signal visuel dans la salle de bain, pour que le personnel puisse signaler sa présence à un éventuel patient sourd qui se trouverait dans la salle de bain.

Voies d’évacuation

Les dispositifs d’ouverture d’urgence doivent être conformes aux exigences d’accessibilité. Ils doivent donc être placés entre 0,80 m et 1,10 m au-dessus du sol et à maximum 0,60 m de distance latérale depuis le cadre de la porte. L’élément de commande ne doit pas être placé à plus de 0,25 m en retrait et devant l’espace de commande un espace libre des deux côtés et large de 0,70 m au minimum doit être prévu. Les voies d’évacuation doivent être visibles et aisément repérables (plans d’évacuation, signalétique lumineuse, guidage visuel continu).

Espaces d’attente sécurisés contre l’incendie

En cas d’évacuation, lors d’un incendie par exemple, il importe que les personnes les plus vulnérables puissent être regroupées dans un espace d’attente sécurisé, au sens de la norme ISO 21542, point 3.3, c.-à-d. «espace d’un bâtiment jouxtant directement un chemin d’évacuation vertical principal, correctement protégé contre la chaleur, la fumée et les flammes pendant et après un incendie, et visible de celui-ci, où les personnes peuvent attendre provisoirement

et en toute confiance des informations ou des instructions supplémentaires, et/ou une assistance au sauvetage, sans constituer un obstacle ou interférer sur le parcours d’évacuation des autres usagers du bâtiment».

Dans le cadre d’un hôpital, ces espaces comprendront 25% de places pour les personnes en fauteuil roulant, d’une largeur de 1,10 m et d’une longueur de 1,40 m.

Chiens-guides/d’assistance/d’audition

Dans les salles d’attente (→ chap. Salles d’attente/mobilier, p. 31), auditorios et salles de conférence (→ chap. Auditorios, salles de conférence, p. 50), on estime que 3% des places (mais au minimum une) comprennent de la place pour un chien-guide/d’assistance/d’audition.

Protocoles et accueil

Il importe que les chiens soient acceptés dans les zones publiques et qu’une politique claire au sein de l’établissement soit formulée et communiquée (site Internet, entrée, etc.), comprenant aussi l’accès aux étages. La procédure doit être connue des collaborateurs-trices (par exemple, qui s’occupe du chien en cas d’urgence).

Un protocole doit être élaboré et mis en œuvre pour l’accueil et la prise en charge des patients qui s’expriment en langue des signes ou langage parlé complété. Les soignants devraient être formés. Il est nécessaire qu’au moins un membre du personnel soit formé en communication avec les personnes sourdes et que le reste du personnel soit sensibilisé.

Allergies

Il importe de souligner que certains matériaux peuvent provoquer des allergies chez certaines personnes. Dans un souci d’accessibilité universelle, il importe que les éléments comme les mains courantes, les plaquettes, les boutons d’appel et les commandes ne contiennent pas de nickel, ni chrome, ni cobalt, ni caoutchouc naturel ou synthétique.

Parois

Afin de limiter les risques de blessures, on veillera à ce que les parois soient exemptes de toute aspérité ou rugosité.



Références et recommandations normatives	
SIA 500	Points:
Éléments de commande	6.1
Voies d’évacuation	8.1
Espaces sécurisés contre l’incendie	8.2
Installations d’alarme et d’appel d’urgence	8.3
ISO 21542	
Espaces d’attente sécurisés	3.3 et 38.3.2
Aménagements pour les chiens-guides et autres chiens d’assistance	30
Systèmes, signaux et information d’alarme de sécurité incendie	34
Matériaux liés aux allergies	B.9
SN EN 81-70	
Matériaux susceptibles de provoquer des allergies	Annexe D
OLT	
Article 10 OLT 4 (annexe)	7



En bref

Sols, parois, plafonds, plinthes... Leur couleur influence de manière importante la perception de l'espace, particulièrement chez les personnes malvoyantes.

Choix des couleurs

Pour assurer une lisibilité optimale de l'espace pour les personnes malvoyantes, le choix des couleurs doit se baser sur l'indice de réflectance de la lumière (LRV). Le noir a un LRV théorique de 0, le blanc de 100. Le LRV permet le calcul du contraste c entre deux surfaces adjacentes. Pour ce faire, les exigences normatives en vigueur en Suisse se basent sur la formule de Michelson qui peut être exprimée comme

$$c = \frac{LRV_1 - LRV_2}{LRV_1 + LRV_2}$$

où LRV₁ est l'indice de réflexion de la surface la plus claire et LRV₂ est l'indice de réflexion de la surface la plus sombre. L'avantage d'utiliser le LRV réside dans le fait qu'il est le plus souvent associé aux codes couleur.

Les exigences en vigueur en Suisse sont résumées ci-dessous. Afin de les respecter dans le choix de vos couleurs, il importe d'utiliser des diagrammes et des tableaux comme ceux qui sont montrés à la page suivante, sur la base des codes couleur NCS.

D'une façon générale, il est important que:

- Pour assurer une distribution optimale de la lumière, le facteur de réflexion des plafonds soit de 0,8 au minimum et celui des parois de 0,4 au minimum.
- Les couleurs soient mates, afin d'éviter tout éblouissement par réflexion.
- Les plinthes aient la même couleur que la paroi correspondante et non pas celle du sol comme cela est généralement le cas, afin que la personne se fasse une idée exacte de la taille de la pièce. L'option d'utiliser une plinthe de couleur contrastée relativement au sol et à la paroi est également possible, mais ajoute évidemment une contrainte supplémentaire.



LE SAVIEZ-VOUS?

La jonction entre le sol et les parois fournit une information importante quant à la taille et la structure d'une pièce. Si les plinthes ont la même couleur que le sol, certaines personnes malvoyantes peuvent avoir l'impression que le local est plus large et long qu'il ne l'est réellement. Lorsque les plinthes et les parois ont la même couleur, la personne malvoyante se rend mieux compte de la taille exacte de la pièce. Une autre option consiste

à peindre les plinthes d'une couleur différente du sol et de la paroi, mais cette solution présente l'inconvénient d'ajouter une contrainte supplémentaire pour respecter des contrastes normatifs entre chaque élément de la pièce, au risque d'annuler l'effet premier recherché.



Objets	Contraste minimal	Valeur LRV1 minimale	Rapport LRV1/LRV2 minimal
Inscriptions	0,7	60	6
Objets avec fonction d'avertissement et de sécurité: marquages d'escaliers, surfaces vitrées, poteaux, mains courantes, poignées, boutons d'appel, etc.	0,6	60	4
Espaces intérieurs: sols, murs, cadres de portes, etc.	0,3	40	2

Tableau 4: résumé des exigences normatives des contrastes (Suisse).

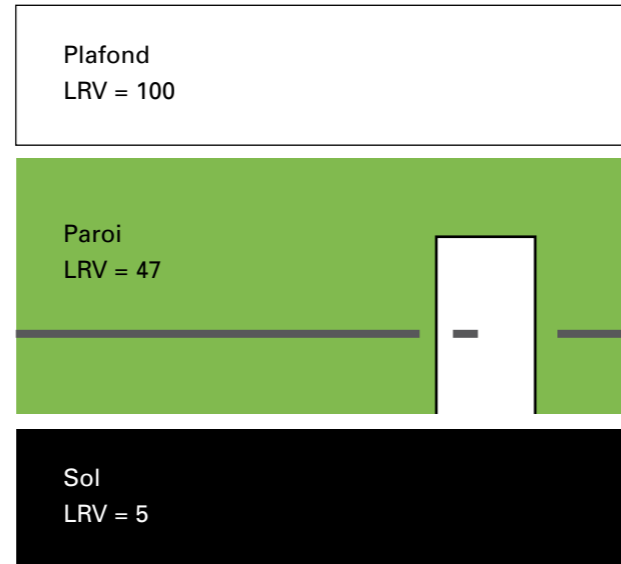


Références et recommandations normatives	
SIA 500	Points:
Contrastes	4.3 et Annexe D
ISO 21542	
Contrastes visuels	35
Facteurs de conception pertinents	B.7.3
Schmidt, E., Buser F., (2014)	



Exemple de procédure de contrôle

Diagramme de suivi visuel des couleurs et LRV respectifs par objet



Fiche de suivi des couleurs et LRV respectifs par objet

Objet	Code couleur NCS	LRV
Plafond	Blanc	100
Paroi	S 0570-G30Y	47
Sol	S 8010-R90B	5
Porte	Blanc	100
Cadre de porte et poignée	S 7005-B80G	11
Main courante	S 7005-B80G	11
Interrupteurs
...

Fiche de contrôle des contrastes c entre objets adjacents

Objets	Contraste effectif	Contraste minimal
Plafond – Paroi	0,36	0,30
Paroi – Sol	0,80	
Porte – Paroi	0,36	
Paroi – Cadre de porte/poignée	0,62	0,60
Porte – Cadre de porte/poignée	0,80	
Paroi – Main courante	0,62	
...

Au-delà des exigences exprimées par la SIA 500, point 5 et renvois y relatifs qui sont du ressort d'un acousticien en bâtiment, il est important que les espaces tels les auditorios, salles de conférences et autres lieux de réunions (→ chap. Auditorios, salles de conférences, p. 50), ainsi que les guichets d'accueil soient équipés en boucles à induction magnétique. Le système d'annonce doit également être relié à des boucles à induction magnétique. Il s'agit de systématiquement signaler les secteurs équipés. À noter qu'il est essentiel que le système soit testé sur place lors de l'installation par des usagers concernés.

Références et recommandations normatives	
SIA 500	Points:
Acoustique des salles, sonorisation	5
SN EN 60268-16	
DIN 18041	
ISO 21542	
Contrastes visuels	35
Facteurs de conception pertinents	B.7.3



Le commentaire qui suit se veut d'ordre général. Il importe de préciser que chaque forme de déficience visuelle peut engendrer des sensibilités différentes aux variétés et intensités de lumière. Cela a pour corollaire qu'il n'existe pas de solutions standardisées en termes d'éclairage: un même éclairage à intensité donnée peut convenir à certaines personnes malvoyantes tout en étant inadapté à d'autres – d'où par exemple l'utilité de lunettes à filtres (cf. ci-dessous). En pratique, dans le contexte de logements privés, les solutions sont adaptées aux besoins individuels de la personne concernée, ce qui implique une étroite collaboration et des tests in situ avec l'utilisateur.

Dans le contexte d'un hôpital, il s'agit de donner des lignes directrices tout en soulignant que les solutions proposées ne conviendront pas à l'ensemble des usagers, ni aux multiples déclinaisons de chaque besoin qu'il faudra régler au cas par cas.

D'une manière générale, un bon éclairage bénéficie aux personnes malvoyantes, mais également aux personnes malentendantes et sourdes qui dépendent de la vision pour leurs déplacements, pour converser en langue des signes et pour la lecture labiale.

Éclairage naturel

L'éclairage naturel doit être valorisé et pouvoir être contrôlé pour éviter des effets d'éblouissement. Dans les chambres notamment, il importe donc de prévoir des stores intérieurs contre l'éblouissement.

Afin d'exploiter au mieux la lumière naturelle, les rebords et cadres de fenêtres doivent être de couleur blanche (coefficient de réflexion maximal) plutôt que de couleur foncée, pierre ou bois. Dans ce même esprit, les parois dans lesquelles se trouvent les fenêtres doivent être peintes en blanc ou en couleur claire (facteur de réflexion de 0,4 au minimum → chap. Contrastes, p. 40).

Éclairage artificiel

Par défaut, l'éclairage doit correspondre aux caractéristiques suivantes:

- IRC minimal de 80.
- Température de 3000-3500 K.
- Les luminaires doivent filtrer les ondes en dessous de 450 nm.
- L'éclairage fluorescent doit être équipé de ballast électronique et non pas magnétique. Un ballast électronique permet en effet de réduire le scintillement associé aux lampes fluorescentes. Ceci limite les risques d'interférences avec les prothèses auditives et réduit les effets potentiels sur les personnes autistes et sur les personnes épileptiques.
- Indépendamment du type d'éclairage, il importe de garantir une intensité de 500 lux, tout en se référant aux exigences et recommandations normatives en fonction des locaux et en assurant la présence de variateurs, notamment dans les chambres, pour que les occupants puissent adapter l'intensité à leurs besoins spécifiques.
- L'installation de variateurs analogiques ronds plutôt que de variateurs à poussoir facilitera leur utilisation par des personnes malvoyantes. Les variateurs sont également très importants pour les personnes âgées.
- La présence de lampes d'appoints LED avec variateur d'intensité et de température offre également une réelle plus-value.
- L'éclairage du plafond rend les pièces plus lumineuses et favorise une meilleure diffusion de la lumière. Il peut être utile d'installer des luminaires sur pied ou des luminaires suspendus pour autant que la hauteur des pièces autorise 0,60 m d'espace entre la surface supérieure du luminaire et le plafond. Ceci signifie qu'une telle installation exige un plafond d'une hauteur égale ou supérieure à 2,70 m afin de respecter l'exigence normative d'une hauteur libre minimale de 2,10 m. Si cela n'est pas possible, un éclairage direct-indirect permet également une bonne diffusion de la lumière.

Éblouissement

Les transitions brusques entre espaces clairs et sombres doivent être évitées. L'éclairage intérieur et extérieur des entrées doit ainsi être réglé de façon à ce qu'aucun effet d'éblouissement ne soit ressenti en entrant ou en sortant du bâtiment.

De même, pour éviter tout effet d'ombre ou d'éblouissement, aucune fenêtre ne doit être installée aux extrémités des couloirs (→ chap. Couloir, p. 21).

Lunettes à filtres

L'hôpital doit disposer de lunettes à filtres pour en faire bénéficier les patients concernés le cas échéant.

Références et recommandations normatives	
SIA 500	Points:
Éclairage	4.4, Annexe D et correctif SIA 500 4.4 (état octobre 2013)
SN EN 12464-1	
SN EN 12464-2	
ISO 21542	
Environnement acoustique	32



LE SAVIEZ-VOUS?

• En termes d'éclairage, les deux paramètres qu'il s'agit de maîtriser dans une perspective d'accessibilité universelle sont l'indice de rendu de couleur (IRC) et la température. L'IRC indique la capacité d'un type donné d'éclairage de restituer correctement la couleur. Un IRC de 100 (valeur maximale) est excellent; plus l'IRC est bas, moins l'éclairage est à même de restituer fidèlement une couleur donnée. La température est mesurée en degrés Kelvin (ou K) et mesure la «chaleur» de la lumière. Les valeurs faibles (par exemple 2700 K) indiquent

des couleurs chaudes, jaune-rouge, alors que des valeurs élevées (par exemple 6500 K) impliquent une lumière plus froide, bleue. La température et la longueur d'onde sont liées, les couleurs chaudes ayant des longueurs d'onde plus élevées que les couleurs froides.

• La plupart des personnes âgées de plus de 60 ans ont besoin de 3 fois plus de lumière que des personnes âgées de 20 ans.





D'une façon générale, la conception du bâtiment doit faciliter une orientation intuitive.

Pour faciliter l'orientation des personnes sourdes/malentendantes, il est important d'augmenter autant que possible le nombre de points de vue: organisation de l'espace à partir d'un point central, destinations et points d'intérêt clairement visibles depuis l'entrée principale et depuis le guichet de réception, agencement en cercle et en forme de «fer de cheval», ce qui encourage les échanges et les possibilités d'interaction. Des angles arrondis au niveau des parois apportent également une plus-value et permettent aux personnes sourdes/malentendantes d'avoir accès à un plus grand nombre de points de vue.

Les normes en vigueur pour les personnes non voyantes/malvoyantes prévoient que les zones de circulation doivent de préférence être repérables avec une canne pour non-voyant/malvoyant et avec les pieds au moyen de la texture du sol et de sa délimitation; cette dernière doit être matérialisée via des éléments de construction (parois, socles, plinthes ou ressauts). La pose de marquages tactilo-visuels n'est indiquée que lorsque les éléments de construction ou de revêtement ne suffisent pas ou ne peuvent pas être disposés de façon adéquate. Ils sont utilisés si l'architecture ne garantit pas la sécurité et l'orientation des personnes non voyantes/malvoyantes, dans les lieux qui nécessitent un soin particulier comme les bâtiments et infrastructures accessibles au public, les gares et arrêts des transports publics, ainsi que dans des zones potentiellement dangereuses, par exemple aires de circulation mixtes, utilisées par des véhicules et des piétons. Dans un contexte hospitalier, il importe qu'au moins la réception soit desservie par des marquages tactilo-visuels, combinés à un système de balises sonores (► chap. Signalétique, p. 36).

Des codes couleurs sont très utiles pour les personnes présentant des troubles cognitifs, mnésiques, etc. Aussi est-il très utile d'associer une couleur à un étage et de prévoir des bandes de couleurs différentes pour mener aux différentes unités.

Préférer les lignes aux pastilles si une signalétique au sol est prévue. À noter qu'il ne s'agit pas de marquages tactilo-visuels, mais bien de signalétique au sol, souvent en couleur. Le contraste entre les lignes et le sol doit être de 0,6 (► chap. Contrastes, p. 40).

Références et recommandations normatives

SIA 500	Points:
Sécurité, orientation	4.1
Guidage tactile au sol	4.2
SN 640 852	
Centre suisse pour la construction adaptée, fiche technique N° 14/05.	
ISO 21542	
Orientation et information	39



S'INFORMER



Valérie Bérard – Apprentie employée de commerce à l'Hôpital du Valais

«L'Hôpital est bien adapté à mon handicap et je peux réaliser toutes les activités que l'on attend de moi»

Valérie Bérard souffre d'un glaucome congénital, une maladie héréditaire qui s'est traduite dès la naissance par une perte totale de la vue de l'œil gauche et d'une vision partielle de l'œil droit. « Je ne vois que de face et je n'ai pas de vision latérale. Mais l'Hôpital du Valais, en me mettant du matériel adapté à disposition, me permet de travailler au Service des salaires depuis 2013. »

Après une demande à l'assurance invalidité, et avec les conseils de la fédération suisse des aveugles et malvoyants, Valérie s'est rendue au Service informatique pour les personnes handicapées, à Lausanne, pour tester divers réglages de son matériel informatique, en particulier

l'écran de l'ordinateur. « J'ai notamment pu tester le niveau de zoom et la luminosité la plus adaptée et aujourd'hui j'ai du matériel qui fonctionne très bien. » Dans son bureau, on trouve encore un petit appareil qui permet de filmer et d'afficher en plus grand les documents ou les tableaux de cours. « Là aussi, on peut définir la couleur du fond, celle des caractères, le niveau de zoom ou encore la luminosité. Cela permet à chacun de choisir ce qui est le mieux pour lui », explique Valérie Bérard.

« De manière générale, je trouve que l'Hôpital est bien adapté à mon handicap et je peux réaliser toutes les activités que l'on attend de moi. Le seul bémol au quotidien viendrait de certaines portes en verre. Comme elles sont transparentes, j'ai parfois de la peine à savoir si elles sont ouvertes ou fermées. »



Dans l'idéal, tout auditoire doit être plat. L'accès à l'estrade et au pupitre doit être garanti.

Il est souhaitable que les tables et les chaises soient mobiles, pour répondre aux besoins en termes d'espace, de visibilité et de qualité auditive.

L'écran de projection est une aide précieuse pour les personnes sourdes et malentendantes, car il complète les informations orales. Il doit être visible, près du conférencier et placé en hauteur. Le recours à la visiophonie ou à la vélotypie doit être possible.

Nombre total de places	Places pour les personnes en fauteuil roulant
Jusqu'à 50	2
51-100	3
101-200	6
201-300	9
301-400	12
401-500	15
501 et plus	3% (arrondi à l'unité supérieure; par exemple 520 places → 16 places PMR)

Tableau 5: ratios places PMR dans salles et auditorios

Les places doivent être distribuées dans l'auditoire. Il importe donc que les places dédiées ne soient pas groupées, mais installées à côté de sièges utilisables par des accompagnants, tout en variant les dispositions (par exemple une place libre, deux sièges, deux places libres, deux sièges). Les places libres pour les personnes en fauteuil roulant doivent avoir une surface minimale de 1,10 m de large et 1,40 m de long; la largeur de la rangée doit être de 2,40 m au minimum.

Boucles à induction magnétique

Les auditorios et salles de conférences doivent être équipés en boucles à induction magnétique.

Places pour personnes en fauteuil roulant

Les auditorios et salles de conférence doivent comprendre des places pour les personnes en fauteuil roulant, au minimum selon les exigences SIA 500, annexe A.5.1.; dans l'idéal selon les rapports ci-dessous:

Références et recommandations normatives	
SIA 500	Points:
Places pour spectateurs	7.7.2 et interprétation SIA 500 n° A11 (état octobre 2013)
Espace réservé aux spectateurs. Places adaptées au fauteuil roulant (PFR)	A.5.2
Installations d'écoute pour malentendants	7.8
ISO 21542	
Espaces d'observation dans les zones de rassemblement	23



Remarque préliminaire

Le présent chapitre est un condensé de savoir-être et savoir-faire; il s'agit d'un résumé à développer dans un autre cadre.

Bien que ce document soit destiné en premier lieu aux architectes et concepteurs, un accueil, une prise en charge et une communication adaptés aux besoins des clients font également partie de l'accessibilité universelle; ils assurent l'autonomie des personnes concernées là où les possibilités de l'environnement construit atteignent leurs limites. Dans cet esprit, les éléments ci-dessous donnent des lignes directrices de bonnes pratiques. Il importe néanmoins de garder à l'esprit qu'ils ne constituent en aucun cas une liste exhaustive. Dans tous les cas, il est bien entendu important de se rappeler que chaque personne et chaque contexte sont spécifiques et qu'ils ne peuvent pas être réduits à de simples énumérations.

Généralités

- Présentez-vous et précisez votre fonction et le cas échéant la raison de votre visite.
- Adoptez une attitude naturelle et respectueuse. Une attitude infantilissante ne se justifie en aucun cas. La relation doit se placer sur un pied d'égalité. La personne ne doit pas se sentir à votre merci ou dans une relation dominant-dominé, auquel cas vous n'êtes plus un facilitateur, mais un élément perturbateur.
- Adressez-vous en premier lieu directement à la personne et non pas à un éventuel accompagnant.
- Parlez distinctement et regardez la personne en face lorsque vous lui parlez (même si elle est non voyante/malvoyante).
- Concernant le vocabulaire, soyez naturels. Certaines tournures de phrases peuvent être mal perçues et/ou se révéler inappropriées («marchons» ou «ça roule» avec une personne en fauteuil roulant, ou «regardez là-bas» avec une personne non voyante, par exemple). Excusez-vous si cela se produit et restez avant tout naturel et sympathique.

- Gardez toujours à l'esprit que votre rôle n'est pas de décider à la place de la personne, mais de lui fournir de l'aide.
- Si vous accompagnez la personne, demandez-lui comment elle souhaite être accompagnée. Écoutez attentivement et assurez-vous d'avoir bien compris, le cas échéant en reformulant votre demande.
- Proposez votre aide, ne l'imposez pas et n'agissez pas avant de vous assurer que cela correspond aux besoins de la personne. Vous ne pouvez pas connaître ses souhaits à l'avance. Il est important de toujours verbaliser les gestes et l'aide apportée à la personne.
- Adaptez-vous toujours au rythme de la personne (rythme de déplacement, de communication, de temps de réaction, etc.). Si la personne a un rythme plus ou moins lent, il est important de lui laisser réaliser ce dont elle est capable afin de valoriser ses ressources. Si le rythme est trop rapide pour vous, n'hésitez pas à l'indiquer.
- Ne touchez pas aux effets personnels de la personne sans d'abord avoir demandé et obtenu son autorisation ou suite à sa demande expresse. Demandez le cas échéant la bonne manière de procéder (par exemple comment déplier un fauteuil roulant).
- Si la personne est accompagnée d'un chien d'assistance, d'audition ou de guidage, demandez l'autorisation de le caresser. Quand le chien porte un harnais, il travaille; il ne faut en aucun cas chercher à entrer en contact avec lui.
- Pour les personnes incapables de s'exprimer verbalement, il est nécessaire de recevoir les informations de la part des proches pour comprendre leur mode relationnel ou de fonctionnement.

→ Une règle d'or à appliquer tout au long de l'accompagnement et indépendamment des besoins spécifiques de la personne:

Demandez comment vous pouvez aider la personne et écoutez attentivement sa réponse. La personne concernée est la mieux placée pour exprimer ses besoins particuliers!

Personne en fauteuil roulant ou à mobilité réduite

- Lorsque vous parlez à une personne en fauteuil roulant, asseyez-vous si possible pour être au même niveau.
- Gardez toujours à l'esprit que le fauteuil roulant remplace les jambes de la personne; à ce titre, il fait partie de sa sphère privée. Maniez-le avec respect et évitez les attitudes familières, comme vous appuyer dessus par exemple.
- Si vous devez pousser le fauteuil, demandez à la personne qu'elle vous guide. Elle seule saura vous expliquer comment vous y prendre pour que cela convienne. Il en va de même pour toute personne à mobilité réduite, qui utilise des cannes par exemple.
- Soyez attentifs à la présence de ressauts ou de bordures (la personne pourrait basculer de son fauteuil roulant).
- Ne poussez jamais le fauteuil sans avoir d'abord demandé l'accord de la personne.
- Maniez le fauteuil avec respect et douceur. Évitez absolument les manœuvres brusques (cela peut entraîner des douleurs ou faire basculer la personne; par exemple, on ne prend pas de l'élan pour passer un obstacle!).
- S'il faut franchir un obstacle (par exemple monter ou descendre une marche), demandez à la personne comment il faut l'aider (par exemple en montant en arrière ou en avant).
- Ne soulevez jamais un fauteuil roulant par les roues. Celles-ci tournent et la personne peut chuter – et vous-même vous blesser.
- Prévenez la personne de tout changement et assurez-vous que ses besoins sont satisfaits, si par exemple vous devez vous absenter un moment. Cela fait partie du respect de base, mais en plus cela permet à la personne de vous demander par exemple de freiner la chaise ou toute autre chose dont elle aurait besoin dans l'intervalle (affaires personnelles dans un sac suspendu au dossier, etc.).
- À l'arrêt, toujours freiner le fauteuil manuel ou éteindre le fauteuil électrique.

Personnes non voyantes/malvoyantes

- Il convient de prévoir un livret d'accueil sonore et en braille.
- En entrant dans la chambre, précisez votre nom et votre fonction et la raison de votre visite.
- Prévenez la personne de chaque geste que vous allez accomplir afin de la rassurer.
- Décrivez la chambre et les objets ainsi que leur emplacement lorsque la personne est installée dans sa chambre.
- Ne déplacez pas ses effets personnels.
- En servant un repas, décrivez le contenu de l'assiette comme s'il s'agissait d'un cadran (par exemple «le poisson se trouve à six heures»).
- Si vous devez accompagner une personne non voyante/malvoyante (par exemple en l'accompagnant dans sa chambre lors de l'admission), demandez-lui s'il y a des éléments dans le parcours qu'elle souhaite éviter ou au contraire qu'elle préfère emprunter (ascenseurs, escaliers, tourniquets, etc.). Décrivez l'environnement (changement de revêtement au sol, plan ascendant ou descendant, obstacles comme meubles, chariots, etc.).
- Demandez-lui comment elle souhaite être accompagnée. Certaines personnes vous demanderont de vous tenir le bras, d'autres préféreront poser leur main sur votre épaule et vous suivre. Surtout, ne les saisissez pas sans leur demander comment elles veulent être accompagnées. Pendant l'accompagnement, décrivez le parcours et les obstacles rencontrés (poteaux, seuils, marches, etc.). Arrêtez-vous un instant au début et à la fin d'un escalier et signalez clairement la présence de l'obstacle.
- Si la personne vous demande d'ouvrir son porte-monnaie et de payer pour elle, indiquez le type de billet que vous manipulez (dix francs, vingt francs, etc.).
- Pour aider une personne non voyante/malvoyante à s'asseoir, précisez s'il s'agit d'une chaise ou d'un fauteuil et posez sa main sur le dossier. Vérifier qu'aucun objet ne se trouve sur le siège. La personne pourra ensuite s'asseoir sans votre aide.

- Pour aider une personne non voyante à entrer dans une voiture, précisez où se trouve l'avant et où se trouve l'arrière du véhicule. Vérifiez qu'aucun objet ne se trouve sur le siège. Posez ensuite sa main sur la portière ouverte. Avec son autre main, la personne pourra ensuite repérer le toit et entrer dans la voiture.
- Ne laissez jamais la personne seule sans l'avertir.

Personnes sourdes/malentendantes

- Le patient sourd/malentendant doit pouvoir prendre rendez-vous lui-même (courriel, SMS, vidéophone).
- Dans la mesure du possible, il est toujours préférable de recevoir des personnes sourdes/malentendantes dans un bureau isolé du bruit de fond, bien éclairé et permettant une bonne communication visuelle.
- Pour les formalités d'entrée ou de sortie, il est plus simple de laisser la personne sourde/malentendante lire les questions et rester à sa disposition pour toute explication complémentaire.
- Informer le personnel de la présence d'une personne sourde/malentendante. La déficience auditive ne se voit pas et, de ce fait, l'une des difficultés rencontrées dans les établissements de santé, c'est l'oubli et l'ignorance des besoins du patient, notamment lorsque celui-ci passe d'un service à l'autre.
- Si la personne se trouve dans la salle de bain lorsque vous entrez dans la chambre, indiquez votre présence en déclenchant le témoin visuel (pour autant que la salle de bain en soit équipée).
- Parlez distinctement et toujours face à la personne, dans un lieu bien éclairé. Cela l'aide à lire les mots sur vos lèvres et à déchiffrer les expressions de votre visage.
- Il est inutile de crier; parlez avec votre ton et volume habituel.
- Veillez à bien articuler sans pour autant exagérer.
- Utilisez un langage simple, en évitant tout jargon.
- Si nécessaire, utilisez un calepin pour écrire des termes que la personne n'aurait pas compris. Dans ce même esprit, le cas échéant rédiger des ordonnances lisibles

(éventuellement tapées sur clavier et imprimées), détaillées et explicites. Le patient pourra ainsi relire la prescription et mieux comprendre la pathologie dont il souffre.

- Si une personne sourde est accompagnée d'un interprète en langue des signes ou d'un codeur-interprète en langage parlé complété, ne regardez pas l'interprète, mais parlez en regardant la personne sourde. L'interprète se chargera de traduire.
- Même appareillée ou implantée, une personne sourde/malentendante peut encore très mal entendre. Ainsi une personne sourde/malentendante peut ne pas se rendre compte qu'une évacuation est en cours ou qu'il y a une urgence. En cas d'urgence, vérifiez donc que la personne est consciente de la situation.



Personnes présentant des incapacités intellectuelles

- N'adoptez pas une attitude infantilisante.
- Soyez patients et laissez à la personne le temps de comprendre vos questions et d'y répondre.
- Répétez si nécessaire les informations données et répondez clairement aux questions posées.
- Comportez-vous comme vous vous comporteriez avec n'importe quel patient. Si par exemple vous estimez que son attitude est inappropriée, n'hésitez pas à l'en informer. Dites-le avec respect et sans brusquerie.
- Évitez les sollicitations simultanées.
- La personne pourrait nécessiter une surveillance constante. Dans ce cas, ne la quittez pas sans vous assurer de la présence d'un-e surveillant-e.

Personnes présentant des incapacités psychiques

Il est difficile de donner des consignes précises quant aux incapacités psychiques, d'autant plus que les personnes concernées ne sont pas nécessairement identifiables comme telles. Néanmoins, voici quelques conseils utiles qui peuvent s'appliquer par ailleurs à toute personne bénéficiant de votre assistance:

- Gardez toujours un ton calme et respectueux.
- Adaptez-vous au rythme de la personne et laissez-la s'exprimer; ne la brusquez pas en l'interrompant ou en terminant ses phrases à sa place.
- Ne portez pas de jugement sur ses éventuelles phobies ou obsessions, en minimisant ses peurs, en vous moquant d'elle ou en la comparant aux autres.
- Évitez les sollicitations simultanées.

La norme W3C doit être respectée et une compatibilité avec les systèmes de synthèse vocale assurée, sur Internet comme sur intranet. Si cela s'avère impossible, l'essentiel des informations, par exemple des actualités, doit être disponible sous d'autres formats (flux RSS ou liste email en format texte). Il serait souhaitable de disposer des informations importantes (présentation de l'hôpital, section «Si vous êtes un futur patient?», etc.) déclinées en langage/orthographe simplifié et sous forme de capsules en langue des signes et sous-titrées.

D'une manière générale, une compatibilité avec les tablettes/smartphones doit être assurée: de nombreuses PMR utilisent ce type d'interfaces qui se révèlent plus accessibles (adaptées à l'individu, poids, nécessitent moins de mouvements, etc.).

Des guides spécifiques sur l'accessibilité universelle des sites Internet existent pour les professionnels du web.

Pour en savoir plus

World Wide Web Consortium (W3C)
www.w3.org



Pour garantir une construction sans obstacle pour les incapacités motrices

- Chemin libre de tout obstacle et d'éléments en saillie.
- Sol plat, praticable aux fauteuils roulants, aux déambulateurs, à la marche, non glissant.
- Pas de seuils.
- Vastes espaces de circulation et de manœuvre (couloirs, chambres, salles d'attente, cafétérias, etc.).
- Si des rampes sont inévitables, pente maximale 6%, équipées avec mains courantes et avec paliers de repos tous les 10 mètres au maximum, de longueur minimale 1,40 m.
- Éviter les ruptures de pente sans transition, car dangereuses (par exemple passer de 3% à 6% sans transition).
- Dévers aussi faible que possible, maximum 2%.
- Automatisation: portes, stores, éclairage, etc.
- Portes coulissantes.
- Éléments de commande (distributeurs d'argent, de boissons, de billets, parcomètres, etc.) situés entre 0,80 et 1,10 m au-dessus du sol, sauf pour les éléments spécifiques aux personnes en fauteuil roulant → 0,70-0,80 m; 0,70 m de dégagement de chaque côté, retrait maximal 0,25 m.
- Dégagement pour les jambes: 0,80 m de large, 0,60 m de profondeur, 0,70 m de hauteur.
- Bancs et assis-debout à intervalles réguliers.
- Mains courantes.
- Prises en nombre suffisant dans les pièces pour recharger les batteries des fauteuils roulants électriques, avec un espace de rangement pour les moyens auxiliaires.

Pour garantir une construction sans obstacle pour les incapacités auditives

- Principe des deux sens: toute information doit être donnée via des canaux auditifs et visuels, les conditions doivent être optimales, le son distinct et sans écho, la vision confortable et totale.
- Vastes espaces. Pour les personnes qui parlent la langue des signes, l'espace de conversation tend à être plus important que celui nécessaire pour une conversation orale; de vastes espaces permettent de se concentrer sur la conversation plutôt que sur d'éventuels obstacles sur le chemin; des espaces généreux permettent également de se placer en cercle, ce qui favorise grandement la communication des personnes sourdes/malentendantes.
- Espaces vitrés: ils facilitent l'accès à l'information spatiale et l'orientation et contribuent au sentiment de sécurité.
- Points de vue assurés sur les différents éléments d'une structure, le cas échéant entre pièces, vision à distance
- Favoriser les éléments circulaires (tables, bancs, etc.): ils favorisent l'accès à l'information spatiale et la conversation.
- Contrastes optimaux.
- Surfaces uniformes, non éblouissantes.
- Éclairage indirect dans la mesure du possible, uniforme, non éblouissant, le cas échéant équipé en variateurs.
- Boucles à induction magnétique.
- Possibilité de contacter l'établissement par texte/visioconférence; est également souhaitable que les unités proposent un service de visio-interprétation (assurée par Procom, cf. www.procom-deaf.ch/fr) pour faciliter la communication entre le personnel médical et le patient sourd.



Pour garantir une construction sans obstacle pour les incapacités visuelles

- Chemin libre de tout obstacle et d'éléments en saillie.
- Contrastes optimaux.
- Surfaces uniformes, non éblouissantes.
- Revêtement uniforme du sol. Des sols adjacents avec un contraste élevé peuvent être interprétés comme étant des différences de niveaux, ce qui peut perturber.
- Éclairage indirect dans la mesure du possible, uniforme, non éblouissant, cas échéant équipé en variateurs.
- Principe des deux sens: toute information doit être donnée via des canaux auditifs et visuels, les conditions doivent être optimales, le son distinct et sans écho, la vision confortable et totale.
- Information en relief.
- Information en braille.
- Éléments de guidage intégrés à la construction (parois, plinthes, etc.), le cas échéant marquages tactilo-visuels.



Pour garantir une construction sans obstacle pour les incapacités intellectuelles/cognitives

- Contrastes optimaux.
- Surfaces uniformes, non éblouissantes.
- Revêtement uniforme du sol. Des sols adjacents avec un contraste élevé peuvent être interprétés comme étant des différences de niveaux, ce qui peut perturber.
- Éclairage indirect dans la mesure du possible, uniforme, non éblouissant, le cas échéant équipé en variateurs.
- Principe des deux sens: toute information doit être donnée via des canaux auditifs et visuels, les conditions doivent être optimales, le son distinct et sans écho, la vision confortable et totale.
- Signalétique simple, intuitive et explicite.
- Codes couleur pour différencier des étages, des unités, etc.
- Prévoir des informations (brochures, flyers, etc.) en images, en langage et orthographe simplifiés.
- Fenêtres sécurisées via des poignées amovibles.

GLOSSAIRE

Balise sonore

Les balises sonores aident les personnes non voyantes/malvoyantes à localiser des entrées et des points d'intérêt (escaliers, ascenseurs, auditoriums, plans multisensoriels, etc.). Elles se répartissent en deux types: balises de localisation, situées au-dessus des entrées et points d'intérêt et balises d'orientation, installées aux croisements et permettant de choisir une direction.

Lorsque l'utilisateur déclenche une balise au moyen d'une télécommande dédiée, elle émet un message aérien audible à quelques mètres (ou par oreillette avec une application smartphone dédiée), ce qui permet à la personne non voyante/malvoyante de savoir où se trouve la destination recherchée par rapport à sa position. Les messages peuvent également inclure une description de l'environnement immédiat et donner des informations générales quant au bâtiment (par exemple heures d'ouverture ou numéros d'urgence). L'information sonore n'est pas nécessairement donnée sous la forme de message, mais peut consister en un simple tintement de localisation.

En conjonction avec les marquages tactilo-visuels, les balises sonores fournissent une aide importante aux personnes non voyantes/malvoyantes. À titre d'exemple, lorsque la personne, en suivant une ligne de guidage, arrive à une aire de bifurcation comprenant trois points d'intérêt, le déclenchement du message audio active les trois balises (balises d'orientation) de façon séquentielle, permettant à l'utilisateur de se faire/vérifier une image mentale du lieu et lui indiquant la ligne à suivre en fonction de ses besoins. En effet, en termes d'utilité vécue, de nombreuses personnes non voyantes/malvoyantes apprennent le plus souvent la configuration d'un lieu avant de s'y rendre seules, la fonction des marquages tactilo-visuels étant alors de les rassurer lors de leurs déplacements dans des lieux qu'elles connaissent déjà, une fonction renforcée par l'éventuelle présence d'informations sonores.

Ballast électronique

Composant électrique destiné à réduire ou stabiliser le courant dans un circuit.

Boucle à induction magnétique

La boucle à induction magnétique est un système qui permet de transmettre le signal acoustique sans distorsion, directement dans un appareil auditif. Les personnes malentendantes, équipées d'un appareil adapté, choisissent dès lors une position «T» sur l'appareil afin de recevoir directement le signal, de bien meilleure qualité et au volume qui leur convient. Une salle, un auditorium peuvent être équipés en boucles fixes ou mobiles. Il est ainsi possible d'imaginer un appareil mobile par exemple disponible dans des soins aigus. Par abus de langage, on parle parfois de «boucle magnétique».

Déambulateur/marchette

Accessoire composé d'une armature avec quatre points d'appui et qui aide les personnes âgées ou à mobilité réduite à marcher.

Lunettes à filtres

Lunettes qui filtrent la lumière bleue et/ou protègent contre l'éblouissement et/ou améliorent les contrastes.

Plan multisensoriel

Un plan multisensoriel est un plan qui véhicule l'information spatiale relative à un lieu via différents canaux sensoriels pour le rendre accessible au plus grand nombre. Un plan multisensoriel doit donc être accessible aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant, assurer des contrastes optimaux, inclure des pictogrammes intuitifs et aisément compréhensibles, comprendre des informations en braille, comprendre des informations sonores et inclure une boucle à induction magnétique, voire une vidéo donnant des informations en langue des signes. Un plan multisensoriel peut également être interactif, au sens où la personne peut chercher des informations via un écran dédié par exemple; dès que la personne touche un élément du plan, ce dernier fournit alors l'information audio relative à l'objet en question.

PMR

Personne à mobilité réduite. Exemples: non voyante, malvoyante, sourde, malentendante, en fauteuil roulant, âgée, avec un déambulateur, avec une canne anglaise, accidentée (avec béquilles, attelle, ...), enfants (≤ 12 ans), de petite taille, femmes enceintes, parents avec poussette ou portant un enfant, munie de bagages ou de commissions, utilisant un smartphone, etc.

PFR

Place pour fauteuil roulant (dans une salle d'attente, un cinéma, etc.).

Rollator

Déambulateur/marchette à roulettes et comprenant un siège de repos.

Vélotypie

Système de communication qui permet de retranscrire sur écran et en temps réel la quasi-totalité des discours, questions et réponses lors d'une conférence.

Visiophonie

Système de communication qui permet le dialogue à distance et en temps réel entre une personne sourde/malentendante et un interprète en langue des signes ou un codeur en langage parlé complété. Avec ce système, l'interprète peut également agir d'intermédiaire entre l'interlocuteur sourd/malentendant et un interlocuteur entendant. Dans le cadre d'une conférence, le système permet au public sourd/malentendant de voir les interprètes mêmes si ceux-ci ne sont pas physiquement présents. De plus, elle permet de mieux voir le visage à l'écran et donc de mieux comprendre la conférence (lecture labiale, informations visuelles).

EXIGENCES ET RECOMMANDATIONS NORMATIVES

Les références normatives pertinentes pour l'objet de ce rapport sont listées ci-dessous. Il est également très important de se référer aux correctifs et aux interprétations des normes SIA, disponibles à l'adresse www.sia.ch/fr/services/sia-norm/correctifs.

SIA 500

Constructions sans obstacle.

SIA 181

Protection contre le bruit dans le bâtiment.

ISO 21542

Construction immobilière. Accessibilité et facilité d'utilisation de l'environnement bâti.

SN 640 075

Trafic piétonnier. Espace de circulation sans obstacle.

SN 640 075 (annexe)

Trafic piétonnier. Espace de circulation sans obstacle, commentaires, exigences et dimensions. Annexe normative.

SN 640 852

Marquages. Marquages tactilo-visuels pour piétons non voyants et malvoyants.

SN EN 81-70

Règles de sécurité pour la construction et l'installation des ascenseurs - Applications particulières pour les ascenseurs et ascenseurs de charge - Partie 70: Accessibilité aux ascenseurs pour toutes les personnes y compris les personnes avec handicap.

SN EN 12464-1

Lumière et éclairage - Éclairage des lieux de travail - Partie 1: Lieux de travail intérieurs.

SN EN 12464-2

Lumière et éclairage - Éclairage des lieux de travail - Partie 2: Lieux de travail extérieur.

SN EN 60268-16

Équipements pour systèmes électroacoustiques – Partie 16. Évaluation objective de l'intelligibilité de la parole au moyen de l'indice de transmission de la parole.

DIN 18041

Acoustique des petits et moyens espaces.

Article 10 OLT 4 (annexe)

Portes et sorties situées sur les voies d'évacuation.

Centre suisse pour la construction adaptée

Bohn F., (2010) Planungsrichtlinien Altersgerechte Wohnbauten, Centre suisse pour la construction adaptée aux handicapés, Zürich.

Clerici, A., Manser J., (2015) La construction adaptée aux malentendants et sourds, Centre suisse pour la construction adaptée aux handicapés, Zürich.

Fiche technique 7/10: Accessibilité des constructions spéciales pour les fauteuils roulants.

Fiche technique 9/13: Seuils de portes-fenêtres adaptés aux fauteuils roulants.

Schmidt E., Manser J., (2003) Directives «Voies piétonnes adaptées aux handicapés», Centre suisse pour la construction adaptée aux handicapés, Zürich.

Schmidt E., Buser F., (2014) Directives (Avant-publication) Planification et détermination des contrastes visuels, Centre suisse pour la construction adaptée aux handicapés, Zürich.

Volland B., Manser J. (2004) «La construction sans obstacle en chiffres. Combien coûte la construction sans obstacle en Suisse? Résultats de l'étude du Fonds National "Construction adaptée aux handicapés – Processus de planification et problèmes de réalisation", partie A "Faisabilité technique et financière", projet 45 du Fonds National "Problèmes de l'État social" ». Centre suisse pour la construction adaptée aux handicapés, Zürich.

Union centrale suisse pour le bien des aveugles

UCBA, (2013a) Aide-mémoire généralités. Aide-mémoire concernant l'éclairage adapté aux besoins des personnes malvoyantes, UCBA, Lenzburg.

UCBA, (2013b) Salle de bain et WC. Aide-mémoire concernant l'éclairage adapté aux besoins des personnes malvoyantes, UCBA, Lenzburg.

UCBA, (2013c) Cuisine. Aide-mémoire concernant l'éclairage adapté aux besoins des personnes malvoyantes, UCBA, Lenzburg.

UCBA, (2013d) Séjour. Aide-mémoire concernant l'éclairage adapté aux besoins des personnes malvoyantes, UCBA, Lenzburg.

UCBA, (2014a) Entrée de maison et escaliers. Aide-mémoire concernant l'éclairage adapté aux besoins des personnes malvoyantes, UCBA, Lenzburg.

UCBA, (2014b) L'enfant et l'école. Aide-mémoire concernant l'éclairage adapté aux besoins des personnes malvoyantes, UCBA, Lenzburg.

RÉFÉRENCES UTILES

Association Régionale de Parents et Amis de Déficiants Auditifs, «Je vais à l’hôpital... mais je suis sourd(e)», Paris (1998).

Borioli J., Laub R., (dirs.) (2007) Handicap: de la différence à la singularité. Enjeux au quotidien, Médecine & Hygiène, Genève.

Changing Places Consortium, Changing Places: the Practical Guide.

Fougeyrollas P., Cloutier R., Bergeron H., Côté J., St-Michel G., (1998) Classification québécoise. Processus de production du handicap, Réseau international sur le processus de production du handicap, Québec.

Fougeyrollas P., Noreau L., (2007) «L’environnement physique et social: une composante conceptuelle essentielle à la compréhension du processus de production du handicap. L’exemple des personnes ayant une lésion médullaire», in Borioli J., Laub R. (dirs.), Handicap: de la différence à la singularité. Enjeux au quotidien, Médecine et Hygiène, Genève, pp. 47-69.

Fougeyrollas P., (2001) «Le Processus de production du handicap: l’expérience québécoise», in de Riedmatten R. (dirs.), Une nouvelle approche de la différence: comment repenser le handicap, Médecine et Hygiène, Genève, pp. 101-122.

Fougeyrollas P. (2010) La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap, PUL, Laval.

OFS (2010) Les scénarios de l’évolution de la population de la Suisse 2010-2060, OFS, Neuchâtel.

OFS (2014) Statistiques de la santé 2014, OFS, Neuchâtel.

Preiser, W. F. E., Smith K. H. (eds.) (2011) Universal Design Handbook, McGraw-Hill, New York, 2nd edition.

Renard M. (2008) Les sourds dans la ville, surdités et accessibilité, Editions du Fox, Les Essarts-le-Roi.

World Health Organization (WHO), The World Bank, (2011) World Report on Disability, WHO, Geneva.

Notes:

Impressum

Editeur: Hôpital du Valais, Direction générale, Sion.
Auteur: Hôpital du Valais, Projets stratégiques, Sion
Graphisme: Eddy Pelfini Graphic Design, Sion.
Photo: Hôpital du Valais, Fotolia
Impression: Schoechli impression, Sierre.
Sion, juin 2016.

© Tous droits réservés. Aucun des textes de cette brochure ne peut être reproduit sans l'autorisation du Service de communication de l'Hôpital du Valais.

