

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

**ACCESSIBILITÉ DES CABINETS
LIBÉRAUX DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
AUX PERSONNES HANDICAPÉES**

Mémoire présenté par **Amélie PINTO**
étudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'État
de Masseur-Kinésithérapeute
2012-2013

SOMMAIRE

	Page
RÉSUMÉ	
1. INTRODUCTION	1
2. RAPPELS	2
2. 1. Rappels législatifs	2
2. 1. 1. Approche internationale du handicap	2
2. 1. 2. Approche européenne du handicap	4
2. 1. 3. Approche française du handicap	4
2. 2. Mise en place de la loi de 2005	6
2. 2. 1. Les différentes situations	6
2. 2. 2. Les dérogations existantes	6
2. 2. 3. Les règles administratives	7
2. 2. 4. Les contrôles	8
2. 2. 5. Les sanctions	8
2. 2. 6. Autres textes de loi	8
2. 3. Les différents types de handicap et les moyens de compensation prévus par la loi de 2005	9
2. 3. 1. Le handicap sensoriel	9
2. 3. 1. 1. Le handicap auditif	9
2. 3. 1. 2. Le handicap visuel	10
2. 3. 2. Le handicap physique	12
2. 3. 3. Le handicap mental, cognitif et psychique	13
2. 3. 3. 1. Définitions	13
2. 3. 3. 2. Accessibilité	15
2. 3. 4. Le poly-handicap	16
3. MÉTHODOLOGIE	16
3. 1. Recherche bibliographique	16
3. 2. Élaboration du questionnaire	18
3. 3. Élaboration du score d'accessibilité	19

3. 4. Le traitement des réponses	20
3. 4. 1. Du questionnaire	20
3. 4. 2. Du score d'accessibilité	20
4. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	20
4. 1. Cheminement extérieur	21
4. 2. Cheminement intérieur	22
4. 3. Accessibilité aux services	23
4. 4. Raisons évoquées pour l'inaccessibilité du cabinet	25
5. DISCUSSION	26
6. CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

RÉSUMÉ

En France, la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, apporte une avancée majeure dans le domaine de l'accessibilité de la société. Elle prend en compte tous les types de handicap et prévoit l'accessibilité de la totalité de la chaîne de déplacement et des services. La dernière échéance de l'application de cette loi arrivant à terme en janvier 2015, il nous semble nécessaire de dresser un état des lieux de son application.

Nous cherchons à savoir si les cabinets libéraux de masso-kinésithérapie sont accessibles à ce jour (normes architecturales respectées, services ainsi que cheminements intérieurs et extérieurs accessibles).

Nous avons ainsi décidé de réaliser une enquête par le biais d'un questionnaire sur l'accessibilité envoyé au plus grand nombre. Nous avons envoyé 507 questionnaires et obtenu 44 réponses.

Il ressort de cette étude que 23 % des cabinets présentent des obstacles et que seuls 59 % sont de plain-pied. 70 % des masseurs-kinésithérapeutes interrogés disposent de places de stationnement réservées aux personnes handicapées, 61 % des cabinets ont des sanitaires à disposition des personnes handicapées. Cependant, à la fois à partir de notre score d'accessibilité (sur 11 items, avec une note globale sur 17) et de notre questionnaire (sur 23 items), nous montrons qu'aucun sanitaire pour personnes handicapées ne répond totalement aux critères d'accessibilité énoncés par la loi de 2005.

44 % des masseurs-kinésithérapeutes interrogés estiment que leur cabinet sera accessible en 2015. Mais à ce jour, ils ne sont que 50 % à avoir un score d'accessibilité supérieur à la moyenne. Le chiffre le plus alarmant étant qu'aucun cabinet libéral à ce jour n'est totalement accessible selon la loi de 2005.

Cette étude révèle la nécessité d'informer les masseurs-kinésithérapeutes sur les obligations dictées par la loi de 2005 : tant au niveau des normes à respecter, des obligations administratives avant et après travaux, que des contrôles et sanctions qui peuvent leur incomber si cette loi n'est pas respectée.

Mots-clés : «accessibilité», «personnes handicapées», «cabinets libéraux», «accessibility», «disabled persons», «liberals' offices».

1. INTRODUCTION

Actuellement, plus d'un milliard de personnes vivent en situation de handicap, soit 15 % de la population mondiale, chiffres en augmentation, en lien avec le vieillissement démographique et la prévalence des maladies chroniques. Elles forment la plus grande minorité au monde [1].

Selon la loi de 2005, constitue un handicap «toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant» [2].

Au fil du temps, la vision du handicap a évolué et deux approches complémentaires apparaissent pour y pallier :

- À la fin du XXème siècle, la réduction du handicap passe par un modèle intégratif, médical, le handicap est compensé par des aides (loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées). La personne handicapée est vue au travers de sa maladie, le handicap est rattaché à la personne : des solutions individuelles, spécifiques à chaque individu vont être mises en place.

- Au XXIème siècle, la vision est davantage citoyenne avec le modèle participatif où la société est pré-adaptée «rien pour nous, sans nous» (loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées). Cette fois, c'est l'environnement, la société qui provoque le handicap : des solutions collectives vont être élaborées, il va falloir repenser l'environnement afin qu'il soit accessible (sans barrière) à toute personne [2,3].

La loi du 11 février 2005 prend en compte tous les types de handicap contrairement aux lois précédentes ; de plus, elle traite la question de l'accessibilité de la ville dans son ensemble et notamment de la chaîne de déplacement.

À l'échelle du masseur-kinésithérapeute, cette loi nous amène à repenser l'accessibilité des E.R.P. (établissements recevant du public) que sont notamment les cabinets libéraux, les centres hospitaliers et les centres de rééducation.

La dernière échéance de l'application de cette loi arrivant à terme en janvier 2015, il nous semble nécessaire de dresser un état des lieux de son application. Nous avons ainsi décidé de réaliser une enquête sur l'accessibilité des cabinets libéraux de kinésithérapie aux personnes handicapées par le biais d'un questionnaire.

En complément et pour permettre aux masseurs-kinésithérapeutes d'avoir les moyens de s'investir dans l'accessibilité de leur cabinet, nous élaborerons un livret regroupant les principales normes à respecter et les moyens de mise en œuvre.

2. RAPPELS

2. 1. Rappels législatifs

Au fil des siècles, la vision du handicap a évolué : pour passer de l'infirme, à l'impotent puis à la personne handicapée. Avant d'aboutir à la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la notion de concept de handicap s'est développée au niveau international, européen et français avec des approches parfois différentes.

2. 1. 1. Approche internationale du handicap

Le concept du handicap jusqu'aux années 1980 se développe dans le seul champ du médical. Il évolue grâce aux travaux de l'O.M.S. qui adopte successivement deux classifications :

- C.I.H. (Classification Internationale des Handicaps) en 1980 : définition «réadaptative». Dans cette classification (fig. 1) apparaissent les notions de déficiences (perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique) qui entraînent des incapacités (réduction partielle ou totale de la capacité à

accomplir une activité dans les limites considérées comme normales pour un être humain) et produisent des désavantages (préjudice pour un individu qui résulte de sa déficience et de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal contenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels). Les termes (déficiences/incapacités/désavantages) employés par cette classification ont une connotation négative [4].

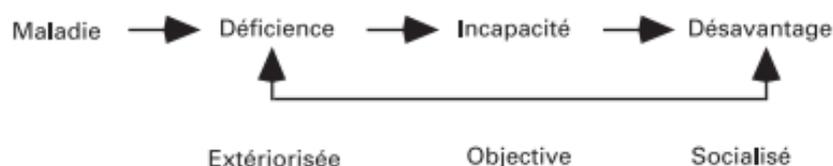


Figure 1 : classification internationale du handicap

- C.I.F. (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) en 2001 «accessibilisation». Les facteurs contextuels et environnementaux sont ajoutés aux notions précédentes (fig. 2). Les déficiences entraînent des limitations d'activités (anciennement appelé incapacités) et produisent des restrictions de participations (anciennement décrit par le terme désavantages). Les facteurs environnementaux sont évalués en termes de facilitateurs ou d'obstacles. Les termes employés par cette classification ont quant à eux à la fois une connotation négative (altération/limitation/restriction) et positive (fonction/activité/ participation) [1].

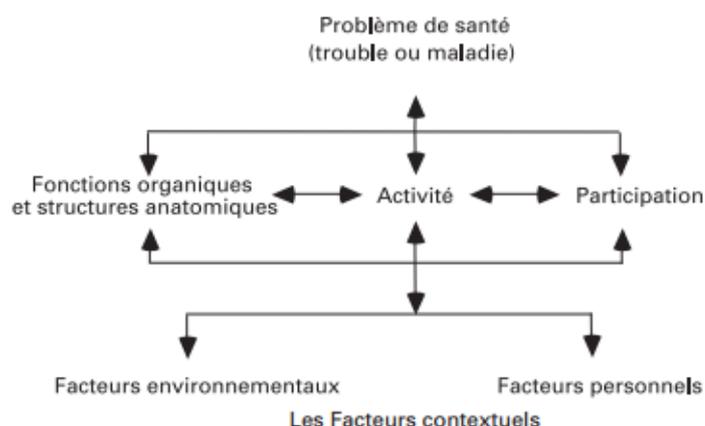


Figure 2 : classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

Toujours au niveau international, l'O.N.U. (Organisation des Nations Unies) participe également aux avancées dans le domaine du handicap : par la déclaration de 1975, elle reconnaît les droits des personnes handicapées [5]. Plus récemment, le 13 décembre 2006 est adoptée la Convention relative aux droits des personnes handicapées ; elle est signée le 30 mars 2007 par 82 pays membres dont la France [6]. Ce traité met l'accent sur la dimension sociale de la vie des personnes handicapées, met en avant la personne et non le handicap. Il introduit la notion de «conception universelle», «Universal design» : «accès à tout pour tous». L'architecte S. Goldsmith éclaire ce concept : «Rendre les bâtiments accessibles aux personnes ayant des incapacités, c'est la conception adaptée aux personnes handicapées. Rendre les bâtiments plus sûrs et plus confortables pour tous les usagers y compris les personnes ayant des incapacités, c'est la conception universelle» [7].

2. 1. 2. Approche européenne du handicap

Au niveau européen, la politique a longtemps été axée sur la reconnaissance, la protection des droits et le refus des discriminations envers les personnes handicapées. En 1997, le traité d'Amsterdam contient une clause explicite de non-discrimination en raison du handicap. La Charte des droits fondamentaux de l'U.E. (Union Européenne) est adoptée fin 2000 ; elle interdit toute discrimination fondée sur le handicap, elle reconnaît le droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et professionnelle et à la participation à la vie de la communauté. Les personnes handicapées doivent pouvoir mener une vie normale et être socialement intégrées, au même titre que les autres citoyens.

Fin 2009, entre en vigueur le traité de Lisbonne qui donne la même valeur juridique à la Charte qu'aux traités [8].

2. 1. 3. Approche française du handicap

En France, la C.I.F. va contribuer à réorienter la prise en charge sociétale du handicap. La définition du handicap telle que nous la concevons de nos jours apparaît dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : handicap «limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération

substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant» [2].

Cette loi a pour objectif d'améliorer l'insertion des personnes handicapées dans notre société, et ce, quel que soit le type de handicap. Nous pouvons la résumer en trois mots : *circulation, accès et utilisation* des équipements et infrastructures par toute personne. La personne handicapée doit pouvoir aller d'un point à un autre sans rupture dans sa chaîne de déplacement : parties extérieures et intérieures des établissements, circulations, ascenseurs, locaux et leurs équipements doivent être accessibles. S'il y a rupture de la chaîne de déplacement, alors l'accessibilité n'est pas respectée.

En effet, l'accessibilité «permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire supprimant, les discordances entre les capacités, les besoins et les souhaits d'une part, et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement d'autre part» [9].

Au fil du temps et des textes de lois, tant au niveau international qu'europpéen, nous sommes passés d'une définition stigmatisante «les handicapés» à une désignation centrée sur la personne «les personnes handicapées» ou centrée sur l'aspect environnemental «la personne en situation de handicap».

Rappelons qu'une personne en situation de handicap est «une personne qui, en raison des contraintes imposées par l'environnement, ne peut effectuer, en toute autonomie, certains gestes, comme se déplacer, accéder, s'orienter, etc.» [10]. Il faut en effet avoir à l'esprit que nous pouvons tous un jour être confrontés à une situation de handicap, que ce soit par exemple pour pousser un landau, marcher avec des cannes anglaises, avoir une baisse d'acuité visuelle, une perte d'audition, etc. Parallèlement et selon l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé), dans les pays où l'espérance de vie est supérieure à 70 ans, chaque individu passera en moyenne 8 ans de sa vie à vivre avec un handicap [1].

Ces éléments posés, nous pouvons maintenant aborder la mise en place de la loi de 2005 et ses exigences au sein des cabinets libéraux de masso-kinésithérapie.

2. 2. Mise en place de la loi de 2005 [2]

2. 2. 1. Les différentes situations

La loi de 2005 prend en compte trois types de situation pour une mise en place étalée dans le temps (fig. 3) :

- La création, c'est-à-dire la construction de cabinets libéraux : mise aux normes immédiate.

- La création de cabinets libéraux par changement de destination (bâtiments déjà construits mais qui étaient affectés à un autre usage qu'un cabinet libéral) : mise aux normes pour le 1^{er} janvier 2011. Sont concernés les locaux à usage professionnel exclusif ou à usage mixte (professionnel et d'habitation), aménagés dans des locaux à usage d'habitation.

- Les cabinets libéraux existants : mise aux normes pour le 1^{er} janvier 2015.

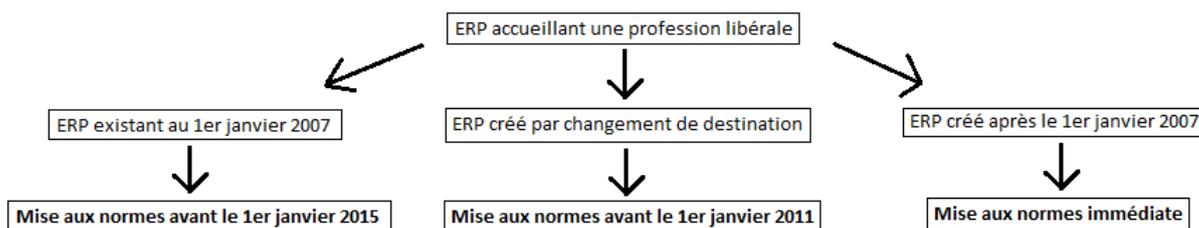


Figure 3 : mise en place de la loi de 2005

2. 2. 2. Les dérogations existantes

Il existe 3 types de dérogation à la mise aux normes totale du cabinet :

- impossibilité technique de procéder à la mise en accessibilité : caractéristiques du terrain, présence de constructions existantes, classement de la zone de construction (notamment au regard de la réglementation de prévention contre les inondations),

- contraintes liées à la préservation du patrimoine architectural : bâtiment classé ou inscrit, ou sur un périmètre de bâtiment classé ou inscrit,
- disproportion entre les améliorations apportées et leurs conséquences : sommes trop importantes à déboursier pour les travaux qui provoqueraient la faillite du cabinet.

Ces dérogations ne s'appliquent pas dans le cas de la création d'un cabinet. La ou les dérogations ne peuvent porter que sur un ou quelques points de la réglementation et sur un ou plusieurs handicaps. Elles ne porteront jamais sur l'ensemble de l'établissement. Celles-ci sont soumises à l'avis conforme de la Commission Consultative Départementale de Sécurité et d'Accessibilité (C.C.D.S.A.). De plus, elles ne pourront être accordées que si des mesures de substitution sont apportées. Les dérogations sont pérennes pour le local immobilier.

2. 2. 3. Les règles administratives

Un permis de construire ou une autorisation de construire, aménager ou modifier un établissement recevant du public est nécessaire avant de commencer les travaux [annexe I : article R.111-19-13 du code de la construction et de l'habitation (C.C.H.)]. La demande est à déposer auprès de la mairie du lieu où est situé l'E.R.P. [annexe II].

Une attestation d'achèvement des travaux doit stipuler la prise en compte des règles relatives à l'accessibilité, lorsque les travaux ont fait l'objet d'un permis de construire [annexe I : article R.111-19-15 et article L.111-7-4 du C.C.H.]. Cette dernière est établie par un contrôleur technique agréé ou un architecte qui n'est pas en lien avec la demande de permis de construire [annexe I : article R.111-19-27 et article L.111-7-4 du C.C.H.].

Enfin dans le cas contraire, lorsque les travaux n'ont pas fait l'objet d'un permis de construire, une autorisation d'ouverture d'un E.R.P. est nécessaire et délivrée après le contrôle par la C.C.D.S.A. du respect des règles de l'accessibilité des personnes handicapées [annexe I : article L.111-8-3 du C.C.H.].

2. 2. 4. Les contrôles

Si l'attestation d'achèvement des travaux fait apparaître que des règles d'accessibilité ne sont pas respectées, ou en cas d'absence de celle-ci, un contrôle d'un agent habilité peut avoir lieu et un procès-verbal d'infraction est établi ; il sera adressé au procureur de la République.

Dans le cas d'un E.R.P. soumis à l'autorisation d'ouverture, l'autorité qui doit se prononcer sur cette autorisation peut décider de ne pas l'accorder.

L'administration peut, à tout moment, visiter un chantier et procéder à la vérification des mesures relatives à l'accessibilité ; de plus, elle peut communiquer les documents techniques. Ce droit peut être exercé pendant 3 ans après l'achèvement des travaux [annexe I : article L.151-1 du C.C.H.].

2. 2. 5. Les sanctions

En cas de non-respect de la loi de 2005 des sanctions sont prévues.

Si les obligations d'accessibilité ne sont pas respectées, toutes les personnes en lien avec les travaux ou les bénéficiaires (architectes, entrepreneurs, propriétaire du lieu, masseurs-kinésithérapeutes...) encourent une peine de 45 000 euros d'amende. En cas de récidive, elle peut atteindre 75 000 euros et être accompagnée de 6 mois d'emprisonnement [annexe I : article L.152-4 du C.C.H.].

De plus, l'autorité administrative peut décider de la fermeture de l'E.R.P. en cas de non-conformité [annexe I : article L.111-8-3 du C.C.H.].

2. 2. 6. Autres textes de loi

Plusieurs textes viennent compléter la loi de 2005 [annexe I] et modifient les règles d'accessibilité des personnes handicapées en particulier dans les E.R.P. De 2005 à 2007 plusieurs arrêtés et décrets se succèdent pour aboutir à la circulaire interministérielle n° 2007-53 DGUHC du 30 novembre 2007 précisant les dispositions résultants de la loi du 11 février 2005, des arrêtés et décrets précédents [11].

La loi de 2005 prenant en compte tous les types de handicap, il nous semble nécessaire de rappeler leurs définitions, ce qu'ils engendrent, ainsi que les moyens de les compenser par l'accessibilité et donc l'aménagement des cabinets libéraux et des cheminements. En effet, pour bien comprendre la réglementation, il est utile, préalablement, de connaître les exigences de chaque handicap.

2. 3. Les différents types de handicap et les moyens de compensation prévus par la loi de 2005 [12]

2. 3. 1. Le handicap sensoriel

Le handicap sensoriel (auditif et visuel notamment) est une altération plus ou moins importante de la capacité auditive/visuelle de la personne (allant jusqu'à la surdité/cécité).

2. 3. 1. 1. Le handicap auditif

Les personnes déficientes auditives rencontrent des difficultés de communication orale, à entendre surtout dans une ambiance acoustique bruyante et dérangement, elles peuvent avoir une maîtrise aléatoire du français écrit ou une non-acquisition de la langue française, elles peuvent être en difficulté quand elles se retrouvent dans un lieu public sans informations écrites ou peu déchiffrables.

Pour pallier à ces difficultés, elles peuvent utiliser différents moyens de compensation notamment la vue pour repérer des obstacles, des dangers (voiture, personne qui arrive...); elles lisent sur les lèvres; utilisent la langue des signes; portent des prothèses auditives, implants etc. pour améliorer leur audition.

Pour faciliter l'accès au cabinet libéral à ces personnes, rendre accessible la chaîne de déplacement et le cabinet libéral, il faut :

- mettre en place des signaux visuels (dans les ascenseurs, sur les interphones...),
- prévoir les moyens de communication adaptés : informations sonores retranscrites à l'écrit ou visuellement (pictogramme...),

- leur faciliter la communication : parler lentement, bien articuler,
- prévoir des aménagements phoniques et acoustiques soignés : faire une bonne isolation phonique (revêtements sols, plafonds et murs absorbants les sons).



Figure 4 : pictogramme du handicap auditif

2. 3. 1. 2. Le handicap visuel [13, 14, 15]

Les personnes déficientes visuelles rencontrent des difficultés pour voir de loin (atteinte vision périphérique) et/ou voir de près (atteinte vision centrale) ; elles ont des difficultés pour déchiffrer la signalisation (panneaux, messages...), pour se repérer dans l'espace, pour s'orienter et également pour se déplacer.

Pour pallier à ces difficultés, elles peuvent utiliser différents moyens de compensations notamment l'ouïe (interprétation d'éléments passifs par la perception des masses ; actifs par la perception des sons et bruits mobiles), la perception des masses (contraste visuel), le toucher par la main/canne d'aveugle/pied (contraste tactile), l'odorat (bouche de métro, boulangerie...), la vue (lecture en braille), la mémorisation et enfin les aides humaines, animalières.

Pour ces personnes, «l'accessibilité consiste à permettre la compréhension d'un espace pour se situer et à rendre disponible des informations.»

Les éléments clés étant : *localisation/repérage/orientation.*

Pour faciliter l'accès au cabinet libéral à ces personnes, rendre accessible la chaîne de déplacement et le cabinet libéral, il faut :

○ Des contrastes visuels :

- une puissance d'éclairage adaptée,
- une bonne qualité d'éclairage (non éblouissant, pas d'ombres ni de reflets, pas de lumière dirigée sur la personne...),
- un repérage des obstacles et des fonctions (trous, fentes dans les plaques au sol inférieures à 2 cm pour que la canne d'aveugle ne s'y coince pas...),
- des couleurs différentes et contrastées : contraste support/environnement, support/message (couleurs des portes différentes par rapport aux murs, sur les obstacles qui ne peuvent être enlevés...),
- une signalétique adaptée : clarté, simplicité et homogénéité de la signalétique (gros caractère, pas d'écriture en gras ni soulignée, données importantes en braille),
- un positionnement des espaces et mobilier adéquat (pas d'obstacles en l'air, par terre).

○ Des contrastes tactiles :

- un marquage au sol spécifique qui signale toutes les différences de niveau : ressaut, bande d'éveil de vigilance sur la 1^{ère} marche d'escalier, nez de marche contrastés, bande de guidage au sol...,
- l'utilisation de différents matériaux pour un repérage facilité (herbe/goudron...).

○ Des outils sonores :

- ascenseurs : signal sonore d'ouverture/fermeture des portes, indication sonore de l'étage...,
- signal sonore d'ouverture/ fermeture de la porte vitrée de l'établissement.



Figure 5 : pictogramme du handicap visuel

2. 3. 2. Le handicap physique

Le handicap physique est une «atteinte de la motricité, c'est-à-dire de la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir, quel que soit le but ou la fonction du mouvement produit (déplacements, fonction posturale, action sur le monde extérieur, communication, alimentation, perception du monde extérieur, mouvements réflexes...)» docteur Michel DELCEY (Association des Paralysés de France).

Les personnes ayant des déficiences physiques ou les personnes âgées peuvent rencontrer des difficultés pour se déplacer, le moindre effort peut engendrer de la fatigue, elles ont des difficultés à utiliser toutes les fonctions d'un service (aller aux toilettes, se laver les mains...), pénibilité de la station debout ou d'attente prolongée, difficulté à passer des marches, des dénivelés ; selon la qualité du sol, le passage en fauteuil roulant, avec des cannes anglaises sera délicat (graviers, trous...) ; certains passages présentent une largeur insuffisante (couloirs, portes...) ; la hauteur des équipements, des commandes n'est pas toujours adaptée (guichet trop haut, interrupteur pas à portée de mains...) [16].

Pour pallier à ces difficultés, elles peuvent utiliser différents moyens de compensation comme l'utilisation d'aides techniques (fauteuil roulant, rollator, canne simple, cannes anglaises...) ; elles doivent se reposer, faire des pauses régulièrement (s'asseoir, s'adosser à un mur...), et pour finir, elles peuvent avoir des aides humaines.

Pour leur faciliter l'accès au cabinet libéral, rendre accessible la chaîne de déplacement et le cabinet libéral, il faut :

- un repérage des obstacles pour pouvoir déambuler en toute sécurité : le but étant un espace libre de tout obstacle (trottoir, escalier, pente...),
- un positionnement des espaces et du mobilier adéquat (pas d'obstacles en l'air, par terre),
- une signalétique qui permet de repérer le chemin d'accès le plus court pour accéder au cabinet et ainsi économiser de l'énergie,
- un marquage au sol spécifique qui signale toutes les différences de niveau pour un déplacement en toute sécurité : ressaut, bande d'éveil de vigilance sur la 1^{ère} marche d'escalier, nez de marche contrastés, bande de guidage au sol...,
- la manipulation facilitée des portes, poignées...,
- nécessité d'un espace de manœuvre,
- nécessité d'un espace de repos,
- une hauteur adaptée des commandes à la position assise (commande de l'ascenseur, guichet surabaissé...),
- une profondeur des éléments suffisante pour le passage du fauteuil roulant en dessous (guichet, lavabo des sanitaires...).



Figure 6 : pictogramme du handicap physique

2. 3. 3. Le handicap mental, psychique et cognitif

2. 3. 3. 1. Définitions

Le handicap mental est la conséquence de limitations des facultés cognitives (attention, mémoire, flexibilité...) et en particulier de l'efficacité intellectuelle [17].



Figure 7 : pictogramme S3A du handicap mental de l'U.N.A.P.E.I.

Le handicap psychique est la conséquence d'une maladie psychique (psychose, schizophrénie...). Troubles du comportement et du jugement entraînant des difficultés à s'adapter à la vie en société. Il est durable ou épisodique. Les capacités intellectuelles peuvent être soit conservées, soit affectées. *Déficiences des aspects tenant à la «santé mentale» de la personne* [18].



Figure 8 : pictogramme du handicap psychique

Le handicap cognitif est la conséquence de la déficience des grandes fonctions cérébrales supérieures que sont l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives et perceptives, le raisonnement, le jugement, le langage. Ce sont en général les maladies en «dys», telles que la dyslexie, la dyspraxie... *Déficiences des aspects d'apprentissage et de communication.*



Figure 9 : pictogramme du handicap cognitif

2. 3. 3. 2. Accessibilité [19]

Les personnes déficientes mentales/psychiques et cognitives rencontrent des difficultés pour comprendre l'environnement qui les entoure (proche ou lointain), se repérer dans l'espace et/ou dans le temps, ont des difficultés à traiter et mémoriser les informations orales et sonores, pour apprécier l'importance des informations mises à leur disposition, des difficultés à maîtriser la lecture et/ou l'écriture et à s'exprimer.

Pour pallier à ces difficultés, elles peuvent utiliser différents moyens de compensation : les aides humaines (aide à la décision, à faire des choix) et une organisation adaptée de l'environnement, aménagement de celui-ci.

Ce qui prime pour ces personnes, c'est la compréhension de l'environnement, pouvoir s'y repérer et déplacer facilement.

Création du pictogramme S3A (fig. 7) en 1998 par l'U.N.A.P.E.I. (Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés) et normalisation A.F.N.O.R. (Association Française de Normalisation) en 2000 : symbole d'Accueil, d'Accompagnement et d'Accessibilité des personnes handicapées mentales.

Pour leur faciliter l'accès au cabinet libéral, rendre accessible la chaîne de déplacement et le cabinet libéral, il leur est nécessaire de pouvoir :

- Localiser et accéder au site

- Mettre en place une signalétique simple du cheminement jusqu'à l'entrée principale du site.

- Repérage facile et compréhensible de l'entrée principale et des sorties (pictogramme...).

- Système d'ouverture/ fermeture des portes simple d'utilisation (portes motorisées par exemple).

- Repérer directement l'accueil
 - Signalétique claire pour diriger la personne de l'entrée principale vers le guichet d'accueil.
 - Accueil au plus proche de l'entrée principale.

- Se repérer, s'orienter et circuler dans le bâtiment
 - Identifier sur le site les prestations et services adaptés (pictogramme S3A).
 - Signalétique simple et repères visuels pour faciliter les déplacements sur le site.
 - Ascenseurs avec informations sonores et visuelles sur le déplacement de la cabine.

- Circuler en toute sécurité
 - Enlever ou signaler tous les dangers même temporaires (contrastes visuels des obstacles ne pouvant être éliminés au besoin).

- Repérer et utiliser les services pour les besoins primordiaux comme les sanitaires
 - Pictogramme pour identifier les sanitaires.
 - Verrouillage de la porte simple d'utilisation.
 - Bouton d'appel en cas d'urgence.
 - Système d'utilisation simple (système d'évacuation d'eau, robinet...).

2. 3. 4. Le polyhandicap

Le polyhandicap est «l'association d'un handicap mental sévère ou profond et d'un handicap moteur grave entraînant une mobilité réduite et une restriction extrême de l'autonomie» (circulaire n°89-19 du 30 octobre 1989).

3. MÉTHODOLOGIE

3. 1. La recherche bibliographique

Les mots-clés employés dans nos recherches sont : **en français** «accessibilité», «personnes handicapées», «personnes handicapées mentales», «cabinets médicaux», «cabinets

libéraux», «questionnaires», «évaluation», «perte d'audition», «trouble de la vision», **en anglais** «accessibility», «disabled persons», «mentally disabled persons», «physicians' offices», «liberals' offices», «questionnaires», «evaluation», «hearing loss», «vision disorders».

Nous avons interrogé les moteurs de recherche à partir de l'année 2005 (année de parution de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) pour tout ce qui concerne les réglementations en matière d'accessibilité ; sur une période plus large (nous remontons jusqu'à 1980) pour les classifications et la notion de concept du handicap.

La recherche bibliographique a débuté dans un 1^{er} temps sur le site **legifrance** pour avoir accès à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; ainsi que les autres textes de lois qui sont parus plus récemment sur le sujet de l'accessibilité des personnes handicapées dans les E.R.P. Nous avons par la suite cherché les normes à respecter dans un E.R.P. par le biais du site du **Centre de Ressources de l'Accessibilité**, par **réedoc** et la littérature disponible à l'université de Lorraine soit essentiellement des **livres d'architecture**. Les recherches effectuées sur le site de la **H.A.S.** (Haute Autorité de Santé) et sur **Google scholar** n'ont pas donné de résultats pertinents pour notre étude ; les recherches sur **Pubmed** et la **B.D.S.P.** nous ont permis de trouver des articles étrangers (anglais) sur l'accessibilité, mais aucun n'est pertinent pour notre étude.

Notre bibliographie est composée essentiellement de documents issus des sites gouvernementaux comme le Centre de Ressource de l'Accessibilité, le **ministère du développement durable** ainsi que les **associations de personnes handicapées** (notamment **A.V.H.** et **C.F.P.S.A.A.** pour les déficients visuels, **U.N.A.P.E.I.** pour les déficients mentaux et **l'A.P.F.** pour les déficients moteurs). Nous avons approfondi nos connaissances sur les différents types de handicap essentiellement par le biais de ces sites.

3. 2. Elaboration du questionnaire

La première étape de la réalisation du questionnaire : faire un recueil des normes à respecter dans les E.R.P. en se basant sur la circulaire interministérielle de 2007 qui reprend en détail la loi de 2005 et ses modifications en 2006. Une fois ces normes recueillies et triées par catégories (cheminements intérieurs, extérieurs, services...), sélection des plus pertinentes, essentielles et les plus simples à vérifier lors du remplissage du questionnaire par les kinésithérapeutes. Puis distinction des normes à appliquer obligatoirement et celles facultatives, pour se concentrer sur celles obligatoires. Cloisonnement aux normes comportant peu de données chiffrées et de mesures à effectuer, permettant une réponse plus facile et rapide au questionnaire. Le questionnaire est illustré de plusieurs images en annexes pour permettre une compréhension univoque de certains termes évoqués (passage utile, bande d'éveil de vigilance...). Nous nous sommes inspirée de questionnaires existants notamment celui du ministère de la Culture et de la Communication [20] et de l'observatoire de l'accessibilité du Puy de Dôme [21].

Le questionnaire se compose de 23 questions (chacune composée d'item(s)) réparties en 3 parties :

- accessibilité du cabinet, divisée en 2 sous-parties :
 - o cheminement extérieur (questions 1 à 7),
 - o cheminement intérieur (questions 8 à 12),
- accessibilité aux services (questions 13 à 17),
- autres questions plus générales (questions 18 à 23).

Les questions ouvertes ou à choix multiples sont évitées autant que possible pour faciliter le travail d'analyse statistique. La plupart des questions sont fermées (oui/non). Seule l'avant-dernière question du questionnaire abordant les causes de l'inaccessibilité du cabinet, permet une réponse ouverte, donc aux masseurs-kinésithérapeutes de s'exprimer librement.

Le questionnaire [annexe III] a été mis en page sur word avec la possibilité de cocher directement les réponses sur l'ordinateur, évitant ainsi aux masseurs-kinésithérapeutes de devoir imprimer le questionnaire pour le compléter. Les réponses sont retournées sur notre

boîte mail. Le questionnaire a été confié à la présidente de la F.F.M.K.R. de Lorraine pour une diffusion par mail aux kinésithérapeutes libéraux de lorraine (507 questionnaires envoyés) et par la suite, par une parution sur le site de KinéActualité. Le questionnaire a par ailleurs été envoyé par mail à des masseurs-kinésithérapeutes de notre connaissance.

3. 3. Elaboration du score d'accessibilité

En parallèle, pour faciliter le travail statistique, nous proposons de créer un score d'accessibilité en se basant sur les questions du questionnaire qui nous paraissent primordiales (accès sécuritaire et confortable du cheminement extérieur et intérieur ainsi que des services).

Il se compose de 11 items avec pour chacun une gradation propre :

- places de stationnement réservées aux personnes handicapées,
- signalisation au sol,
- signalisation par panneau,
- obstacles,
- système d'ouverture motorisé de la porte d'entrée du bâtiment et du cabinet,
- éclairage avec extinction progressive (fournir un signal prévenant de l'extinction imminente du système d'éclairage),
- cabinet de plain-pied,
- portes du cabinet,
- sanitaires pour personnes handicapées,
- tables,
- lève-personne.

Le score maximum est de 17 points, rapporté sur 100 pour donner le pourcentage d'accessibilité globale de chaque cabinet libéral étudié [annexe IV].

3. 4. Le traitement des réponses

Le matériel utilisé est un tableur EXCEL pour ses fonctionnalités de mise en page des résultats et de leurs analyses. Ce sont des analyses descriptives, avec utilisation des tests de Khi2 et de Student.

3. 4. 1. Du questionnaire

Les réponses «oui» et «non» ont été remplacées respectivement par 1 et 0. Pour la question 20 qui concerne les types de cabinets, les réponses «groupe», «maison médicale», «cabinet seul» et «autres» ont été remplacées respectivement par 1, 2, 3 et 4. Pour la question 21 concernant la localisation, «milieu urbain» a été remplacé par 1 et «milieu rural» par 2.

3. 4. 2. Du score d'accessibilité

Les réponses «oui» et «non» ont été remplacées respectivement par 1 et 0.

Pour la question 7 (cabinet de plain-pied), les réponses «plain-pied», «ascenseur accessible +/- escalier», «escalier accessible sans ascenseur ou avec ascenseur inaccessible» et «escalier non accessible» ont été remplacées respectivement par 3, 2, 1, 0.

Pour la question 8 (portes du cabinet), 3 points sont attribués si les trois critères sont remplis, 2 pour deux, 1 pour un et 0 point si aucun critère n'est rempli.

Pour les questions 9 (sanitaires pour personnes handicapées) et 10 (tables), 2 points attribués si les deux critères sont remplis, 1 pour un et 0 point si aucun critère n'est rempli.

4. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Sur les 44 réponses :

- 39 % des masseurs-kinésithérapeutes exercent dans un cabinet neuf,
- les cabinets ont été créés en moyenne en l'an 2000 avec un écart-type de 12,8 ans,
- 55 % exercent en groupe,
- 59 % en milieu urbain.

L'ensemble des résultats est présenté en annexe V.

L'analyse des résultats est réalisée sur la totalité des critères du questionnaire mais seuls ceux qui nous interpellent par leurs résultats, sont présentés ci-dessous.

4. 1. Cheminement extérieur (questions 1 à 7)

70 % des masseurs-kinésithérapeutes interrogés disposent de places de stationnement réservées aux personnes handicapées, dont 74 % ont une largeur de 3,30 mètres et 81 % sont de plain-pied c'est-à-dire sans dévers et sans pente (question 1).

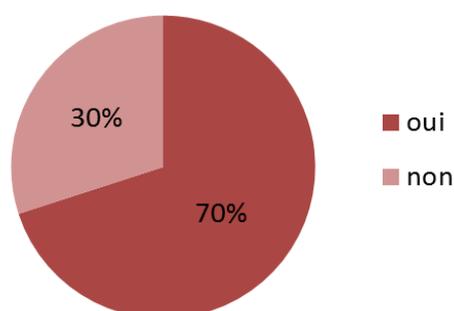


Figure 10 : places de stationnement pour personnes handicapées

Le test de Khi2 n'a pas révélé de lien significatif entre la présence de places de stationnement pour personnes handicapées et la localisation du cabinet en milieu rural ou urbain ($p = 0,92$). En effet, 69 % des cabinets en milieu urbain ont des places de stationnement pour personnes handicapées contre 71 % en milieu rural.

Le cheminement extérieur présente des obstacles (question 5) limitant l'entrée au bâtiment dans 23 % des cas, notamment une pente (9 %) et des marches (9 %). Les obstacles à l'accès au bâtiment ont une tendance significative ($p = 0,15$ pour le test de Khi 2) à être plus présents en milieu urbain ; 31 % des cabinets en milieu urbain ont des obstacles et seulement 12 % en milieu rural.

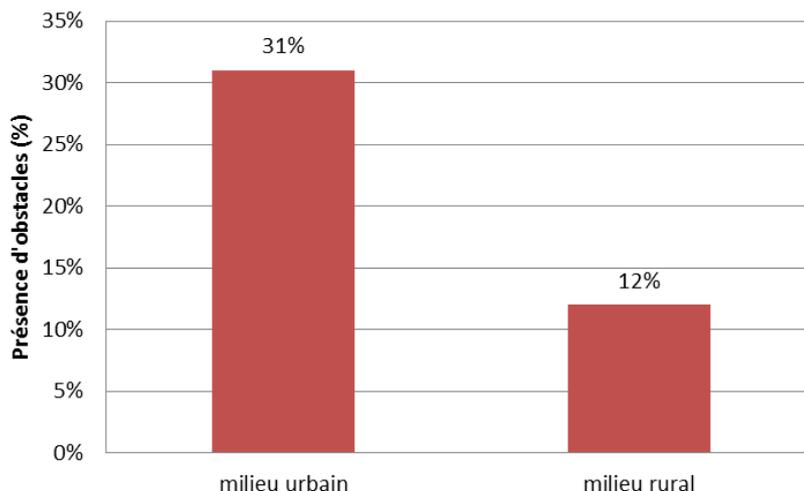


Figure 11 : obstacles par rapport au lieu du cabinet

59 % des trottoirs (question 6) bordant le bâtiment présentent un bateau avec une largeur de 1,20 mètre (45 %).

Nous pouvons pénétrer dans le bâtiment (question 2) par plusieurs cheminements d'accès (43 %) qui comportent (questions 3 et 4) une signalisation au sol (25 %) et des indications par panneaux (25 %).

4. 2. Cheminement intérieur (questions 8 à 12)

Dans 14 % des cabinets, l'accès au bâtiment se fait par des portes avec un système d'ouverture motorisé (question 8).

59 % des cabinets sont de plain-pied (déduit de la question 10), mais en ce qui concerne les 41% de cabinets avec étage(s) seul 56 % disposent d'un ascenseur (question 11). Les cabinets de plain-pied ne sont pas significativement des cabinets neufs ($p = 0,22$ pour le test de Khi 2) ; en effet 71 % des cabinets neufs sont de plain-pied contre 52 % de cabinets anciens.

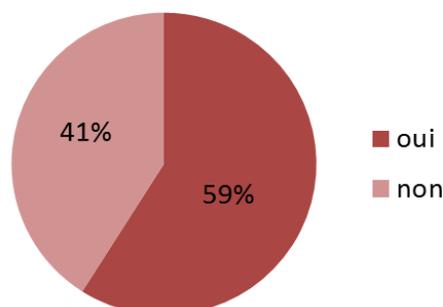


Figure 12 : cabinets de plain-pied

27 % des cabinets disposent d'un éclairage avec extinction progressive (question 9).

Selon notre score d'accessibilité, 61 % des cabinets ont des portes accessibles (largeur de 0,90 mètre minimum, ouverture de 90° minimum et système d'ouverture utilisable en position assise et debout).

4. 3. Accessibilité aux services (questions 13 à 17)

36 % des cabinets présentent des guichets d'accueil surabaissés (question 13).

61 % des cabinets ont des sanitaires à disposition des personnes handicapées (question 14). Cependant, au vu des réponses aux items de cette question, aucun d'entre eux n'est totalement accessible ; en effet 57 % des sanitaires ne disposent pas de barre d'appui latérale, 48 % n'ont pas de vide sous le lavabo, encore plus marquant aucun d'entre eux ne dispose d'une sonnette de sécurité.

Les sanitaires pour personnes handicapées sont significativement plus présents dans les cabinets neufs ($p = 0,004$ pour le test de Khi 2) ; en effet 56 % des cabinets neufs ont des sanitaires pour personnes handicapées contre 12 % pour les cabinets anciens.

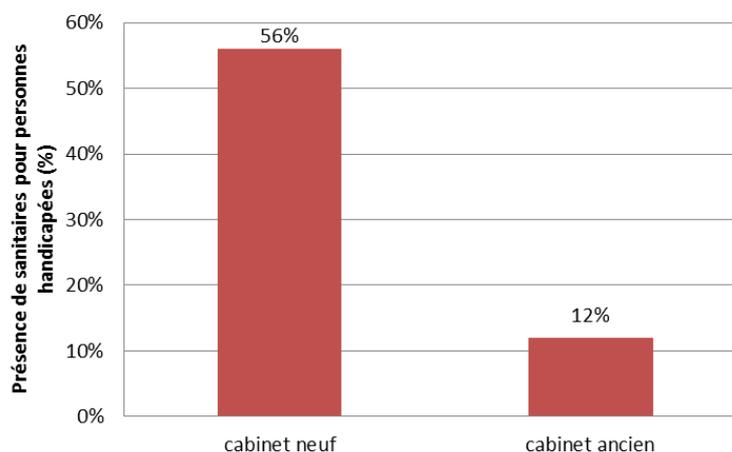


Figure 11 : présence de sanitaires pour personnes handicapées par rapport à l'ancienneté du cabinet

93 % des cabinets sont équipés de tables électriques et seuls 5 % de lève-personnes.

44 % des masseurs-kinésithérapeutes interrogés estiment avoir un cabinet accessible en 2015. Selon notre score d'accessibilité, 50 % des cabinets ont un score supérieur à la moyenne, c'est-à-dire supérieur à 8,5 sur 17 (la moyenne d'accessibilité des cabinets interrogés étant de 8,32 sur 17).

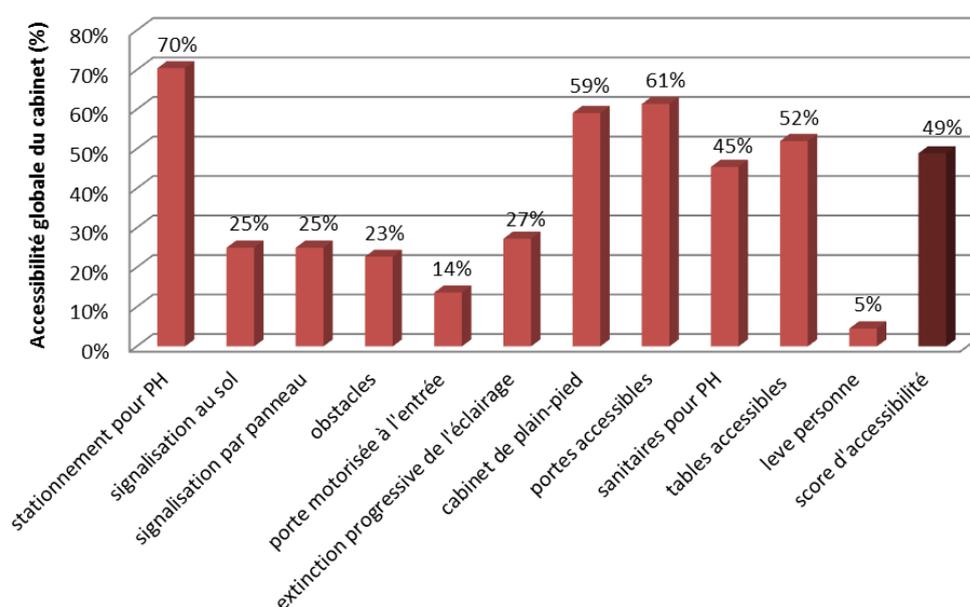


Figure 12 : score d'accessibilité du cabinet

Les 44 % des cabinets qui pensent être accessibles en 2015 ont le score d'accessibilité globale le plus élevé ($p=0,05$ au test de Student) avec une moyenne de $9,21 \pm 2,55$ d'écart type (contre $7,54 \pm 2,7$ pour ceux qui ne le pensent pas).

Il n'y a pas de différence significative entre l'accessibilité des cabinets de groupe et des cabinets individuels ($p = 0,84$ au test de Student) ; en effet les cabinets de groupe ont un score en moyenne de $8,24 \pm 2,94$ d'écart-type contre un score de $8,45 \pm 1,88$ pour les cabinets individuels.

Il n'y a pas non plus de différence significative entre l'accessibilité des cabinets urbains et des cabinets ruraux ($p=0,44$ au test de Student), avec un score en moyenne à $8,54 \pm 2,73$ d'écart-type en milieu urbain et $7,88 \pm 2,78$ en milieu rural.

Cependant les cabinets neufs sont significativement plus accessibles que les cabinets anciens ($p=0.002$ au test de Student), avec un score en moyenne $9,82 \pm 2,01$ d'écart-type contre un score de $7,37 \pm 2,71$ pour les cabinets anciens.

4.4 Raisons évoquées pour l'inaccessibilité du cabinet

32 % des masseurs-kinésithérapeutes disent avoir un cabinet inaccessible à ce jour du fait d'une impossibilité technique, 25 % avancent l'argument d'une impossibilité architecturale, 23 % parlent d'impossibilité financière et 23 % estiment ne pas avoir assez d'informations (plusieurs réponses étaient possibles). Enfin 20 % n'ont pas répondu à cette question.

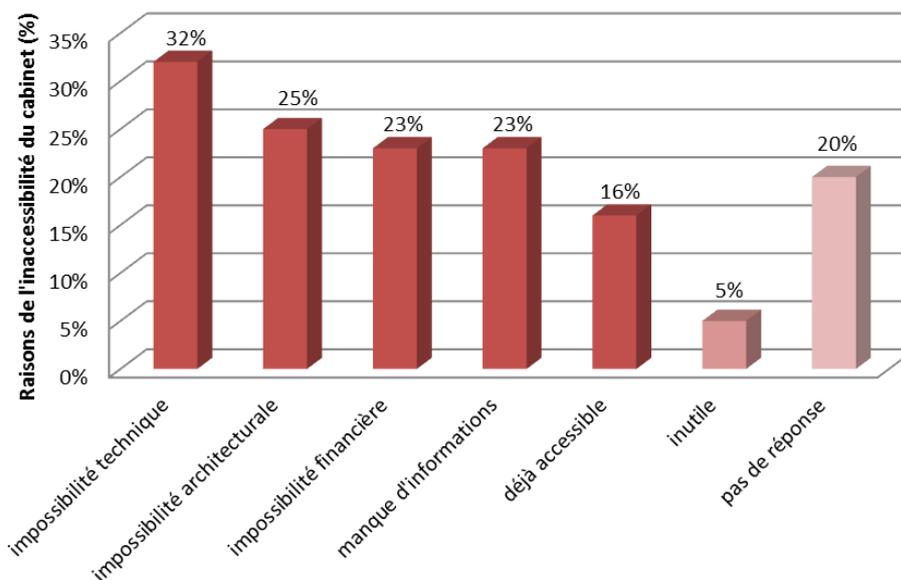


Figure 13 : raisons de l'inaccessibilité du cabinet à ce jour

5. DISCUSSION

Par les analyses statistiques, nous pouvons constater qu'à ce jour seuls 50 % des cabinets libéraux ont un score d'accessibilité supérieur à la moyenne. Et seulement 44 % des masseurs-kinésithérapeutes estiment que leur cabinet sera aux normes en 2015. Ces chiffres décevants nous montrent l'étendue du travail encore à réaliser.

Les analyses des résultats nous ont montré que les cabinets neufs sont significativement plus accessibles que les cabinets anciens, mais ils ne sont pas pour autant totalement accessibles. Or, la loi du 11 février 2005 stipule que les cabinets libéraux neufs ou les cabinets créés par changement de destination doivent déjà être accessibles à ce jour. Il y a donc un écart important entre ce que dit la loi et ce qui est constaté.

Les causes d'inaccessibilité évoquées sont prioritairement les impossibilités techniques, architecturales et financières. Il est nécessaire qu'en cas de changement de local, de création de cabinet, ou d'installation dans un cabinet existant, les masseurs-kinésithérapeutes s'interrogent sur l'accessibilité : «est-ce que ce local est accessible ?», sinon «est-ce possible de le mettre aux normes de la loi de 2005 au niveau budgétaire, architectural et technique ?».

Si les réponses sont négatives alors le masseur-kinésithérapeute ne doit pas s'installer dans ces locaux. La question de surcoût doit donc être écartée en ce qui concerne les E.R.P. neufs.

Si l'accessibilité est intégrée dans la réflexion dès le début, les contraintes techniques, architecturales et financières n'ont plus lieu d'être car le local aura été trouvé, pensé, dans l'optique du respect de l'accessibilité pour tous (loi de 2005).

95% des masseurs-kinésithérapeutes interrogés ne connaissent pas le pictogramme S3A créé par l'U.N.A.P.E.I. ; ce chiffre montre une méconnaissance, un non investissement des masseurs-kinésithérapeutes pour rendre accessible leur cabinet aux personnes handicapées mentales. Or, encore une fois, la loi du 11 février 2005 oblige les masseurs-kinésithérapeutes à rendre accessible leur cabinet à toutes les personnes handicapées, quelque soit leur type de handicap et à ne pas faire de discrimination entre les différents handicap : cette loi n'est donc pas encore intégrée, entrée dans la conscience professionnelle.

Les retards en terme d'accessibilité sont aussi dûs à l'absence de prise de conscience de certains masseurs-kinésithérapeutes. L'accessibilité serait au mieux une contrainte, au pire une dépense inutile qui ne sert que rarement. Du coup, elle est reléguée au dernier rang des priorités. Cette attitude ne semble pas concevable et révèle un manque de solidarité envers les personnes confrontées aux différents types de handicaps [22].

Ces données sont en adéquation avec le rapport «Réussir 2015» sur l'accessibilité des personnes handicapées aux transports, aux logements, aux établissements recevant du public, à la voirie et à l'espace public, rendu en mars 2013 au Premier Ministre. Les résultats constatés font que la France ne sera pas au rendez-vous en 2015. Il précise qu'il faut «rester ferme sur l'objectif et sur l'essentiel des moyens, mais qu'il faut proposer sur cette base, une démarche susceptible à la fois de poursuivre cette dynamique et de limiter les risques juridiques qui pèsent sur les acteurs» [22].

Sur 507 envois de questionnaires par mail et une parution sur le site de KinéActualité, nous avons reçu 44 réponses. Est-ce que les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas pris en compte notre questionnaire par manque de temps, d'intérêt pour le sujet ou est-ce qu'ils ne se sentent pas concernés ?

23% des masseurs-kinésithérapeutes interrogés estiment manquer d'informations sur les normes à respecter et 5% s'interrogent sur leur utilité. Ces 2 paramètres sont la raison d'être de ce mémoire et en particulier du livret : il convient d'apporter aux masseurs-kinésithérapeutes les réponses manquantes aux questions qu'ils se posent, d'expliquer l'utilité de certaines normes en les synthétisant dans un livret explicatif.

Cependant, au vu de la large multiplication des informations de base sur les exigences d'accessibilité, aucun professionnel ne peut prétendre ne pas avoir été alerté sur l'échéance de 2015.

Il faut aussi s'interroger sur les cours dispensés aux étudiants dans les I.F.M.K. (instituts de formation en masso-kinésithérapie), une formation sur les normes d'accessibilité de la loi de 2005 ne devrait-elle pas être dispensée dans tous les instituts de formation ; ainsi les nouveaux professionnels seraient directement sensibilisés à l'accessibilité et ils pourraient dès lors s'installer dans un cabinet libéral mis aux normes.

N'est-ce pas aussi le rôle des instances professionnelles (Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, syndicats) d'informer les masseurs-kinésithérapeutes sur les normes d'accessibilité à respecter ?

Peut-on concevoir qu'une profession de santé comme la nôtre amenée à s'occuper de patients handicapés ne puissent pas les accueillir au sein des cabinets libéraux.

Le nombre restreint de réponses à notre questionnaire est la principale limite de notre étude. Le fait qu'il soit envoyé en particulier aux masseurs-kinésithérapeutes de la région Lorraine peut créer un biais mais il s'agit d'avoir la tendance de l'accessibilité des cabinets de masseurs-kinésithérapeutes en 2013 et non une image exhaustive au niveau national.

Toutefois cela permet de dégager des axes de travail et de voir différentes pistes d'amélioration : communication aux professionnels et étudiants, nécessité de plus d'informations (livret, réunion d'informations, etc.)...

Pour permettre aux masseurs-kinésithérapeutes d'avoir les moyens de s'investir dans l'accessibilité de leur cabinet, nous avons élaboré un livret regroupant les principales normes à respecter et les moyens de mise en œuvre.

Par la lecture et l'analyse des réponses au questionnaire, nous avons pu cibler les principaux thèmes du cheminement extérieur, intérieur et des services pour lesquels les normes n'étaient pas appliquées. Nous avons sélectionné les plus importantes à respecter en gardant toujours en tête les thèmes déficients chez les masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Même si l'idéal est de respecter à la lettre toutes les normes, les principales ont été mises en avant.

Pour évaluer l'accessibilité du cabinet, le masseur-kinésithérapeute va remplir un score d'accessibilité. Le résultat doit l'interpeller et le motiver à poursuivre la lecture du livret.

Dans la première partie, nous rappelons les différents types de handicap ainsi que les moyens à mettre en œuvre dans les cabinets afin qu'ils soient accessibles aux différentes personnes handicapées.

La seconde partie est consacrée à la loi de 2005, ses obligations, les dérogations possibles, les obligations administratives ainsi que les contrôles possibles.

La troisième partie aborde les normes à respecter dans les cabinets libéraux de masso-kinésithérapie.

Une quatrième partie rappelle les sanctions en cas de non-respect de la loi de 2005.

Une cinquième partie traite des pictogrammes et de leurs significations.

Enfin, la sixième et dernière partie est une annexe composée de définitions illustrées de certains termes évoqués dans le livret.

6. CONCLUSION

Cette étude nous a permis de montrer, qu'à l'heure actuelle, les cabinets libéraux de masso-kinésithérapie ne permettent pas d'accueillir toutes les personnes, valides ou handicapées. En effet les cabinets ne sont, à ce jour, pas accessibles aux personnes handicapées pour 50 % d'entre eux. Chiffre plus alarmant encore, 56 % ne le seront pas davantage en 2015, date d'échéance finale de la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. L'insertion des personnes handicapées dans nos cabinets n'est donc pas encore pleine et entière.

Rappelons que la loi de 1975 en faveur des personnes handicapées, obligeait déjà les masseurs-kinésithérapeutes à avoir des cabinets accessibles aux personnes handicapées, loi en

pratique non respectée. 30 ans après, la loi de 2005 réaffirme cette obligation et encore une fois celle-ci ne semble pas respectée.

Les raisons évoquées à cette inaccessibilité sont d'ordres techniques, architecturales et financières. Ces raisons n'ont pas lieu d'être si l'accessibilité est prise en compte dès le départ, en amont des travaux ou de l'achat du cabinet et non en aval.

Un manque d'informations sur les normes à respecter et leur utilité est cité, et ce malgré des textes de lois très explicites et des schémas à l'appui ; c'est cette fois l'intérêt porté à l'accessibilité et aux différents types de handicap qui est mis en cause.

Il convient de saluer les efforts réalisés par certains cabinets en terme d'accessibilité, mais néanmoins aucun des cabinets interrogés dans cette étude n'est dit «totalement accessible» selon la loi de 2005.

Il est donc nécessaire d'informer les professionnels, que ce soit en amont dans les I.F.M.K. pour sensibiliser les étudiants à l'accessibilité, ou en aval par des réunions d'informations organisées par l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes et/ou par les syndicats.

Pour conclure, tout ne s'arrête pas au 1er janvier 2015, beaucoup reste à faire et les efforts doivent être poursuivis. Il est souhaitable d'aller parfois plus loin encore en matière d'accessibilité, de tendre vers l'accessibilité universelle et non seulement vu uniquement pour les personnes handicapées, afin que tous les citoyens puissent accéder et se déplacer comme bon leur semble, dans leur environnement, sans heurt.

Ainsi, nos cabinets permettront l'accueil de toute personne, valide ou handicapée, tant au niveau de la chaîne de déplacement à parcourir, que l'accès aux bâtiments et équipements de rééducation.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] **OMS**. Rapport mondial sur le handicap. 2011. Téléchargeable :
http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html (page consultée le 20/10/12)
- [2] **Loi n° 2005-102 du 11 février 2005** pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005. Téléchargeable :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FCB8D3F2B3329F3AD3D69862FCDFD082.tpdjo07v_3?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id (page consultée le 20/09/12)
- [3] **Congrès européen des personnes handicapées**. Déclaration de Madrid. 2002.
Téléchargeable : http://www.disabilityworld.org/09-10_02/news/madrid.shtml (page consultée le 13/2/13)
- [4] **LAZAR P**. Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Paris : INSERM, 1988. 213 p. ISBN 9-782877-100205.
- [5] **Loi n°75-534 du 30 juin 1975** d'orientation en faveur des personnes handicapées. 1975.
Téléchargeable :
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19750701&numTexte=&pageDebut=06596&pageFin= (page consultée le 20/09/12)
- [6] **ONU**. Convention relative aux droits des personnes handicapées. 2006. Téléchargeable :
<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf> (page consultée le 12/11/12)
- [7] **GROBOIS L-P**. Handicap et construction. 8e éd. Paris : Le Moniteur, 2008. 488 p.
ISBN : 978-2-281-11420-1
- [8] **Union Européenne**. Charte des droits fondamentaux de l'UE. 2000. Téléchargeable :
http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf (page consultée le 12/11/12)

- [9] **Inter ministère.** Définition de l'accessibilité, une démarche interministérielle. 2006. Téléchargeable : http://www.ac-lille.fr/dsden59/ash/espace_enseignants/docs/GuideAccessibilite.pdf (page consultée le 12/10/12)
- [10] **URML lorraine.** L'accessibilité. 2009. Téléchargeable : http://internet.cdm44.org/downloads/Plaquette_Acces.pdf (page consultée le 12/10/12)
- [11] **Ministère du logement et de la ville.** Circulaire interministérielle n° 2007-53 DGUHC. 2007. Téléchargeable : <http://www.kinesitherapeutes.info/omkr80/IMG/pdf/annexe.pdf> (page consultée le 12/10/12)
- [12] **CAUE 80.** Guide de l'accessibilité des équipements recevant du public. 2010. Téléchargeable : http://www.caue80.fr/images/stories/ressources/productions/architecture/accessibilit/caue80_MDPH_guide_accessibilite_equipement.pdf (page consultée le 25/09/12)
- [13] **AVH.** Fiches techniques AVH illustrées. 2013. Téléchargeable : http://www.avh.asso.fr/rubriques/infos_deficience/accessibilite_lieux_outils.php?id=6 (page consultée le 15/03/13)
- [14] **CFPSAA.** Les besoins des personnes déficientes visuelles accès à la voirie et au cadre bâti. 2010. Téléchargeable : <http://accessibilite-universelle.apf.asso.fr/media/02/01/1082664205.pdf> (page consultée le 15/01/13)
- [15] **MOTTAZ Y.** Accessibilité des cabinets des médecins généralistes du Loir-et-Cher aux handicapés visuels. 2012. 43 p. Thèse méd. : Tours.
- [16] **KOMPANY S.** Accessibilité pour tous : la nouvelle réglementation. Hericy : Puits Fleuri, 2008. 336p. ISBN 978-2-86739-360-0

[17] **COFEMER**. Handicap mental. 2007. Téléchargeable :

http://www.cofemer.fr/article.php?id_article=643 (page consultée le 15/01/13)

[18] **UNAFAM**. Handicap psychique. 2008. Téléchargeable : <http://www.unafam.org/Le-handicap-psychique.html> (page consultée le 15/01/13)

[19] **UNAPEI**. Guide pratique de l'accessibilité. 2010. Téléchargeable :

<http://www.unapei.org/IMG/pdf/GuideAccess.pdf> (page consultée le 20/9/12)

[20] **Ministère de la Culture et de la Communication**. Questionnaire d'évaluation de l'accessibilité aux personnes handicapées, des monuments nationaux, musées, lieux de diffusion et de formation, bibliothèques, aux personnes handicapées. 2012. Téléchargeable : <http://www.culture.gouv.fr/handicap/pdf/questionnaire-accessibilite.pdf> (page consultée le 20/9/12)

[21] **Observatoire de l'accessibilité** - Département du Puy-de-dôme. Guide de l'accessibilité ERP et IOP. 2009. Téléchargeable :

<http://www.cantal.cci.fr/phocadownload/fichiers/guideaccessibilit.pdf> (page consultée le 20/9/12)

[22] **CAMPION C.-L.** Réussir 2015 Accessibilité des personnes handicapées au logement, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces publics. 2013. Téléchargeable : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000147/0000.pdf> (page consultée le 30/3/13)

Autres lectures :

[23] **GART**. GART- APF Colloque accessibilité aménagement durable- développement durable. 2010. Téléchargeable : http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/GART_APF_Colloque_Accessibilite_Amenagement_durable_Developpement_durable.pdf (page consultée le 20/9/12)

[24] **CERTU**. Synthèse du VAT : Ville Accessible à tous : Comment aborder tous les handicaps? 2006. Téléchargeable :
<http://reglementationsaccessibilite.blogs.apf.asso.fr/files/Notionsmiseenoeuvreaccess/comment%20aborder%20les%20handicaps,%20CERTU,%202008.PDF> (page consultée le 20/9/12)

[25] **Ministère de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement**. Accessibilité du cadre bâti : l'essentiel pour mieux vivre dans son environnement, Fiches synthétiques sur la réglementation accessibilité. 2012. Téléchargeable :
http://www.developpement-durable.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=26385 (page consultée le 07/01/13)

[26] **Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer**. Le stationnement réservé aux personnes handicapées ou à mobilité réduite guide juridique et pratique à l'usage des collectivités territoriales. 2010. Téléchargeable :
<http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Stationnement-reserve-handicapes.pdf> (page consultée le 07/01/13)

[27] **CAUE Martinique** (Conseil d'architecture, d'urbanisme et d'environnement). Handicap et loi sur l'accessibilité. Téléchargeable : <http://www.caue-martinique.com/media/fichepr-24-handicap-et-loi-sur-l-accessibilite.pdf> (page consultée le 06/12/13)

[28] **GAURIER B., MICHEL D-A**. Tous inclus ! Réinventer la vie dans la Cité avec les personnes en situation de handicap. Ivry-sur-Seine : l'Atelier, 2010. 224 p. ISBN : 978-27082-4133-6.

[29] **SCHWEITZER L., DE BROCA A**. Code du Handicap 2009. 1^o éd. Paris : Dalloz, 2008. 857 p. ISBN : 978-2-247-08111-0

[30] **BAUNEZ S**. Service accessibilité universelle - APF. 2010. Téléchargeable :
<http://reglementationsaccessibilite.blogs.apf.asso.fr/media/02/00/263426839.pdf> (page consultée le 05/03/13)

[31] **FERTE D.** L'accessibilité en pratique, de la règle... à l'usage. 1^e éd. Paris : Le Moniteur, 2008. 200 p. ISBN : 978-2-281-11412-6.

ANNEXES

SOMMAIRE

ANNEXE I : TEXTES VENANT COMPLÉTER LA LOI DE 2005

ANNEXE II : DEMANDE DE TRAVAUX

ANNEXE III : QUESTIONNAIRE

ANNEXE IV : SCORE D'ACCESSIBILITÉ

ANNEXE V : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

ANNEXE VI : LIVRET

ANNEXE I : TEXTES VENANT COMPLÉTER LA LOI DE 2005

Code de la construction et de l'habitation. | Legifrance



Chemin :

Code de la construction et de l'habitation

Partie réglementaire

Livre Ier : Dispositions générales.

Titre Ier : Construction des bâtiments.

Chapitre Ier : Règles générales.

Section 3 : Personnes handicapées.

Sous-section 6 : Autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant le public.

Paragraphe 1 : Compétence.

Article R*111-19-13

Modifié par Décret n°2007-1327 du 11 septembre 2007 - art. 1 JORF 12 septembre 2007 en vigueur le 1^{er} octobre 2007.

L'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant le public prévue à l'article L.111-8 est délivrée au nom de l'Etat par :

- a) Le préfet, lorsque celui-ci est compétent pour délivrer le permis de construire ou lorsque le projet porte sur un immeuble de grande hauteur ;
- b) Le maire, dans les autres cas.

Article R*111-19-14

Modifié par Décret n°2007-1327 du 11 septembre 2007 - art. 1 JORF 12 septembre 2007 en vigueur le 1^{er} octobre 2007.

L'autorisation ne peut être délivrée que si les travaux projetés sont conformes :

- a) Aux règles d'accessibilité aux personnes handicapées prescrites, pour la construction ou la création d'un établissement recevant du public, à la sous-section 4 de la présente section ou, pour l'aménagement ou la modification d'un établissement recevant du public existant, à la sous-section 5 de la même section ;
- b) Aux règles de sécurité prescrites aux articles R. 123-1 à R. 123-21.

Article R*111-19-15

Modifié par Décret n°2012-274 du 28 février 2012 - art. 8.

Conformément à l'article R*425-15 du code de l'urbanisme, le permis de construire tient lieu de l'autorisation prévue à l'article L. 111-8 du présent code, dès lors que les travaux projetés ont fait l'objet d'un accord de l'autorité compétente définie à l'article R*111-19-13 en ce qui concerne le respect des règles d'accessibilité. Cet accord est instruit et délivré dans les conditions prévues par la présente sous-section.

Le permis de construire indique, lorsque l'aménagement intérieur de l'établissement recevant du public ou d'une partie de celui-ci n'est pas connu lors du dépôt de la demande, qu'une autorisation complémentaire au titre de l'article L. 111-8 du code de la construction et de l'habitation devra être demandée et obtenue en ce qui concerne l'aménagement intérieur du bâtiment ou de la partie de bâtiment concernée avant son ouverture au public.

Chemin :

Code de la construction et de l'habitation

Partie réglementaire

Livre Ier : Dispositions générales.

Titre Ier : Construction des bâtiments.

Chapitre Ier : Règles générales.

Section 3 : Personnes handicapées.

Sous-section 7 : Attestation prévue par l'article L. 111-7-4 après achèvement des travaux.

Article R111-19-27

Créé par Décret n°2007-1327 du 11 septembre 2007 - art. 1 JORF 12 septembre 2007 en vigueur le 1er octobre 2007.

A l'issue des travaux mentionnés aux sous-sections 1 à 5 et soumis au permis de construire prévu à l'article L. 421-1 du code de l'urbanisme, l'attestation prévue à l'article L. 111-7-4 est établie par un contrôleur technique titulaire d'un agrément l'habilitant à intervenir sur les bâtiments ou par un architecte, au sens de l'article 2 de la loi du 3 janvier 1977 sur l'architecture susvisée, qui ne peut être celui qui a conçu le projet, établi les plans ou signé la demande de permis de construire. L'attestation est jointe à la déclaration d'achèvement prévue par l'article R. 462-1 du code de l'urbanisme.

Les personnes mentionnées à l'article R. 111-18-4 du présent code qui construisent ou améliorent un logement pour leur propre usage sont dispensées de fournir l'attestation prévue au premier alinéa.

Un arrêté du ministre chargé de la construction détermine, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.

Article R111-19-28

Créé par Décret n°2007-1327 du 11 septembre 2007 - art. 1 JORF 12 septembre 2007 en vigueur le 1er octobre 2007.

Le fait, pour une personne ne remplissant pas les conditions définies au premier alinéa de l'article R. 111-19-27, d'établir une attestation mentionnée à cet article est puni d'une amende

prévue pour les contraventions de la 5^e classe.

Le fait de faire usage d'une attestation établie par une personne ne remplissant pas les conditions définies au premier alinéa de l'article R. 111-19-27 est puni de la même peine.

La juridiction peut prononcer la peine d'affichage de la décision et de diffusion de celle-ci dans les conditions prévues par l'article 131-35 du code pénal.

En cas de récidive, le maximum de la peine encourue est majoré dans les conditions définies par les articles 132-11 et 132-15 du code pénal.

Chemin :

Code de la construction et de l'habitation

Partie législative

Livre Ier : Dispositions générales.

Titre Ier : Construction des bâtiments.

Chapitre Ier : Règles générales.

Section 3 : Personnes handicapées ou à mobilité réduite.

Article L111-7-4

Modifié par Loi n°2006-872 du 13 juillet 2006 - art. 79 (V) JORF 16 juillet 2006.

Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions dans lesquelles, à l'issue de l'achèvement des travaux prévus aux articles L. 111-7-1, L. 111-7-2 et L. 111-7-3 et soumis à permis de construire, le maître d'ouvrage doit fournir à l'autorité qui a délivré ce permis un document attestant de la prise en compte des règles concernant l'accessibilité. Cette attestation est établie par un contrôleur technique visé à l'article L. 111-23 ou par une personne physique ou morale satisfaisant à des critères de compétence et d'indépendance déterminés par ce même décret. Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les propriétaires construisant ou améliorant leur logement pour leur propre usage.

Chemin :

Code de la construction et de l'habitation

Partie législative

Livre Ier : Dispositions générales.

Titre Ier : Construction des bâtiments.

Chapitre Ier : Règles générales.

Section 3 : Personnes handicapées ou à mobilité réduite.

Article L111-8-3-1

Modifié par Loi n°2006-872 du 13 juillet 2006 - art. 79 (V) JORF 16 juillet 2006.

L'autorité administrative peut décider la fermeture d'un établissement recevant du public qui ne répond pas aux prescriptions de l'article L. 111-7-3.

Chemin :

Code de la construction et de l'habitation

Partie législative

Livre Ier : Dispositions générales.

Titre V : Contrôle et sanctions pénales.

Chapitre Ier : Mesures de contrôle applicables à toutes les catégories de bâtiments.

Article L151-1

Modifié par Ordonnance n°2005-1527 du 8 décembre 2005 - art. 27 JORF 9 décembre 2005
en vigueur le 1^{er} octobre 2007.

Le préfet et l'autorité compétente mentionnée aux articles L. 422-1 à L. 422-3 du code de l'urbanisme ou ses délégués, ainsi que les fonctionnaires et les agents commissionnés à cet effet par l'autorité administrative et assermentés peuvent visiter les constructions en cours, procéder aux vérifications qu'ils jugent utiles et se faire communiquer tous documents techniques se rapportant à la réalisation des bâtiments, en particulier ceux relatifs à l'accessibilité aux personnes handicapées quel que soit le type de handicap. Ce droit de visite

et de communication peut aussi être exercé après l'achèvement des travaux pendant trois ans.

- 2006

○ **Arrêté du 17 mai 2006** relatif aux caractéristiques techniques relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées lors de la construction ou de la création d'établissements recevant du public ou d'installations ouvertes au public.

○ **Décret n° 2006-555 du 17 mai 2006** relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation.

○ **Arrêté du 1er août 2006** fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création.

- 2007

○ **Arrêté du 21 mars 2007** fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-8 et R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation, relatives à l'accessibilité pour les personnes handicapées des établissements existants recevant du public et des installations existantes ouvertes au public.

○ **Arrêté du 11 septembre 2007** relatif au dossier de demande d'autorisation de travaux de construction, d'aménagement ou de modification, d'un établissement recevant du public et les règles d'accessibilité.

○ **Arrêté du 30 novembre 2007** (JO du 14 décembre) modifiant l'arrêté du 1er août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-18 à R. 111-18-7 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des bâtiments d'habitation collectifs et des maisons individuelles lors de leur construction.

○ **Circulaire interministérielle n°2007-53 DGUHC du 30 novembre 2007** relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation.

- 2009

Loi n° 2009-1791 du 31 décembre 2009 : ratification de la convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées.

- 2011

Décret n° 2010-124 du 9 février 2010 portant création de l'observatoire interministériel de l'accessibilité et de la conception universelle.

- 2012

Arrêté du 18 septembre 2012 modifiant l'arrêté du 15 janvier 2007 relatif aux prescriptions techniques pour l'accessibilité de la voirie et des espaces publics.

ANNEXE II : DEMANDE DE TRAVAUX

Pour la demande de permis de construire ou autorisation de création, d'aménagement ou de modification d'un E.R.P. (autorisation de travaux), il convient d'utiliser :

- soit le formulaire Cerfa n° 13824 intitulé « Demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public », lorsque les travaux ne sont pas soumis à permis de construire ; téléchargeable sur :

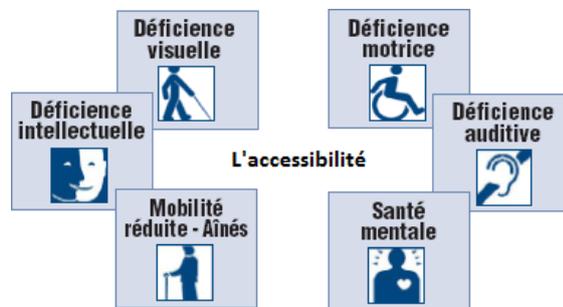
https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_13824.do ,

- soit le dossier spécifique à joindre à une demande de permis de construire ; téléchargeable sur :

<https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/getNotice.do?cerfaNotice=annexe&cerfaFormulaire=13409> .

ANNEXE III : QUESTIONNAIRE

L'échéance prévue par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées arrive à terme. Pour faire un état des lieux sur l'application de cette loi en 2012, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et de l'envoyer par mail à l'adresse suivante : pinto.amelie@hotmail.fr. Pour cela il faut enregistrer ce document word sur le bureau de votre ordinateur, le compléter en cochant les cases correspondantes, l'enregistrer à nouveau puis l'ajouter en pièce jointe à votre mail. Pour certaines questions nous vous demandons de cocher la case lorsque la réponse est positive (plusieurs réponses peuvent être possibles). Ce questionnaire, sur l'accessibilité des cabinets libéraux aux personnes handicapées, sera utilisé dans le cadre de la réalisation de mon mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état.



I. Accessibilité à votre cabinet

1) Cheminement extérieur (du parking au bâtiment)

Places de stationnement

1

- places réservées aux personnes handicapées

1. Oui

2. Non

1.1

Si oui :

située(s) de plain-pied

1.1.1

simple signalétique (panneau ou affichage au sol)

1.1.2

double signalétique (les 2)

1.1.3

largeur de 3,30m

1.1.4

cheminement accessible jusqu'au trottoir ou porte d'entrée de l'établissement

1.1.5

Plusieurs cheminements d'accès à votre bâtiment	2
1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non	
Signalisation au sol pour délimiter le cheminement	3
<input type="checkbox"/> présence d'un contraste tactile au sol (pelouse et bitume par exemple)	3.1
<input type="checkbox"/> présence d'un contraste visuel au sol	3.2
<input type="checkbox"/> pas de signalisation au sol	3.3
Signalisation par panneau pour indiquer les directions...	
1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non	4
Si oui :	
<input type="checkbox"/> visible de loin	4.1
Présence d'obstacles sur le cheminement destiné aux personnes handicapées	5
1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non	
○ si oui, lesquels	
<input type="checkbox"/> passage utile de largeur inférieure à 0,80 m [voir annexe 1]	5.1
<input type="checkbox"/> pavés, dalles disjointes	5.2
<input type="checkbox"/> sols meubles, graviers	5.3
<input type="checkbox"/> sol glissant	5.4
<input type="checkbox"/> pente	5.5
<input type="checkbox"/> grilles, trous, fentes	5.6
<input type="checkbox"/> obstacles à hauteur de tête	5.7
<input type="checkbox"/> bornes et poteaux	5.8
<input type="checkbox"/> obstacles bas (poubelles...)	5.9
<input type="checkbox"/> marches	5.10
si oui :	
<input type="checkbox"/> 1 à 3 marches	5.10.1
<input type="checkbox"/> Plus de 3 marches	5.10.2
Trottoirs	6
○ bateaux	
1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non	6.1
si oui :	
<input type="checkbox"/> largeur de 1,20m	6.1.1

<input type="checkbox"/> revêtement du sol différent au droit des bateaux (bande d'éveil de vigilance) [voir annexe 2]	6.1.2
Bornes et poteaux	7
<ul style="list-style-type: none"> ○ détectables par les personnes déficientes visuelles par des couleurs contrastées par rapport à l'environnement (par exemple partie supérieure des poteaux fluorescente) 	7.1
1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non	
2) Cheminement intérieur	
Accès à l'intérieur du bâtiment	8
<ul style="list-style-type: none"> ○ parois vitrées pour l'accès au bâtiment [voir annexe 3] 	
1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non	8.1
si oui :	
<input type="checkbox"/> 2 bandes horizontales inscrites dessus	8.1.1
<ul style="list-style-type: none"> ○ système d'ouverture motorisée de la porte d'entrée du bâtiment 	8.2
1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non	
Eclairage avec extinction progressive	9
1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non	
Escaliers	
1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non	10
si oui :	
<input type="checkbox"/> mains courantes, si oui :	10.1
<input type="checkbox"/> d'un seul côté de l'escalier	10.1.1
<input type="checkbox"/> des deux côtés de l'escalier	10.1.2
<input type="checkbox"/> largeur minimum entre 2 mains courantes de 1,20m	10.2
<input type="checkbox"/> marches de même hauteur	10.3
<input type="checkbox"/> bande d'éveil de vigilance avant la 1 ^{ère} marche	10.4
<input type="checkbox"/> nez de marche non glissant	10.5
<input type="checkbox"/> nez de marche contrasté	10.6
Ascenseurs	
1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non	11
si oui :	
<input type="checkbox"/> passage utile de 0,80m minimum	11.1

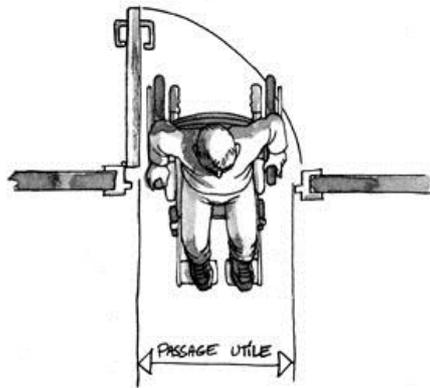
<input type="checkbox"/> périmètre de rotation de 1,50m à l'intérieur de l'ascenseur	11.2
<input type="checkbox"/> commandes à 1,30m du sol maximum	11.3
<input type="checkbox"/> signal sonore indiquant les étages, ouverture et fermeture des portes	11.4
<input type="checkbox"/> main courante à l'intérieur de la cabine	11.5
Chiffre d'étages dans l'ascenseur	
<input type="checkbox"/> grande dimension	11.6
<input type="checkbox"/> en relief	11.7
<input type="checkbox"/> marqué en braille	11.8
Portes :	12
<input type="checkbox"/> largeur de 0,90 minimum	12.1
<input type="checkbox"/> ouverture de 90° minimum	12.2
<input type="checkbox"/> poignée de porte facilement préhensible et manœuvrable	12.3
<input type="checkbox"/> système d'ouverture des portes utilisable debout et assis	12.4

II. Accessibilité aux services

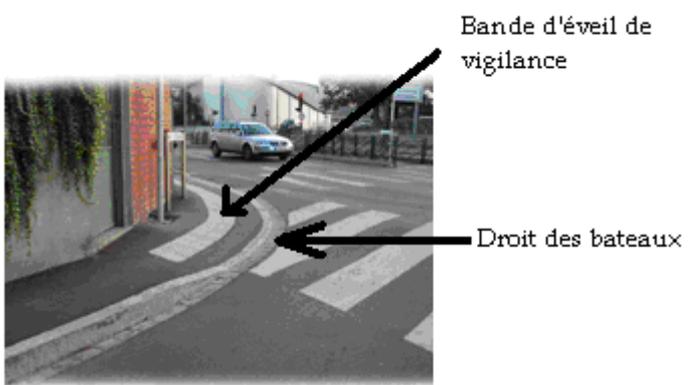
Accueil accessible aux personnes en fauteuil roulant avec une partie du guichet surabaissé	13
1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non	
Sanitaires pour personnes handicapées	14
1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non	
si oui :	
<input type="checkbox"/> pictogramme pour les identifier	14.1
<input type="checkbox"/> dispositif permettant de refermer la porte derrière soi	14.2
<input type="checkbox"/> barre d'appui latérale	14.3
<input type="checkbox"/> lavabo avec vide en dessous	14.4
<input type="checkbox"/> sonnette de sécurité	14.5
Connaissance du pictogramme S3A (mise en œuvre de moyens techniques et prestation de prise en charge des personnes handicapées mentales) [voir annexe 4]	15
1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non	
Tables du cabinet	16
<input type="checkbox"/> 1,50 m de passage de chaque côté de la table	16.1

<input type="checkbox"/> électriques		16.2	
<input type="checkbox"/> fixes		16.3	
○ avec marche pied		16.3.1	
1. <input type="checkbox"/> Oui	2. <input type="checkbox"/> Non		
Lève-personnes		17	
1. <input type="checkbox"/> Oui	2. <input type="checkbox"/> Non		
III. Autres questions			
Cabinet neuf (a contrario d'un cabinet existant)		18	
1. <input type="checkbox"/> Oui	2. <input type="checkbox"/> Non		
Année de création/d'installation :		19	
Type de cabinet		20	
<input type="checkbox"/> de groupe	<input type="checkbox"/> maison médicale	<input type="checkbox"/> cabinet seul	<input type="checkbox"/> autres
Localisation		21	
<input type="checkbox"/> milieu urbain	<input type="checkbox"/> milieu rural		
Pourquoi votre cabinet n'est pas complètement accessible à ce jour ?		22	
(impossibilité technique, architecturale, financière, manque d'information sur les textes à appliquer...)			
Votre cabinet sera-t'il aux normes en 2015 ?	1. <input type="checkbox"/> Oui	2. <input type="checkbox"/> Non	23

Annexe



Passage utile [1]



Droit des bateaux et bande d'éveil de vigilance [2]



Portes vitrées avec bandes horizontales [3]



Pictogramme S3A [4]

ANNEXE IV : SCORE D'ACCESSIBILITÉ

→ places de stationnement réservées aux personnes handicapées 0=non 1=oui	1
→ signalisation au sol 0=non 1=oui	2
→ signalisation par panneau 0=non 1=oui	3
→ obstacles 0=non 1=oui	4
→ système d'ouverture motorisé de la porte d'entrée du bâtiment et du cabinet 0=non 1=oui	5
→ éclairage avec extinction progressive 0=non 1=oui	6
→ cabinet de plain-pied 3=plain-pied 2=ascenseur accessible +/- escalier 1=escalier accessible sans ascenseur ou avec ascenseur inaccessible 0=escalier non accessible	7
→ portes du cabinet largeur 0,90 m minimum ouverture de 90° minimum système d'ouverture utilisable en position assis et debout 3=3 critères, 2=2 critères, 1=1 critère et 0=0 critère	8

→ sanitaire(s) pour personnes handicapées	9
barre d'appui latérale	
sonnette sécurité	
2=2 critères, 1=1 critère et 0=0 critère	
→ tables	10
électriques	
1,50 m de passage autour	
2=2 critères, 1=1 critère et 0=0 critère	
→ lève-personnes	11
0=non 1=oui	

Score/17

Résultats :

- Entre 0 et 4 : cabinet accessible à moins de 25%
- Entre 4 et 8 : cabinet accessible entre 25 et 50 %
- Entre 8 et 12 : cabinet accessible entre 50 et 75 %
- Entre 12 et 17 : cabinet accessible à plus de 75 %

ANNEXE V : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

I. Accessibilité du cabinet

1) Cheminement extérieur

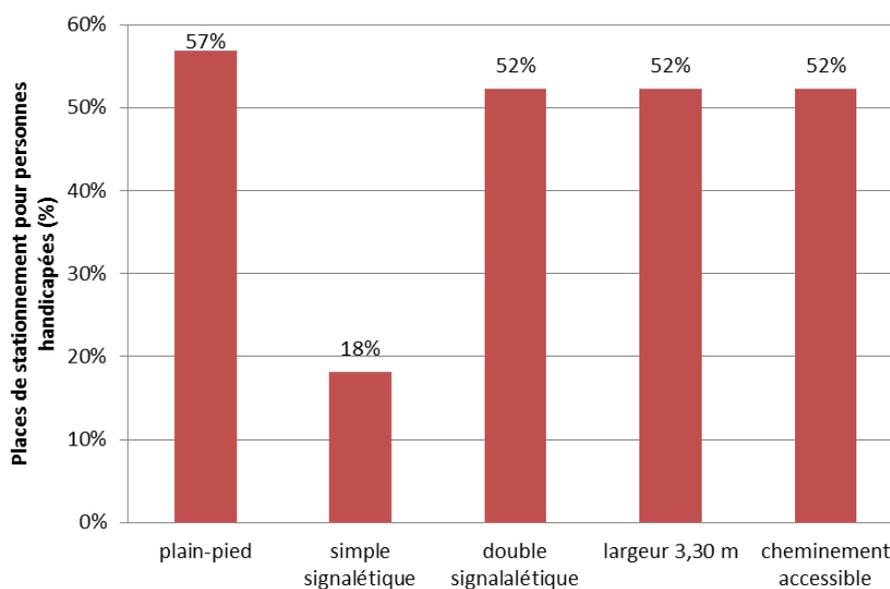


Figure 1 : Places de stationnement pour personnes handicapées

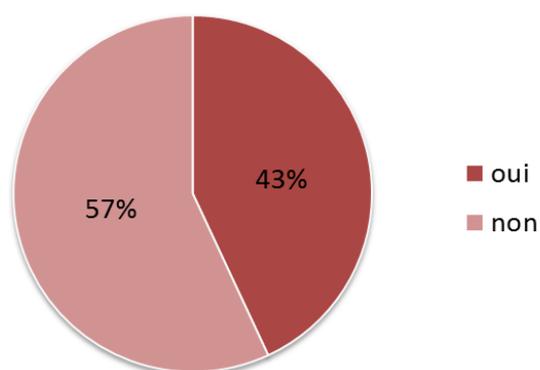


Figure 2 : Plusieurs cheminements d'accès au bâtiment

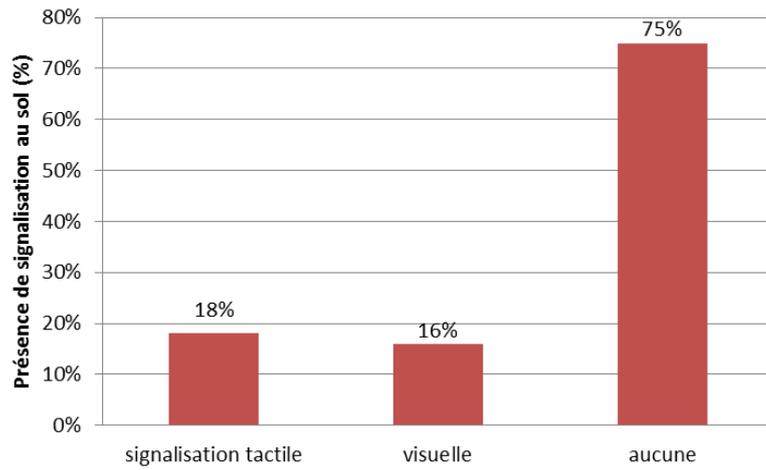


Figure 3 : Signalisation au sol pour délimiter le cheminement

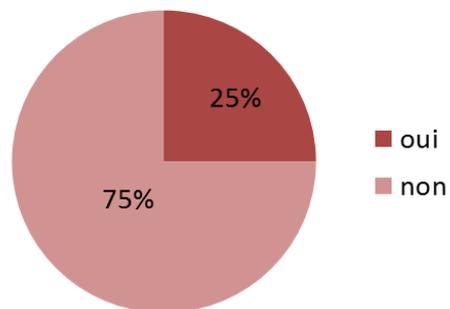


Figure 4 : Signalisation par panneau

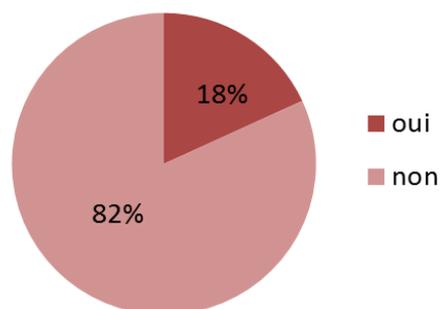


Figure 5 : Signalisation par panneau visible de loin

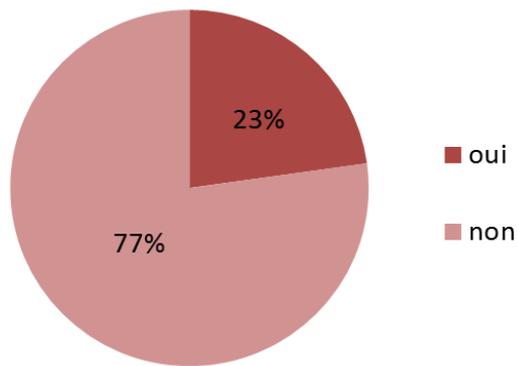


Figure 6 : Présence d'obstacles

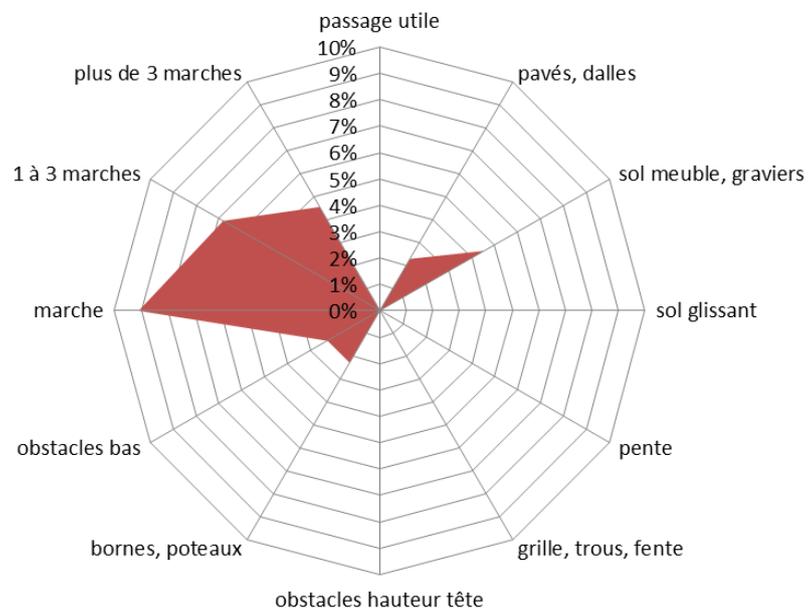


Figure 7 : Types d'obstacles

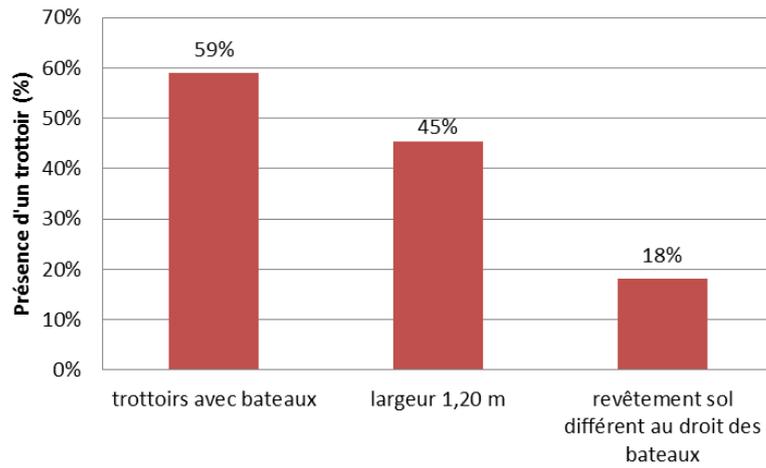


Figure 8 : Trottoirs

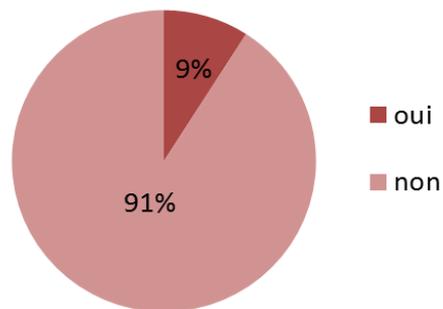


Figure 9 : Bornes et poteaux détectables

2) Cheminement intérieur

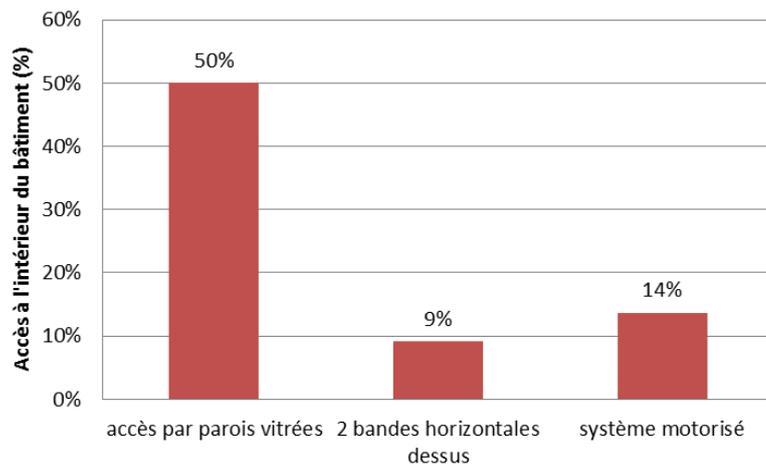


Figure 10 : Accès à l'intérieur du bâtiment

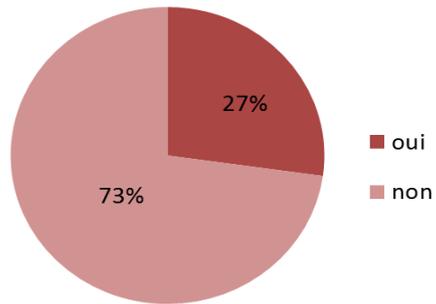


Figure 11 : Eclairage avec extinction progressive

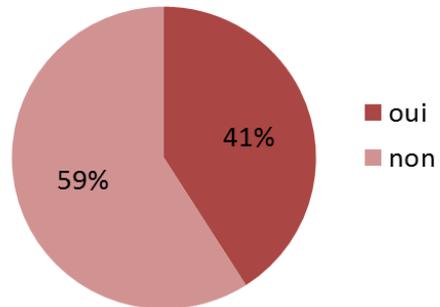


Figure 12 : Présence d'escaliers

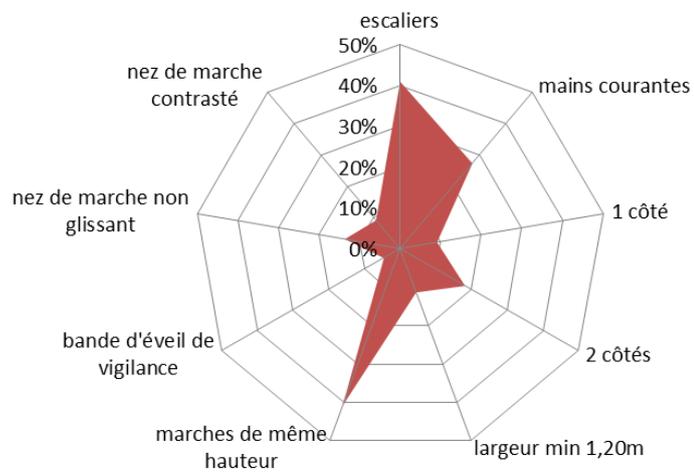


Figure 13 : Accessibilité de l'escalier

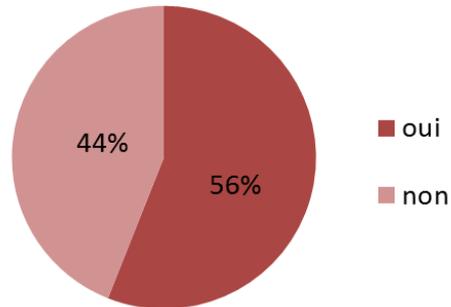


Figure 14 : Présence d'un ascenseur

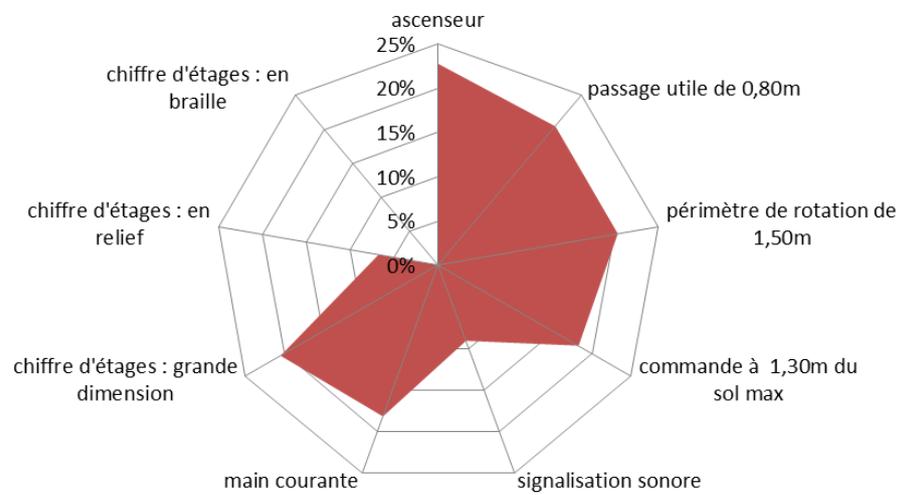


Figure 15 : Accessibilité de l'ascenseur

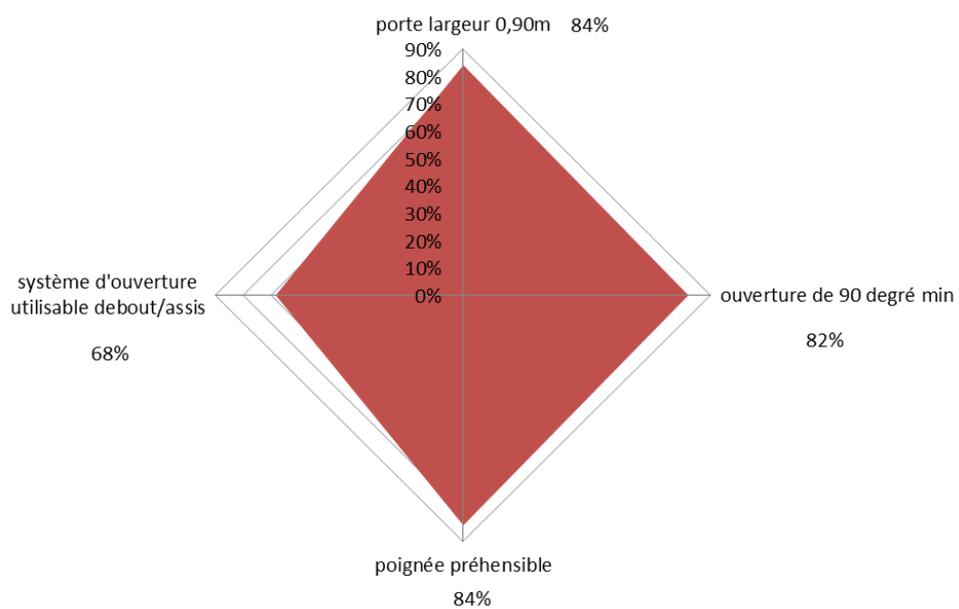


Figure 16 : Accessibilité des portes

II. Accessibilité aux services

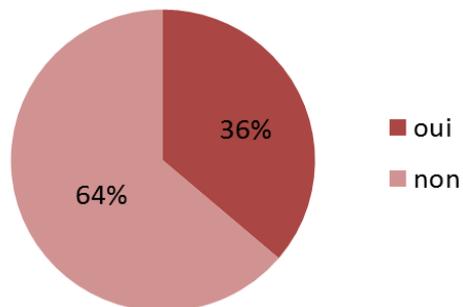


Figure 17 : Présence d'un guichet surabaissé

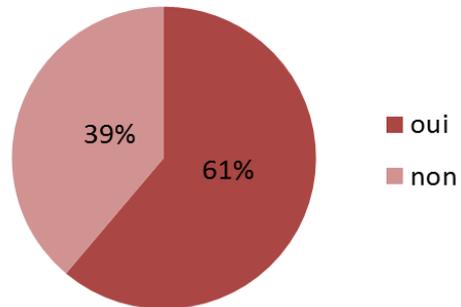


Figure 18 : Présence de sanitaires pour personnes handicapées

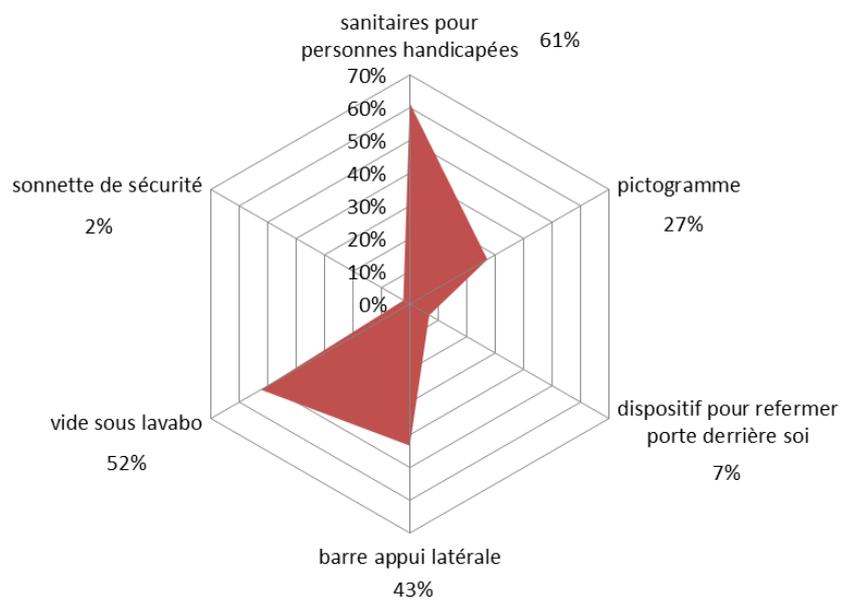


Figure 19 : Accessibilité des sanitaires pour personnes handicapées

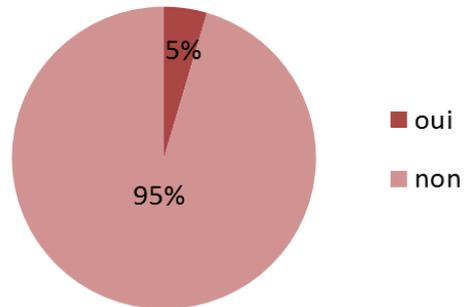


Figure 20 : Connaissance du pictogramme S3A

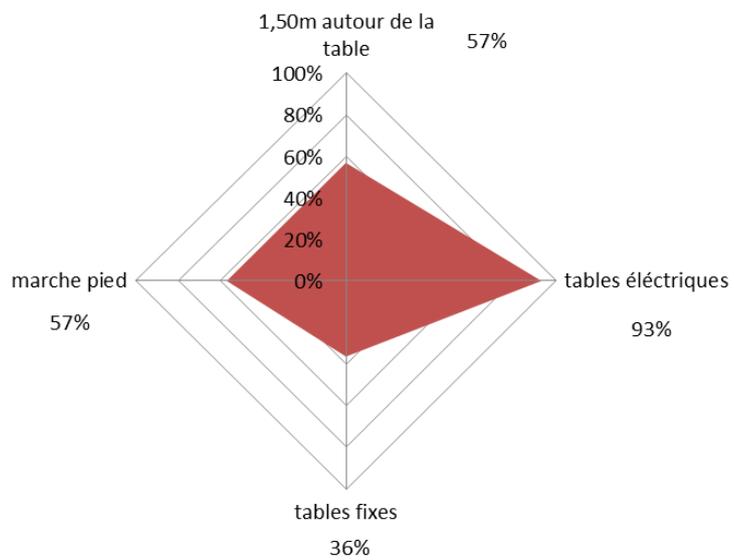


Figure 21 : Tables du cabinet

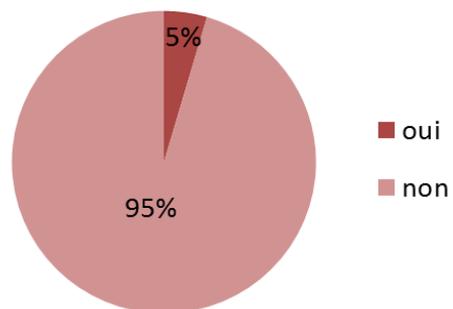


Figure 22 : Présence d'un lève-personne

III. Autres questions

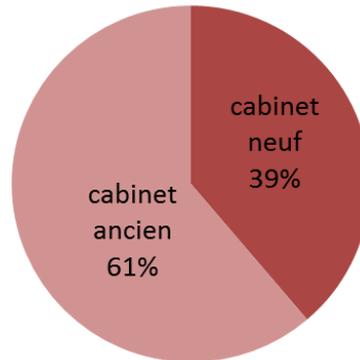


Figure 23 : Cabinet neuf ou ancien

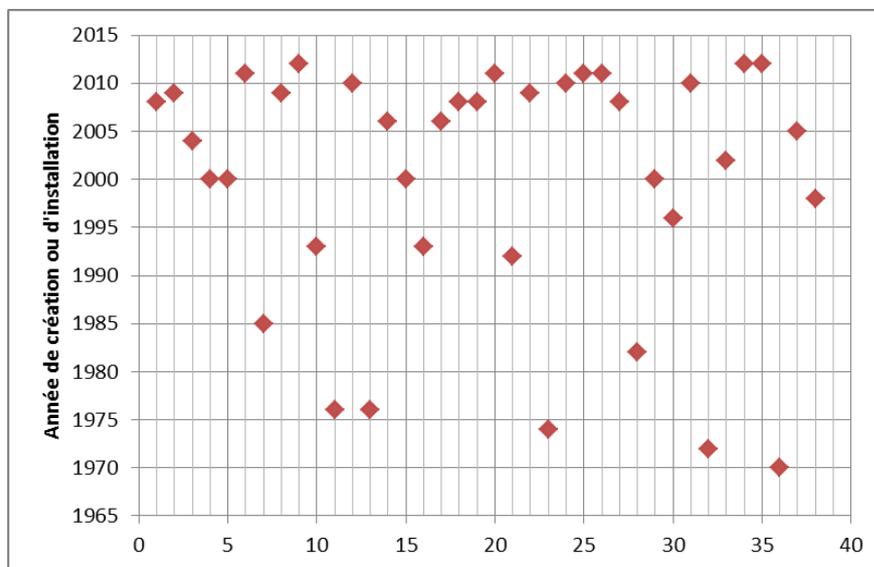


Figure 24 : Année de création ou d'installation

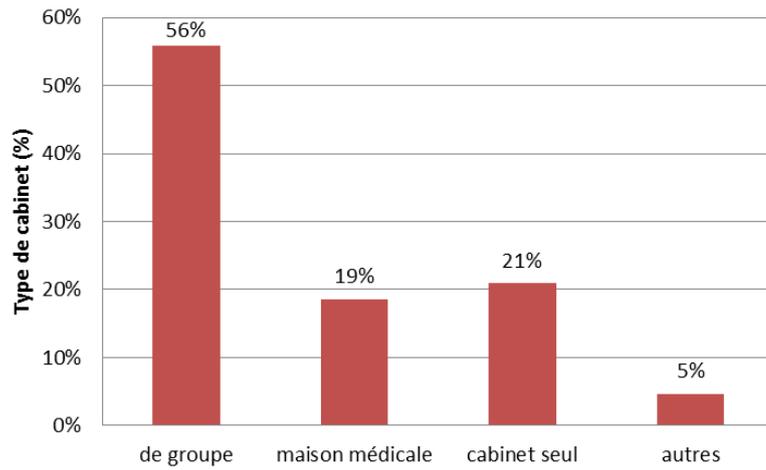


Figure 25 : Type de cabinet

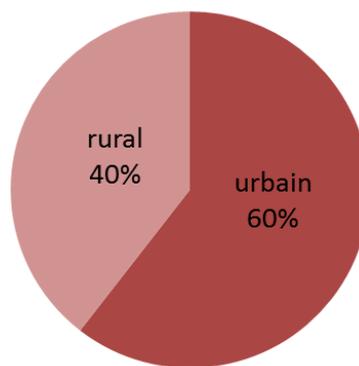


Figure 26 : Localisation du cabinet

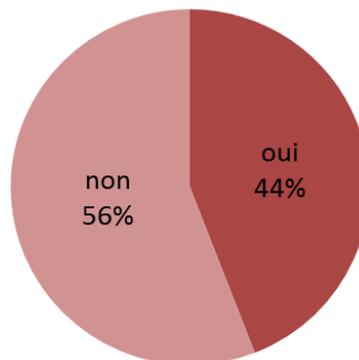


Figure 27 : Cabinet aux normes en 2015

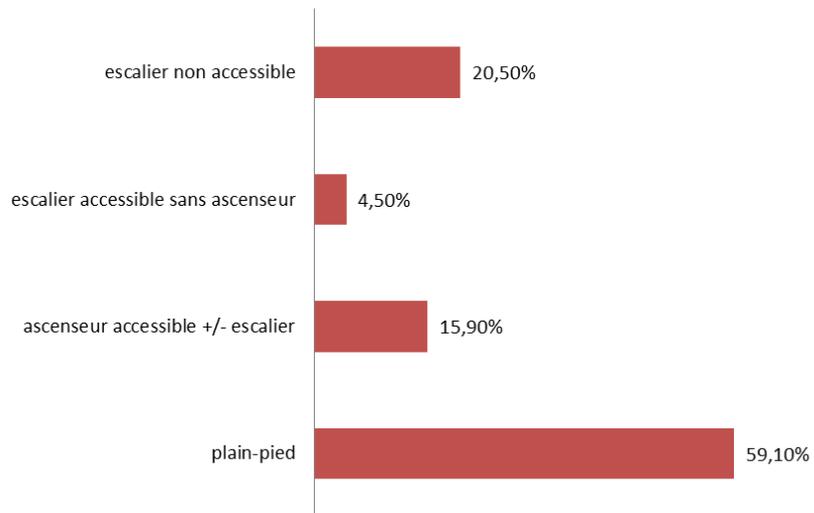


Figure 28 : Cabinet de plain-pied

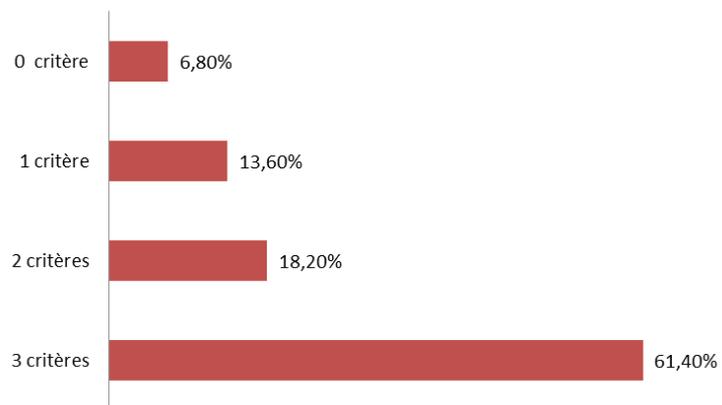


Figure 29 : Portes du cabinet accessibles

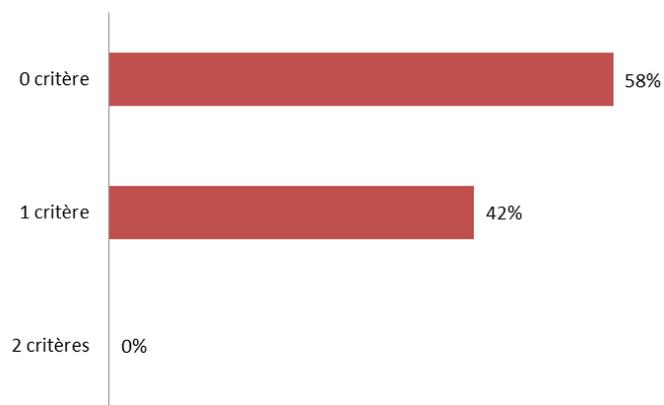


Figure 30 : Sanitaires accessibles aux personnes handicapées

ANNEXE VI : LIVRET



Accessibilité des cabinets libéraux de masso-
kinésithérapie aux personnes handicapées



Sommaire

I. Les différents types de handicap, leurs conséquences et les aménagements qui en découlent

- 1) Handicap sensoriel
- 2) Handicap physique
- 3) Handicap psychique
- 4) Handicap cognitif
- 5) Handicap mental

II. La loi du 11 février 2005

- 1) Les différentes situations
- 2) Les dérogations existantes
- 3) Les règles administratives
- 4) Les contrôles

III. Normes d'accessibilité des cabinets libéraux de masso-kinésithérapie

- 1) Accessibilité au cabinet
 - a. Cheminement extérieur
 - b. Cheminement intérieur
- 2) Accessibilité aux services

IV. Sanctions prévues par la loi de 2005

V. Les pictogrammes du handicap et leurs significations

VI. Annexes

Pour commencer calculer le score d'accessibilité de votre cabinet :

→ places de stationnement réservées aux personnes handicapées

0=non 1=oui

→ signalisation au sol

0=non 1=oui

→ signalisation par panneau

0=non 1=oui

→ obstacles

0=non 1=oui

→ système d'ouverture motorisé de la porte d'entrée du bâtiment et du cabinet

0=non 1=oui

→ éclairage avec extinction progressive

0=non 1=oui

→ cabinet de plain-pied

3=plain-pied

2=ascenseur accessible +/- escalier

1=escalier accessible sans ascenseur ou avec ascenseur inaccessible

0=escalier non accessible

→ portes du cabinet

largeur 0,90 m minimum

ouverture de 90° minimum

système d'ouverture utilisable en position assis et debout

3=3 critères, 2=2 critères, 1=1 critère et 0=0 critère

→ sanitaire(s) pour personnes handicapées

barre d'appui latérale

sonnette sécurité

2=2 critères, 1=1 critère et 0=0 critère

→ tables

électriques

1,50 m de passage autour

2=2 critères, 1=1 critère et 0=0 critère

→ lève-personnes

0=non 1=oui

Score/17

Résultats :

- Entre 0 et 4 : cabinet accessible à moins de 25%
- Entre 4 et 8 : cabinet accessible entre 25 et 50 %
- Entre 8 et 12 : cabinet accessible entre 50 et 75 %
- Entre 12 et 17 : cabinet accessible à plus de 75 %

I. Les différents types de handicaps, leurs conséquences et les aménagements qui en découlent

1) Handicap sensoriel (auditif et visuel notamment) : altération plus ou moins importante de la capacité auditive/visuelle de la personne (allant jusqu'à la surdité/cécité).

Handicap auditif

Principales difficultés :

- communication orale,
- à entendre,
- maîtrise aléatoire du français écrit ou une non-acquisition de la langue française,
- se retrouver dans un lieu public sans informations écrites ou peu lisibles,
- ambiance acoustique bruyante, dérangeante.

Accessibilité de la chaîne de déplacements et du cabinet libéral :

- signaux visuels (ascenseurs, interphone...),
- prévoir les moyens de communication adaptés : informations sonores retranscrites à l'écrit ou visuellement (pictogramme...),
- faciliter la communication : parler lentement, bien articuler...,
- aménagements phoniques et acoustiques soignés : faire une bonne isolation phonique (revêtements sols, plafonds et murs absorbants les sons).

Handicap visuel

Principales difficultés :

- voir de loin (atteinte vision périphérique),
- et/ou voir de près (atteinte vision centrale),
- déchiffrer la signalisation (panneaux, messages...),
- se repérer dans l'espace,
- s'orienter,
- se déplacer,

Accessibilité de la chaîne de déplacements et du cabinet libéral :

Contrastes visuels :

- puissance d'éclairage [voir annexe],
- qualité de l'éclairage (non éblouissant, pas d'ombres ni de reflets, pas de lumière dirigée sur la personne...),
- repérage des obstacles et des fonctions (trous dans les plaques au sol inférieurs à 2 cm pour que la canne d'aveugle ne s'y coince pas...),
- couleurs différentes et contrastées : contraste support/environnement, support/message (couleurs des portes différentes par rapport aux murs, sur les obstacles qui ne peuvent être enlevés...),
- signalétique adaptée : clarté, simplicité et homogénéité de la signalétique (gros caractère, pas d'écriture en gras ni soulignée, données importantes en braille),
- positionnement des espaces et du mobilier (pas d'obstacles en l'air, par terre).

Contrastes tactiles :

- marquage au sol spécifique qui signale toutes les différences de niveau : ressaut, bande d'éveil de vigilance sur la 1^{ère} marche d'escalier, nez de marche contrastés, bande de guidage au sol...,
- utilisation de différents matériaux au sol (herbe/goudron...).

Outils sonores :

- ascenseurs : indication sonore de l'étage, ouverture/fermeture des portes...,
- signal sonore d'ouverture/fermeture de la porte vitrée de l'établissement.

Rappelons qu'il est obligatoire d'autoriser l'accès à la salle d'attente pour un chien guide d'aveugle ou d'assistance (mais pas dans la salle de soins).

2) Handicap physique : atteinte de la motricité, c'est à dire de la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir, quel que soit le but ou la fonction du mouvement produit

(déplacements, fonction posturale, action sur le monde extérieur, communication, alimentation, perception du monde extérieur, mouvements réflexes...).

Principales difficultés :

- se déplacer,
- fatigue engendrée par un effort,
- utiliser toutes les fonctions d'un service (aller aux sanitaires, se laver les mains...),
- pénibilité de la station debout ou d'attente prolongée,
- présence de marches, dénivelés,
- qualité du sol à pratiquer en fauteuil roulant, avec des cannes anglaises (graviers, trous...),
- largeur insuffisante de certains passages (couloirs, portes...),
- hauteur des équipements, des commandes (guichet trop haut, interrupteur pas à portée de mains...).

Accessibilité de la chaîne de déplacements et du cabinet libéral :

- repérage des obstacles pour pouvoir déambuler en toute sécurité : but espace libre de tout obstacle (trottoir sans bateau, escalier, pente...),
- positionnement des espaces et du mobilier (pas d'obstacles en l'air, par terre),
- signalétique : permet de repérer le chemin d'accès le plus court pour accéder au cabinet et ainsi économiser de l'énergie,
- marquage au sol spécifique qui signale toutes les différences de niveau pour un déplacement en toute sécurité : ressaut, bande d'éveil de vigilance sur la 1^{ère} marche d'escalier, nez de marche contrastés, bande de guidage au sol...,
- faciliter la manipulation (portes, poignées...),
- nécessité d'un espace de manœuvre,
- nécessité d'un espace de repos,
- hauteur adaptée des commandes à la position assise (commandes de l'ascenseur, guichet surabaissé...),
- profondeur des éléments suffisante pour le passage du fauteuil roulant en dessous (guichet, lavabo des sanitaires...).

3) Handicap psychique : conséquence d'une maladie psychique (psychose, schizophrénie...). Il a pour conséquence des troubles du comportement et du jugement et entraîne des difficultés à s'adapter à la vie en société. Il est durable ou épisodique. Les capacités intellectuelles peuvent être soit conservées, soit affectées → **atteinte des aspects tenant à la « santé mentale » de la personne.**

4) Handicap cognitif : conséquence de la déficience des grandes fonctions cérébrales supérieures que sont l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives et perceptives, le raisonnement, le jugement, le langage. Ce sont en général les maladies en « dys », telles que la dyslexie, la dyspraxie... → **atteinte des aspects d'apprentissage et de communication.**

5) Handicap mental : conséquence de limitations des facultés cognitives (attention, mémoire, flexibilité...) et en particulier de l'efficacité intellectuelle → **atteinte du plan intellectuel du fonctionnement de la personne.**

Principales difficultés :

- comprendre l'environnement qui l'entoure (proche ou lointain),
- se repérer dans l'espace et/ou dans le temps,
- traiter et mémoriser les informations orales et sonores,
- apprécier l'importance des informations mises à sa disposition,
- maîtriser la lecture et/ou l'écriture,
- s'exprimer.

Accessibilité de la chaîne de déplacements et du cabinet libéral :

Localiser et accéder au site

- Apposer une signalétique adaptée du cheminement jusqu'à l'entrée principale du site,
- Repérage facile et lisible de l'entrée principale et des sorties (pictogramme...),
- Système d'ouverture/fermeture des portes simple d'utilisation,

Repérer immédiatement l'accueil

- Signalétique simple pour orienter la personne de l'entrée principale vers le guichet d'accueil,
- Accueil au plus proche de l'entrée principale.

Se repérer, s'orienter et circuler sur le site

- Identifier sur le site les prestations et services adaptés (pictogramme S3A par exemple),
- Signalétique adaptée et repères visuels pour faciliter les déplacements sur le site,
- Ascenseurs avec informations sonores sur le mouvement de la cabine.

Circuler en toute sécurité

- Neutraliser ou signaler tous les dangers même temporaires.

Repérer et utiliser les services pour les besoins fondamentaux (sanitaires...)

- Pictogramme pour identifier les sanitaires,
- Verrouillage simple d'utilisation,
- Bouton d'appel en cas d'urgence,
- Système d'utilisation simple (système d'évacuation d'eau, robinet...).

II. La loi du 11 février 2005

La **loi du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a pour objectif d'améliorer l'insertion des personnes handicapées dans notre société, et ce quel que soit le type de leur handicap. On peut la résumer en trois mots : **circulation, accès et utilisation** des équipements et infrastructures par toute personne. La personne handicapée doit pouvoir aller d'un point à un autre sans rupture dans sa chaîne de déplacement : parties extérieures et intérieures des établissements, circulations, ascenseurs, locaux et leurs équipements doivent être accessibles. S'il y a rupture de cette chaîne de déplacement alors l'accessibilité n'est pas respectée.

1) Les différentes situations

La loi de 2005 prend en compte trois types de situations pour une mise en place étalée dans le temps :

- La création (au sens de construction) de cabinets libéraux : mise aux normes immédiate.

- La création de cabinets libéraux par changement de destination (bâtiments déjà construits mais qui étaient affectés à un autre usage qu'un cabinet libéral) : mise aux normes pour le 1er janvier 2011.

Sont concernés les locaux à usage professionnel exclusif ou à usage mixte professionnel et d'habitation, aménagés dans des locaux à usage d'habitation.

- Les cabinets libéraux existants : mise aux normes pour le 1er janvier 2015.

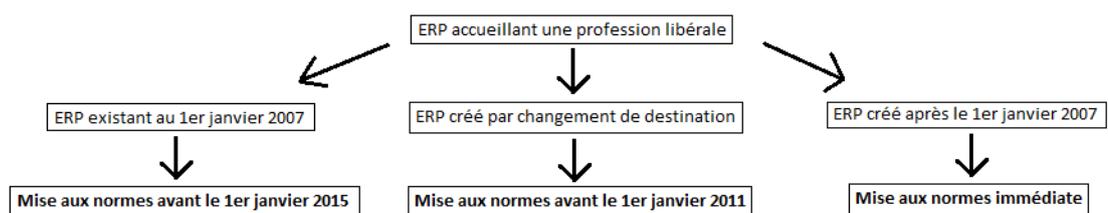


Figure 1 : mise aux normes étalée dans le temps

2) Les dérogations existantes

Il existe 3 types de dérogations :

- impossibilité technique de procéder à la mise en accessibilité : caractéristiques du terrain, présence de constructions existantes, classement de la zone de construction (notamment au regard de la réglementation de prévention contre les inondations),

- contraintes liées à la préservation du patrimoine architectural : bâtiment classé ou inscrit, ou sur un périmètre de bâtiment classé ou inscrit,

- disproportion entre les améliorations apportées et leurs conséquences : sommes trop importantes à déboursier pour les travaux qui provoqueraient la faillite du cabinet.

Ces dérogations ne s'appliquent pas dans le cas de la création d'un cabinet. La ou les dérogations ne peuvent porter que sur un ou quelques points de la réglementation et sur un ou plusieurs handicaps. Elles ne porteront jamais sur l'ensemble de l'établissement. Celles-ci sont soumises à l'avis conforme de la Commission Consultative Départementale de Sécurité et d'Accessibilité (C.C.D.S.A.). De plus, elles ne pourront être accordées que si des mesures de substitution sont apportées.

Les dérogations sont pérennes pour le local immobilier.

3) Les règles administratives

Un permis de construire ou une autorisation de construire, aménager ou modifier un établissement recevant du public est nécessaire avant de commencer les travaux. La demande est à déposer auprès de la mairie du lieu où est situé l'E.R.P.

Une attestation d'achèvement des travaux doit stipuler la prise en compte des règles relatives à l'accessibilité, lorsque les travaux ont fait l'objet d'un permis de construire. Cette dernière est établie par un contrôleur technique agréé ou un architecte qui n'est pas en lien avec la demande de permis de construire.

Enfin dans le cas contraire, lorsque les travaux n'ont pas fait l'objet d'un permis de construire, une autorisation d'ouverture d'un E.R.P. est nécessaire et délivrée après le contrôle par la C.C.D.S.A. du respect des règles de l'accessibilité des personnes handicapées.

4) Les contrôles

Si l'attestation d'achèvement des travaux fait apparaître que des règles d'accessibilité ne sont pas respectées, ou en cas d'absence de celle-ci, un contrôle d'un agent habilité peut avoir lieu et un procès-verbal d'infraction établi, il sera adressé au procureur de la République.

Dans le cas d'un E.R.P. soumis à l'autorisation d'ouverture, l'autorité qui doit se prononcer sur cette autorisation peut décider de ne pas l'accorder.

L'administration peut, à tout moment, visiter un chantier et procéder à la vérification des mesures relatives à l'accessibilité ; de plus, elle peut communiquer les documents techniques. Ce droit peut être exercé pendant 3 ans après l'achèvement des travaux.

III. Normes d'accessibilité des cabinets libéraux de masso-kinésithérapie

1) *Accessibilité au cabinet*

a) Cheminement extérieur (du parking au bâtiment)

Parking

- Minimum une place de parking réservée aux personnes handicapées (les places handicapées doivent correspondre à 2% du nombre total de places destinées au public).
- Double signalisation (par panneau et au sol) :
 - signalisation verticale : panneau B6d et panneau M6h,
 - signalisation horizontale : marquage au sol du fauteuil roulant : le pictogramme de couleur blanche doit être peint à l'extérieur de la place ou sur la ligne de marquage (le pictogramme peint au milieu de l'emplacement est facultatif).

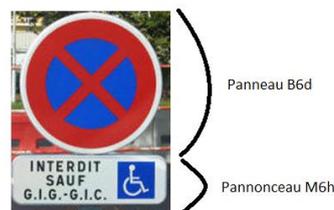


Figure 2 : double signalisation

- Largeur de la place 3,30 m.
- Située de plain-pied.
- Cheminement accessible de la place de parking au bâtiment, le plus court et direct possible.

Les places de stationnement, si elles ne sont pas privées, sont le plus souvent gérées par la mairie. Il convient alors de contacter le maire et de lui demander de faire une place de stationnement pour personnes handicapées à proximité du cabinet.

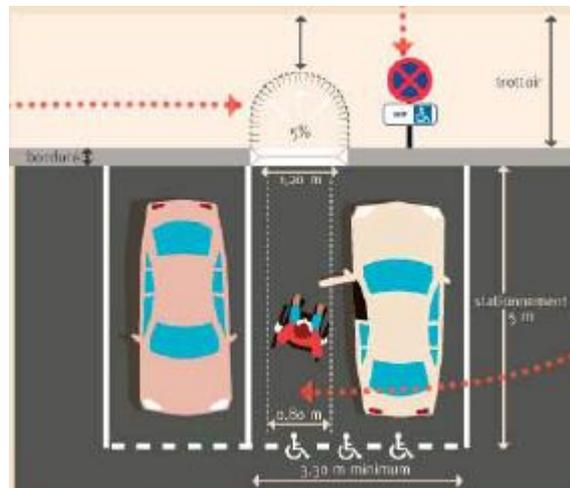


Figure 3 : place de stationnement aux normes

Cheminement

- Cheminement accessible, le même pour tous (valides ou non).
- Horizontal et sans ressaut.
- Eliminer tous obstacles :
 - sol meuble (graviers, herbes, sable),
 - sol glissant (attention aux dalles ou carrelages lisses),
 - sol réfléchissant,
 - sol qui favorise la rétention d'eau,
 - obstacles à la roue et aux cannes anglaises (trous, grilles, fentes doivent être inférieurs à 2 cm),
 - obstacles haut/bas à signaler (poubelle, contrebas d'escaliers, bornes et poteaux...) à l'aide de contrastes visuels comme des couleurs contrastées,
 - pente.
- Double signalisation : tactile (herbe/goudron...) et visuelle (couleurs contrastées entre le cheminement et l'environnement) [voir annexe].

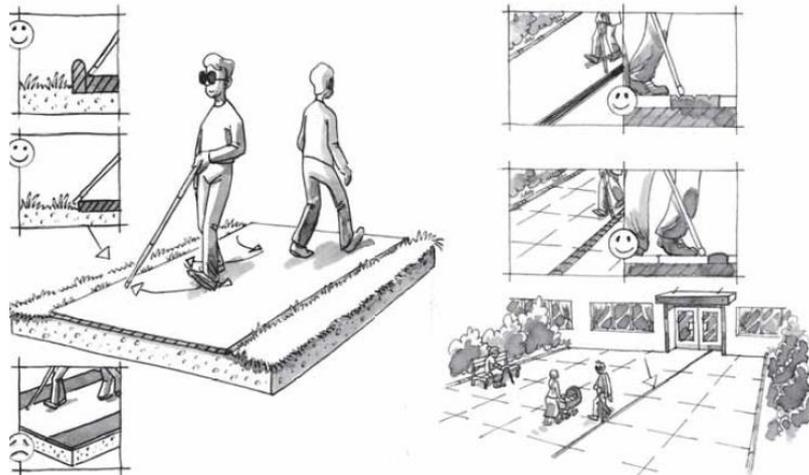


Figure 4 : double signalisation du cheminement

- Largeur minimale du cheminement : 1,20 m pour les bâtiments existants et 1,40 m pour les neufs.
- Pente $\leq 6 \%$ pour les bâtiments existants, $\leq 5 \%$ pour les neufs (rajout facultatif d'une bordure chasse-roues de 5 cm de hauteur).
- Dévers $\leq 3 \%$ pour les bâtiments existants, $\leq 2 \%$ pour les neufs.
- Palier de repos entre chaque plan incliné et tous les 10 m en cas de pente [voir annexe].

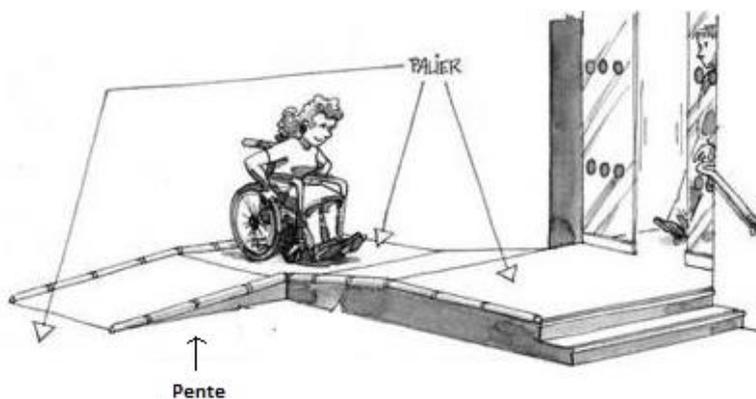


Figure 5 : pente et palier

Signalétique

- La signalisation pour permettre à une personne de repérer facilement où elle doit se rendre : écritures en braille, en relief, contrastes visuels par des couleurs tranchées (par exemple).
- Elle doit être à une hauteur comprise entre 0,90 et 1,40 m du sol.
- Utiliser des icônes et pictogrammes pour plus de clarté.

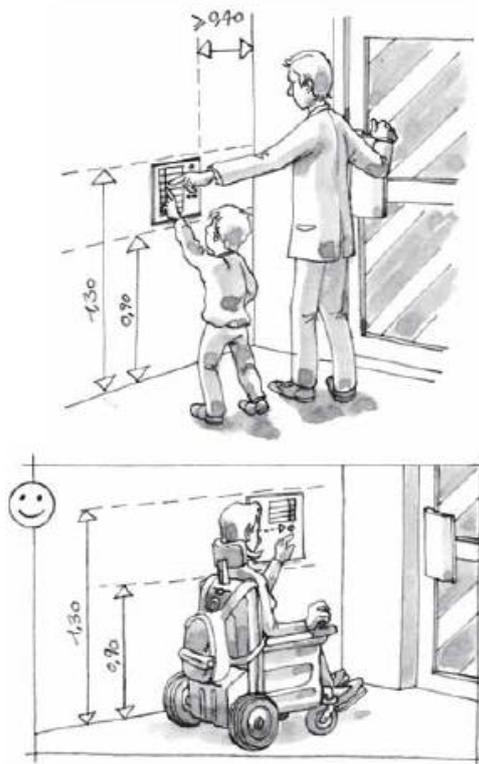


Figure 6 : signalétique

Trottoirs

- Mettre en place des bateaux pour le passage des fauteuils roulants.
- Largeur minimum de 1,20 m pour les bateaux.
- Bande d'éveil de vigilance pour signaler les bateaux (c'est à la fois un contraste tactile et visuel).

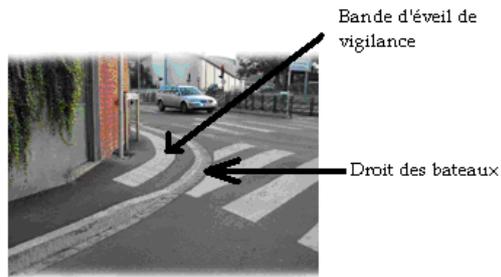


Figure 7 : bande de vigilance et droit des bateaux

Escaliers

- Marche hauteur ≤ 17 cm pour les bâtiments existants, ≤ 16 cm pour les neufs ; largeur ≥ 28 cm.
- Contremarche de couleur contrastée au niveau de la 1^{ère} et de la dernière marche.
- Nez de marches non glissants, de couleurs contrastées.
- Bande d'éveil de vigilance à 0,50 m de la 1^{ère} marche (à la fois un contraste visuel et tactile).
- De chaque côté, de l'escalier une main courante ; elles doivent se prolonger horizontalement au-delà de la 1^{ère} et de la dernière marche.
- Largeur minimum entre 2 mains courantes : 1 m pour les bâtiments existants et 1,20 m pour les neufs.
- La main courante doit être facilement préhensible et visuellement contrastée (facultatif).



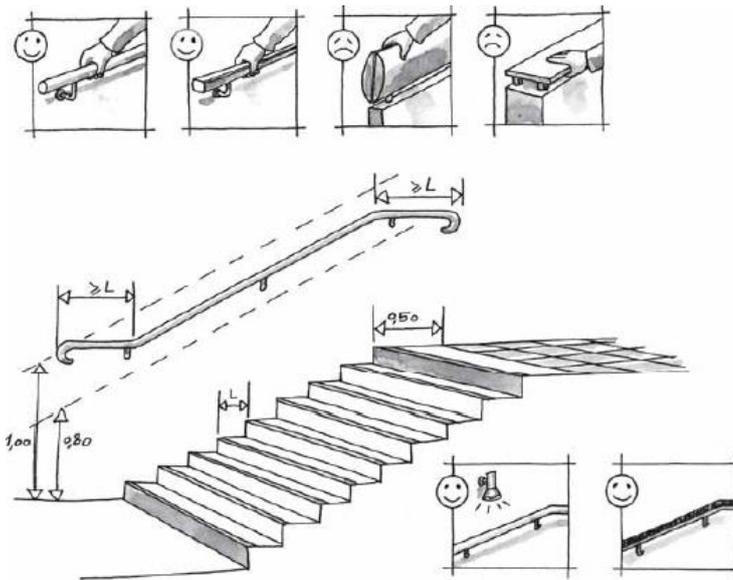


Figure 8 : escalier accessible

b) Cheminement intérieur (du parking au bâtiment)

Accès à l'intérieur du bâtiment / accueil

- Si l'accès se fait par des parois vitrées, celles-ci doivent comporter des éléments contrastés (collage, peinture) pour les différencier de l'environnement immédiat l'idéal étant deux bandes horizontales de 5 cm de largeur à 1,10 m et 1,60 m du sol (pour être visible en position assise et debout).



Figure 9 : porte vitrée

- S'il y a un système de communication (comme un interphone) entre le patient et le personnel, sa hauteur doit être comprise entre 0,90 m et 1,40 m (également pour être utilisable

par une personne en position debout et assise) et à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout obstacle à un fauteuil roulant.

- Les signaux d'accès au bâtiment doivent être sonores et visuels.
- Portier vidéo obligatoire en cas de remplacement de l'interphone en l'absence de vision directe de l'accès.

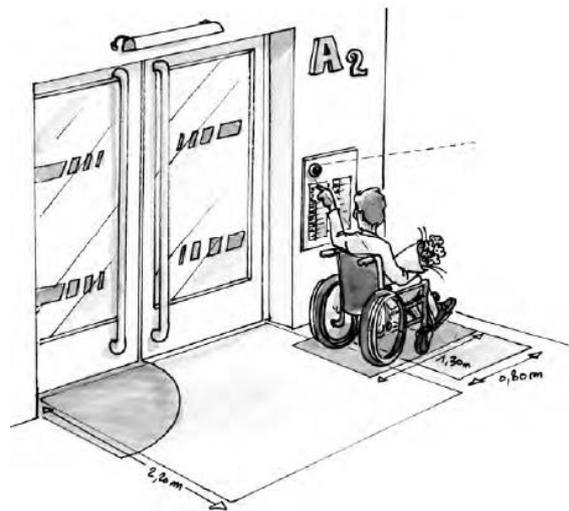


Figure 10 : accès au bâtiment

- Les guichets surabaissés permettent une utilisation par une personne en fauteuil roulant, en position debout et assise.

Leur hauteur doit être comprise entre 0,70 m et 0,80 m, leur largeur de 0,60 m et leur profondeur de 0,30 m : nécessaire pour le passage de fauteuil roulant sous le guichet.

Il est toléré que les personnes handicapées puissent se mettre sur le côté du bureau du masseur-kinésithérapeute au lieu d'être devant lui.

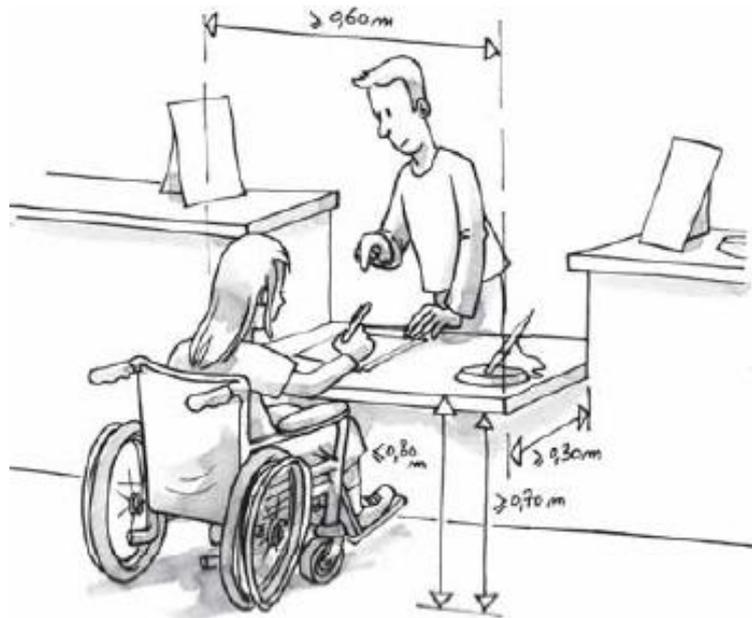


Figure 11 : passage pour fauteuil roulant et guichet surabaissé

- Espaces de manœuvre de diamètre 1,50 m nécessaires devant chaque équipement [voir annexe].

Signalétique

- La signalisation doit permettre à une personne de repérer facilement où elle doit se rendre : écritures en braille, en relief, contrastes visuels par des couleurs tranchées.
- Elle doit être à une hauteur comprise entre 0,90 et 1,40 m du sol.
- Utiliser des icônes et pictogrammes pour plus de clarté.

Cheminement

- Cheminement accessible, le même pour tous (valides ou non).
- Horizontal et sans ressaut.
- Eliminer tous obstacles :
 - sol meuble (graviers, herbes, sable),
 - sol glissant (attention aux dalles ou carrelages lisses),
 - sol réfléchissant,

- obstacles à la roue et aux cannes anglaises (trous, grilles, fentes doivent être inférieurs à 2 cm),
- obstacles haut/bas à signaler (poubelle, contrebas d'escaliers, bornes et poteaux...) à l'aide de contrastes visuels comme des couleurs contrastées,
- pente.

- Double signalisation : tactile (deux revêtements de sols différents comme carrelage et moquette par exemple) et visuelle (couleurs contrastées entre le cheminement et l'environnement). A défaut, le cheminement doit comporter sur toute sa longueur, un repère continu, tactile, pour le guidage à l'aide d'une canne d'aveugle et visuellement contrasté par rapport à son environnement pour faciliter le guidage des personnes malvoyantes.

- Largeur minimale du cheminement : 1,20 m pour les bâtiments existants, et 1,40 m pour les neufs.

- Pente $\leq 6\%$ pour les bâtiments existants, $\leq 5\%$ pour les neufs, rajout facultatif d'une bordure chasse-roues de 5 cm de hauteur.

- Dévers $\leq 3\%$ pour les bâtiments existants, $\leq 2\%$ pour les neufs.

- Palier de repos entre chaque plan incliné et tous les 10 m en cas de pente.

Portes

- Poignée facilement préhensible et manœuvrable.

- Poignée à 0,40 m de tout obstacle pour fauteuil roulant.

- Largeur minimum de 0,80 m pour les locaux de moins de 100 personnes (et de 1,40 m pour les locaux de plus de 100 personnes).

Largeur recommandée pour le passage de deux fauteuils roulants ou d'une personne en fauteuil roulant et en cannes anglaises : 1,60m.

- Espace de manœuvre de porte : rectangle de même largeur que la circulation mais dont la longueur varie, 2 cas de figures :

- ouverture en poussant longueur minimale de 1,70 m,

- ouverture en tirant longueur minimale de 2,20 m.

- Ouverture de porte de 90° minimum.

- Préférer les portes motorisées.

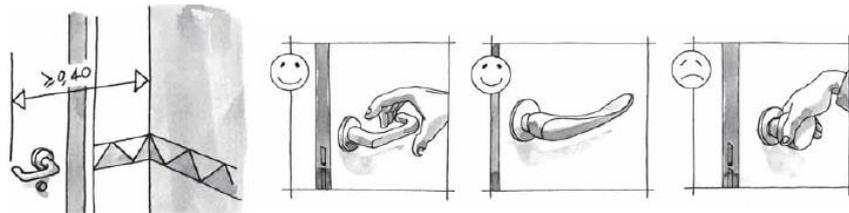


Figure 12 : porte facile d'accès

Eclairage (facultatif)

- L'extinction progressive de l'éclairage est souhaitable.
- Il doit être non éblouissant en position assise et debout.
- Si des détecteurs de présence sont installés, il ne faut pas de zones d'ombres entre deux de ces derniers.
- Pour chaque coursive :
 - éclairage général de base,
 - éclairage dirigé qui souligne les éléments à mettre en évidence (portes, signalétiques...).

Obligatoire : chaque zone de la chaîne de déplacement nécessite un éclairage particulier [voir annexe].

Escaliers

- Marche hauteur ≤ 17 cm pour les bâtiments existants, ≤ 16 cm pour les neufs ; largeur ≥ 28 cm,
- Contremarche de couleur contrastée au niveau de la 1^{ère} et de la dernière marche,
- Nez de marches non glissants, de couleur contrastée,
- Bande d'éveil de vigilance à 0,50 m de la 1^{ère} marche (à la fois un contraste visuel et tactile),
- De chaque côté de l'escalier une main courante, elles doivent se prolonger horizontalement au-delà de la 1^{ère} et de la dernière marche, sa hauteur est comprise entre 0,80 et 1 m,
- Largeur minimale entre 2 mains courantes : 1 m pour les bâtiments existants et 1,20 m pour les neufs,

- La main courante doit être facilement préhensible et visuellement contrastée (facultatif).

2) *Accessibilité aux services*

Ascenseur

- Obligatoire dans les ERP de 5^{ème} catégorie (comme les cabinets libéraux) si les prestations se font aux étages.

- Doit pouvoir être utilisé par une personne en fauteuil roulant.

- A l'intérieur de la cabine : indicateur visuel et annonce vocale pour connaître la position de la cabine ainsi que l'ouverture/fermeture des portes.

- A l'extérieur de la cabine : signal visuel et message sonore qui indique le déplacement de la cabine ainsi que l'ouverture/fermeture des portes.

- Main courante nécessaire à l'intérieur de la cabine.

- Passage utile de 0,80 m minimum [voir annexe].

- Commandes entre 0,90 m et 1,20 m du sol.

- Touches de couleurs contrastées, creusées ou en relief, chiffres indiqués en braille.

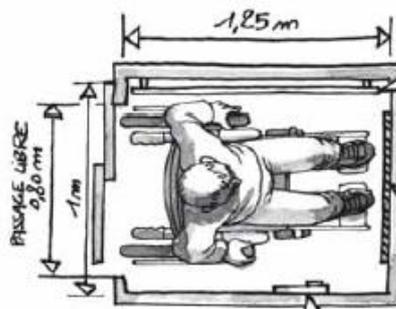


Figure 13 : dimensions minimum de l'ascenseur

Sanitaires

Il faut consulter le règlement départemental sanitaire pour voir si des sanitaires doivent être prévus pour le public dans le département où se situe le cabinet. L'exigence d'accessibilité des sanitaires concerne uniquement le cas où des sanitaires sont prévus pour le public.

- Obligatoirement un par étage.

- Sanitaires handicapés au même emplacement que les autres.

- Largeur minimale de porte : 0,80 m toléré, le mieux 0,90 m.
- Dispositif permettant de refermer la porte derrière soi une fois entré.
- Lavabo au maximum à 0,85 m du sol.
- Surface d'assise de la cuvette à une hauteur comprise entre 0,45 m et 0,50 m du sol abattant inclus.
- Barre d'appui latérale entre 0,70 m et 0,80 m de hauteur à côté de la cuvette.
- Espaces de manœuvres de diamètre 1,50 m dans les sanitaires, ou à défaut devant ceux-ci.
- Aire de giration de 1,30 m x 0,80 m à l'intérieur.

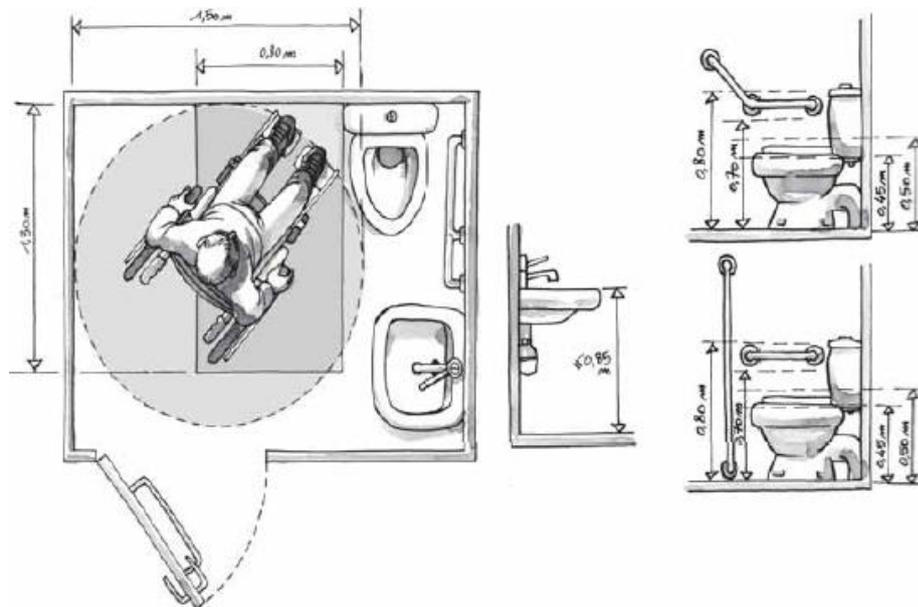


Figure 14 : ascenseur accessible

Tables électriques et lève-personnes

Nécessaires mais non obligatoires.

IV. Sanctions prévues par la loi de 2005

Si les obligations d'accessibilité ne sont pas respectées, toutes les personnes en lien avec les travaux ou les bénéficiaires (architectes, entrepreneurs, propriétaire du lieu, kinésithérapeute...) encourent une peine de 45 000 euros d'amende. En cas de récidive, elle

peut atteindre 75 000 euros et être accompagnée de 6 mois d'emprisonnement.

De plus, l'autorité administrative peut décider de la fermeture de l'E.R.P. en cas de non-conformité.

V. Les pictogrammes du handicap et leurs significations

Différents pictogrammes existent en fonction des différents handicaps.

Selon l'Agence française de Normalisation (A.F.N.O.R.), le pictogramme est «un symbole graphique conçu pour fournir une information au grand public et dont la compréhension ne dépend pas normalement des connaissances relevant de spécialistes ou de professionnels».

L'Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (U.N.A.P.E.I.) le définit comme un symbole d'accueil, d'accompagnement et d'accessibilité.

Les pictogrammes s'adressent à tous les publics et notamment aux personnes ayant des difficultés de compréhension des informations écrites : handicapés mentaux, étrangers, personnes sourdes ou malentendantes...

L'utilisation de pictogrammes, judicieusement choisis, permet de faciliter la compréhension des messages.

Les différents pictogrammes :

- Handicap physique (le plus connu) : indique des lieux accessibles aux personnes à mobilité réduite.



Figure 15 : pictogramme du handicap moteur

- Handicap auditif : indique des lieux accessibles aux personnes sourdes ou malentendantes.



Figure 16 : pictogramme du handicap auditif

- Handicap visuel : indique des lieux accessibles aux personnes aveugles ou malvoyantes.



Figure 17 : pictogramme du handicap visuel

- Handicap mental (pictogramme S3A) : indique des lieux où des efforts particuliers sont portés à l'accessibilité des personnes handicapées mentales (qualité d'écoute et d'accueil, mises à dispositions d'information simplifiées).



Figure 18 : pictogramme du handicap mental

- Handicap cognitif : indique des lieux accessibles aux personnes handicapées cognitives.



Figure 19 : pictogramme du handicap cognitif

- Handicap psychique : indique des lieux accessibles aux personnes handicapées psychiques.



Figure 20 : pictogramme handicap psychique

VI. Annexes

Quelques définitions illustrées :

Gabarit fauteuil roulant occupé : 0,75 m x 1,25 m d'où un espace d'usage de 0,80 m x 1,30 m.

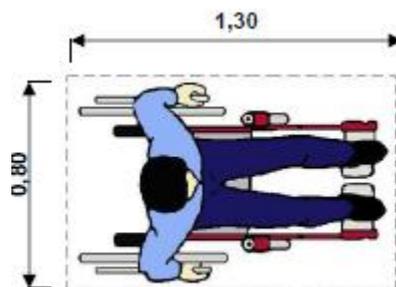


Figure 21 : gabarit fauteuil roulant occupé

Espace d'usage / passage utile :

- permet le positionnement du fauteuil roulant ou d'une personne avec une ou deux cannes anglaises pour utiliser un équipement ou un dispositif de commande ou de service,
- situé à l'aplomb de l'équipement, du dispositif de commande ou de services,
- correspond à une espace rectangulaire de 0,80 m x 1,30 m.

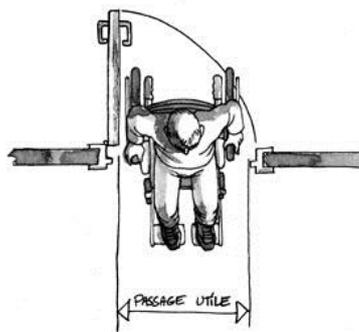


Figure 22 : passage utile

Espace de manœuvre :

- permet la manœuvre du fauteuil roulant mais aussi à une personne avec une canne simple ou deux cannes anglaises de faire demi-tour,
- permet de s'orienter différemment et de faire demi-tour,
- diamètre de 1,50 m, cylindre libre de tout obstacle.

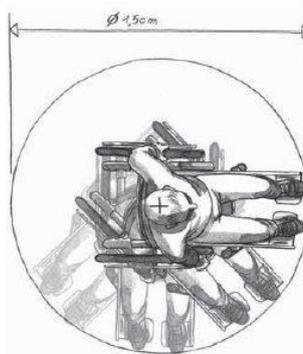


Figure 23 : espace de manœuvre

Dévers : pente transversale (droite-gauche) pouvant provoquer une chute latérale.

Pente : longitudinale, degré de montée ou de descente en long du cheminement.

Palier de repos : permet à une personne en fauteuil roulant ou à mobilité réduite de se reposer, de souffler ; il doit être de dimension 1,40 x 1,20 m au minimum.

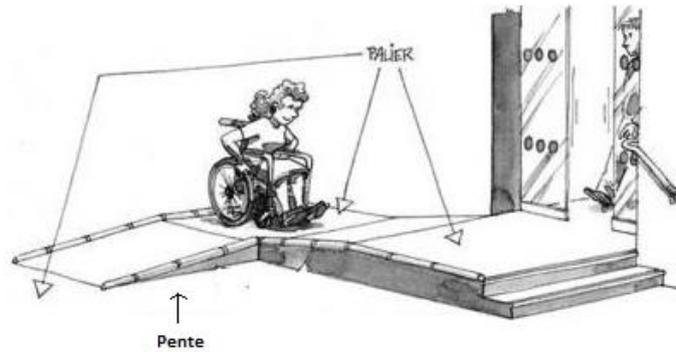


Figure 24 : pente et palier

Contrastes de couleur :

	Beige	Blanc	Gris	Noir	Brun	Rose	Pourpre	Vert	Orange	Bleu	Jaune	Rouge
Rouge	78	84	32	38	7	57	28	24	62	13	82	0
Jaune	14	16	73	89	80	58	75	76	52	79	0	
Bleu	75	82	21	47	7	50	17	12	56	0		
Orange	44	60	44	76	59	12	47	50	0			
Vert	72	80	11	53	18	43	6	0				
Pourpre	70	79	5	56	22	40	0					
Rose	51	65	37	73	53	0						
Brun	77	84	26	43	0							
Noir	87	91	58	0								
Gris	69	78	0									
Blanc	28	0										
Beige	0											

Ne pas utiliser
 Acceptable
 Cas limite

* Source : Société Logique & Institut Nazareth et Louis BRAILLE – CANADA
 Tiré de Arthur, P. (1988). Orientations et points de repère dans les édifices publics, Survol. p. 84

Figure 25 : contrastes de couleur

Eclairage : intensités obligatoires

Lieux	Valeurs d'éclairage a minima (en lux)
Parcs de stationnement	20
Circulation piétonne des parcs de stationnement	50
Chemins extérieurs	20
Postes d'accueil et salles de soins	200
Escaliers et équipements mobiles	150
Circulation intérieure	100
Sanitaires	200

Figure 26 : intensités d'éclairage obligatoires

Pour aller plus loin :

- Centre de Ressources de l'Accessibilité : <http://www.developpement-durable.gouv.fr/-Centre-de-Ressources-de-l-.html>

- Circulaire interministérielle du 30 novembre 2007 relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation :

http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/DGALN_Annexe_8_de_la_circulaire_du_30_novembre_2007_illustree.pdf

- C.F.P.S.A.A. (Confédération Française pour la Promotion Sociale des Aveugles et Amblyopes) : <http://www.cfpsaa.fr/>

- A.V.H (Association Valentin Haüy) : <http://www.avh.asso.fr/>

- U.N.A.F.A.M. (Union Nationale des Amis et Familles de malades Mentaux) : <http://www.unafam.org/>

- U.N.A.P.E.I (Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis) : <http://www.unapei.org/>

- A.P.F (Association des Paralysés de France) : <http://www.apf.asso.fr/>