



NOTE DE POSITION

ACCESSIBILITÉ DES HÔPITAUX

Approuvée en séance plénière
du 15/03/2021

Accessibilité des hôpitaux

Note de position du Conseil supérieur National des Personnes Handicapées (CSNPH)

I. Introduction et cadre de réflexion

Une personne qui n'a pas accès à des lieux, des services, des biens, ou des informations, qui n'a pas la possibilité de s'y rendre ou de les utiliser pleinement est, par définition, exclue de la vie sociale. L'accessibilité, au sens large du terme, des hôpitaux, est d'autant plus importante qu'il s'agit de pouvoir exercer son droit à la santé.

Cette note part du paradigme social qui postule que les problèmes des personnes handicapées découlent moins de la nature de leur handicap que de la manière dont la société est organisée et, en particulier, des obstacles qui empêchent ces personnes handicapées d'exercer leur droit à la santé.

L'accessibilité, tant sur un plan matériel que du point de vue du droit d'être soigné, est garante de la liberté de choisir de la personne handicapée et de son autonomie. Il est ici question de l'égalité entre les usagers de l'hôpital : tous, sans aucune discrimination, doivent pouvoir avoir accès à l'hôpital.

L'article 25 de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées (UNCRPD) dispose que les États Parties reconnaissent que **les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap.**

En ratifiant la Convention, la Belgique s'est engagée à :

- prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer "la protection et la sûreté des personnes en situation de handicap dans les situations de risque" ;
- exiger "des professionnels de la santé qu'ils dispensent aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres" ;
- empêcher "tout refus discriminatoire de fournir des soins ou services médicaux ou des aliments ou des liquides en raison d'un handicap".

D'autre part, l'article 9 de la UNCRPD prévoit qu'afin de permettre aux personnes handicapées de vivre de façon indépendante et de participer pleinement à tous les aspects de la vie, les États Parties prennent des mesures appropriées pour leur assurer, sur la base de l'égalité avec les autres, **l'accès à l'environnement physique, aux transports, à l'information et à la communication**, y compris aux systèmes et technologies de l'information et de la communication, et aux autres équipements et services ouverts ou fournis au public, tant dans les zones urbaines que rurales. Ces mesures, parmi lesquelles figurent l'identification et l'élimination des obstacles et barrières à l'accessibilité, s'appliquent, entre autres, aux installations médicales.

L'article 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient prévoit que le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses

besoins et ce, dans le **respect de sa dignité humaine et de son autonomie** et **sans qu'une distinction d'aucune sorte** ne soit faite.

Cette note n'est pas destinée à traiter l'accessibilité des soins en tant que telle, à savoir l'accessibilité financière, la disponibilité de personnel soignant qualifié, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste et l'accessibilité géographique. Ce sujet a déjà fait l'objet d'une étude réalisée par différentes administrations publiques.¹

L'aspect « qualité des soins » ne sera pas non plus abordé dans cette note : cet aspect a fait l'objet d'une [note de position du CSNPH](#) du 19 septembre 2017. Cette note de position sera bien entendu implicitement intégrée dans la présente note.

En ce qui concerne les personnes sourdes, un rapport d'étude et des recommandations ont été émises par Unia. Cette note reprendra une partie d'entre elles. Pour le reste, le lecteur est invité à consulter le site d'Unia².

Cette note ne concerne que l'accessibilité des hôpitaux.

Cette note n'a pas l'ambition de décrire en détail toutes les normes d'accessibilité physique auxquelles les hôpitaux devraient répondre. Il s'agit surtout de retenir des points d'attention afin d'améliorer l'accessibilité tant physique qu'humaine de toutes les personnes handicapées dans ces lieux de soins.

Cette note examinera tout particulièrement les aspects qui gagnent à être développés pour garantir des soins de qualité aux personnes handicapées.

¹ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/accessibilite-des-soins>

² <https://www.unia.be/fr/legislation-et-recommandations/recommandations-dunia/rapport-detude-accessibilite-hopitaux>

II. Réglementation et respect des règles

Flandre

Les hôpitaux dans lesquels des travaux de construction, de transformation ou d'extension sont envisagés, doivent satisfaire à la réglementation en matière d'accessibilité en vigueur au moment de la demande du permis d'urbanisme. Toutes les parties du bâtiment ouvertes au public, telles que l'accueil, les places de stationnement, les chemins d'accès, les couloirs, portes, escaliers, ascenseurs, installations sanitaires, etc. doivent en effet être accessibles également aux personnes à mobilité réduite³. Les normes en sont fixées dans le règlement sur l'accessibilité, applicable aux bâtiments publics (voir [l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 juin 2009 fixant un règlement urbanistique flamand relatif à l'accessibilité](#))⁴.

Région Wallonne

Le Code Wallon de l'Aménagement du Territoire, de l'Urbanisme, du Patrimoine et de l'Energie (CWATUPE) a été remplacé par [le Code du développement territorial \(CoDT\)](#)⁵, qui est entré en vigueur le 1er juin 2017. Ce dernier a modifié la terminologie et la valeur des outils d'aménagement du territoire en Wallonie.

Dans ce cadre, le Guide Régional d'Urbanisme (GRU)⁶ devient le seul outil d'orientation en matière d'urbanisme à l'échelle régionale. Il a été adopté par le Gouvernement wallon et décline, pour la Wallonie ou pour une partie de son territoire dont il fixe les limites, les objectifs de développement du territoire du schéma de développement du territoire en objectifs d'urbanisme, par des indications et des normes, en tenant compte, le cas échéant, des spécificités du ou des territoires sur lesquels il porte [...] (CoDT - Art. D.III.1).

Le GRU regroupe donc des normes (valeur réglementaire) et des indications (valeur indicative) urbanistiques dans un document unique.

Le GRU compile notamment les informations qui figuraient dans le Règlement général sur les bâtisses relatif à l'accessibilité et à l'usage des espaces et bâtiments ou parties de bâtiments ouverts au public ou à usage collectif par les personnes à mobilité réduite (PMR – article 414 et s. du CWATUPE). Ces informations conservent une valeur réglementaire. Les articles 414 et 415 n'ont pas vraiment changé.

Le chapitre 4 du GRU contient le Règlement général sur les bâtisses relatif à l'accessibilité et à l'usage des espaces et bâtiments ou parties de bâtiments ouverts au public ou à usage collectif par les personnes à mobilité réduite. L'article 414 prévoit que notamment les

³ Inter a publié un 'recueil d'inspiration' sur l'accessibilité des hôpitaux (Inspiratiebundel Toegankelijkheid van Ziekenhuizen).

https://inter.vlaanderen/sites/default/files/Inspiratiebundel%20toegankelijkheid%20van%20ziekenhuizen_2012_0.pdf

⁴ Pour plus d'informations sur le thème 'construction et accessibilité en Flandre', voir le site [toegankelijkgebouw](#).

⁵ http://www.uvcw.be/no_index/files/2938-codt----29-juin-2020.pdf

⁶ <http://geoportail.wallonie.be/catalogue/4ed33135-c29a-4a92-abff-cfc69a24c350.html>
http://lampsfw.wallonie.be/dqo4/tinymvc/apps/amenagement/views/documents/juridique/codt/GRU-coordination-officiouse_final.pdf

hôpitaux et les cliniques doivent respecter certaines normes. Ces normes sont spécifiées dans les articles 415 à 415/16.

Une uniformisation des législations en accessibilité en Région Wallonne et en région bruxelloise faciliterait les choses.

Région de Bruxelles-Capitale

Sur l'ensemble du territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, l'accessibilité des personnes à mobilité réduite est régie par le [Règlement Régional d'Urbanisme](#)⁷ (titre IV du 21 novembre 2006, relatif à l'accessibilité des bâtiments par les personnes à mobilité réduite). Les centres hospitaliers sont visés à l'article 1, §3, 6°.

Ce règlement régional s'applique aux actes et travaux soumis à permis d'urbanisme, tel qu'imposé par l'article 98, § 1er, du Code Bruxellois de l'aménagement du territoire ([CoBAT](#)), qui concernent les bâtiments et équipements autres que ceux figurant sur les listes visées aux § 2 et 2/1 ou dans un plan de gestion patrimoniale visé au § 2/2.

Cette réglementation vise les voies d'accès aux immeubles depuis l'espace public (rampes d'accès, porte d'entrée, emplacements de parking réservés aux personnes à mobilité réduite) ainsi que l'accessibilité aux zones de circulation et équipements requis au sein même des bâtiments publics (signalisation intérieure, symboles internationaux, revêtement de sol, couloirs, portes intérieurs, ascenseurs, escaliers, toilettes, chambres, salles de bain, accès aux guichets)⁸.

La notion d'aménagement raisonnable du point de vue de l'hôpital et des soins

La [loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination](#) interdit les discriminations fondées, notamment, sur le handicap dans les domaines du logement, de l'accès aux biens et services et de la fourniture de biens et services proposés au public. Elle couvre également l'accès, la participation et tout autre exercice d'une activité économique, sociale, culturelle ou politique accessible au public.

Cette loi définit les aménagements raisonnables comme suit : « [...] mesures appropriées, prises en fonction des besoins dans une situation concrète, pour permettre à une personne handicapée d'accéder, de participer et progresser dans les domaines pour lesquels cette loi est d'application, sauf si ces mesures imposent à l'égard de la personne qui doit les adopter une charge disproportionnée. Cette charge n'est pas disproportionnée lorsqu'elle est compensée de façon suffisante par des mesures existant dans le cadre de la politique

⁷ Le titre IV du RRU est d'application pour les hôpitaux. Depuis 2018, le RRU a été à nouveau bloqué par un recours d'état. Lors de l'enquête publique qui s'est terminée le 13 avril 2019, le CAWaB a remis une série de recommandations pour améliorer le texte d'origine. Le CAWaB a su dernièrement (2020) que presque l'intégralité des recommandations énoncées seraient prises en compte. Par contre, d'autres titres sont en litige (Ancien titre VII : voiries, accès et abords), ce qui pourrait retarder sa mise en application. Le titre III relatif aux chantiers doit être approfondi, car il semble que le handicap n'ait pas été pris en compte.

⁸ Pour obtenir les informations complètes concernant le Code bruxellois de l'aménagement, voir le site : "urbanisme.irisnet.be".

publique menée concernant les personnes handicapées ». Le refus de mettre en place des aménagements raisonnables pour les personnes handicapées constitue une discrimination.

En Flandre, c'est le décret du 10 juillet 2008 portant le cadre de la politique de l'égalité des chances et de traitement, qui définit les adaptations raisonnables pour les personnes porteuses d'un handicap.

En Région wallonne, le concept d'aménagement raisonnable figure dans le décret du 6 novembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination, modifié par le décret du 19 mars 2009 en ce qui concerne le champ d'application des biens et services. La Communauté française a suivi au travers du décret du 12 décembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination.

En raison de la complexité du modèle institutionnel belge, il était indispensable d'adopter une définition commune de la notion d'aménagement raisonnable. Lors de la Conférence interministérielle du 11 octobre 2006, l'Etat fédéral, les Régions et les Communautés ont approuvé un Protocole relatif au concept d'aménagements raisonnables, publié au Moniteur le 20 septembre 2007.

Un aménagement raisonnable est donc une mesure concrète permettant de neutraliser, autant que possible, les effets négatifs d'un environnement inadapté sur la participation d'une personne handicapée à la vie en société. Souvent aisé à mettre en œuvre et peu coûteux, ce type d'aménagement contribue à une société plus juste, tout en améliorant la qualité et l'attractivité des biens et services offerts à l'ensemble des citoyens.

De manière générale, la mise en place d'un aménagement raisonnable ne doit pas impliquer un changement fondamental de la nature de l'activité ou du service visé. Le caractère *raisonnable* de l'aménagement est apprécié en fonction de son coût, des aides financières existantes, de son impact sur l'organisation, de la sécurité, de la fréquence et de la durée de l'aménagement, etc. Ces critères peuvent être complétés ou adaptés selon les spécificités des organisations concernées, comme la nature de la clientèle par exemple.

III. Points d'attention et recommandations

Si dans la représentation commune, l'accessibilité se limite souvent à l'installation d'une rampe d'accès, cette vision réductrice tend à fausser la perception que l'on peut avoir de la problématique. En effet, l'accessibilité ne se résume pas à l'accessibilité matérielle. Celle-ci est insuffisante à garantir, à elle seule, l'égalité des citoyens et l'accès aux droits. La dimension d'accompagnement de la personne est également primordiale.

L'existence d'un environnement matériel et humain rassurant et adapté concoure tout autant au rétablissement de la personne que la qualité de la prise en charge médicale.

1) Proximité et accessibilité de tous les services

Suite à la fusion de nombreux hôpitaux et au travail en réseau, tous les hôpitaux ne disposent plus de tous les services. Le patient est parfois obligé de faire de plus longs déplacements pour se faire soigner. S'il s'agit d'un service récurrent, l'autonomie du patient est entravée. Les hôpitaux doivent pouvoir desservir tous les patients sans entraver leur autonomie. Une offre de transport « de porte à porte », subsidiée et organisée par les autorités, pourrait compenser le manque de transports en commun vers les centres hospitaliers, surtout en milieu rural. Cette offre doit être financièrement accessible.

Pendant la crise COVID-19, la proximité et l'accessibilité des services médicaux ont été encore plus compromises. Pendant les pics de la pandémie, il y a même eu une menace de sélection entre les patients au détriment des personnes handicapées. Le CSNPH ne peut pas accepter cette idée (voir l'avis [2020-08](#)). Les personnes handicapées qui n'ont pas de comorbidité doivent être traitées de la même manière que les autres patients.

La *Belgian Society of Intensive care medicine* a élaboré une charte éthique pour la crise COVID-19 et des situations similaires avec un certain nombre de recommandations pour les hôpitaux et le secteur médical. Le CSNPH est favorable à l'idée d'une charte mais émet quelques [réserves](#).

2) Formation et sensibilisation du personnel

Le patient handicapé est avant tout un patient, avant d'être handicapé.

Amener le personnel à une meilleure prise en compte des différents handicaps doit être fait de plusieurs manières :

- Donner les informations de base sur les différents handicaps moteurs, sensoriels et intellectuels visibles et invisibles ;
- Former le personnel à communiquer des informations qui peuvent parfois être délicates à des personnes atteintes de troubles psychologiques ou intellectuels ;
- Informer le personnel du fait que chaque patient a le droit de se faire assister par une personne de confiance ;
- Diffuser des informations sur les différents outils et équipements ;
- Viser les personnes appelées à rencontrer les personnes handicapées tout comme les personnes amenées à répondre au téléphone ou chargées de l'information.

Certaines personnes chargées de l'accueil peuvent avoir suivi une formation en langue des signes.

Si l'hôpital travaille avec un service de médiation à distance en langue des signes organisé par le SPF Santé publique⁹, le personnel doit en être informé.

L'hôpital peut vérifier son accessibilité au moyen de tests avec les personnes porteuses des différents types de handicap (physique, sensoriel et intellectuel).

L'hôpital pourrait aussi développer un conseil des usagers dans lequel les personnes handicapées auraient une place.

3) Accès à l'information et prise de rendez-vous

En amont de l'hôpital, il faut veiller à ce que les campagnes d'information relatives à la santé soient accessibles à tous.

L'accès à l'ensemble de l'information, surtout celle dont peut avoir besoin une personne handicapée, doit être assuré selon les différents moyens et chaînes nécessaires en fonction des situations de handicap. Il faut notamment veiller à prendre en compte la situation particulière des personnes avec une déficience auditive, avec une déficience visuelle ou avec un handicap intellectuel.

D'autre part, chaque hôpital doit veiller à ce que son site internet soit accessible à tous les citoyens. Il faut donc prévoir un site labellisé « AnySurfer ». Les citoyens handicapés doivent retrouver tous les renseignements dont ils ont besoin facilement sur le site de l'hôpital, notamment pour une visite à l'hôpital.

Bien que AnySurfer ne l'exige pas, des capsules en langues des signes et des textes rédigés en « Facile à lire » (FALC) sont une plus-value pour le public-cible.

- Des membres du personnel pourront assurer des textes en FALC après avoir suivi une formation.
- Idéalement, les capsules vidéo sont enrichies de sous-titrage et « voice-off ».

Pour la prise de rendez-vous, outre l'appel téléphonique ordinaire, différents moyens de contact doivent être prévus : SMS, formulaire en ligne, e-mail, courrier postal, interprétation gestuelle...

4) Accessibilité des transports en commun

Les autorités doivent proposer à tous une solution de mobilité sur ses réseaux (train, bus, tram et métro) en mettant en place des équipements et des services adaptés permettant d'accéder aux hôpitaux.

⁹ <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/interpretation-distance-en-langue-des-signes-de>

5) Stationnement du véhicule

Tout parc de stationnement automobile intérieur ou extérieur à l'usage du public et dépendant d'un hôpital doit comporter plusieurs places de stationnement adaptées pour les personnes handicapées et réservées à leur usage. Elles doivent être situées à un endroit adéquat et répondre aux dispositions reprises dans les différentes réglementations. Ces places de stationnement réservées doivent être en nombre suffisant.

Des places plus larges¹⁰ et plus longues permettant de sortir des chaises roulantes électriques ou non électriques des côtés et à l'arrière du véhicule doivent également être prévues.

6) Voies d'accès

Il doit y avoir un arrêt de transport public tout près. Cet arrêt doit être aussi proche que possible de l'entrée principale/des entrées principales de l'hôpital.

Il doit y avoir des voies d'accès depuis le domaine public, depuis le(s) arrêt(s) de transport public et depuis les places de stationnement pour personnes handicapées jusqu'à l'entrée principale/entrées principales du bâtiment.

Ces voies d'accès doivent être accessibles à tous. Cela signifie : sans obstacle, sans entrave, avec un bon éclairage et équipé d'une ligne de guidage ou ligne directrice.

7) Information et signalisation

Afin de faire passer un message de la manière la plus compréhensible possible, il est important de respecter ce principe fondamental : l'information doit être claire et simple, et le langage utilisé doit être uniforme.

Toute une série de critères seront définis pour cadrer l'information et la rendre lisible : la taille, la police¹¹...

Pour être comprise par le plus grand nombre de personnes, l'information doit être brève et cohérente. Sa hiérarchie, son emplacement, le choix du texte et des pictogrammes permettront d'optimiser cet objectif.

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

¹⁰ Si on impose des emplacements plus longs (9 m) pour le stationnement sur la voirie, le code de la route devra aussi être adapté.

¹¹ Le Collectif Accessibilité Wallonie-Bruxelles (CAWaB) a publié un « Guide d'aide à la Conception d'un bâtiment accessible » en 2017. Le guide contient un volet sur l'information (p. 127-133). Le guide gratuit est disponible en français et en néerlandais sur <https://www.wallonie.be/fr/publications/cest-laviq-ndeq15>.

En outre, les éléments de signalisation doivent être compréhensibles notamment par les personnes atteintes de déficience intellectuelle.

Les informations doivent être regroupées.

Les supports d'information doivent répondre aux exigences suivantes :

- être contrastés par rapport à leur environnement immédiat ;
- permettre une vision et une lecture en position debout comme en position assise ;
- être choisis, positionnés et orientés de façon à éviter tout effet d'éblouissement, de reflet ou de contre-jour dû à l'éclairage naturel ou artificiel ;

Les informations doivent apparaître en braille et/ou en relief.

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

Autres éléments :

- doublage sonore des annonces sur les écrans ;
- brochures d'information en facile à lire ;
- brochures d'information en braille et/ou en grands caractères ;
- wifi gratuit au sein de l'hôpital ;
- guidage signalétique sur smartphone ;
- application Smartphone pour s'orienter dans l'institution + folder de signalisation ;
- ...

En cas de travaux dans l'hôpital (par exemple, un ascenseur inaccessible), une mention devrait apparaître sur le site, reprenant l'endroit des travaux et des trajets alternatifs pour se rendre à l'endroit choisi. Une pancarte aux différentes entrées doit également reprendre ces informations.

8) Hall et guichet d'accueil

Les machines d'enregistrement (pour consultation, traitement ou admission) doivent être accessibles à tous, y compris aux personnes atteintes d'un handicap visuel, auditif ou intellectuel et aux personnes âgées.

Il faut prévoir une personne d'accueil pour aider à l'utilisation des machines d'enregistrement.

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

Un micro-amplificateur de sons, muni d'un régulateur de volume, ou une boucle magnétique, qui est placé(e) au guichet ou point d'accueil, rendra la communication plus aisée.

Une personne malentendante ou sourde doit voir les lèvres de son interlocuteur pour mieux le comprendre.

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

La présence d'un interprète peut constituer un aménagement raisonnable si le patient indique que c'est la meilleure façon de communiquer avec lui. L'interprétation doit être gratuite pour le patient.

Une assistance (éventuellement fournie par des bénévoles) doit être disponible, notamment pour les déplacements à l'hôpital, pour l'enregistrement et pour l'inscription à un accueil ou guichet dans les services.

9) Accueil des chiens d'assistance

Un espace spécialement dédié aux chiens d'assistance, idéalement situé auprès de l'accueil doit être aménagé pour accueillir les chiens d'assistance. L'idéal serait de faire encore un pas en avant en laissant le chien d'assistance accompagner son maître jusqu'à la salle de consultation¹² mais cela peut poser des questions sur le plan de l'hygiène. Pourtant, ce problème ne se pose pas dans tous les services. Par exemple, de plus en plus de services d'ophtalmologie acceptent que le chien accompagne son maître à la consultation.

10) Salle d'attente

Différents éléments doivent être pris en compte :

- Prévoir un panneau d'annonces sur le fonctionnement des consultations bien placé et visible par tous.
- Veiller à ce que les affichages (disposition et taille) soient lisibles par tous.
- L'appel du nom est important, par exemple pour les personnes aveugles et malvoyantes, mais les personnes sourdes et malentendantes ne l'entendent pas. Un affichage de numéro d'appel, visible de tous les sièges de la salle d'attente est souhaitable.
- ...

11) Sanitaires

Les WC doivent être parfaitement accessibles et adéquatement indiqués.

¹² A ce titre, l'AVIQ avait fait une enquête sur la prise en charge des personnes sourdes et des chiens d'assistance dans le milieu hospitalier : <https://www.wallonie.be/fr/publications/cest-laviq-ndeq15>

12) Couloirs et circulation

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

Les revêtements de sol et les équipements situés sur le sol des cheminements doivent être sûrs et permettre une circulation aisée des personnes handicapées. Les revêtements de sols, murs et plafonds ne doivent pas créer de gêne visuelle ou sonore pour les personnes ayant une déficience sensorielle.

Il existe des possibilités de guidage électronique jalonnant le parcours du visiteur déficient visuel. Grâce à une télécommande adéquate, une balise sonore aiguille la personne aveugle ou malvoyante. Dans l'enceinte du bâtiment, des balises sont dispersées afin d'aider les personnes déficientes visuelles à se repérer. En appuyant sur la télécommande, deux signaux peuvent être adressés tour à tour. Le premier est un message préenregistré du type « couloir vers la cafétéria ». Le second est un petit chant d'oiseau. Ce dernier appelle la personne vers la borne multisensorielle la plus proche. Elle y trouve des informations en braille, ainsi que trois boutons qui actionnent des informations audio. Le premier donne un message d'orientation du type : « A votre gauche, services 1, 3 et 5. Derrière vous, via les escaliers, services pairs ». Le second bouton indique la sortie la plus proche tandis que le dernier explique comment évacuer au plus vite en cas de danger. Des plans d'orientation, également munis de balises, sont installés. Ils disposent d'indications en braille, en relief et sonores. En outre, la signalétique utilisée est normée, ce qui en simplifie la lecture.

13) Ascenseurs

Les ascenseurs doivent être accessibles aux personnes avec un handicap physique et respecter les règles prévues (taille de l'ascenseur suffisamment large pour accueillir une chaise roulante, boutons d'appel et de numéros d'étage idéalement situés, ...).

Il faut également tenir compte de la situation particulière des personnes aveugles et malvoyantes (messages sonores avant et dans l'ascenseur). A chaque étage, une indication sonore (audible) et visuelle du numéro de l'étage sera donnée avec éventuellement une indication du ou des services disponible(s) à cet étage.

14) La consultation médicale

L'exercice de la médecine en cabinet de consultation consiste à prendre en charge des patients en recherche de soins. Ainsi ceux-ci sont en attente d'un accueil rassurant, d'une prise en charge efficace et précise, d'un accès aux différents services aisé et sécurisé.

Lors d'une consultation, toute personne handicapée doit pouvoir bénéficier de la présence d'une personne de confiance (droit des patients). Cela est particulièrement vrai pour les personnes ayant des difficultés de type intellectuel.

Même s'il y a un accompagnant ou une personne de confiance, la personne handicapée est l'interlocuteur premier. L'information qui la concerne sera donnée sous une forme et dans un langage qui lui sera facile à comprendre.

Le cabinet de consultation doit être conçu de façon ergonomique pour anticiper tout problème inhérent à l'exercice de la médecine. L'agencement du cabinet et le choix des matériels vont avoir un impact essentiel pour la réussite de l'accueil du patient et les conditions de travail du praticien.

Les tables d'observation et d'examen doivent pouvoir être accessibles et réglables en hauteur, par exemple pour permettre aux personnes handicapées paralysées des jambes et/ou des bras de se transférer de leur chaise roulante vers ces tables et l'inverse à la fin de l'examen.

Si le patient a besoin d'un interprète en langue des signes pour un entretien médical, un interprète présentiel est toujours la première option. En général, les personnes sourdes préfèrent la présence physique de l'interprète dans ce cadre, mais il n'est pas toujours évident d'organiser le rendez-vous (disponibilité du médecin, du patient et de l'interprète).

Il existe des possibilités pour faire appel à des interprètes à distance. Par exemple, certains hôpitaux proposent un service de médiation à distance en langue des signes via le Service public fédéral Santé publique. Le médiateur à distance n'est pas présent physiquement au rendez-vous, mais il s'assure que la personne sourde puisse suivre la consultation avec le médecin ou soignant dans la langue des signes via visioconférence. La connexion pour cette visioconférence est 100% sécurisée. Cette procédure est payée par le SPF Santé publique, mais ne semble pas encore très répandue.

15) La télémédecine

Selon la Commission européenne, la télémédecine est la fourniture à distance de services de soins de santé par l'intermédiaire des technologies d'information et de communication dans des situations où le professionnel de la santé et le patient (ou deux professionnels de la santé) ne se trouvent pas physiquement au même endroit. Elle nécessite la transmission en toute sécurité de données et d'informations médicales par le texte, le son, l'image ou d'autres moyens rendus nécessaires pour assurer la prévention et le diagnostic ainsi que le traitement et le suivi des patients¹³.

La télémédecine peut donc favoriser l'accessibilité des soins de santé.

De nombreuses applications de télémédecine se voulant un pont entre patients et personnel médical ont fleuri ces dernières années et joué un rôle de premier plan au plus fort de la

¹³ Communication de la Commission du 4 novembre 2008 au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions concernant la télémédecine au service des patients, des systèmes de soins de santé et de la société (<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0689:FIN:FR:PDF>)

crise du Covid-19. Plusieurs applications de télémédecine sont déjà recommandées par la plateforme e-Health. D'autres, par contre, sont fortement déconseillées¹⁴.

La télémédecine n'est pas interdite en Belgique, mais le fait qu'une téléconsultation ne soit ni facturable, ni remboursable rend la pratique plus compliquée à mettre en place. Contrairement à d'autres pays européens, la Belgique ne dispose pas encore d'un cadre légal reconnaissant la télémédecine, et la présence physique du prestataire de soins auprès de son patient est toujours obligatoire. Ce n'est pas le cas dans plusieurs pays européens et notamment en France, où depuis 2018 l'assurance maladie rembourse aussi des téléconsultations.

Cependant, la possibilité de reconnaître la téléconsultation et de la rembourser à certaines conditions se trouvent sur la table du politique. Dans le cadre du point d'action 19 du Plan d'actions e-Santé 2015-2018, l'INAMI a développé un projet expérimental avec le SPF Santé publique, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) et la plateforme eHealth sur la base de 24 projets différents. Cette étude servira de base à l'établissement du cadre réglementaire des remboursements.¹⁵

Pour l'Ordre des médecins, la téléconsultation est une forme d'exercice de la médecine. Elle est de ce fait soumise aux règles éthiques, légales et déontologiques propres à l'exercice de l'art médical. Selon l'Ordre des médecins, la consultation en présence du médecin et du patient demeure la meilleure pratique. Une consultation à distance, si elle apparaît facile d'utilisation, n'a pas la précision d'une consultation en présence du patient et du médecin et n'offre dès lors pas la même sécurité sur le plan du diagnostic et de la prescription médicamenteuse. La téléconsultation doit être justifiée par une situation particulière qui entraîne dans le chef du patient un avantage à substituer la téléconsultation à la consultation en face à face¹⁶. Dans les conditions actuelles (pandémie de Covid-19), la télémédecine pourrait remplacer les consultations physiques. Il faut veiller à ce que cela ne devienne pas un fait accompli.

16) Les chambres

Tout hôpital disposant de locaux d'hébergement pour le public doit comporter des chambres aménagées et accessibles de manière à pouvoir être occupées par des personnes handicapées. Une chambre avec sanitaire adapté par unité de soins, c'est le minimum absolu.

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

¹⁴ <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/e-health/teleconsultation-la-plateforme-e-health-evalue-6-applications.html>

¹⁵ <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/Pages/telemedecine-applications-mHealth.aspx>

¹⁶ <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/teleconsultation-en-vue-de-poser-un-diagnostic-et-de-proposer-un-traitement>

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

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

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

Les personnes sourdes ont besoin d'une prise secteur facilement accessible pour brancher leur chargeur de batterie de leur téléphone portable, car elles communiquent par SMS, et le chargeur de la batterie de leur implant cochléaire, si elles en ont un.

L'alarme sonore doit être doublée par une alarme visuelle.

17) Les visites

Il faut tenir compte du handicap éventuel de la personne hospitalisée, mais également du handicap des visiteurs.

Certains publics plus fragilisés (personnes sourdes, aveugles, handicap intellectuel) peuvent avoir un plus grand besoin du soutien de leurs proches et l'accès de ces derniers devrait être facilité dans la mesure du raisonnable (par exemple, possibilité d'être présents en dehors des heures de visite).

Attention ! Un accompagnant n'est pas un visiteur ! Certaines personnes, par exemple des personnes atteintes d'un handicap intellectuel ou mental, des personnes polyhandicapées, ... ont besoin d'une assistance permanente. Le personnel de l'hôpital n'ayant pas toujours les moyens, le temps ou la formation de surveiller la personne 24h/24, l'hôpital doit également accueillir et loger l'accompagnant lors d'un séjour prolongé de la personne.

18) Formulaire de satisfaction

Il est d'usage de s'informer de la satisfaction d'un patient après son hospitalisation, au moyen d'un formulaire. Ceci pourrait être instauré également après un rendez-vous au sein de l'hôpital, afin que celui-ci puisse améliorer son accessibilité.

Ce formulaire doit être accessible dans tous les formats. De plus, ce formulaire devrait donc reprendre des items spécifiques concernant l'accueil des personnes handicapées, quel que soit le handicap.