



**ENSP**

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2003 –**

**L'accessibilité des personnes handicapées à  
l'hôpital**

**– Groupe n° 1–**

**Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 8 élèves en formation initiale**

***Animateurs :***

- *M. Bernard LUCAS***
- *M. William SHERLAW***

---

# Sommaire

---

<b>1</b>	<b>LE PATIENT HANDICAPÉ : UN USAGER COMME LES AUTRES ?</b>	<b>5</b>
1.1	<b>Patient handicapé et démocratie sanitaire</b>	<b>5</b>
1.1.1	L'accessibilité de la personne handicapée à l'hôpital : un enjeu majeur	5
1.1.2	Les adaptations de l'hôpital pour les patients handicapés	6
1.1.3	La promotion d'une approche globale du patient handicapé	7
1.2	<b>Trois décennies d'efforts pour améliorer l'accessibilité de l'utilisateur handicapé</b>	<b>8</b>
1.2.1	La prise de conscience par les pouvoirs publics	8
1.2.2	Une culture de l'accessibilité encore peu développée à l'hôpital	10
1.3	<b>Améliorer l'accessibilité à l'hôpital : ce qu'il reste à concrétiser</b>	<b>11</b>
1.3.1	D'une logique de prise en charge du patient handicapé à une logique d'accompagnement de la personne	11
1.3.2	Le projet d'établissement comme levier en vue d'une amélioration de l'accessibilité	12
1.3.3	L'importance fondamentale de la formation des acteurs	13
1.3.4	Les limites de l'accessibilité	14
<b>2</b>	<b>L'ACCÈS AU TRAVAIL À L'HOPITAL: LA DIFFICILE INSERTION</b>	<b>15</b>
2.1	<b>La personne handicapée et l'accès à l'emploi</b>	<b>16</b>
2.1.1	Un siècle de législation nationale	16
2.1.2	La situation sur le plan européen	17
2.2	<b>La personne handicapée et l'emploi hospitalier</b>	<b>19</b>
2.2.1	L'entrée dans la fonction publique hospitalière des personnes handicapées	19
2.2.2	L'exercice des fonctions à l'hôpital	20
2.2.3	L'application des règles juridiques en matière d'emploi des personnes handicapées	21
2.2.4	La problématique du reclassement	22
2.3	<b>Quelles perspectives d'améliorations ?</b>	<b>22</b>
2.3.1	Faire de l'accessibilité un état d'esprit partagé par tous	23
2.3.2	Donner sa place au salarié handicapé à l'hôpital	23
2.3.3	Permettre au salarié handicapé d'exercer pleinement son métier	25
	<b>CONCLUSION</b>	<b>26</b>

<b>Bibliographie.....</b>	<b>I</b>
<b>3 Liste des annexes .....</b>	<b>III</b>

---

# Remerciements

---

L'ensemble des membres du groupe tient vivement à remercier :

- Messieurs Lucas et Sherlaw pour leur soutien et l'éclairage qu'ils ont su apporter à notre travail
- Les intervenants extérieurs suivants pour avoir partagé leur expérience et leurs réflexions :
  - ♦ Monsieur Ablain, directeur général du CH de Fougères
  - ♦ Monsieur Jean Luc Blaise, sociologue
  - ♦ Madame France Bovet, chargée de communication de l'hôpital européen George Pompidou et Monsieur Alain Nicquet, cadre supérieur kinésithérapeute en charge du service de rééducation fonctionnelle
  - ♦ Monsieur Christophe Got, directeur adjoint à la direction de l'analyse, prospective et évaluation du CHU de Rouen.
  - ♦ Monsieur Marquer, administrateur à l'ADAPEI , section de Rennes
  - ♦ Monsieur Monnin, délégué départemental adjoint de l'ANPIHM d'Ile et Villaine, association nationale pour l'intégration des handicapés moteurs
  - ♦ Monsieur Perraud, directeur de foyers d'hébergement pour adultes handicapés à Saint Malo
  - ♦ Monsieur Jean Poitevin, directeur de l'institut Val Mandé

---

## Liste des sigles utilisés

---

- ADAPEI : association des amis et parents d'enfants inadaptés
- AGEFPH : association nationale de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
- ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- CAT : centre d'aide par le travail
- CCDSA : commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité
- CCH : code de la construction et de l'habitation
- CHG : Centre Hospitalier Général
- CHSCT : comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail
- CHU : centre hospitalier universitaire
- CMP : code des marchés publics
- COTOREP : comité technique d'orientation et de reclassement professionnels
- CTNERHI : centre technique national d'études et de recherches sur le handicap et l'inadaptation
- DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- ERP : établissement recevant du public
- IFSI : institut de formation en soins infirmiers
- IMC : infirmité motrice cérébrale
- LSF : langue des signes française

## INTRODUCTION

« *L'enjeu est, en effet, chacun le comprend bien, capital pour notre société car mieux accepter les différences, mieux garantir l'égalité des chances, c'est faire franchir à notre société une étape essentielle* »<sup>1</sup>. Cette déclaration du Président Jacques CHIRAC témoigne du regain d'intérêt dont fait l'objet la question du handicap pour les pouvoirs publics français. 2003, année européenne des personnes handicapées, voit ainsi le gouvernement français ériger le handicap en « grande cause nationale ». Anticipant l'Union Européenne sur le sujet, l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies avait décrété une « décennie de la personne handicapée » (1983-1993). Ces déclarations d'intention illustrent le caractère crucial du thème. M. Claude HAMONET estime d'ailleurs que « *l'importance des handicaps dans les sociétés industrialisées, apparaît chaque jour plus considérable, cette " montée des handicaps " est comparée à une " pandémie " . Son importance avait été sous-estimée* »<sup>2</sup>. Preuve de l'actualité du sujet, et en accord avec les orientations européennes actuelles, des sénateurs français ont récemment déposé une proposition de loi relative aux personnes handicapées, qui sera présentée le 10 décembre prochain à l'Assemblée Nationale.

Phénomène ancien aux retentissements très actuels, le handicap a connu une évolution sémantique qui témoigne à elle seule des contradictions qui animent son approche sociale. Les termes « handicap » et « personnes handicapées », sont d'apparition récente, du moins sous cette acception. Auparavant, les qualificatifs « d'infirme », « d'invalides », de « débile » ou de « mutilé » étaient couramment employés, tant par le commun des mortels que par les textes juridiques. Il est intéressant de noter que ces expressions renvoient à la notion de manque, de lacune (ce que le préfixe « in » exprime). Les personnes qui se voyaient ainsi désignées n'étaient, somme toute, pas tout à fait complètes. Dans ce contexte, *l'hôpital* était d'ailleurs le lieu où l'on enfermait ces personnes, dont on estimait qu'à raison de leur différence, elles n'étaient pas susceptibles de subvenir par elles-mêmes à leurs besoins. Rôle qui échet à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle aux *hospices*. Avec la consécration progressive des termes de « handicap » et de « handicapés », au cours de la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, l'acception évolue. Désormais, celui à qui quelque chose faisait auparavant défaut devient celui à qui échoit

---

<sup>1</sup> Allocution du Président Chirac, à l'occasion du déjeuner au congrès de l'association des paralysés de France, 12 juin 2003.

<sup>2</sup> C. Hamonet, « *Les personnes handicapées* », coll. Que sais-je, éd. PUF, 2000.

une charge supplémentaire (notion britannique du handicap, qui consiste initialement en une limitation volontaire des aptitudes des meilleurs chevaux de courses hippiques). Cette notion est révélatrice du changement dans la perception sociale du handicap, qui peut théoriquement dès lors faire l'objet d'une adaptation ou d'une réadaptation.

Ainsi, que l'on adopte la notion d'infirmes ou celle de personne handicapée, et ce en dehors de toute polémique induite par le « politiquement correct », il est sans cesse fait référence à une norme. Normalité qui sert à définir *a contrario* les individus qui seront classés dans la catégorie « handicapés ». M. Pierre TURPIN impute ce raisonnement à la prégnance du christianisme dans nos sociétés occidentales, qui affirme que Dieu a fait l'Homme à son image, donc parfait<sup>3</sup>. Ce qui aboutit à ne pas regarder les individus sortant de la moyenne comme tout à fait « normaux ». Or, et c'est une évidence qu'il convient de rappeler, la norme est une notion à relativiser : « *Dire que dans une société donnée des êtres sont en marge de la normale ne signifie nullement que la norme de cette société a valeur divine ou universelle* »<sup>4</sup>. Cependant, l'Organisation Mondiale de la Santé n'a-t-elle pas retenu la définition suivante du handicap, influencée par les travaux de Philip WOOD : « *un désavantage social pour l'individu qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe ou des facteurs socioculturels* » ?

Ces discussions sémantiques ne sont pas neutres. Elles permettent en premier lieu d'expliquer la difficulté de trouver une définition précise du handicap indépendamment du triptyque « déficience – incapacité – désavantage » tel que dégagé par WOOD. Et par conséquent la prudence du législateur de 1975, qui renvoyait aux COTOREP<sup>5</sup> le soin de déterminer ce qui relève ou non du handicap. Elles facilitent de plus l'abord de la philosophie des politiques françaises en la matière. Politiques basées sur le système des discriminations - positives ou compensatoires, selon les auteurs - et que souhaite modifier la proposition de loi élaborée par les sénateurs DESMARESCAUX, ABOUT et BLANC, dans le sens d'une démarche plus inclusive. M. Jean-Luc BLAISE<sup>6</sup> date de la loi de 1898 relative à la compensation des accidents du travail, les prémices de cette tendance, qui, des lois de 1923 sur la protection des invalides de guerre aux lois contemporaines de 1975 et de 1987, ont instauré une protection des personnes handicapées basée sur la compensation. Système qui tend de plus en plus à être remis en cause dans le cadre de

---

<sup>3</sup> P. Turpin, « *Discriminations compensatoires, discriminations positives et politiques d'intégration* », in Handicap et inadaptations - les cahiers du CTNERHI, n°71, 1996.

<sup>4</sup> R. Lenoir, « *Les exclus* », éd. Le Seuil, Paris, 1974.

<sup>5</sup> COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnels.

<sup>6</sup> Enseignant-chercheur à l'Université de Rennes 2 au sein du département « Handicap et insertion », ancien formateur en ergothérapie et auteur d'une thèse sur la place des personnes handicapées dans nos sociétés contemporaines.

ce que l'on nomme, à l'instar de M. André GUBBELS, le « nouveau paradigme du handicap »<sup>7</sup>. Paradigme au terme duquel la question de la politique publique relative au handicap, devrait désormais être posée comme un problème de respect du principe d'égalité entre les citoyens. L'article 13 du Traité d'Amsterdam en témoigne, qui prévoit que les institutions européennes peuvent « *prendre les mesures nécessaires en vue de combattre toute discrimination fondée sur (...) un handicap* ». L'on devrait donc passer d'une politique publique fondée sur l'équité à une autre basée sur l'égalité.

Ces débats renvoient à l'importance des « représentations sociales » du handicap qui, indépendamment de l'existence d'un corpus de règles juridiques destinées à faciliter l'insertion – professionnelle notamment – des personnes handicapées, la favorisent ou la font échouer. C'est ce que M. Erving GOFFMAN pointait, en traitant de la question des « stigmates » qui, selon lui, induisent une classification des individus en fonction de leurs différences perçues, qu'elles soient avérées ou supposées<sup>8</sup>. Et c'est précisément ce qui fait dire à M. Jean-Luc BLAISE que toute question relative à l'insertion des personnes handicapées doit prendre en compte « *l'environnement culturel et sociopolitique* ».

Dans le cadre de ce nouveau paradigme que l'on cherche à promouvoir, comment l'hôpital public peut-il garantir l'égalité d'accès des personnes atteintes d'un handicap quel qu'il soit ? Surtout lorsque l'on prend la mesure des différences qui existent entre les types de handicaps, de même qu'entre les exigences des diverses associations chargées de la défense des personnes handicapées. Sans doute cela passe-t-il par le développement d'une véritable politique d'accessibilité, à condition que celle-ci soit vue comme un moyen de garantir l'égalité entre les citoyens, non comme une fin en soi.

La question est d'importance puisque, comme l'affirme M. GOT, Directeur adjoint au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, en se basant sur l'étude du CTNERHI<sup>9</sup>, 10% de la population peut être considérée comme handicapée, soit 6 millions de personnes en France. L'hôpital est concerné au premier chef, les personnes handicapées le fréquentant davantage que les personnes valides<sup>10</sup>, et c'est le lieu où se révèle le handicap.

Cependant, l'institution sanitaire est-elle adaptée à l'accueil du patient et de l'agent handicapé ? Elle qui, depuis les réformes dites « Debré » de 1959, s'est muée en un

---

<sup>7</sup> A. Gubbels, « *Un changement de paradigme pour les politiques européennes relatives au handicap ?* », in *Handicap – revue de sciences humaines et sociales*, n°94-95, 2002.

<sup>8</sup> E. Goffman, « *Stigmates, les usages sociaux des handicaps* », éd. De Minuit, 1985.

<sup>9</sup> CTNERHI : Centre technique national d'études et de recherches sur le handicap et l'inadaptation., 1999.

<sup>10</sup> 4,6 à 5,5 hospitalisations en moyenne, après un accident ou en cas de maladie après la naissance, selon les sources du CTNERHI.

plateau technique, se devant de réduire au maximum ses durées moyennes de séjour tout en accroissant son « rendement », ce qui l'amène parfois à délaisser l'accompagnement des personnes au quotidien ? Etat de fait que la séparation du sanitaire et du social a contribué à renforcer. Dans ce contexte, comment l'hôpital garantit-il l'égalité d'accès au travail et aux soins au profit des personnes handicapées, tout en tentant de préserver l'autonomie de celles-ci ?

Pour tenter de répondre à ces interrogations, il nous est apparu nécessaire d'opérer un double distinguo. Si dans la représentation commune, l'accessibilité se limite souvent à l'installation d'une rampe d'accès, cette vision, aussi réductrice au plan de la notion de handicap que de l'acceptation de l'accessibilité, tend à fausser la perception que l'on peut avoir de la problématique, et ce pour deux raisons. La première est que l'accessibilité ne se résume pas à l'accessibilité matérielle. Celle-ci semble insuffisante à garantir, à elle seule, l'égalité des citoyens et l'accès aux droits. La dimension d'accompagnement de la personne nous paraît primordiale. La seconde raison est que l'accessibilité se borne généralement à la place de l'usager. Accéder à l'hôpital, c'est aussi pouvoir y travailler. Nous ne pouvons, dans le traitement de ce sujet, faire l'économie d'une réflexion sur la place que l'on donne au travailleur handicapé à l'hôpital.

Certes, historiquement, l'accessibilité des usagers et l'accessibilité des salariés ont souvent été envisagées de manière distincte, avec des législations distinctes, parfois même avec des logiques opposées. L'ambition de ce mémoire est de ne pas se centrer sur l'une ou l'autre des dimensions, mais d'établir un parallèle considérant que la place du patient handicapé comme la place du travailleur handicapé sont les deux axes complémentaires d'une politique globale en faveur de l'accessibilité à l'hôpital. Si pour la clarté du propos et l'organisation générale de cet écrit nous avons préféré aborder ces deux points de manière séparée, il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit de deux facettes indissociables d'une même problématique. Cette distinction se justifie donc en ce sens qu'elle autorise une vue d'ensemble du sujet, en séparant des interrogations qui, jusqu'à présent, n'ont jamais été mêlées au sein de l'hôpital.

# **1. LE PATIENT HANDICAPE : UN USAGER COMME LES AUTRES ?**

La loi du 17 janvier 2002, dite de modernisation sociale, a reconnu comme « obligation nationale » le droit fondamental des personnes handicapées aux soins. Ce droit doit pouvoir s'exprimer par l'exercice du libre choix de la personne handicapée : liberté de choisir son hôpital, de consentir aux soins... 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.

Face au handicap l'hôpital doit relever des défis essentiels : assurer la prise en charge, l'information des patients handicapés, mais aussi rendre ses bâtiments accessibles à tous. Enfin, des initiatives nouvelles permettront sans doute de rendre l'hôpital plus accessible aux personnes handicapées.

## **1.1 Patient handicapé et démocratie sanitaire.**

Le thème de l'accessibilité s'inscrit dans le concept plus large de la démocratie sanitaire. Sa réalisation implique une ouverture large, au profit des usagers handicapés.

### **1.1.1 L'accessibilité de la personne handicapée à l'hôpital, un enjeu majeur.**

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, ainsi que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, réaffirment les droits fondamentaux des patients dans notre système de santé. Tout patient souffrant d'un handicap dispose évidemment de ces droits fondamentaux, parmi lesquels le droit au « respect de sa dignité ». Dès lors, l'hôpital doit trouver des réponses spécifiques afin de rendre effectives les prérogatives des patients handicapés. Le droit à l'information est à la base de toute prise en charge hospitalière. L'information délivrée par l'équipe médicale nécessite d'être adaptée au handicap du patient, pour que celui-ci dispose de toutes les connaissances existantes sur son état de santé. Dans le complément au manuel d'accréditation de l'ANAES intitulé « Hôpital et handicap », il est précisé que « *l'information est adaptée à l'état psychique du patient, à son mode et à son niveau de communication* ». L'information doit être transmise de telle sorte que le patient hospitalisé puisse prendre une décision de façon autonome, qu'il puisse être acteur de sa prise en charge. Parfois désarmée face au handicap, l'équipe soignante peut préférer informer la famille, l'accompagnant, lui demander son avis et ainsi évincer le patient handicapé de son propre traitement. L'exemple suivant cité par l'hebdomadaire francophone du handicap Yanous

le confirme : « *C'est le cas de Michel, adolescent IMC à l'élocution difficile. Il a l'impression d'être tenu pour débile puisque le chirurgien ne lui a pas adressé la parole, ne discutant qu'avec son accompagnateur : « on lui a fait tel examen...après l'intervention il fera ceci et cela...<sup>11</sup> »* ». Cette difficulté est aussi soulevée par le sociologue J-L Blaise<sup>12</sup> lorsqu'il évoque la distinction entre « interprète » et « interface ». Le patient handicapé préfère avoir un interprète qui sait communiquer avec lui et expliquer sa prise en charge, à un interface qui sera l'interlocuteur privilégié des soignants. Le colloque singulier médecin patient doit s'adapter au handicap mais pas au détriment de l'autonomie du patient.

De cette bonne information dépend la possibilité pour la personne handicapée de formuler son consentement. Comme l'affirme la loi du 4 mars 2002, le consentement doit être libre, préalable et éclairé. Afin de le garantir, le complément au manuel d'accréditation « Handicap et hôpital » a prévu que « *Le patient sera informé des bénéfices et des risques des actes envisagés en termes d'efficacité thérapeutique, mais aussi en termes de qualité de vie et de répercussions sociales (scolarité, vie familiale, vie professionnelle...)* ». Tous les moyens doivent être mis à disposition afin que le patient puisse formuler ce consentement. Ainsi, la présence d'un interprète en langue des signes française (LSF) facilite la compréhension et l'accord d'une personne sourde.

La démocratie sanitaire est basée sur l'égalité d'accès aux soins. Pour le patient handicapé, cette égalité prend sa source dans le droit à l'information et le droit à un consentement libre et éclairé. Grâce à l'exercice de ceux-ci, il est acteur de sa prise en charge. Pour garantir ses droits, l'hôpital doit s'adapter.

### **1.1.2 Les adaptations de l'hôpital pour les patients hospitalisés.**

Les initiatives des hôpitaux, encore trop peu nombreuses, témoignent de la nécessité d'une politique volontariste en la matière.

Les adaptations existantes valorisent une politique d'inclusion de la personne handicapée au sein de l'hôpital. La tentation de mettre en place des filières spécifiques pour ce type de patients est repoussée, il faut plutôt « *prendre en compte leurs spécificités au cours de leur passage à l'hôpital<sup>13</sup>* ». Ce choix n'est pas anodin et représente un véritable enjeu de société car il rejette la politique de discrimination positive jusque là valorisée par le législateur.

---

<sup>11</sup> Yanous, Décembre 2000 .

<sup>12</sup> Entretien du 15/09/2003.

<sup>13</sup> In Gestions hospitalières, mars 2001, Christophe GOT *Quand l'hôpital s'adapte au handicap. La démarche du CHU de Rouen.*

Un exemple de cette insertion du patient handicapé au cœur de l'hôpital, avec la prise en compte de ses spécificités, peut être les pôles publics régionaux « Santé Surdité ». Ces pôles ont été créés suite à un constat accablant, notamment formulé par le professeur J. Dagrón de la Pitié Salpêtrière : l'épidémie du SIDA a fait des « ravages » chez les sourds, population délaissée par les campagnes d'information. L'hôpital a failli à sa mission de protection sanitaire et doit donc s'adapter aux malentendants et à leur mode de communication. En 1996, a ainsi été créé le premier service spécialisé d'accueil pour les sourds au groupe hospitalier de la Pitié Salpêtrière. Ce service dispose d'un hôpital de jour et de consultations spécialisées. Aujourd'hui, 17 personnes maîtrisant la LSF y accueillent les patients. Il existe 9 pôles de ce type. Cette adaptation est nécessaire puisque, comme l'indique le Dr Brion, médecin responsable du pôle d'accueil santé surdité du Nord Pas de Calais « *C'est nous qui sommes handicapés dans notre abord d'un patient qui n'appréhende pas le monde de la même manière que nous* ».

Afin que ces adaptations se généralisent, il faut la mise en œuvre d'une véritable politique institutionnelle. Comme le dit Christophe Got « *Dans chaque choix, il faut intégrer la dimension du handicap*<sup>14</sup>. »

### **1.1.3 La promotion d'une approche globale du patient handicapé.**

Nombre de professionnels du secteur sanitaire et social, et d'associations réclament une approche systémique des services hospitaliers qui concoure alors à une approche globale du patient. L'extrême technicisation de l'hôpital s'est faite au détriment du patient qui n'est plus appréhendé en tant que tel. Les aspects environnementaux, sociologiques, psychologiques... sont négligés. La personne handicapée doit construire un projet de vie, l'hôpital ne lui propose qu'un projet de soins (technicité/sécurité/qualité). Cette approche partielle du patient handicapé peut avoir de graves conséquences pour celui-ci. L'exemple cité dans Yanous le montre « *Léa est tétraplégique à la suite d'un accident de la route. Hospitalisée en urologie pour tenter de régler son incontinence, elle n'est pas parvenue malgré ses demandes et explications réitérées à faire comprendre au personnel soignant l'importance des soins pour prévenir les escarres. Elle repartira avec les deux talons blessés. Durant son séjour, elle n'a rencontré quiconque capable de prendre en charge la globalité de ses pathologies. On s'est occupé de la vessie de Léa ...et on a oublié Léa*<sup>15</sup>. »

---

<sup>14</sup> Entretien avec Christophe Got, DA du CHU de Rouen , le 19/09/2003.

<sup>15</sup> Yanous, décembre 2000.

On l'a dit, l'hôpital a pour mission de garantir un égal accès aux soins pour tous. Pour répondre aux besoins spécifiques des handicapés, il doit protéger leurs droits, s'adapter et apprendre à aborder le patient dans sa globalité.

Sur un plan matériel, des aménagements sont nécessaires afin de garantir l'accessibilité de l'hôpital.

## **1.2 Trois décennies d'efforts pour améliorer l'accessibilité de l'utilisateur handicapé.**

L'existence d'un environnement matériel rassurant et adapté concoure tout autant au rétablissement de la personne que la qualité de la prise en charge médicale. Une personne handicapée dans un aménagement accessible est une personne valide ; par contre une personne valide dans un aménagement non accessible est une personne handicapée.

### **1.2.1 La prise de conscience par les pouvoirs publics.**

#### 1.2.1.1 L'accessibilité : une obligation pour les établissements publics de santé.

L'accessibilité n'est pas une préoccupation nouvelle du législateur. Ainsi, la loi n° 75-834 d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 (et notamment ses articles 49, 52 et 60) introduit de nouvelles dispositions. Plus spécifiquement, la loi n°91-863 du 13 juillet 1991 a notamment déterminé les règles particulières favorisant l'accessibilité des établissements recevant du public (ERP). Selon l'article L.111-7 du Code de la construction et de l'habitation (CCH), « les dispositions architecturales et les aménagements des locaux des lieux de travail et des ERP doivent être tels que ces locaux et installations soient accessibles aux personnes handicapées ». Est réputé accessible aux personnes handicapées tout établissement ou installation offrant à ces personnes, notamment celles qui se déplacent en fauteuil roulant, la possibilité dans des conditions normales de fonctionnement, d'y circuler, d'en sortir et de bénéficier de toutes les prestations offertes au public en vue desquelles cet établissement ou cette installation ont été conçus. L'obligation d'accessibilité est donc définie comme une obligation de résultat.

Cette loi a mis en place un contrôle *a priori* du respect des règles d'accessibilité (très largement calqué sur celui qui existe en matière de sécurité incendie). Ce contrôle repose sur deux régimes spécifiques d'autorisations : une autorisation préalable à la réalisation

des travaux (art L.111.8-1 du CCH) et une autorisation d'ouverture destinée à vérifier la conformité de la réalisation à l'autorisation de travaux.

L'article R.119-1 du CCH détermine les dispositions techniques relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées dans les ERP et les installations ouvertes au public. Ces dispositions concernent notamment les dimensions normales ou tolérées pour chacun des éléments en cause (les cheminements praticables par les personnes handicapées, les ascenseurs, les escaliers, les parcs de stationnement automobile, les cabinets d'aisance, le téléphone, les tables, écrioires ou guichets, les dispositifs de commande, les places assises, la signalisation).

Malgré la précision de ces dispositions, il convient de garder à l'esprit que la satisfaction des attentes des usagers est complexe compte tenu du caractère multiforme du handicap, et du fait que les aménagements réalisés peuvent révéler des conflits d'intérêts entre les différents handicaps. Ainsi la suppression de la bordure des trottoirs ou la diminution de sa hauteur dans l'enceinte hospitalière satisfait l'utilisateur en fauteuil roulant, mais mécontente l'utilisateur aveugle en perte de repères.

#### 1.2.1.2 Le développement des aides techniques.

Par l'expression « aides techniques », on désigne l'ensemble des moyens matériels qui compensent les incapacités résultant des déficiences motrices, sensorielles ou mentales. Ces moyens sont utilisés pour se mouvoir, agir sur son environnement, communiquer, accomplir les tâches de la vie domestique, sociale ou professionnelle. En plus des aides énoncées précédemment pour l'adaptation des locaux, on distingue les aides au déplacement, à la marche (fauteuils roulants, guidage auditif..), les aides à la manipulation d'objets (combinés téléphoniques et claviers à touches larges, coffret domotique pour la télévision, le téléphone, l'éclairage, l'appel malade, l'ouverture des stores..), les aides pour soins (lits, baignoires, systèmes de transfert, matériels pour l'alimentation...), les aides à la communication écrite (synthèse vocale, Minitel « dialogue... »).

Les établissements de santé doivent aujourd'hui intégrer ces aides comme facteur de qualité et d'amélioration de la prise en charge de leurs usagers. L'exemple de l'hôpital Pitié-Salpêtrière est révélateur de ces évolutions. L'identification et l'évaluation du handicap en concertation avec l'ergothérapeute dès l'arrivée du patient, pendant son séjour et à sa sortie, doivent lui permettre de bénéficier, sans rupture, d'aides compensatoires domotiques et techniques adaptées à la maîtrise de son environnement.

## **1.2.2 Une culture de l'accessibilité encore peu développée à l'hôpital.**

### **1.2.2.1 L'accessibilité n'a pas encore acquis ses lettres de noblesse.**

Plusieurs éléments tendent à démontrer que l'enjeu de l'accessibilité n'a pas la même crédibilité dans la prise des décisions, que ceux représentés par la sécurité contre les risques d'incendie ou la gestion économique et financière.

En premier lieu, la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité (CCDSA) ne donne qu'un avis simple, qui ne lie pas l'autorité de police compétente. Le maire peut toujours donner son autorisation malgré un avis défavorable de la commission. La pratique veut qu'un avis défavorable de la commission relative au risque incendie soit davantage pris compte que celui en matière d'accessibilité. En second lieu, les règles d'accessibilité peuvent faire l'objet de dérogations par le préfet après avis de la CCDSA. Enfin, les décideurs (maître d'ouvrage, architecte) n'intègrent pas totalement la culture de l'accessibilité dans leurs projets architecturaux. Certains jouent encore la carte du fait accompli, d'autres invoquent l'oubli de bonne foi ou se cantonnent au minimum obligatoire. L'idée que l'accessibilité est un état d'esprit et ne peut se limiter au simple respect de la réglementation n'est pas encore partagée. C'est en vue d'améliorer la mise en œuvre de l'obligation d'accessibilité des bâtiments recevant du public, qu'une proposition de loi sénatoriale « rénovant la politique de compensation du handicap » et visant à réformer la loi du 30 juin 1975 précitée a été déposée. Elle préconise l'institution, au cours d'une période transitoire, d'une obligation de respect de la réglementation afférentes aux constructions nouvelles et d'une prescription de mise en conformité à l'occasion de tous les travaux pour les bâtiments anciens, assortie en cas de non respect d'une sanction financière dont le produit alimenterait le Fonds d'accessibilisation de la cité.

### **1.2.2.2 Aides techniques et place de l'individu.**

Comme tout secteur qui prend son essor, le développement des aides techniques laisse des zones d'ombre. Si le patient handicapé peut bénéficier de certaines aides techniques dans le cadre de sa prise en charge à l'hôpital, il n'est pas acquis qu'il puisse continuer à en bénéficier à son retour à domicile. Les professionnels du centre européen Georges Pompidou qui sont en charge des équipements domotiques au sein de l'établissement, nous indiquent ainsi qu'ils hésitent parfois à faire bénéficier certains patients de la totalité des équipements disponibles. Ils veulent en effet éviter de leur montrer systématiquement « ce qui se fait de mieux » quand ils savent que la personne, en quittant le service, ne sera pas en mesure de faire l'acquisition d'un matériel aussi performant. Cela nous montre que la technique pose aussi beaucoup de questions sur la place de la personne.

Certes, les apports des aides techniques sont indéniables en ce qu'elles favorisent une plus grande autonomie. Pour autant, la technique ne saurait prendre le pas sur l'humain. La personne doit pouvoir conserver, dans la mesure où elle peut exprimer sa volonté, sa liberté de choix. Parfois, elle préférera renoncer à un gain d'autonomie parce qu'elle n'est pas prête psychologiquement à être appareillée. A l'hôpital Pitié-Salpêtrière, les professionnels rencontrés nous ont fait part d'interrogations éthiques quant à la mise en place systématique d'équipements domotiques. Par exemple, est-il judicieux d'équiper avec le matériel domotique un homme qui vient d'être amputé de ses deux mains à la suite d'un accident, et qui n'a pas encore pu faire un travail psychologique autour de cette perte d'autonomie ? N'est-ce pas là faire violence à l'individu que de lui imposer un équipement en vue de la compensation de son handicap, alors qu'il n'a même pas pris totalement conscience des implications de sa situation nouvelle ? Par ailleurs, l'aide technique ne doit pas venir dédouaner le service hospitalier de l'aide humaine qui reste indispensable. A l'hôpital, la domotique et les systèmes de télécommande permettent théoriquement à la personne de ne plus faire appel au personnel : pour allumer la télévision ou pour baisser les stores quand la luminosité est trop forte... Pourtant, lorsque l'aide soignante passe dans la chambre pour allumer la télévision, c'est aussi l'occasion d'échanges avec le patient. Les aides techniques doivent permettre d'être plus disponible pour échanger et dialoguer en étant moins accaparé par les tâches matérielles.

### **1.3 Améliorer l'accessibilité à l'hôpital : ce qu'il reste à concrétiser.**

Afin de valoriser la prise en charge du patient handicapé, l'hôpital doit user des outils qui sont à sa disposition.

#### **1.3.1 D'une logique de prise en charge du patient handicapé à une logique d'accompagnement de la personne.**

La question de l'accessibilité à l'hôpital s'est souvent limitée à un aspect matériel (aménagement des locaux ou aides techniques). Il nous semble qu'il s'agit d'une vision incomplète de la prise en charge de la personne handicapée. La participation de l'utilisateur, la prise en considération de ses aspirations sont peu abordées. Un des enjeux est de sortir le patient d'une relative passivité, faire en sorte qu'il ne subisse pas l'hôpital mais qu'il puisse aussi être acteur de sa prise en charge. C'est cette logique qui nous pousse à parler d'accompagnement de la personne plutôt que de prise en charge.

Au delà de cette affirmation de principe, comment faire vivre cette ambition ? Il est nécessaire de penser l'accessibilité tout au long du parcours du patient dans l'établissement. C'est pourquoi le développement des filières de soins permet d'envisager un continuum d'accessibilité aux soins. L'hôpital doit pouvoir prendre en charge l'acquis

du patient handicapé, mais aussi préparer sa sortie en respectant la spécificité du handicap<sup>16</sup>. Une approche large et plus complète de la situation du patient, intégrant les difficultés de communication (qui sont la première difficulté rencontrée par les déficients intellectuels, comme le notait M. Marquer de l'ADAPEI d'Ille et Vilaine) est souhaitable. C'est aussi au moment de l'accueil de la personne qu'il faut savoir écouter les accompagnants extérieurs (professionnels éducatifs ou membres de la famille) qui connaissent la personne, qui savent décrypter les messages qu'elle envoie et qui peuvent éclairer utilement le diagnostic. Au cours de l'hospitalisation, il s'agit d'entretenir cette posture d'écoute et d'aller au delà des préjugés qui concernent la personne handicapée. Par exemple, un autiste sera déstabilisé plus qu'une autre personne et nécessitera une attention plus importante. Par ailleurs, il pourra entrer plus fréquemment en crise et devenir un élément perturbateur de l'établissement. Or, on sait qu'il est facile de faire l'amalgame entre « perturbateur » et « indésirable ». L'attention autour des réels besoins de l'individu doit donc demeurer une constante préoccupation au cours du temps d'hospitalisation. Pour les personnes qui sont par exemple hospitalisées à la suite d'un accident de la circulation, l'hôpital est aussi le moment où elles découvrent leur handicap. On se rend cependant compte qu'il existe aujourd'hui des pratiques très diverses dans les établissements quant à l'annonce du handicap<sup>17</sup>. Manque de temps, de formation voire de tact, il existe encore des établissements où l'on fait part du handicap au patient sans prendre en considération le choc psychologique induit. Au terme de l'accompagnement à l'hôpital, le patient pourrait être mieux associé à son orientation. Il doit pouvoir mesurer, dès lors que ses capacités intellectuelles le lui permettent, toute l'étendue des possibilités qui s'offrent à lui. Pour cela, l'hôpital se doit d'éclaircir, d'expliquer la démarche et de savoir ce que le patient désire.

Au final, ce qui aura guidé les équipes soignantes et médicales tout au long de l'accompagnement de la personne n'est pas seulement un projet de soins, mais bien un projet de vie.

### **1.3.2 Le projet d'établissement comme levier en vue d'une amélioration de l'accessibilité.**

De nombreux acteurs rencontrés (comme Bernard Monnin) nous ont fait part d'une absence de prise de conscience de la question de l'accessibilité pour les personnes handicapées à l'hôpital. On argue bien souvent du manque de temps et de l'urgence de l'instant pour reporter cette question à plus tard.

---

<sup>16</sup> Entretien avec Christophe Got, DA du CHU de Rouen, le 19/09/2003.

<sup>17</sup> Cf sur ce point Le complément du manuel ANAES Handicap et Hôpital Dip.4.b.

Un des moyens qui nous semble le plus efficace pour inscrire cette question à l'agenda de l'hôpital l'accessibilité, est de l'intégrer au projet d'établissement. En effet, ce document irradie l'ensemble de la vie de l'hôpital et détermine fortement les projets de soins et de services qui en découlent. Le projet d'établissement, parce qu'il permet d'impulser une dynamique, nous paraît être un levier très puissant. Le CHU de Rouen est à cet égard exemplaire. L'accessibilité, pleinement intégrée dans ce document, se décline concrètement sous forme de grands axes opérationnels. Cette démarche est remarquable car elle développe une vision large de l'accessibilité, qui ne se résume pas aux seuls aspects matériels. Si le projet d'établissement donne une légitimité voire une injonction d'agir, il donne aussi la possibilité de procéder à une évaluation de manière périodique et d'établir un bilan sur des bases objectives. Cela permet d'inscrire la question de l'accessibilité dans le temps, ce qui est rare en la matière. Le projet d'établissement, complété par l'évaluation en interne comme en externe (accréditation), permet une amélioration continue de l'accessibilité au sein de l'établissement.

Par ailleurs, l'ambition de donner un sens à la « démocratie sanitaire », rend nécessaire la participation des personnes handicapées ou des associations qui les représentent. On trouve effectivement ces associations dans les commissions d'accessibilité, mais nous avons vu les limites liées à leurs interventions. Il s'agit de ne plus se cantonner à la seule application des réglementations pour les aménagements ou l'architecture des bâtiments, mais d'adopter une définition plus large de l'accessibilité. Au lieu de se borner au seul avis en amont (c'est-à-dire avant l'ouverture de l'établissement ou à l'occasion de travaux de réhabilitation), il faut que les usagers puissent donner leur avis de manière régulière sur le fonctionnement (ou les dysfonctionnements) de l'hôpital en matière d'accessibilité. La forme de cette participation rénovée reste à définir (extension du rôle de la commission d'accessibilité, présence d'usagers handicapés au sein des instances de l'hôpital, débat à l'échelle nationale ou régionale...).

### **1.3.3 L'importance fondamentale de la formation des acteurs.**

Assurer aux personnes handicapées une meilleure accessibilité à l'hôpital passe également par le développement de formations sur ce thème, afin de sensibiliser le personnel hospitalier à l'accompagnement du handicap. La circulaire ministérielle de 1985 sur l'annonce du handicap mettait déjà l'accent sur l'importance fondamentale de la formation des soignants à ce thème.

En effet, les personnels sont souvent déstabilisés par le handicap qui, dans une certaine mesure, heurte leurs représentations. Les professionnels de la santé ont pour vocation de guérir les patients. Or, le handicap en général ne se guérit pas et est souvent conçu comme un échec. La formation peut contribuer à changer ces représentations.

Une formation adaptée est donc indispensable pour aider le personnel à gérer la situation et à adopter le comportement adéquat à l'égard du patient. Le projet du CHU de Rouen vise à inscrire la prise en charge du handicap à la fois dans sa globalité et dans la durée par des actions plurielles :

- Programme de formation permanente des équipes soignantes : sur la manutention de la personne handicapée, l'accompagnement des patients et des familles, l'annonce du handicap... Actuellement huit professionnels (notamment une infirmière ORL, une aide soignante, une assistante sociale, un orthophoniste, un psychomotricien...) apprennent sur trois ans la LSF.
- Les formations actions : formation d'un service de soins autour d'une thématique particulière. Par exemple, depuis 1998, le service de neurologie suit une formation sur la sclérose en plaques. Le cursus couvre tout le parcours du patient, de l'accueil dans le service à la préparation de la sortie avec l'entourage du patient.
- Création d'un Diplôme Universitaire « Sourds et accès aux soins » et d'un module « Dire la santé en LSF » avec la participation prévue de formateurs issus du monde associatif.
- Mise en place de programme d'enseignements transversaux sur le patient handicapé, à la faculté de médecine et dans les écoles professionnelles relevant du CHU.

Ces actions diverses montrent à quel point l'hôpital se doit d'être au cœur de la formation. En effet, il possède une expertise qui lui confère cette responsabilité. L'apprentissage d'une culture de prise en charge globale, ainsi que l'adaptation des pratiques professionnelles aux spécificités des différentes formes de handicaps, sont des étapes fondamentales pour atteindre l'objectif d'une meilleure accessibilité.

#### **1.3.4 Les limites de l'accessibilité.**

Cependant, malgré les multiples efforts entrepris, il ne faut pas perdre de vue la difficulté d'atteindre une accessibilité idéale, tant les limites sont nombreuses.

Le handicap est multiforme ; par conséquent la question de l'accessibilité est complexe et nécessite de prendre en considération l'ensemble des besoins. Ce qui n'est pas sans conséquences pécuniaires. En effet, dans le cas des personnes sourdes, que ce soit à la consultation ou plus tard pour l'hospitalisation, un accueil ne peut s'effectuer qu'au prix d'un apprentissage de la LSF. « Au prix » car c'est un investissement qui coûte et qui coûtera, qui nécessite un budget et la mise en place de filières de formation. Il n'y a pas que la langue à acquérir, mais aussi les signifiants de ce milieu, pour que les sourds soient véritablement accueillis et traités comme les autres patients. L'appel à un interprète est la condition minimale du respect du sujet pour qu'il puisse participer à la conversation,

cette présence est garante d'une qualité suffisante de la prestation. Il faut de plus un certain nombre d'aménagements techniques : Internet, minitel, fax, signaux lumineux...

Pourtant, cette question du coût est à relativiser, notamment au niveau du matériel. En effet, selon M. Bernard Monnin, les aménagements liés à l'accessibilité représentent un coût important quand ils n'ont pas été pensés au préalable. Par contre, quand ils sont intégrés d'emblée dans le projet, ils n'occasionnent pas de surcoûts notables, ce que confirme M. Ablain, DG du CHU de Fougères. Par ailleurs, les aménagements seraient avant tout une question de bon sens. Il est dommage de télécommander l'allumage d'une lampe alors qu'il suffit de déplacer un interrupteur trop haut. L'accessibilité commence par des choses simples. Elle permet d'éviter les handicaps induits par la situation.

Par ailleurs, les aménagements effectués ne sont pas destinés aux seuls patients handicapés. La suppression des marches servira autant aux handicapés moteurs qu'aux poussettes d'enfants.

Autre limite fondamentale à laquelle se heurtent les efforts en la matière, la taille des établissements. Il est évident que les CHU disposent de plus de moyens pour mettre en œuvre une politique d'ampleur que les plus petits Centres Hospitaliers, qui sont moins fréquemment confrontés aux situations de handicap. Les hôpitaux se heurtent ainsi à des obstacles qu'ils peuvent difficilement franchir.

Si l'accessibilité totale est une utopie, elle doit néanmoins servir d'aiguillon et de moteur en vue d'une amélioration continue de l'accessibilité dans les hôpitaux. Les efforts en la matière doivent redoubler d'intensité, car une meilleure prise en charge des personnes handicapées constitue désormais un enjeu majeur au sein du monde hospitalier, enjeu qui ne concerne pas uniquement les usagers. L'hôpital n'est en effet pas uniquement lieu de soins, il est aussi employeur. Il peut donc également agir à ce titre.

## **2 L'ACCES AU TRAVAIL A L'HOPITAL : LA DIFFICILE INSERTION.**

L'accessibilité de l'hôpital aux personnes handicapées s'entend également au plan du droit à l'emploi. Bien souvent plus gros employeur de leur ville, voire de leur département, les établissements de santé se doivent d'être exemplaires dans la prise en compte du problème social que représente l'exclusion professionnelle des personnes handicapées.

Même si les législations tentent de favoriser l'accès à l'emploi des personnes handicapées, leur intégration professionnelle à l'hôpital demeure problématique.

## 2.1 La personne handicapée et l'accès à l'emploi.

Selon le rapport de la Cour des Comptes intitulé « Vivre avec un handicap » de juin 2003, le taux d'activité des personnes handicapées serait d'environ 45% contre 75% pour l'ensemble de la population en âge de travailler. La situation réelle des personnes handicapées face à l'emploi est cependant difficile à évaluer, en raison de l'absence de consensus sur la délimitation précise de cette population. Cette difficulté se retrouve tant au plan national qu'international. Les chiffres fluctuent en fonction des définitions et des buts politiques qu'ils vont servir.

La législation actuelle est le résultat de débats intenses qui ont émaillé tout le vingtième siècle et qui se poursuivent aujourd'hui encore. Le handicap a longtemps été considéré comme le résultat d'un déficit empêchant d'avoir une fonction sociale. Cette vision a eu des répercussions sur les représentations de la personne en situation de handicap, et a influencé les législateurs aussi bien français qu'européens.

### 2.1.1 Un siècle de législation nationale.

Le droit à l'emploi des personnes handicapées est pour la première fois consacré par une loi de 1898 sur la protection des travailleurs. Ce texte met en place un dispositif d'indemnisation des personnes devenues handicapées à la suite d'un accident du travail.

Au lendemain de la première guerre mondiale, des milliers de soldats estropiés rentrent du front. Sur l'air de « la patrie reconnaissante », la loi du 30 juin 1923 donne une priorité d'emploi dans le service public aux infirmes de guerre (la mesure sera étendue aux entreprises privées de plus de dix salariés par la loi du 26 avril 1924). L'hôpital est bien entendu concerné par cette norme, mais son application y restera lettre morte ou peu s'en faut.

La loi du 23 novembre 1957 constitue un tournant pour le droit à l'emploi des personnes handicapées. Elle étend en effet le dispositif à l'ensemble de cette catégorie, quelles que soient l'origine et la nature du handicap. Aux termes de ce texte, est *handicapée* « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par la suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales. »

Les parlementaires avaient alors pour objectif de synthétiser une multitude de textes épars et d'imposer une obligation d'emploi, en créant un quota de travailleurs handicapés : 10% de l'effectif pour les secteurs privé et public. Le non-respect de ce quota est sanctionné par des amendes. La loi du 30 juin 1975 persévère dans cette logique protectrice, en disposant que l'emploi et le reclassement des personnes handicapées font partie de la politique globale de l'emploi.

Pour faire face aux difficultés de mise en œuvre que rencontre la loi de 1957, le législateur vote, le 10 juillet 1987, une loi devant simplifier un système qui est, de l'avis général, inapplicable. Cette réforme fait peser sur les employeurs, et notamment sur les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique hospitalière, une obligation d'insertion professionnelle au profit des personnes handicapées, à concurrence de 6% de leur effectif total.

Cette sujétion concerne les établissements de plus de 20 agents à temps plein ou équivalent. Les établissements publics de santé sont bien évidemment garants de cette obligation de solidarité ; cependant des exonérations partielles (divisant le quota par deux au maximum) sont prévues par le biais de passation de contrat de fournitures, de sous-traitance, ou de prestations de services avec les ateliers protégés, les centres de distribution de travail à domicile ou les centres d'aide par le travail (CAT). L'efficacité de ces mesures est toutefois considérablement entravée par l'absence de sanctions financières prévues pour les employeurs publics. L'hôpital peut ainsi échapper à son obligation en toute impunité.

Afin de permettre la rencontre entre offre et demande d'emploi, la première étape est d'accéder à cette information. Différents organismes ont été mis en place, afin de soutenir les administrations et les établissements publics dans ces démarches. Ainsi, en Ile-de-France, Handipole constitue un relais non négligeable. Ces associations et structures constituent des partenaires essentiels. Parmi eux, les services de l'Agence Nationale pour l'Emploi doivent être intégrés dans la démarche de recrutement des hôpitaux. Dans le sens d'un partenariat en faveur des travailleurs handicapés, ce qui n'est pas encore réalisé.

### **2.1.2 La situation sur le plan européen**

Dans leur volonté de bâtir une société reposant sur des principes démocratiques, les Etats européens ont adopté toute une série de textes destinés à donner corps au droit à l'emploi.

Outre l'article 13 du Traité d'Amsterdam qui interdit toute discrimination injustifiée, notamment à l'encontre des personnes handicapées, la Charte des droits fondamentaux adoptée par le Conseil de l'Europe en 2000 énonce dans son article 26 que : « *L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté.* » La recommandation n°R (96) 6 du Comité des ministres aux Etats membres relative à une politique cohérente pour les personnes handicapées

ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2003

précise que : « *La réadaptation des personnes handicapées par l'intégration économique et sociale qu'elle réalise, constitue un devoir de la collectivité, de nature à garantir la dignité humaine et à diminuer les difficultés que la société engendre pour les personnes handicapées et qu'elle doit compter au nombre des objectifs prioritaires de toute politique sociale.* » Enfin, l'article 2 de la directive européenne 2000-78 du 27 novembre 2000, portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail, reprend les dispositions précitées du Traité de Maastricht et définit le principe d'égalité comme « *L'absence de toute discrimination directe ou indirecte fondée sur... le handicap* ».

Malgré ces bases communes, les politiques européennes en matière d'insertion professionnelle varient énormément. Le système du quota d'emploi existe depuis longtemps en Allemagne, en Italie et en Espagne. Mais il ne prend son sens qu'en France et en Allemagne, seuls pays à l'avoir assorti d'un mécanisme de sanction sous forme de taxation. La Suède, dans son plan d'action de novembre 2000 intitulé « Du patient au citoyen », attribue une place prépondérante à la question de l'emploi des individus handicapés, posant le problème non plus sous l'angle de la charité, mais sous celui du respect de l'égalité entre citoyens. Ce pays consacre des sommes très importantes à un dispositif de subventions pour l'emploi alors qu'Outre-Rhin, par exemple, on a préféré axer la politique sur la formation et la réadaptation. Les budgets alloués à cette question varient d'ailleurs beaucoup selon les pays : 0,85% du produit national brut pour la Suède, 0,08% en France, 0,082% pour les Pays-Bas. L'Union européenne, en complément de sa politique des fonds structurels, prévoit le soutien financier aux Etats membres pour des programmes sociaux notamment dans les domaines de l'emploi et de la formation professionnelle.

Mais l'obstacle majeur à l'harmonisation des procédures d'accès à l'emploi public, hospitalier notamment, demeure l'absence de définition commune du handicap. A chaque Etat correspond sa définition, ce qui rend toute comparaison des « performances » (le très actuel « benchmarking », dont le sommet de Lisbonne de mars 2000 a fait un outil essentiel de promotion des actions contre l'exclusion) ardue. Pour les Hollandais, sont handicapés les travailleurs affectés dans leur capacité de travail mais aussi tous les sujets incapables de s'adapter aux exigences productives actuelles. Dans les années 1990, le Royaume-Uni a classé comme handicapées des personnes peu qualifiées, âgées et ayant perdu leur emploi, dans l'unique but de faire baisser artificiellement les statistiques du chômage. Sans accord sur les contours de la population à recenser, il est inutile de vouloir mettre en relief les chiffres sur l'emploi de la population handicapée.

## **2.2 La personne handicapée et l'emploi hospitalier.**

Le dispositif législatif et réglementaire en vigueur vise à permettre un égal accès à l'emploi hospitalier au profit des personnes handicapées. Mais qu'en est-il de son application concrète ? Comment cette catégorie de travailleurs est-elle acceptée, intégrée et sur quels postes ? En un mot, sont-ce des employés comme les autres ? Surtout, l'hôpital satisfait-il à ses obligations d'employeurs en matière de prévention des handicaps ?

### **2.2.1 L'entrée dans la fonction publique hospitalière des personnes handicapées.**

Pour bénéficier des avantages de la loi de 1987, il faut remplir un certain nombre de conditions. Outre la satisfaction des conditions générales d'accès à la fonction publique (nationalité française ou d'un Etat membre de la l'Union Européenne, jouissance des droits civiques, casier judiciaire dont les mentions portées au bulletin numéro 2 ne sont pas incompatibles avec le poste à occuper, position régulière au regard du service national), le travailleur handicapé doit obtenir de la COTOREP une attestation de la compatibilité du handicap avec les fonctions pour lesquelles il postule. La COTOREP se réunit en formation dite « service public » au moins deux fois par an. Cette commission est composée de représentants de l'administration, de syndicats et d'associations représentatives de personnes handicapées. Elle classe le handicap en trois catégories (A pour un handicap léger ou temporaire ; B pour un handicap modéré et durable ; C pour un handicap grave nécessitant une adaptation du poste). La décision de la COTOREP peut faire l'objet de recours devant la juridiction du contentieux technique de la sécurité sociale. Il est à noter que l'administration d'accueil peut faire procéder à tout examen médical, afin de savoir si le candidat possède les aptitudes physiques requises.

De plus, la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, a fait l'objet d'amendements de nature à faciliter l'accès des personnes handicapées aux emplois hospitaliers ou à maintenir ces personnes dans leur emploi. Ainsi les concours sont ouverts sans limite d'âge aux personnes portant le « label » de la COTOREP. Deux voies d'accès sont proposées, le concours et le recrutement direct (une troisième, instituant des « emplois réservés », a été supprimée le 1er janvier 2002).

Le concours : des aménagements sont prévus et la fonction publique hospitalière doit les rendre effectifs. Pour en bénéficier, il faut obtenir l'accord du médecin agréé par l'administration. Ces aménagements varient selon le type de handicap dont souffre le

candidat. Ils peuvent consister entre autres, en une augmentation du temps de l'épreuve ; en l'utilisation d'un matériel adapté ; en l'assistance d'une secrétaire.

Le recrutement direct par contrat : cette voie d'entrée créée par la loi du 10 juillet 1987 (intégrée dans le statut de la fonction publique hospitalière en son article 27) consiste à recruter la personne handicapée par le biais d'un contrat d'un an renouvelable une fois. A l'issue de cette période l'intéressé peut être titularisé, s'il est jugé apte professionnellement (sous réserve de satisfaire à certaines conditions annexes).

### **2.2.2 L'exercice des fonctions à l'hôpital.**

L'accès aux locaux de travail pour les professionnels est déterminant, pour garantir l'insertion des personnes handicapées à l'hôpital. Cela passe notamment par un aménagement spécifique des cheminements conduisant à des locaux distincts, empruntés par les personnels, mais également par des sanitaires appropriés<sup>18</sup> et des salles de repos susceptibles d'accueillir les employés handicapés. Par ailleurs, le travailleur handicapé est l'objet d'une surveillance accrue de la part du médecin de prévention, qui définit la fréquence et la nature des visites. Visites au terme desquelles il peut proposer des aménagements au poste de travail.<sup>19</sup>

La médecine de prévention joue un rôle fondamental auprès des personnels hospitaliers, dont l'exercice des fonctions peut conduire au handicap. Une politique de prévention sur les risques professionnels est imposée au niveau réglementaire et législatif. Il s'agit dès lors de travailler aussi bien en lien avec le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail), qu'avec la médecine du travail. Ceux-ci contribuent à l'écriture d'un plan d'amélioration de la qualité. Dans ce cadre, des points critiques et des facteurs de risques professionnels sont identifiés, afin de les corriger ou de les améliorer. Des évaluations sont alors réalisées dans le but de suivre la réalisation de ce plan. Le développement des formations pour la prévention des lombalgies est un exemple parmi d'autres. Ainsi, au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, plus de 500 agents se sont vus dispenser cette formation de 1997 à 1999.

---

<sup>18</sup> La réglementation est identique à celle destinée aux usagers.

<sup>19</sup> Guide pour l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique, édité par le Ministère de la Fonction Publique et de la réforme de l'Etat.

Tout cela doit permettre l'autonomie des personnes handicapées, en passant d'une logique rééducative à une logique d'adaptation à l'environnement, ce dernier devant s'adapter à la personne handicapée, non l'inverse.

En application du principe d'égalité, la carrière du fonctionnaire handicapé se déroule dans les mêmes conditions que celles des fonctionnaires appartenant au même corps et au même grade. Il bénéficie en revanche d'une priorité en matière de mutation, dans la limite du bon fonctionnement du service. Il en va de même pour la mise à disposition et le détachement. Ce qui constitue indéniablement une discrimination positive, en vue de rétablir une certaine équité.

### **2.2.3 L'application des règles juridiques en matière d'emploi des personnes handicapées.**

A l'instar des autres employeurs publics, les hôpitaux doivent respecter l'obligation d'emploi des personnes handicapées, à hauteur de 6% de leurs effectifs. La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), publie régulièrement des statistiques sur l'emploi des agents handicapés. Une enquête de 1999, publiée en septembre 2001, révélait que le taux réel atteignait 5,68% des effectifs hospitaliers, au titre de l'emploi direct. En comptabilisant l'emploi indirect (contrats de fournitures, sous-traitance, prestations de services passées avec des structures employant des personnes handicapées), le taux atteint 5,73%. La contribution indirecte est donc très faiblement utilisée. Cela peut s'expliquer par la difficulté qu'éprouvent les établissements du milieu protégé, pour répondre aux appels d'offre lancés par des hôpitaux qui se doivent par ailleurs de se conformer aux dispositions du Code des marchés publics. En revanche, le taux global est en nette progression par rapport à l'enquête précédente (4,49% en 1997), faisant de la fonction publique hospitalière le meilleur élève, devant les fonctions publiques étatique (3,06% d'emploi de personnes handicapées en 1997) et territoriale (4,5%). Ces taux, relativement importants, sont d'autant plus méritoires que les règles de comptabilisation diffèrent du secteur privé, où l'embauche d'une personne lourdement handicapée équivaut à 1,5 emplois.

Les postes occupés par cette catégorie de travailleurs se répartissent comme suit : 71,3% pour les filières soignantes et médico-techniques ; 16,1% pour la filière ouvrière et technique ; en enfin 9% pour la filière administrative. Ces données peuvent paraître étonnantes, compte tenu des difficultés dont nous ont fait part la plupart des directeurs d'hôpitaux quant à la possibilité de recruter des personnes handicapées aux postes de soins. On peut d'ailleurs souligner que les postes proposés sont bien souvent des emplois peu qualifiés, en surnombre, voire « au rabais ». Il demeure néanmoins que certains

postes paraissent difficilement accessibles aux travailleurs handicapés. On peut ainsi rapporter le cas d'une élève infirmière atteinte de surdité, qui s'est vue contrainte de mettre fin à sa scolarité. Son handicap ne lui permettait pas d'assurer sa mission dans des conditions de sécurité optimales pour les patients.

#### **2.2.4 La problématique du reclassement.**

L'obligation de reclasser ses salariés incombe aussi à l'employeur public notamment hospitalier. Preuve en est, la constitution récente du Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés, par le Décret n°93-189 du 9 février 1993. Parmi les 5,73% d'agents handicapés en secteur public hospitalier, la majorité le sont dans le cadre de reclassements : 58,7%. Et seulement 7,1% sont des travailleurs handicapés reconnus par la COTOREP. Ceci démontre que la plupart des employeurs hospitaliers n'adopte pas de politique globale d'embauche en faveur des personnes handicapées. Ceux-ci sacrifient avant tout à leur obligation de reclassement, vis-à-vis des personnes souffrant d'un handicap acquis au cours de leurs fonctions. L'emploi public reste donc peu ouvert au reste de la population handicapée, et l'hôpital n'échappe pas à cette règle.

Des équipes devraient être mises en place pour préparer les suites du reclassement. Cette obligation amène à un travail en commun avec la médecine du travail, effectuant, entres autres, des visites médicales pouvant aboutir à une demande d'adaptation de poste. Dès lors, l'enjeu majeur est d'assurer un maintien maximum au poste antérieur. Cela est nécessaire, afin de garantir au travailleur devenu handicapé l'exercice d'un libre choix au niveau de l'emploi. Pour ce faire, il sera nécessaire de s'appuyer sur des stages de réadaptation et de rééducation professionnelles ainsi que sur des formations, ici sous l'angle de formations continues.

### **2.3 Quelles perspectives d'améliorations ?**

Le constat dressé auparavant démontre qu'en dépit d'un arsenal législatif important, l'intégration des salariés handicapés à l'hôpital reste difficile, alors même qu'il devrait être exemplaire pour l'embauche d'agents handicapés. Pour améliorer l'intégration des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail, il convient de prendre conscience que c'est par une modification de la perception de la personne handicapée dans la société et au travail que des progrès pourront voir le jour.

## **2.3.1 Faire de l'accessibilité un état d'esprit partagé par tous.**

### 2.3.1.1 Changer le regard porté sur le salarié et l'agent hospitalier handicapé.

La Déclaration de Madrid, prononcée à l'occasion du lancement de l'Année Européenne du handicap, fait une large place au travail comme facteur d'insertion sociale. « *Des efforts doivent être déployés afin de promouvoir l'accès des personnes handicapées à l'emploi, sur le marché du travail en milieu ordinaire de préférence. C'est l'une des voies majeures de lutte contre l'exclusion sociale des personnes handicapées et pour la promotion de leur autonomie et dignité (...)* »<sup>20</sup>. Cette préconisation se démarque de la vision française du handicap, qui, pour certains auteurs, reste figée sur l'idée que la personne handicapée n'est pas capable de participer à la vie sociale et professionnelle par elle-même, qu'il lui faut donc nécessairement être assistée.

Ainsi, l'insertion du personnel handicapé aux effectifs d'un hôpital symboliserait tout autant le souci accordé, par les responsables, à une prise en charge de qualité et inclusive des personnes handicapées, que le respect de la réglementation en matière d'accessibilité matérielle

### 2.3.1.2 Poser l'objectif d'accessibilité comme objectif prioritaire.

Le changement de regard sur le travailleur handicapé a pour conséquence de le placer comme objectif prioritaire, avant les contraintes financières, architecturales et esthétiques. Le contexte actuel de réduction des dépenses de santé ne doit pas faire oublier que les agents handicapés restent des citoyens à part entière. Ils sont par ailleurs plus que les travailleurs valides touchés par la perte d'emploi (contractuels). Un hôpital peut-il se retrancher derrière l'argument des contraintes budgétaires pour expliquer qu'il ne peut permettre l'insertion d'une partie de la population ?

Par ailleurs, les éléments architecturaux et esthétiques ne peuvent être avancés comme limite à l'accès à l'emploi. L'hôpital doit pouvoir permettre à chaque agent handicapé de circuler dans tous les locaux de travail. En raison du principe de non-discrimination, tous les agents handicapés doivent avoir la possibilité matérielle de travailler à l'hôpital.

## **2.3.2 Donner sa place au salarié handicapé à l'hôpital.**

Il nous semble que la qualité de la prise en charge des patients dépend aussi de la qualité de l'environnement professionnel dans lequel évolue le personnel handicapé. En tant que

---

<sup>20</sup> Déclaration de Madrid, 20-23 mars 2003

vitrine de la société, l'hôpital est un lieu idéal pour montrer qu'il est possible de donner une place à chaque travailleur handicapé.

#### 2.3.2.1 Axer le recrutement sur la notion de compétence.

Trop souvent, les recruteurs présupposent que les travailleurs handicapés postulant à un emploi sont limités dans leurs facultés. Le faible accès des jeunes handicapés aux études supérieures confirme les recruteurs dans leurs impressions. De ce fait, les personnes handicapées éprouvent de grandes difficultés à trouver des emplois correspondant à leur niveau de qualification. Pourtant, comme le souligne M. J.L.BLAISE, le fait d'être handicapé n'entache pas le professionnalisme d'un informaticien.

L'embauche de salariés handicapés doit se faire en fonction des compétences de ces derniers. Le handicap ne doit pas être déterminant dans le choix du recruteur. Les filières administrative, soignante et technique peuvent offrir des possibilités d'emplois, du plus qualifié au moins qualifié. De ce fait, si à l'issue d'un concours ou d'entretiens, un candidat handicapé se révèle compétent, le recruteur doit engager une démarche volontariste d'adaptation de poste.

#### 2.3.2.2 Les conséquences positives de l'emploi d'une personne handicapée.

Les expériences positives d'intégration de personnes handicapées dans les services hospitaliers doivent servir d'exemple. Elles s'expliquent notamment par la très grande motivation des personnes handicapées, qui souhaitent à tout prix montrer leur valeur et garder leur poste. Pour leurs collègues, l'arrivée d'une personne handicapée peut être stimulante. Par ailleurs, cela leur montre que l'hôpital fera le nécessaire en cas de reclassement d'un salarié.

L'arrivée d'une personne handicapée dans un service requiert de revoir la globalité des processus de travail afin d'intégrer pleinement ce dernier. L'adaptation du poste peut être profitable à tous en ce qu'elle améliore l'organisation générale du travail. L'étude de poste réalisée par un ergonome, préalable indispensable à l'embauche d'un salarié handicapé, le permet fréquemment.

#### 2.3.2.3 Développer l'embauche des travailleurs handicapés.

Afin de donner leur place de citoyens aux personnes handicapées, l'hôpital devrait continuer à développer l'embauche d'agents handicapés. Un impact indirect sur les mentalités peut en découler.

L'hôpital peut aussi donner leur place aux personnes handicapées travaillant en Centre d'Aide par le Travail (CAT) ou en Ateliers protégés. Le développement des contrats de sous-traitance et des détachements pour les travailleurs handicapés de ces structures est possible dans le cadre de l'hôpital. La réforme prochaine du Code des marchés publics, relevant les seuils à partir desquelles les procédures complexes doivent être engagées, devrait permettre aux hôpitaux de signer plus de partenariat de travail avec les entreprises de ce type. Désormais, l'argument du respect dudit Code ne devrait plus être avancé pour justifier la faiblesse du partenariat avec les entreprises de travail protégé. En somme, pour que les discours ne restent pas des suites d'intentions, il faut accepter que tout le monde ne travaille pas selon une « norme » de valide : au même rythme, avec les mêmes moyens. Il convient d'établir une fiche de poste spécifique pour le personnel handicapé.

### **2.3.3 Permettre au salarié handicapé d'exercer pleinement son métier**

L'intégration pleine et entière de l'agent handicapé dépend de la qualité de l'adaptation du poste. Il convient de repenser intégralement la configuration des locaux et de l'organisation du travail en fonction d'une « accessibilité universelle », aux termes de M. Blaise.

L'adaptation du poste de travail doit être pensée en partenariat avec le médecin du travail, l'ergonome, les syndicats, les collègues et la personne concernée bien entendu. Cette adaptation peut être financée par l'AGEFIPH si nécessaire. Elle consiste à repenser tout le processus de travail du service en fonction du handicap de la personne. Les membres du service devraient nécessairement être impliqués dans la préparation de l'étude de poste. Ceci leur permettrait de se préparer aux éventuelles difficultés que leur futur collègue rencontrera malgré les aménagements. Par ailleurs, l'expérience des reclassements professionnels, suite à une maladie ou un accident du travail, peut servir pour adapter l'ensemble des postes dans un souci de prévention des risques professionnels.

## CONCLUSION

L'hôpital se situe au cœur de la problématique du handicap : il en est le lieu d'annonce ; les patients handicapés le fréquentent plus longtemps et plus souvent que les valides ; enfin, les agents eux mêmes sont susceptibles d'acquérir un handicap au cours de leur carrière. L'hôpital est ainsi un laboratoire pour de nouvelles adaptations en faveur des personnes handicapées. La question de l'accessibilité de ces personnes doit donc être une des préoccupations premières de l'établissement public de santé.

L'accessibilité à l'hôpital d'une personne handicapée se mesure surtout au degré d'autonomie que l'hôpital est capable de lui apporter. Sur le plan de l'accès aux soins, l'institution hospitalière se doit de garantir la démocratie sanitaire et par là même les droits accordés à tous patients, et par conséquent aux personnes handicapées. Sur le plan de l'accessibilité matérielle, l'hôpital doit répondre aux exigences réglementaires mais aussi faire preuve d'innovation afin de s'adapter au mieux au quotidien du patient handicapé. Enfin, sur le plan de l'emploi, même si des obligations légales existent, la mise en place d'une politique volontariste en la matière est seule garante de l'insertion sociale d'agents handicapés à l'hôpital.

En conséquence, l'équipe de direction doit s'intéresser à cette problématique pour impulser une dynamique au sein de l'établissement. En effet, il semble nécessaire de ne pas laisser aux corps médical et soignant l'unique responsabilité de cette question. Il n'existe pas de « *monopole de la parole légitime sur le handicap* », selon les termes de M. Blaise. L'accessibilité doit alors être vue non comme une contrainte mais comme une opportunité. Le projet social, intégré dans le projet d'établissement ; devient alors l'outil essentiel du manager pour atteindre cet objectif. « *Ce projet ne doit pas mettre en place une filière spécifique aux personnes handicapées, mais doit prendre en compte leurs spécificités au cours du passage à l'hôpital* »<sup>21</sup>. L'inclusion de la personne handicapée dans la société est actuellement un enjeu fondamental ; l'hôpital, en tant que lieu concerné au premier chef, se doit d'être un moteur dans ce domaine.

---

<sup>21</sup> Madame D. Gillot, ancienne secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, discours prononcé au CHU de Rouen le 3 décembre 2000.

L'hôpital ne peut cependant pas agir isolément. Pour mettre en œuvre une approche globale du handicap, l'établissement de santé doit s'intégrer dans un réseau associant l'ensemble des acteurs du champ médico-social. Le travail en réseau permet à la fois d'améliorer la qualité des soins prodigués aux personnes handicapées et de favoriser leur accès et leur maintien en fonction. Ce qui aboutira à long terme à passer d'une logique protectrice à une logique d'intégration.

Réfléchir en termes de réseaux irriguerait l'ensemble de la société du thème du handicap. En partant du domaine de la santé, il est possible, en reliant les différents acteurs entre eux, de créer un mouvement global autour du thème de l'accessibilité des handicapés au sein la société.

En outre, les initiatives locales doivent être relayées et valorisées au niveau national. Cela implique une mise en cohérence des politiques publiques en la matière. La coexistence d'un « Fonds public interministériel d'aide à l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique de l'Etat », avec un « Fonds interministériel pour l'accessibilité des personnes handicapées des ERP », démontre les progrès qu'il reste à faire en ce domaine. La fusion de ces deux dispositifs incitatifs et leur extension au monde hospitalier encourageraient les initiatives isolées et faciliteraient la réalisation des politiques de prise en charge du handicap.

Plus largement, la sensibilisation actuelle des autorités européennes à la question de l'insertion des handicapés dans la société indique le début d'une politique d'ampleur qui rend impérative l'adaptation de l'hôpital. La pression de l'Union Européenne induit que chaque pays membre dépasse le concept de l'année 2003, année du handicap pour mettre en place des politiques pérennes.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

- ◆ **ARBIGNY (d') N.**, Être tétraplégique, Masson, 2001, 316 pages
- ◆ **CHAZAL Ph.**, Les aveugles au travail, Le Cherche midi éditeur, avril 1999, 299 pages.
- ◆ **GROSBOIS P-L.**, Handicap et construction, Éditions du Moniteur, juin 1996.
- ◆ **HAMONET C.**, Les personnes handicapées, PUF, Collection Que Sais-je ?, 2000.
- ◆ **PELLION F.**, Surdité et souffrance, Ellipses, 2001, 127 pages
- ◆ **PONCHON F.**, Les droits des patients à l'hôpital, PUF, Collection Que sais-je ?, 1999, 2<sup> me</sup>  dition 2002, 127p.
- ◆ **ZRIBI G. et SARFATY J.**, Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits.,  ditions ENSP, mars 2003, 127 pages.

### Articles :

- ◆ **BARBIER et BRYGOO**, « Handicapés et emploi, une difficile comparaison des politiques en Europe », in Les Cahiers de l'actif, n  294-295, p.175.
- ◆ **Collectif**, « Handicap mental et accessibilité, les avancées du pictogramme », in Les Cahiers de l'UNAPEI, Technic handicap n 7, p.3-11.
- ◆ **DENORMANDIE Ph.**, « Mission handicap   l'AP-HP : premier bilan et perspectives », in Revue hospitalière de France, mars-avril 2001.
- ◆ **DENORMANDIE Ph.**, « L'hôpital face au handicap », in CNRH, N  de la revue, mars 2000.
- ◆ **ETOURNEAU C.**, « Les aides techniques s'affichent sur le net et se gèrent pour mieux répondre au handicap », in Décision santé, n 176, juin-juillet 2001, p.25-28.
- ◆ **GOT Ch.**, « Quand l'hôpital s'adapte au handicap. La démarche du CHU de Rouen. », in Gestions Hospitalières, mars 2001, p.180-191.
- ◆ **GOT Ch.**, « Qualité et accueil des personnes handicapées au CHU de Rouen », in Revue hospitalière de France, n 2, mars-avril 2001, p.98-99.
- ◆ **GOT Ch.**, « Accueil et prise en charge des personnes handicapées : un axe d'action prioritaire au CHU de Rouen », in Gestion hospitalière, mars 2003.
- ◆ **LAMENARDIE C.**, Dossier « Les handicapés et l'emploi », in Performance Santé et Fiabilité humaine, juin 2003.
- ◆ **MERTANI C.**, « L'accès des travailleurs handicapés à la Fonction publique hospitalière, initiative exemplaire », in Information sur les ressources humaines à l'hôpital, n 16, mars 1999

- ◆ **MONNIN B.**, « L'accessibilité : la règle et son esprit. », *in* Collectif départemental des associations de personnes handicapées et leurs familles, 2003.
- ◆ **OLIVER M.**, « Theory of Disability in Health Practice and Research », *in* British Medical Journal, n°317, p.1446-1449.
- ◆ **SIEGRIST D.**, « L'hôpital face au handicap », *in* CNRH, mars 2000, p.7
- ◆ **THOMAS A.**, « Handicap : les patientes s'impliquent. A l'Hôpital-Sud, une collaboration exemplaire saluée par la présidente de l'APF.», *in* Ouest-France, du 13-14 septembre 2003.

### Rapports :

- ◆ Sous la direction de GOT Ch., Handicap et secteur public sanitaire et médico-social.

### Textes juridiques :

- ◆ **Loi n°91-863** du 13 juillet 1991 sur la mise en place d'un contrôle a priori et modifiant le Code de la construction, de l'habitation et de l'urbanisme.
- ◆ **Loi n°75-534** du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Chapitre V – articles 49, 52, 60.
- ◆ **Décret n°99-756 et n°99-757** du 31 août 1999 relatif aux prescription techniques concernant l'accessibilité aux personnes handicapées de la voirie publique ou privée ouverte à la circulation publique pris pour l'application de l'article 2 de la loi n°91-663 du 13 juillet 1991.
- ◆ **Décret n°95-260** du 8 mars 1995 relatif à la Commission consultative de sécurité et d'accessibilité.
- ◆ **Décret n°94-86** du 26 janvier 1994 .
- ◆ **Arrêté du 31 mai 1994** en application de l'article R111-19-1 du Code de la construction et l'habitation
- ◆ **Circulaire n°94-55** du 7 juillet 1994 relative à l'accessibilité des ERP.
  
- ◆ Discours d'Elisabeth GUIGOU, titre au moment du discours (ministre de l'emploi et de la solidarité), devant l'UNESCO, 19 février 2002.

---

# Méthodologie

---

Après une présentation rapide du sujet par les animateurs M. Lucas et M. Sherlaw, le groupe a procédé à un brainstorming destiné à définir les termes de handicap et d'accessibilité. Cette démarche a permis à chacun des membres d'exprimer ses idées sur le thème et de dégager une problématique.

D'un point de vue pratique, le groupe a entamé les démarches pour la création d'un mail commun et convenu de la répartition des recherches documentaires en fonction des grands axes de réflexion dégagés, de la détermination des personnes qu'il serait intéressant de rencontrer et de la rédaction des questionnaires types pour ces entretiens. Dans ce cadre, nos animateurs nous ont fourni le nom de professionnels pouvant utilement nous apporter leur éclairage.

Nous avons sollicité des personnes d'origines variées tant du point de vue professionnel que géographique afin d'obtenir la vision la plus complète possible. Ceci nous a permis de n'occulter aucun aspect de la thématique.

Des rencontres régulières avec nos animateurs nous ont aidés dans la progression de la réflexion.

Les prises de contact avec les intervenants extérieurs ont ensuite été réparties ainsi que les déplacements multiples. Un budget prévisionnel a été élaboré en conséquence.

Après chaque rendez vous, un compte rendu a été rédigé et envoyé à chacun des participants par le biais de l'e groupe.

Cette matière première accumulée, nous sommes entrés dans la phase de rédaction du plan détaillé : un accord a vite été trouvé sur le plan à retenir.

La rédaction de chaque partie a alors pu être attribuée aux différents membres du groupe. Une fois rédigées, les parties ont été mises en commun et harmonisées de façon collective, chacun devant s'impliquer dans le travail de correction du mémoire.

---

## Liste des annexes

---

- **ANNEXE 1** : Déclaration de Madrid « *non discrimination plus action positive font l'inclusion sociale* » en date du 25 mars 2003.
- **ANNEXE 2** : La charte du patient hospitalisé, annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.
- **ANNEXE 3** : Charte Hôpital et Handicap signée entre la Fédération hospitalière de France et le Comité d'entente des associations représentatives de personnes handicapées et de parents d'enfants handicapés, en date du 23 mai 2002.
- **ANNEXE 4** : *L'accessibilité, la règle ... et son esprit...*, par Bernard MONNIN délégué départemental adjoint de l'ANPIM.