



AUDIT D'ACCESSIBILITE DU CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ESTHER BINDER DE MOKONG AUX PERSONNES HANDICAPEES

RAPPORT FINAL

Rédigé par :

Pascal AHIDJO, Lead Consultant

Justin SANDJEROM, Consultant Associé

Francis FESSERAMITIA, Consultant Associé

Paul NYA, Consultant Associé

François HAMAN HAMAN, Consultant Associé

Janvier 2022

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
AVANT PROPOS	2
LISTE DES ABBREVIATIONS	3
1. INTRODUCTION : RAPPEL DES TERMES DE REFERENCES	4
1.1 RAPPEL DU CONTEXTE	4
1.2 OBJECTIFS DE L' AUTO-DIAGNOSTIC D' ACCESSIBILITE	4
2. METHODOLOGIE	4
2.1 UNE REVUE DOCUMENTAIRE	5
2.2 LES VISITES SUR LE TERRAIN	5
2.3 ÉLABORATION DU RAPPORT D' AUTO-DIAGNOSTIC	6
2.4 LA RESTITUTION	6
3. QUELQUES CLARIFICATIONS CONCEPTUELLES	6
3.1 L' ACCESSIBILITE	6
3.2 L' ACCESSIBILITE UNIVERSELLE	6
3.3 PERSONNES HANDICAPEES	7
4. PRINCIPAUX RESULTATS	8
4.1 INFRASTRUCTURES	8
4.2 SYSTEME ORGANISATIONNEL	21
4.3 PRESTATION DE SERVICES	22
5. FORCES ET FAIBLESSES EN MATIERES D'INCLUSION	23
6. RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS	24

AVANT PROPOS

L'œuvre médicale Grand Nord de l'Union des Eglises Baptistes du Cameroun (OM-UEBC) met en œuvre le Projet 4207-MYP "Promotion Santé Oculaire Inclusive dans la Région de l'Extrême-Nord du Cameroun (PROSOIN)". Ledit projet est financé par CBM (Christoffel Blindemission).

L'OM-UEBC ambitionne d'améliorer au préalable les niveaux d'accessibilité des Centres/Institutions/Structures existants pour les rendre plus inclusives pour les personnes handicapées. Dans cette démarche, l'OM-UEBC, s'est proposé d'accompagner chacun dans la conduite d'une analyse auto diagnostique de leur accessibilité.

C'est ainsi qu'un Groupe de consultants dirigé par **M. Pascal AHIDJO** (*Expert en Handicap et Développement Inclusif, Lead Consultant*) et constitué de **M. Justin SANJEROM** (*Enseignant des ENIEG, Consultant associé*), **M. Francis FESSERAMITIA** (*Kinésithérapeute, Consultant Associé*), **M. Paul NYA** (*Spécialiste de l'Inclusion des Personnes Handicapées, Consultant Associé*) et **M. François HAMAN HAMAN** (*Assistant Social, Consultant Associé*) a été désigné pour conduire cette mission au cours du mois de Janvier 2022 dans l'ensemble des structures relevant de l'OM-UEBC.

Au terme de sa mission, l'équipe de consultants tient à remercier sincèrement, l'OM-UEBC, le Coordinateur, les Directeurs/Chefs des Formations sanitaires et tous les personnels pour leur accueil, leur disponibilité et la franchise dans les échanges et expériences partagées.

LISTE DES ABBREVIATIONS

CBM : Christoffel Blindenmission ; Une organisation de Développement qui œuvre pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec un handicap dans les pays en développement.

COEBM : Centre d'Ophtalmologie Esther Binder de Mokong.

CRDPH : Convention des Nations Unies Relative aux droits des Personnes handicapées

CSI : Centre de Santé Intégré

MYP : Multi Year Plan

OM-UEBC: Comité Diocésain de Développement et des activités sociales et Caritas

PIAP : Programme Intégré pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec un handicap dans les régions septentrionales du Cameroun

PvH : Personne vivant avec un handicap ou Personne handicapée

1. INTRODUCTION : RAPPEL DES TERMES DE REFERENCES

1.1 RAPPEL DU CONTEXTE

L'accessibilité est une condition préalable fondamentale à la construction d'une société inclusive où chacun, y compris les personnes handicapées, peut participer pleinement à tous les aspects de la société. En plus de répondre à la nécessité de l'accès physique à l'environnement bâti, cela implique en outre que chaque individu a droit à un accès égal à tous les équipements, services et institutions sociaux, de santé, éducatifs, économiques et culturels.

Par conséquent, l'audit d'accessibilité vise à évaluer le niveau d'accessibilité physique, d'information et de communication et d'attitude d'organisations. L'audit d'accessibilité aide à identifier les ajustements nécessaires dans le service fourni aux personnes handicapées conformément aux politiques de CBM et aux autres directives et normes internationales. Il aide à identifier les obstacles et à trouver des solutions. Les recommandations/suggestions de l'audit d'accessibilité deviendront la base d'un futur plan d'action pour l'accès des personnes handicapées.

C'est donc dans ce sens que le Bureau Pays de CBM a signé un contrat de financement du projet n° 4207-MYP avec l'UEBC Œuvre Médicale Grand Nord afin d'offrir à la personne handicapée une plus grande capacité de mobilité et d'autonomie possible à travers des aménagements raisonnables.

Ainsi le COEBM a bénéficié de la facilitation d'une équipe de consultants pour l'aider dans la conduite du diagnostic d'accessibilité sus-évoqué dont le présent rapport résume les principaux constats et les recommandations formulées.

1.2 OBJECTIFS DE L'AUTO-DIAGNOSTIC D'ACCESSIBILITE

De manière générale cet exercice visait d'une part à poser un diagnostic de l'accessibilité en général au COEBM et d'autre part à formuler des recommandations pour améliorer l'inclusion en son sein. De manière spécifique, il s'était agit de(d') :

- Mener un diagnostic approfondi de la formation sanitaire en matière d'inclusion des personnes vivant avec un handicap ;
- Formuler des recommandations objectives pour l'amélioration de la situation ;
- Elaborer des plans de mise en œuvre en collaboration avec la formation sanitaire.

2. METHODOLOGIE

La méthodologie s'est articulée autour des éléments suivants:

2.1 UNE REVUE DOCUMENTAIRE

Elle concernait la revue des politiques, services et approches théoriques par les différents acteurs impliqués dans les évaluations.

Il s'agissait d'obtenir et d'analyser les documents de politique organisationnelle, les rapports, les approches de conduite d'audit d'accessibilité disponible dans la littérature.

2.2 LES VISITES SUR LE TERRAIN

L'objectif des visites était de faire des évaluations techniques de l'accessibilité des services, de mener des entretiens avec des informateurs clés, d'avoir des groupes de discussion avec les parties prenantes et le personnel. Pour cela, un guide d'entretien a été développé. Des lignes directrices ont été élaborées pour les repérages d'obstacles et ont servi de cadre aux diagnostics.

La démarche globale des visites de terrain se déclinait comme suit :

- a) Organisation d'un mini atelier d'introduction pour présenter la démarche, les objectifs de l'auto diagnostic d'accessibilité, d'introduire les concepts clefs ;
- b) Organisation de la visite exhaustive de la formation sanitaire et de ses abords avec analyse de la chaîne du déplacement pouvant être empruntée par les usagers, dont les personnes à mobilité réduite ;
- c) Contrôle de façon précise le positionnement et le dimensionnement de l'ensemble des équipements et des accessoires présents sur la chaîne du déplacement ;
- d) Analyse, des conditions d'accueil, d'assistance et d'évacuation des personnes handicapées ;
- e) Analyse des conditions d'accès à l'information et à la communication pour les personnes déficientes sensorielles ;

Au cours de ces visites : les aspects clefs ci-après étaient considérés :

- Infrastructure : cela impliquait de faire des observations et d'énoncer les problèmes identifiés appuyés par des images ;
- Systèmes organisationnels et institutions : cela impliquait d'interagir avec les dirigeants et les personnels administratifs;
- Prestation de services : cela impliquera d'identifier et de localiser les services et de décrire comment les services sont fournis ;
- Discussion en focus group : elle consistait à recueillir les opinions et les perceptions du personnel (sur la situation du handicap).

2.3 ÉLABORATION DU RAPPORT D'AUTO-DIAGNOSTIC

Ce rapport détaille précisément les observations constatées et leur classement par ordre d'importance, outil devant faciliter la prise de décisions ultérieure par les autorités compétentes ;

2.4 LA RESTITUTION

Elle portait sur la présentation des principales observations issues des analyses et des recommandations formulées.

3. QUELQUES CLARIFICATIONS CONCEPTUELLES

3.1 L'ACCESSIBILITE

En son article 9 consacré à l'accessibilité, la Convention des Nations Unies Relatives aux Droits des Personnes handicapées (CRDPH) précise 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* ». L'accessibilité doit être prise en compte de manière transversale quel que soit le domaine, car elle est une condition de la réalisation des droits.

Elle apparaît à ce titre aussi comme un principe général de la CRDPH (article 3).

3.2 L'ACCESSIBILITE UNIVERSELLE

« *L'accessibilité universelle est le caractère d'un produit, procédé, service, information ou environnement qui, dans un but d'équité et dans une approche inclusive, permet à toute personne de réaliser des activités de façon autonome et d'obtenir des résultats équivalents.* »

Cette approche sous-entend ainsi la création d'un monde où chacun puisse évoluer librement, sans contraintes, et qui vise l'aménagement d'un environnement géographique et social dépourvu d'obstacles, permettant à tous ses occupants, quels qu'ils soient, d'évoluer librement et en toute sécurité.

Les principes de l'accessibilité universelle sont :

- a) Utilisation par tous ;
- b) Utilisation et espaces accessibles (aménagement appropriés) ;
- c) Utilisation simple et intuitive (orientation, information) ;
- d) Utilisation flexible ;

- e) Utilisation exigeant peu d'efforts ;
- f) Physiques (longueur des trajets, aires de repos, espaces de manœuvre etc.) ;
- g) Utilisation sécurisée ;
- h) Accès à l'information ;

3.3 PERSONNES HANDICAPEES

L'article premier de la CRDPH stipule que « Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité ».

Cette définition sous-tend les différentes séquences de cet auto-diagnostic d'accessibilité.

4. PRINCIPAUX RESULTATS

4.1 INFRASTRUCTURES

1.0: Localisation

Le COEBM est situé dans la région de l'Extrême-Nord, département de Mayo Tsanaga, arrondissement de Mokolo, canton de Mokong, village Mowo.

2.0: Accès au Centre



Photo : Accès au COEBM

Le COEBM est situé à gauche de la grande route venant de Gaklé pour se rendre à Mokolo dans le village Mowo. Une plaque indicative est placée en bordure de route.

3.0: Se rendre sur les lieux

Approches et itinéraire vers l'entrée



Photo: Voie vers entrée 1

Une plaque en bordure de la route indique l'entrée du centre qui se trouve à environ 20m de distance.


Recommandations pour améliorer l'accessibilité

Observations sur l'accessibilité de l'accès et de l'itinéraire d'entrée

RAS

De la route jusqu'au niveau du portail le sol est recouvert de sable parsemé du gravier (moellon)

4.0: Entrée du Centre	
Description	
 <p style="text-align: center;">Photo: Entrée</p>	<p>L'entrée du centre est matérialisée par un portail double battant coulissable de largeur 4m à côté duquel se trouve un portillon de 89m de largeur.</p>
Recommandations pour améliorer l'accessibilité	Observations sur l'accessibilité
RAS	<p>Même si le portillon semble non accessible on peut néanmoins supposer que l'entrée du COEBM est accessible dans la mesure où les usagers peuvent passer par le portail principal. Seulement la manipulation du portail nécessite la présence d'un opérateur (vigile). Ceci peut constituer un obstacle à la mobilité des déficients physiques.</p>

5.0: Parking	
 <p style="text-align: center;">Photo : Parking</p>	<p>Les usagers stationnent leurs engins dans un parking aménagé à l'extérieur du centre.</p>
Recommandations pour améliorer l'accessibilité du Parking	Observations sur l'accessibilité du parking
R1 : Matérialiser un espace de parking réservé aux personnes à mobilité réduite	On note l'absence d'un aménagement qui tient compte des personnes à mobilité réduite.

6.0: Meubles au sol (exemples: bancs publics etc.)	
Recommandations pour l'améliorer l'accessibilité	Observations sur l'accessibilité
	On note la présence des bancs sous la véranda. Les bancs sont accessibles. La hauteur des bancs et tabourets est de 50 cm.

7.0: Accès aux bâtiments

7.1 Description des différents bâtiments

Bâtiment Principal



Photo : Façade du bâtiment principal du COEBM

Le bâtiment principal regroupe presque tous les services à savoir : la salle optique, la salle d'appareils, la pharmacie, la salle d'accueil/soins, les salles de consultation (I, II, III), le bureau du coordonnateur, quatre salles privées, les toilettes du personnel, quatre salles d'hospitalisation et le bureau de l'ophtalmologiste.

Description des salles :

Dénivelée à l'entrée 2,5cm

Largeur de la Porte : 83, 5cm

Poignet : 117cm

Hauteur interrupteur lumière : 128cm

Hauteur interrupteur ventilateur : 128 cm

Hauteur de la prise secteur : 128cm

Salle d'appareil

Largeur de la porte : 77cm

Hauteur du Poignet : 112cm

Hauteur de l'interrupteur des lumières : 130cm

Hauteur de l'interrupteur des ventilateurs : 128 cm

Hauteur des Prises secteurs : 5 accessibles, 1 non accessible à 155cm

Pharmacie (pharmacie, caisse, magasin)

Largeur de la porte d'entrée principale : 94 cm

Dénivelée : 1,5cm

Hauteur du Poignet : 118cm

Hauteur interrupteur lumière : 130cm

Hauteur des Prises secteurs : 44cm

Largeur du Couloir : 2,68cm

Pharmacie

Largeur de la Porte de la pharmacie : 85,5cm

Hauteur du Poignet : 102cm

Hauteur de l'interrupteur de la lumière : 130cm

Hauteur de l'interrupteur du ventilateur : 128 cm

Hauteur des Prises secteurs : 50cm

Luminosité faible

Hauteur du Guichet : 115cm de hauteur

Caisse

Largeur de la porte : 74cm

Dénivelé en bois : 4cm

Hauteur du Poignet : 105cm

Hauteur de l'interrupteur des lumières : 120cm

Hauteur de l'interrupteur ventilateur : 125 cm

Hauteur des prises : 128cm

Pas d'écriteaux

Salle d'accueil/soins

Dénivelé : 2,5cm

Largeur de la porte : 83, cm

Hauteur du Poignet : 116cm

Hauteur interrupteur des lumières: 129cm

Hauteur interrupteur ventilateur : 129 cm

Hauteur des prises : 5 accessibles (entre 41 et 44cm)

Luminosité : faible

Consultation III

Dénivelée : 1,5cm

Largeur de la porte : 84, cm

Hauteur du Poignet : 119cm

Hauteur de l'interrupteur des lumières : 131 cm

Hauteur de l'interrupteur ventilateur : 130 cm

Hauteur interrupteur tableau de Channel : 144cm

Hauteur des prises secteurs : 4 accessibles (entre 40 et 45cm)

Point d'eau : 116cm de haut

Luminosité : faible

Consultation II

Largeur de la porte principale : 84 cm

Hauteur du Poignet : 118cm

Hauteur de l'interrupteur des lumières : 128cm

Hauteur de l'interrupteur ventilateur : 127 cm

Hauteur des prises secteurs : 2 accessibles (entre 50 et 23cm)

Point d'eau : 116cm de haut

Luminosité : bonne

Bureau à l'intérieur de la salle de consultation III

Dénivelée : 1,5cm

Largeur de la porte : 71cm

Hauteur du Poignet : 99cm

Hauteur de l'interrupteur ventilateur : 143 cm

Hauteur des prises secteurs 4 (entre 27 et 49cm)

Luminosité : bonne

Consultation I

Dénivelée : 1,5 cm

Largeur de la porte principale : 83,5 cm

Hauteur du Poignet : 119cm
Hauteur de l'interrupteur des lumières : 128cm
Hauteur de l'interrupteur ventilateur : 127 cm
Prises : 3 accessibles (48cm)
Luminosité : bonne

Salle consultation réfraction

Largeur de la porte : 76 cm
Hauteur du Poignet : 102 cm
Hauteur de l'interrupteur ventilateur : 143 cm
Hauteur des Prises secteur 3 accessibles (entre 40et 48cm)
Luminosité : bonne.

Bureau coordonnateur/ chef de projet

La porte a une largeur de 83cm. Le Poignet (120cm), interrupteur ampoule (129cm de haut), interrupteur climatiseur (128cm),
Prises : 3 accessibles (46cm).
Pas de signalisation sur la porte

Salles privées III et IV

Les portes ont une largeur qui varie entre 83cm et 84 cm. Les Poignets sont placés à une hauteur variant entre 1,02 cm et 120cm, les interrupteurs pour l'éclairage sont fixés entre 145cm et 146cm et l'interrupteur à la véranda est à 145cm.

Hauteur des prises secteur : 46cm.
Largeur des Portes des douches : 73cm de large)
Hauteur des Poignets : 100cm
Luminosité : bonne
Contraste visuel à la douche.

Salles privée I et bureau ophtalmologique

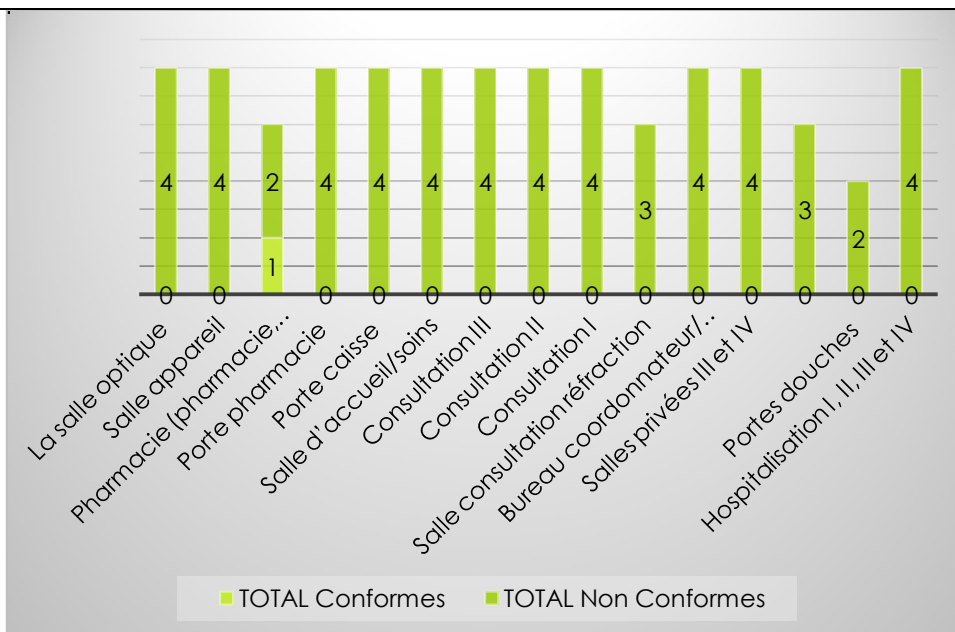
Les portes ont une largeur qui varie entre 83cm et 84 cm. Les Poignets sont placés à une hauteur de 1,02 cm et 120cm. Les interrupteurs pour l'éclairage sont installés entre 145cm et 146cm et celui de la véranda à 145cm.

Hauteurs des Prises : 46cm.
Largeur des Portes de la salle de bain : 73cm.
Hauteur des Poignets : 100cm
Luminosité : bonne
Contraste visuel à la douche.


Hospitalisation I, II, III et IV

Dénivelée : 12cm
Les portes ont une largeur qui varie entre 83,5 cm et 84 cm. Les Poignets varient entre 122 cm et 123cm de hauteur. Les interrupteurs de l'éclairage sont placés entre 145cm et 146cm.

Hauteur des prises secteur : 46cm.
Luminosité faible dans toutes les salles d'hospitalisation
Pas de contraste visuel.



Recommandations pour améliorer l'accessibilité aux bâtiments	Observations sur l'accessibilité La salle optique :
<p>R2 : Construire une rampe d'accès devant la salle d'accueil pour faciliter la mobilité des personnes surtout celles à mobilité réduite ;</p> <p>R3 : Aménager l'allée qui donne accès au bureau du coordonnateur et aux salles privées pour faciliter la mobilité des personnes utilisant des aides à la mobilité.</p> <p>R4 : Elargir la largeur des portes ;</p> <p>R5 : Réduire la hauteur des interrupteurs et des Poignets des portes à la norme (1 m) ;</p> <p>R6. Eliminer les dénivelés à l'entrée des portes ;</p> <p>R7. Assurer le contraste visuel dans les salles ;</p> <p>R8 : Mettre les écriteaux sur les portes de la pharmacie et de la caisse, du bureau du coordonnateur/chef de projet ;</p> <p>R9 : Mettre des indications sur les portes des salles d'hospitalisation Homme et Femme ;</p> <p>R10 : Faire des indications sur les portes des toilettes Homme et Femme.</p> <p>R11. Améliorer la luminosité dans les salles à luminosité faible (salles hospitalisation, pharmacie, salle d'accueil/soins, salle de consultation III).</p>	<p>Le constat qui se dégage de ce bâtiment est qu'il pose un réel problème d'accessibilité surtout pour des personnes à mobilité réduite. L'ensemble des dispositifs de l'infrastructure (portes, Poignets, interrupteurs etc.) ne sont pas accessibles aux personnes.</p>

Bâtiment 2 : Bloc opératoire	
	<p>Ce bâtiment abrite la salle d'opération, la buanderie, une salle où il est mentionné entrée interdite, une toilette interne.</p>
<p>Photo : Entrée principale bloc opératoire</p>	
Recommandations pour améliorer l'accessibilité aux bâtiments	Observations sur l'accessibilité
<p>R12 : Eliminer les petites dénivelées au niveau des portes R13 : Rehabiler la toilette interne en y mettant un dispositif d'appui main R14. Elargir les portes pour les rendre accessibles R15 : Rendre les interrupteurs accessibles</p>	<p>Dès l'entrée, on observe une dénivelée de 10 cm. La porte d'entrée a un double battant. Exceptées les portes à double battant à l'entrée principale (1,67m) et la porte d'entrée de la salle d'opération (1,60m) les autres portes ne sont pas accessibles. Les portes d'entrée et de sortie de la buanderie mesurent 83cm et 84cm de large et les Poignets sont à une hauteur de 104cm et 127cm. Les interrupteurs sont situés à une hauteur de 127cm. Prises : 4 inaccessibles (entre 125cm et 164cm de haut) Le Sol est lisse. Dans la salle d'opération les prises sont accessibles car installées à 46cm de haut.</p>

7.2 Escaliers et rampes

7.3 Portes d'entrées

Portes d'entrées aux bâtiments, salles, services



Photo : Portes inaccessibles

Recommandations pour améliorer l'accessibilité

Observation sur l'accessibilité

Voir recommandations précédentes

En dehors des entrées à double battant, toutes les autres portes des services et de toilettes ne sont pas accessibles. La largeur des portes n'atteint pas 90 cm.

7.4 Aires de réception, Bureaux, sièges, Luminosité



Photo : Salle de consultation

Nous constatons une faible luminosité dans les salles d'hospitalisation et la salle de consultation III.

Recommandations pour améliorer l'accessibilité

Observations sur l'accessibilité

Voir R9

R16. Matérialiser le contraste visuel à l'intérieur des salles

Le faible éclairage dans certaines salles constitue de réelle difficulté pour les personnes avec basse vision

8.0 Circulation interne

8.1 Circulation interne Horizontale

Portes et couloirs internes



Photo : une porte interne

Recommandations pour améliorer l'accessibilité

Voir recommandation R4.

Observations sur l'accessibilité

Comme signalé plus haut, il est constaté que la largeur des portes de bureaux, des salles privées, des salles d'hospitalisations, des salles de consultation, des salles de toilette ne répondent pas aux normes. La largeur des portes du bâtiment est de maximum 84 cm et la hauteur des Poignets est comprise entre 110cm et 120cm. Les portes de toilettes et des WC varient entre 69cm et 71cm

Couloirs



Photo : Couloir

Dans tout le bâtiment, il existe un seul couloir interne qui donne accès au magasin et sépare la pharmacie et la caisse. Ce couloir à une largeur de 2,68m.

Recommandations pour améliorer l'accessibilité

Voir recommandation R16


Observations sur l'accessibilité


Le couloir est accessible mais seulement nous notons l'absence du contraste visuel sur le mur


8.2 Signalisation des orientations internes	
Signalisation sur les portes	
Recommandations pour améliorer l'accessibilité	Observations sur l'accessibilité
Voir recommandations précédentes	Il existe des signalisations sur les différentes portes principales qui orientent les usagers. Cependant les portes secondaires dans les différents services n'ont pas de signalisation. Au niveau des salles d'hospitalisations, il n'y a pas de signalisation qui indique la salle des hommes et la salle des femmes.

8.3 Revêtement du sol et des contrastes des couleurs	
Le sol des salles de consultation, du bloc opératoire, des toilettes, de la coordination de la pharmacie centrale est lisse.	
Recommandations pour améliorer l'accessibilité	Observations sur l'accessibilité
RAS	Globalement le sol est recouvert d'un matériau anti dérapant et sa qualité n'appelle pas d'observations sur l'accessibilité.

9.0 Utilisation des facilités de la structure	
9.1 Toilettes et salles d'eau	
 <p>Photo : Latrines externes et toilettes internes</p>	<p>Nous avons au niveau du centre les toilettes externes de type traditionnel et les toilettes internes modernes</p> <p>Trois latrines externes parmi les quatre servent effectivement de toilette. La quatrième latrine à l'extrémité droite est utilisée comme un magasin.</p>
<p>Recommandations pour améliorer l'accessibilité</p> <p>R17. Augmenter la largeur des portes des toilettes internes et des latrines</p> <p>R18. Installer les dispositifs d'appui-main dans les toilettes internes et adapter l'une des latrines externes avec un dispositif adapté (chaise adaptée pour toilette traditionnelle)</p>	<p>Observations sur l'accessibilité</p> <p>Les toilettes ne sont pas accessibles les portes ont une largeur de 70 cm. Il n'existe pas de dispositif d'appui dans les toilettes pour les personnes à mobilité réduite.</p>
Points d'eau	
Un robinet est installé dans la cours et il est accessible.	

Recommandations pour améliorer l'accessibilité	Observations sur l'accessibilité
RAS	RAS
9.2 Accessibilité des interrupteurs	
Recommandations pour améliorer l'accessibilité	Observations sur l'accessibilité
Voir recommandations précédentes	Les interrupteurs des ampoules et les interrupteurs des ventilateurs des différents bâtiments sont situées à une hauteur qui varie entre (127cm et 149c m)
9.3 Restaurant/ Salles de réunions	
RAS	RAS
Recommandations pour améliorer l'accessibilité	Observations sur l'accessibilité
R19 : Aménager une salle de réunion qui doit intégrer l'aspect inclusif.	L'absence de salle de réunions ne facilite les rencontres d'information et de sensibilisation du personnel.
9.4 Cuisine	
 <p>Photos : Cuisine</p>	Une cuisine de type traditionnel.
Recommandations pour améliorer l'accessibilit	Observations sur l'accessibilité
R20 : Construire une rampe d'accès pour accéder à la cuisine	La cuisine n'est pas accessible car elle présente une dénivelée de 33cm de haut ce qui constitue un obstacle à l'accès des personnes à mobilité réduite. Une dénivellation de 33cm constitue un obstacle.
9.5 Autres spécificités du centre	
RAS	

10.0 Circulation autour des bâtiments	
 <p>Photo : Voie de circulation autour du bâtiment</p>	<p>Cette allée qui conduit vers les salles privées et le bureau du coordonnateur est très étroite ce qui constitue un obstacle pour une PvH de se mouvoir librement.</p>
<p>Recommandations pour améliorer l'accessibilité</p>	<p>Observations sur l'accessibilité</p>
<p>Voir recommandation R3.</p>	<p>Le sol du centre est sablonneux. Il existe une allée de 1,40m dès l'entrée du centre qui conduit au grand bâtiment et une autre allée qui va du bâtiment de COEBM vers la maternité</p>

11.0 Sûreté et sécurité	
<p>Système d'alarme</p>	
<p>Pas de système d'alarme dans le centre.</p>	
<p>Issue de secours et signalisation des issues de secours</p>	
<p>Point d'assemblage</p>	
<p>Il n'existe pas une plaque de signalisation qui indique les issues de secours encore moins le point d'assemblage.</p>	
<p>Extincteurs</p>	
 <p>Photo : Extincteur sur le mur</p>	<p>Des extincteurs sont disponibles dans certaines salles. Certains personnels avaient bénéficié d'une formation sur leur manipulation.</p>
<p>Recommandations pour améliorer l'accessibilité</p>	<p>Observations sur l'accessibilité</p>

<p>R21 : Recycler le personnel sur la manipulation des extincteurs ;</p> <p>R22 : Signaler les issues de secours ;</p> <p>R23 : Indiquer le lieu de rassemblement.</p>	<p>Le personnel a déclaré avoir oublié les techniques de manipulation des extincteurs.</p> <p>De plus ces extincteurs sont placés à une hauteur hors d'atteinte d'une personne utilisant une aide à la mobilité (fauteuil roulant, tricycles).</p>
---	--

4.2 SYSTEME ORGANISATIONNEL

Composition du Personnel: Genre et handicap	
Dans le centre nous avons le personnel administratif le personnel technique, le personnel d'appui et les agents d'entretien et de maintenance. Il y'a une prise de conscience du genre.	
Connaissance sur le handicap et le développement inclusif	
Certaines personnes dans le cadre du PIAP ont reçu une formation sur le handicap et le développement inclusif. Mais la majorité du personnel n'a aucune connaissance sur le handicap et le développement inclusif.	
Accueil des patients vivant avec un handicap (lignes directrices, accueil, facilités offertes aux personnes vivant avec un handicap y compris évaluation de l'accessibilité financière).	
Il n'y a pas de consigne spécifique pour l'accueil et la prise en charge des personnes vivant avec un handicap. Les patients sont tous accueillis avec le même enthousiasme par le personnel. Cependant si le personnel constate qu'il y'a une personne handicapé qui éprouve de difficultés, il se rapproche d'elle pour lui faciliter la tâche. Chaque année il est prévu un fond indigent dans le budget. S'il est constaté qu'une personne vivant avec un handicap a de difficulté à payer ses soins, elle classée parmi les indigents.	
Centre handicap sensible ? Point focal handicap ?	
Il n'ya pas un point focal handicap au niveau du centre. le personnel au niveau de l'accueil reçoit tous les patients sans distinction.	
Perception du personnel sur le handicap	
C'est un droit pour les personnes handicapées d'avoir accès aux services. Le Centre ambitionne de rendre son milieu accessible à tous	
Prédispositions à accueillir, à communiquer avec les PvHs et particulièrement les malentendants ; malvoyant ou ayant un problème de santé mentale	
Le personnel fait déjà de son mieux pour accueillir et communiquer avec les personnes qui présentent ces types de handicap. Cependant le personnel n'a reçu aucune formation pour entrer en contact avec ces types de handicaps.	
Aptitude à acquérir en matière de handicap	
Renforcement de capacité du personnel sur les techniques de prise en charge des différents types de handicap. Il est souhaitable d'avoir une formation en langage de signe et en braille.	
Politique/Budget : Allocation budgétaire pour le handicap ou pour l'inclusion	
Il n'y a pas une allocation budgétaire pour le handicap ou pour l'inclusion. Cependant au niveau du centre, il existe un fond pour la prise des indigents. Les patients ayant une déficience qui n'ont pas de moyen pour s'acquitter des frais de leur prise en charge sont gérés par ce fond.	
Système d'information: désagrégation selon le sexe ou le handicap?	
Les informations sont gérés de façon hiérarchique.	
Recommandations sur l'accessibilité	Observations sur l'accessibilité du système organisationnel

R24 : Former le personnel en langue de signe et en braille	Le personnel éprouve de difficulté à communiquer avec les personnes qui présentent un handicap auditif. Parfois, il est fait recours à l'intervention d'un intermédiaire
---	--

4.3 PRESTATION DE SERVICES

Services fournis et localisation des services/Départements	
Tous services sont localisés au sein d'une même enceinte.	
Comment les services sont fournis (méthodes, etc.)	
Il y a un service d'accueil qui est l'orientation des patients selon le cas.	
Localisation du Bureau du Chef de Centre ou Directeur de l'hôpital (est-il accessible à tous?) et comment faire pour le rencontrer	
Le bureau du chef de projet se trouve dans le grand bâtiment. Il reçoit tout le monde sans protocole. Cependant le bureau n'est pas accessible aux personnes à mobilité réduite. Cela demande un aménagement pour faciliter l'accès aux personnes à mobilité réduite.	
Mécanismes de suggestions et feedbacks	
Les usagers ou les patients ont la possibilité de se rapprocher directement des différents responsables du centre ou de mettre leur préoccupation dans une boîte à suggestion installée sur le mur de la véranda.	
Recommandations sur l'accessibilité	Observations sur l'accessibilité de la prestation des services
R25 : Former le personnel du COEBM sur le handicap et développement inclusif	

5. FORCES ET FAIBLESSES EN MATIERES D'INCLUSION

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> — Contraste visuel sur le mur extérieur de tout le bâtiment , — Un personnel dynamique et dévoué à la tâche, — Bonne circulation de l'information — Bonne capacité d'accueil, — Le centre est disposé aux changements de l'accessibilité pour tous, — Prise en compte de l'aspect genre, — L'existence d'un fond de prise en charge des indigents y compris les PvHs, — La propreté au centre et le respect des règles d'hygiène. — Installation des extincteurs sur murs les bâtiments, 	<ul style="list-style-type: none"> — Sol sablonneux à l'entrée du centre qui constitue un obstacle au déplacement des personnes à mobilité réduite , — La quasi-totalité des portes du centre sont inaccessibles, — Les toilettes du centre ne sont pas accessibles, — Absence de constate visuel sur les murs intérieurs du centre, — Le bloc cuisine est inaccessible, — Personnel non formé sur l'accueil et à la prise en charge des personnes vivant avec un handicap, — Faible maîtrise de la manipulation des extincteurs, — Les dispositifs de sécurité en cas d'évacuation ne sont pas matérialisés (alarmes, issues de secours, point de rassemblement), — Faible luminosité dans certaines pièces, — Circulation autour du bâtiment à risque,

6. RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS

Domaines d'observation	Recommandations	Priorisation (priorité 1 : très urgent et à Priorité 5 moins urgent)	Observations
Infrastructures	R1 : Matérialiser un espace de parking réservé aux personnes à mobilité réduite	1	
	R2 : Construire une rampe d'accès devant la salle d'accueil pour faciliter la mobilité des personnes surtout celles à mobilité réduite ;	2	Un devis préalable est nécessaire
	R3 : Aménager l'allée qui donne accès au bureau du coordonnateur et aux salles privées pour faciliter la mobilité des personnes utilisant des aides à la mobilité.	3	Un devis préalable est nécessaire
	R4 : Elargir la largeur des portes	2	Un devis préalable est nécessaire
	R5 : Réduire la hauteur des interrupteurs et des Poignets des portes à la norme (1 m) ;	1	
	R6 . Eliminer les dénivelés à l'entrée des portes ;	1	
	R7 . Assurer le contraste visuel dans les salles ;	1	Un devis préalable est nécessaire
	R8 : Mettre les écriteaux sur les portes de la pharmacie et de la caisse, du bureau du coordonnateur/chef de projet ;	1	En utilisant le même type d'écriteaux sur certaines portes
	R9 : Mettre des indications sur les portes des salles d'hospitalisation Homme et Femme ;	1	En utilisant le même type d'écriteaux sur certaines portes
	R10 : Faire des indications sur les portes des toilettes Homme et Femme.	1	En utilisant le même type d'écriteaux sur certaines portes
	R11 . Améliorer la luminosité dans les salles à luminosité faible (salles hospitalisation, pharmacie, salle d'accueil/soins, salle de consultation III)	2	
	R12 : Eliminer les petites dénivelées au niveau des portes	2	Un devis préalable est nécessaire
	R13 : Rehabiler les toilettes internes en y mettant un dispositif	2	

	d'appui main		
	R14. Elargir les portes internes pour les rendre accessibles	2	Un devis préalable est nécessaire
	R15 : Rendre les interrupteurs accessibles	4	Un devis préalable est nécessaire
	R16. Matérialiser le contraste visuel à l'intérieur des salles	4	
	R17. Augmenter la largeur des portes des toilettes internes et des latrines	4	Un devis préalable est nécessaire
	R18. Installer les dispositifs d'appui-main dans les toilettes internes et adapter l'une des latrines externes avec un dispositif adapté (chaise adaptée pour toilette traditionnelle)	2	Un devis préalable est nécessaire
	R19 : Aménager une salle de réunion qui doit intégrer l'aspect inclusif.	2	Un devis préalable est nécessaire
	R20 : Construire une rampe d'accès pour accéder à la cuisine	2	
	R21 : Recycler le personnel sur la manipulation des extincteurs ;	1	
	R22 : Signaler les issues de secours ;	1	
Systèmes et organisations	R23 Former le personnel sur la langue de signes.	2	
Prestations de services	R24 : Former le personnel du COEBM sur le handicap et développement inclusif.	2	