



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

***Accessibilité des cabinets de médecine générale aux
personnes à mobilité réduite: état des lieux sur la ville
d'Arras***

Présentée et soutenue publiquement le 13 Juin 2013

Par *Emilie DOMARLE-BENOIT*

Jury

Président : Monsieur le Professeur André Thévenon

**Assesseurs : Monsieur le Professeur François Puisieux
Monsieur le Docteur Nassir Messaadi
Monsieur le Docteur Marc Bayen**

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Nassir Messaadi

Abréviations

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CIH : Classification International des Handicaps

ERP : Etablissement Recevant du Public

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unis

URMEL : Union Régional des Médecins Exerçant à titre Libéral

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Sommaire

Introduction	4
---------------------------	----------

Méthodologie.....	8
--------------------------	----------

I/ Conception du questionnaire.....	8
A. Première partie : Généralités	8
B. Deuxième partie : Stationnement	9
C. Troisième partie : Accès au bâtiment	9
D. Quatrième partie : Accès aux étages	10
E. Cinquième partie : Aménagement intérieur.....	10
F. Score global d'accessibilité.....	11
II/ Echantillon	11
III/ Déroulement de l'enquête	12
IV/ Analyse des données	12

Résultats	14
------------------------	-----------

I/ Participation à l'enquête.....	14
II/ Analyse descriptive de l'accessibilité des cabinets.....	14
A. Généralités concernant les médecins interrogés.....	14
1. Le sexe.....	14
2. L'âge.....	15
3. L'âge d'installation	16
4. L'année d'ouverture du cabinet.....	17
5. Le mode d'exercice	17
6. Le type de local et le statut de l'occupant	19

B. Analyse descriptive de l'avis des praticiens face aux normes d'accessibilité.....	20
1. Respect des normes	20
2. Connaissance de la législation.....	21
3. Freins à la mise en accessibilité	21
4. Incitation par une aide financière.....	22
C. Etat de conformité du stationnement	23
D. Etat de conformité de l'accès aux bâtiments.....	24
1. Conformité du sol.....	24
2. Conformité de la porte d'entrée	24
3. Accessibilité de la porte d'entrée	25
E. Etat de conformité pour l'accessibilité aux étages.....	26
F. Etat de conformité de l'aménagement intérieur.....	27
1. Le cheminement horizontal.....	27
2. L'accessibilité du secrétariat	28
3. L'accès à la table d'examen	28
4. L'aménagement des sanitaires	29
G. Score global d'accessibilité	30
III/ Analyse des facteurs de risque de non-conformité.....	31
A. Score d'accessibilité et année d'ouverture	31
B. Score d'accessibilité et mode d'exercice.....	32
Discussion	34
I/ Critique de la méthode	34
A. Questionnaire.....	34
B. Recueil de données	35
C. Echantillon.....	36

II/ Discussion des résultats.....	37
A. Echantillon analysé.....	37
1. La densité médicale.....	37
2. Le sexe.....	37
3. L'âge.....	38
4. Le mode d'exercice.....	38
B. Avis des praticiens face aux normes d'accessibilité.....	39
1. L'obligation de mise aux normes.....	39
2. L'échéance pour la mise aux normes.....	39
3. Les freins à la mise en accessibilité.....	41
C. Etat d'accessibilité des cabinets.....	44
1. Accessibilité globale des locaux.....	45
2. Accessibilité du stationnement.....	48
3. Praticabilité de l'accès aux cabinets.....	48
4. Accessibilité de l'aménagement intérieur.....	49
Conclusion.....	52
Bibliographie.....	53
Annexes.....	56
Annexe 1 : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé... 56	
Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation sur l'accessibilité des cabinets médicaux de la ville d'Arras aux personnes à mobilité réduite.....	57
Annexe 3 : Normes techniques d'accessibilité.....	60

Introduction

Dans le monde, plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap sous une forme ou une autre, soit environ 15% de la population mondiale, et près de 200 millions d'entre elles ont de très grandes difficultés fonctionnelles⁽¹⁾. En France, d'après les dernières études⁽²⁾, 14% de la population présente une altération de l'état fonctionnel, qu'elle soit motrice, sensorielle ou cognitive ; 9% présente une altération des fonctions motrices. Ces chiffres du handicap sont en hausse notamment en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de personnes atteintes d'affections chroniques.

Ces chiffres sont le résultat de nombreuses études menées à l'échelle internationale et nationale, et s'intégrant dans une démarche volontariste pour la reconnaissance, la prise en charge et l'intégration des personnes handicapées.

Cette évolution des regards et des mentalités vis-à-vis du handicap est l'aboutissement d'un long processus⁽³⁾. Considérés à l'antiquité comme annonciateurs de catastrophes⁽⁴⁾, les infirmes se voient attribuer à l'époque médiévale, un rôle de dérision, de bouffon auprès des tout-puissants. Puis l'infirmité est considérée comme irrationnelle et conduit au renfermement de cette population composite. Naissent alors les premiers « Hôtels-Dieu »⁽³⁾. Avec le siècle des Lumières, vint l'idée démocratique et ses notions d'égalité de droit des hommes et d'éducation. Diderot explique ainsi dans *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient*⁽⁵⁾ que tout homme se vaut si il reçoit éducation et instruction adaptées. Le retour de la personne infirme dans la société prend alors son essor avec la naissance des signes méthodiques ou encore des premières cliniques orthopédiques et psychiatriques. Mais c'est avec l'avènement de la Troisième République qu'apparaît la notion de handicap. Le développement de l'industrie, l'hécatombe de la Première Guerre Mondiale, le nombre important de malades atteints de la tuberculose et l'apparition de l'école obligatoire sont à l'origine d'une volonté de réintégration des accidentés du travail, mutilés de guerre, malades et simples d'esprit. C'est aussi à cette époque que se créent les premiers organismes associatifs.

Au niveau international, les mentalités évoluent également. C'est dans la seconde moitié du 20^e siècle, et notamment à partir des années 70, qu'émerge une politique

volontariste pour la pleine reconnaissance des droits, la participation sociale et la non-discrimination des personnes handicapées. C'est ainsi qu'est adoptée en 1975 la Déclaration des droits des personnes handicapées⁽⁶⁾ par l'Organisation des Nations Unies. Dans cette même volonté, l'Organisation Mondiale de la Santé avec le concours du Pr. Wood établit en 1980 la « Classification Internationale des Handicaps: déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies » (CIH)⁽⁷⁾. Ce texte lie la notion de handicap à celle de maladie, définissant le handicap en termes de conséquences sociales des maladies.

Toutefois, dès sa parution, la CIH est vivement critiquée⁽⁸⁾ notamment car elle néglige l'importance des facteurs environnementaux aussi bien physiques, culturels que sociaux. C'est après de nombreuses années de débats⁽⁹⁾ que l'OMS aboutit au printemps 2001 à la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)⁽¹⁰⁾. Son objectif est de décrire la santé et non plus d'analyser les conséquences d'une maladie (annexe 1). C'est ainsi qu'apparaît la notion de personne en situation de handicap : l'individu est handicapé pour exécuter telle situation et n'est pas handicapé par son déficit.

Puis l'Organisation des Nations-Unis ratifie en 2008 la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées⁽¹¹⁾. Ce texte constitue une avancée historique pour les personnes handicapées du monde entier qui subissent au quotidien de nombreuses discriminations. Il «réaffirme le caractère universel, indivisible, interdépendant et indissociable de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales et la nécessité d'en garantir la pleine jouissance aux personnes handicapées sans discrimination». Parmi ses principes généraux de respect de la dignité et de l'indépendance des personnes et de non-discrimination apparaît la notion d'accessibilité. Il prône l'accès à l'environnement physique (les bâtiments tels que les écoles, les installations médicales et les lieux de travail, la voirie et les transports) mais aussi aux services d'information et de communication. Ces dispositions concernent tous les organismes privés offrant des installations ou des services qui sont ouverts ou fournis au public. Elles doivent être appliquées selon des normes minimales établies à l'échelon national. Les Etats Parties s'engagent à fournir ces services aux personnes handicapées aussi près que possible de leur communauté, y compris en milieu rural. Ils s'engagent également à mettre en place des mesures de contrôle d'application de ces dispositions.

Cette convention internationale oblige les Etats signataires à adopter toute mesure d'ordre législative ou administrative visant à promouvoir les droits des personnes handicapées. L'équivalent législatif en France est la loi du 11 février 2005⁽¹²⁾ pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi réaffirme le principe de non discrimination et de libre choix des personnes handicapées.

L'un des principaux objectifs de la loi est de favoriser l'accessibilité généralisée pour tous les domaines de la vie sociale (éducation, emploi, cadre bâti, transport,...). Pour les transports, le principe de « chaîne de déplacement » est établi. En cas d'impossibilité de mise en accessibilité, des transports de substitution doivent être mis en place et les services de communication publique doivent être accessibles. La loi réaffirme que les locaux d'habitation et les établissements recevant du public (ERP) doivent être accessibles aux personnes handicapées quel que soit le handicap. Les cabinets de médecine générale étant des ERP de 5^e catégorie⁽¹³⁾ sont soumis à cette législation qui s'adresse aussi bien aux nouveaux bâtiments qu'aux anciens.

Ces dispositions semblent difficiles à mettre en place et un manque d'accessibilité est encore constaté. Les rapports, datant de 2007, des pays européens ayant légiféré sur l'accessibilité⁽¹⁴⁾, confirment un faible respect des lois en vigueur même lorsque la législation existe depuis 20 ou 40 ans. Dans de nombreux cas l'environnement bâti (y compris les bâtiments publics), les systèmes de transport et l'information ne sont pas accessibles à tous. Le manque d'accès au transport est, pour une personne handicapée, un motif fréquent la dissuadant de chercher du travail ou l'empêchant d'accéder aux soins de santé⁽¹⁾. En France, peu de données existent concernant l'accessibilité aussi bien des lieux publics que des structures de soins.

Concernant les cabinets de médecine générale, peu d'études ont été menées. En 2010, un travail de thèse mené sur 600 cabinets de la région Picardie⁽¹⁵⁾ retrouvait que 73,5% sont inaccessibles aux personnes à mobilité réduite. De même, en 2010, sur 117 cabinets de médecine générale de la région Midi-Pyrénées⁽¹⁶⁾, seuls deux cabinets étaient aux normes pour les personnes handicapées. Ces résultats sont concordants avec les résultats d'une thèse de la région nantaise⁽¹⁷⁾. Sur 32 des 34 cabinets du secteur de garde de Clisson, en Loire-Atlantique, un seul d'entre eux répondait à toutes les normes d'accessibilité en 2012.

A ce jour, aucune étude n'a été entreprise dans ce domaine dans la région Nord-Pas de Calais. Ce travail mené auprès des médecins généralistes de la ville d'Arras, Préfecture du Pas-de-Calais, tentera de déterminer l'état d'accessibilité des différents cabinets aux personnes à mobilité réduite. Le résultat attendu est qu'une majorité des cabinets n'est actuellement pas aux normes. Les objectifs secondaires sont d'une part de déterminer le nombre de médecins prêts à se mettre en conformité et d'identifier les obstacles à leur mise en conformité et d'autre part, de mettre en évidence des facteurs de risque de non-conformité, notamment en rapport avec l'année de construction du cabinet.

Méthodologie

I/ Conception du questionnaire

La notion de personnes à mobilité réduite est vaste tant elle comprend aussi bien les troubles sensoriels, que visuels et moteurs. Cette étude ne s'est intéressée qu'aux troubles moteurs c'est-à-dire aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant, avec une canne, un déambulateur, une poussette ou encore les personnes âgées.

Le questionnaire a été établi d'après les recommandations de la circulaire interministérielle du 30 novembre 2007⁽¹⁸⁾ qui découle de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005⁽¹²⁾ pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il n'est constitué quasi exclusivement que de questions à choix multiples afin de faciliter le remplissage, de réduire le temps de réponse et d'obtenir des données facilement exploitables et comparables entre les différents praticiens et leurs cabinets. Il comporte une seule question ouverte permettant aux médecins de donner leur avis concernant les normes qui leur sont imposées.

Le questionnaire est composé de trois pages scindées en cinq parties (annexe 2).

A. Première partie : Généralités

La première partie du questionnaire s'est intéressée aux caractéristiques générales du médecin :

- Son sexe,
- Son âge,
- Son âge d'installation,
- L'année d'ouverture ou de construction de son cabinet avant ou après 2005,
- Son mode d'exercice et, le cas échéant, le nombre de médecins dans le cabinet,
- Le type de local (appartement ou maison) ainsi que l'étage auquel il se situe,

- Son statut d'occupant (propriétaire ou locataire),
- La présence de personnes à mobilité réduite dans sa patientèle.

Cette partie plaçait également le médecin face aux questions d'accessibilité :

- Son avis concernant l'état d'accessibilité actuel du cabinet,
- Son intention de mettre le cabinet aux normes le cas échéant,
- Sa connaissance des normes,
- Sa connaissance de l'échéance,
- Les freins à sa mise en accessibilité,
- L'intérêt d'une aide financière.

L'avis des praticiens concernant les normes a ensuite été recueilli dans une question ouverte.

B. Deuxième partie : Stationnement

Les items de cette seconde partie s'enquerraient de l'état de conformité du stationnement dédié au cabinet si celui-ci existait :

- Le nombre de places de parking,
- La présence de places handicapées et leur nombre,
- La présence d'un marquage au sol,
- La présence d'une signalétique verticale,
- La présence de ressauts.

C. Troisième partie : Accès au bâtiment

L'accessibilité au bâtiment était étudiée à travers quatre items :

- Le type de sol,
- La conformité de la porte d'entrée de par sa largeur, sa poignée et la présence d'un espace de manœuvre de porte,
- La présence de trous ou fentes sur le cheminement extérieur,

- La présence d'un escalier d'accès et le cas échéant : le nombre de marches et leur conformité, la présence de mains courantes et d'une rampe d'accès aux normes.

D. Quatrième partie : Accès aux étages

Cette partie ne concernait que les cabinets se situant à l'étage. Les différents points relevés étaient :

- La présence d'un ascenseur et sa conformité à la norme NF EN 81-70 (annexe 3),
- Concernant les escaliers :
 - La présence de mains courantes aux normes,
 - La taille réglementaire des marches,
 - La présence de contremarches conformes,
 - La conformité des nez de marches.
- La possibilité d'examiner le patient dans un autre cabinet au rez-de-chaussée.

E. Cinquième partie : Aménagement intérieur

Cette dernière partie s'intéressait à l'accessibilité des locaux à l'intérieur du cabinet à travers cinq items :

- Le cheminement horizontal : largeur des couloirs, espace de manœuvre de porte et absence de marches,
- Le secrétariat : conformité des installations si il existait un secrétariat sur place,
- La table d'examen : présence d'un espace d'usage et d'une table électrique ou d'aide au transfert,
- Les sanitaires : présence de toilettes et leur nombre, présence de toilettes pour handicapés et leur nombre, présence d'une barre d'appui latérale, d'un lavabo accessible, d'un espace d'usage à côté de la cuvette et d'un espace de manœuvre de porte avec possibilité de demi-tour.
- Les interrupteurs : hauteur conforme.

F. Score global d'accessibilité

Au final, un score global d'accessibilité sur 16 points a été attribué à chaque cabinet en fonction de la présence ou non des principaux critères d'accessibilité opposables :

- Le type de sol,
- La largeur de la porte d'entrée,
- La poignée de porte d'entrée,
- La présence d'un espace de manœuvre de porte à l'entrée du bâtiment,
- L'absence de trous ou fentes sur le cheminement extérieur,
- L'absence de marches à l'entrée ou la présence de marches de taille réglementaire avec mains courantes et rampe d'accès,
- L'accessibilité aux étages, par la présence d'un ascenseur ou d'un escalier aux normes ou à défaut par la présence du cabinet au rez-de-chaussée,
- La largeur des couloirs,
- La présence d'espace de manœuvre de porte à l'intérieur du bâtiment,
- L'absence de marches sur le cheminement intérieur,
- La présence d'un espace d'usage au niveau de la table d'examen,
- La présence d'une barre d'appui latérale dans les sanitaires,
- La présence d'un lavabo accessible,
- La présence d'un espace d'usage à côté de la cuvette,
- La présence d'un espace de manœuvre de porte avec possibilité de demi-tour pour les sanitaires,
- L'accessibilité des interrupteurs.

Chaque item présent et conforme était comptabilisé comme 1 point.

II/ Echantillon

Cette enquête descriptive a été réalisée auprès des 38 médecins généralistes libéraux, hors homéopathes et acupuncteurs, de la ville d'Arras. La liste des médecins a été établie d'après les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins, intégrées à celles issues des

Pages Jaunes. Un contact avec l'URMEL (actuellement URPS) pour obtenir leur liste des médecins de la ville n'a pas abouti.

III/ Déroulement de l'enquête

Le questionnaire a dans un premier temps été testé par un échantillon de trois médecins qui n'ont pas été inclus dans l'étude.

Le recueil des données s'est déroulé entre les mois de mai et décembre 2012. Les médecins de l'échantillon étaient contactés dans un premier temps par téléphone afin d'obtenir leur accord pour participer à l'étude et le cas échéant une date de rendez-vous était programmée. Cette rencontre permettait de recueillir lors d'un court entretien les données personnelles du praticien et son avis sur les normes imposées. Une observation directe des installations était également réalisée afin de relever les informations plus fastidieuses à recueillir.

En cas d'échec du premier contact téléphonique, les médecins étaient à nouveau contactés jusqu'à obtention soit d'un rendez-vous soit d'un refus de rencontre.

IV/ Analyse des données

Les données issues des questionnaires ont été recueillies dans un fichier Excel[®]. Chaque question a fait l'objet d'une colonne alors que chaque cabinet examiné représentait une ligne. Cela a permis de donner une valeur quantitative à chaque réponse.

L'analyse des données a été réalisée par l'équipe du Dr Chazard du Pôle de Santé Publique du CHRU de Lille.

Pour répondre à l'objectif principal de l'étude, les données recueillies ont toutes fait l'objet d'une analyse descriptive uni-variée. Les résultats seront présentés sous forme de camemberts, de diagrammes en barre et en bâton et sous forme de box-plots ou « boîte à moustaches ». L'intervalle de confiance est de 95% pour l'ensemble de l'analyse descriptive.

L'analyse des facteurs de risque de non-conformité en rapport avec l'année de construction du cabinet a été réalisée grâce à une analyse bi-variée à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon. L'analyse des autres facteurs de risque de non-conformité tels que l'âge, le sexe, le statut de l'occupant ou encore le mode d'exercice n'a pu être réalisée étant donné le faible effectif de l'échantillon, rendant de ce fait impossible la réalisation d'un modèle multi-varié.

Résultats

I/ Participation à l'enquête

L'échantillon initial était composé de 38 médecins généralistes libéraux, hors homéopathes et acupuncteurs, de la ville d'Arras.

A l'issue des différentes relances, 29 praticiens ont accepté de participer à l'étude, soit un taux de participation de 76,3%.

Il est à noter que 2 questionnaires ont été retirés de l'étude du fait de réponses partielles, le cabinet ayant été vu lors de l'entretien avec un associé mais le médecin concerné n'ayant pas répondu aux sollicitations par la suite.

II/ Analyse descriptive de l'accessibilité des cabinets

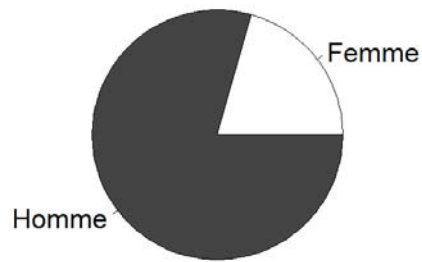
A. Généralités concernant les médecins interrogés

1. Le sexe

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Femme	6	21	[8.71-40.26]
Homme	23	79	[59.74-91.29]
Total valide	29	100	-

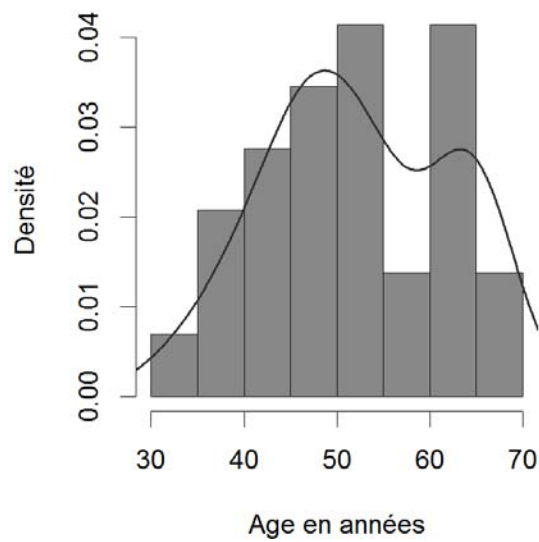
Tableau 1 : Sexe des médecins

Parmi les 29 médecins participants, 6 étaient des femmes (21%) et 23 étaient des hommes (79%).



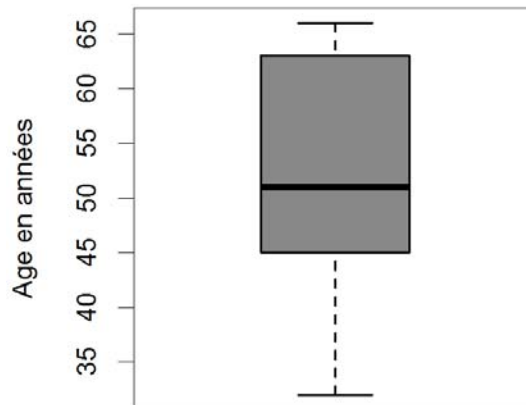
Graphique 1 : Répartition des médecins selon leur sexe

2. L'âge



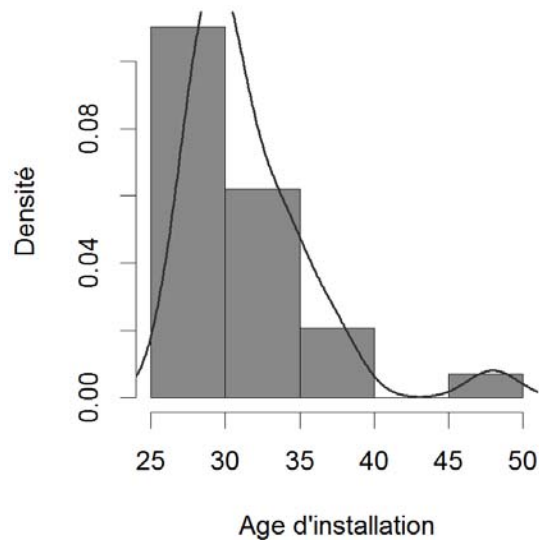
Graphique 2 : Répartition des médecins selon leur âge

Le plus jeune médecin interrogé avait 32 ans et le plus âgé 66 ans. La moyenne d'âge était de 52,2 ans pour une médiane à 51 ans et un écart-type de 9,678.



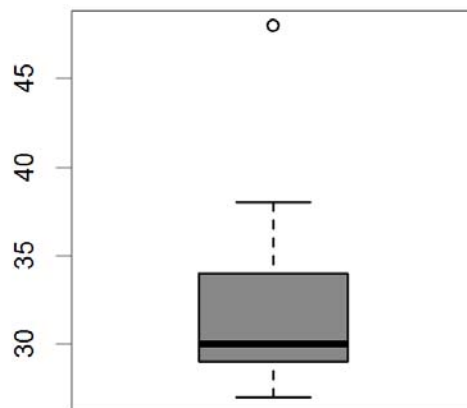
Graphique 3 : Age des médecins

3. L'âge d'installation



Graphique 4 : Répartition des âges à l'installation

Parmi l'échantillon, l'âge minimum lors de l'installation était de 27 ans et le maximum de 48 ans. La moyenne d'âge à l'installation des médecins était de 31,5 ans pour une médiane à 30 ans et un écart type de 4,331.



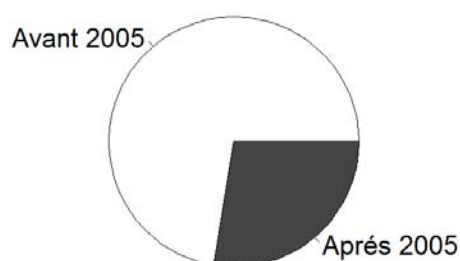
Graphique 5 : Age à l'installation

4. L'année d'ouverture du cabinet

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Avant 2005	21	72	[52.51-86.55]
Après 2005	8	28	[13.45-47.49]
Total valide	29	100	-

Tableau 2 : Année d'ouverture du cabinet

72% des cabinets observés avaient été construits ou ouverts avant 2005 contre 28% après 2005.



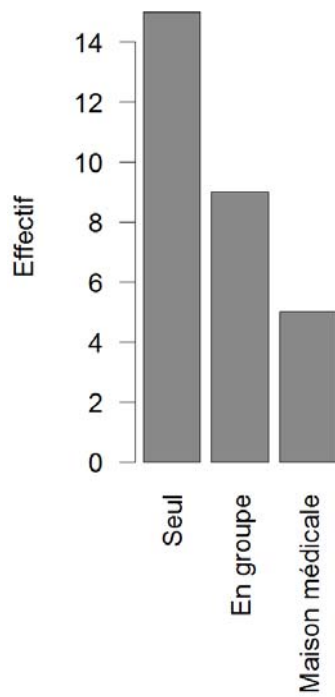
Graphique 6 : Année d'ouverture du cabinet

5. Le mode d'exercice

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Seul	15	52	[32.9-70.11]
En groupe	9	31	[15.98-50.95]
Maison médicale	5	17	[6.53-36.49]
Total valide	29	100	-

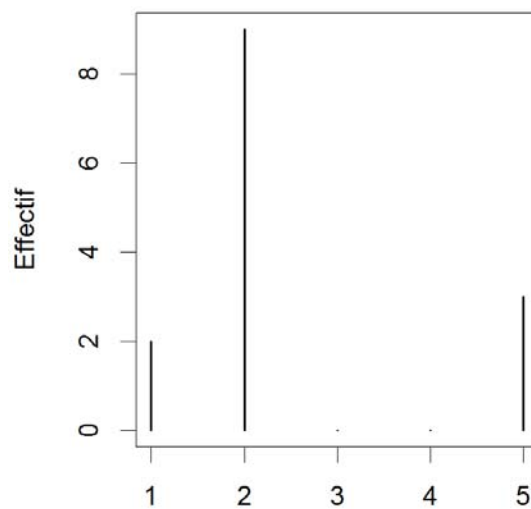
Tableau 3 : Mode d'exercice

Le mode d'exercice le plus représenté était un exercice seul. Il concernait 15 médecins soit 52% des praticiens.



Graphique 7 : Mode d'exercice

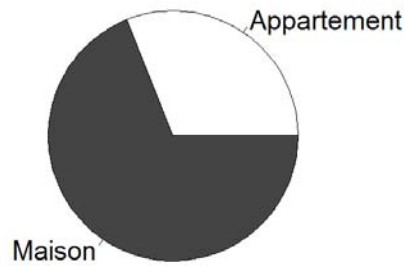
En cas d'exercice en groupe ou dans une maison médicale, ce qui concernait 14 médecins, le nombre moyen de médecins au sein de la structure était de 2,5, le nombre pouvant varier de 1 à 5. 9 médecins soit 64% des médecins exerçant en groupe travaillaient dans des structures composées de 2 médecins.



Graphique 8 : Nombre de médecins dans les structures de groupe

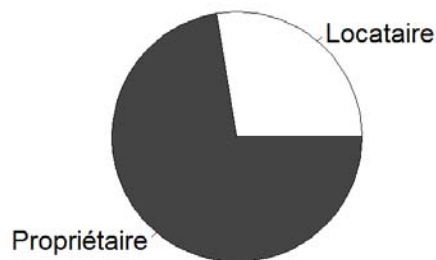
6. Le type de local et le statut de l'occupant

20 médecins (69%) exerçaient dans une maison et 9 médecins dans un appartement (31%). 1 seul cabinet de l'échantillon était situé à l'étage (3%).



Graphique 9 : Type de local

21 des 29 médecins soit 72% des praticiens étaient propriétaires des locaux. Seuls 8 médecins (28%) étaient locataires.



Graphique 10 : Statut de l'occupant

B. Analyse descriptive de l'avis des praticiens face aux normes d'accessibilité

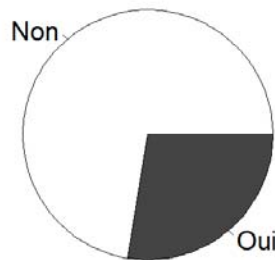
90% des médecins, soit 26 praticiens sur 29, déclaraient avoir des patients à mobilité réduite dans leur patientèle.

1. Respect des normes

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	21	72	[52.51-86.55]
Oui	8	28	[13.45-47.49]
Total valide	29	100	-

Tableau 4 : Cabinet aux normes selon le médecin

21 médecins (72%) considéraient que leur cabinet ne respectait pas les normes d'accessibilité.



Graphique 11 : Cabinet aux normes selon le médecin

Sur ces 21 médecins, 12 médecins (60%) ne comptaient pas mettre leur cabinet aux normes et 8 allaient réaliser les travaux (40%). Un médecin était indécis et disait ne pas savoir encore quelle attitude il allait adopter.



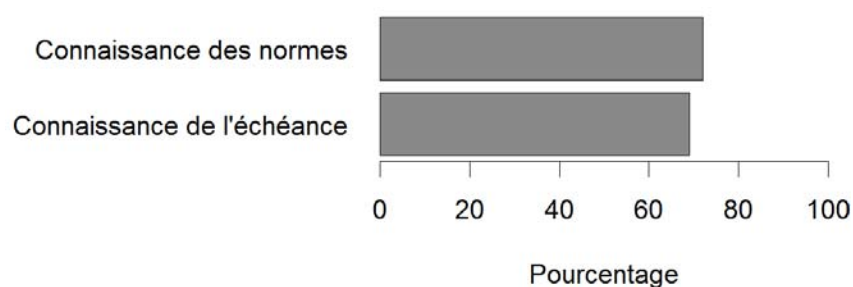
Graphique 12 : Mise aux normes envisagée

2. Connaissance de la législation

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Connaissance des normes	21	72	[52.51-86.55]
Connaissance de l'échéance	20	69	[49.05-84.02]

Tableau 5 : Connaissance de la législation

72% des médecins disaient connaître les normes d'accessibilité imposées. Ils étaient 69% concernant l'échéance pour la mise aux normes de leur local.



Graphique 13 : Connaissance de la législation

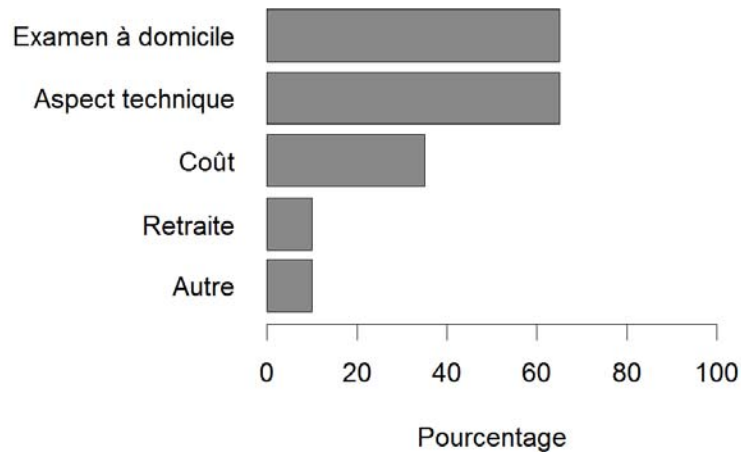
3. Freins à la mise en accessibilité

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Aspect technique	13	65	[40.95-83.69]
Examen à domicile	13	65	[40.95-83.69]
Coût	7	35	[16.31-59.05]
Retraite	2	10	[1.23-31.7]
Autre	2	10	[1.23-31.7]

Tableau 6 : Freins à la mise en accessibilité

L'aspect technique des normes imposées et la possibilité d'examiner les patients à mobilité réduite à domicile étaient les 2 freins à la mise en accessibilité les plus évoqués par les médecins. Ils étaient décrits par 65% des médecins. Le coût des travaux était mis en évidence par 7 médecins soit 35% de l'échantillon. Le départ en retraite était évoqué par 2 médecins (10%). 2 médecins soulevaient deux autres freins à la mise en accessibilité : le manque de temps nécessaire à l'étude du problème et les problèmes liés à la fermeture du

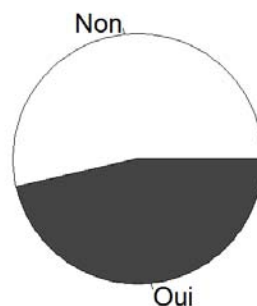
cabinet pendant les travaux entraînant un arrêt d'activité ou une hausse des demandes de visites à domicile.



Graphique 14 : Freins à la mise en accessibilité

4. Incitation par une aide financière

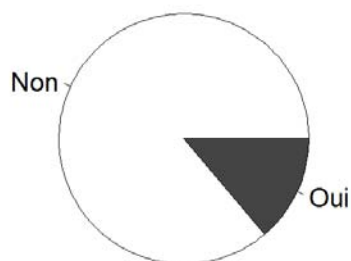
54 % des praticiens de l'échantillon ne pensaient pas qu'une aide financière soit un facteur positif de mise en accessibilité de leur cabinet. A contrario, 46% considéraient qu'une aide financière pourrait favoriser leur mise aux normes. Un médecin n'avait pas été inclus dans ces statistiques car il considérait cette question inappropriée, son cabinet étant aux normes.



Graphique 15 : Intérêt incitatif d'une aide financière

C. Etat de conformité du stationnement

Seuls 4 cabinets (14%) avaient un stationnement dédié à leur bâtiment.



Graphique 16 : Cabinet possédant un parking dédié

Un cabinet avait 4 places de parking dédié et 3 médecins avaient 4 places de stationnement. L'ensemble (100%) de ces espaces de stationnement comportait au moins une place réservée aux personnes handicapées.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Marquage au sol	4	100	[39.76-100]
Signalétique verticale	0	0	[0-60.24]
Ressaut	0	0	[0-60.24]

Tableau 7 : Equipements des places de stationnement

Toutes les places de stationnement dédiées aux personnes handicapées possédaient un marquage au sol et aucun ressaut n'a été observé. Aucun emplacement dédié ne possédait de signalétique verticale.

D. Etat de conformité de l'accès aux bâtiments

1. Conformité du sol

L'ensemble des cabinets de l'échantillon possédait un sol non meuble et non glissant. Aucun cabinet ne possédait de fentes ou de ressauts de plus de 2 centimètres sur le cheminement extérieur.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non meuble	29	100	[88.06-100]
Trous ou fentes	0	0	[0-11.94]

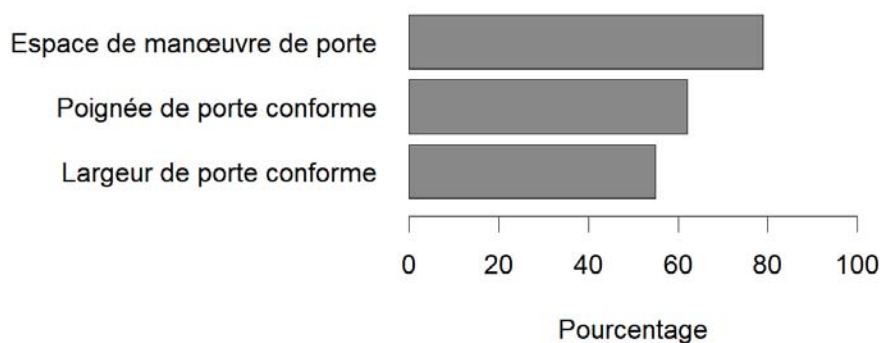
Tableau 8 : Conformité du sol

2. Conformité de la porte d'entrée

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Espace de manœuvre de porte	23	79	[59.74-91.29]
Poignée de porte conforme	18	62	[42.36-78.7]
Largeur de porte conforme	16	55	[35.98-73.05]

Tableau 9 : Conformité des portes d'accès aux bâtiments

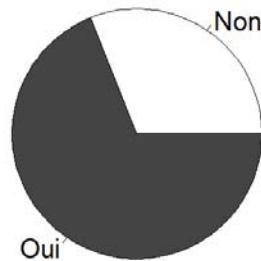
Concernant les portes d'accès aux bâtiments, 23 portes sur 29 soit 79% des portes possédaient un espace de manœuvre de porte. 62% des portes soit 18 portes possédaient une poignée de porte conforme et 16 des 29 portes (55%) avaient une largeur conforme.



Graphique 17 : Conformité des portes d'accès aux bâtiments

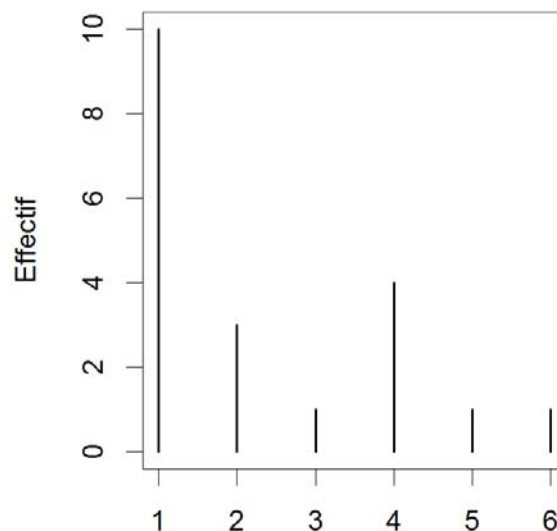
3. Accessibilité de la porte d'entrée

La présence d'un escalier d'accès était relevée dans 20 cabinets, ce qui correspondait à 69% des cabinets étudiés.



Graphique 18 : Présence d'un escalier d'accès

Le nombre moyen de marches était de 2,3 avec un minimum de une marche pour 10 cabinets et un maximum de 6 marches pour un cabinet. La médiane était de 1,5 marches pour un écart type de 1,625. Trois cabinets possédaient 2 marches d'accès, quatre cabinets avaient 4 marches d'accès et 2 cabinets avaient respectivement 3 marches pour l'un et 5 marches pour l'autre.

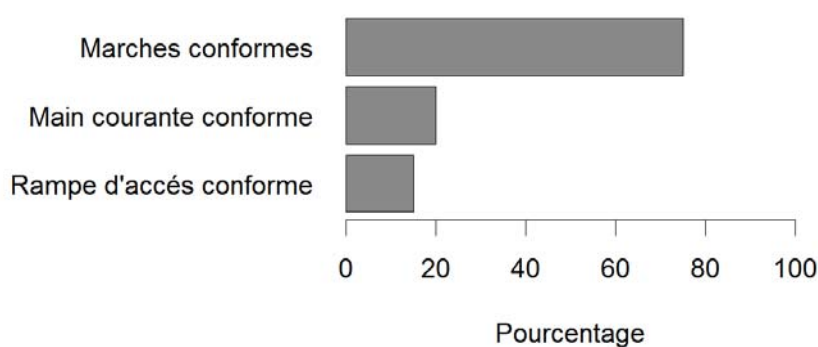


Graphique 19 : Nombre de marches

Sur les 20 cabinets disposant d'un escalier d'accès, 15 avaient des marches de hauteur et de profondeur conformes soit 75% de l'effectif. Seuls 4 escaliers possédaient une main courante (20%) et 3 une rampe d'accès (15%) aux normes.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Marches conformes	15	75	[50.59-90.41]
Main courante conforme	4	20	[5.73-43.66]
Rampe d'accès conforme	3	15	[3.21-37.89]

Tableau 10 : Conformité des escaliers d'accès



Graphique 20 : Conformité des escaliers d'accès

E. Etat de conformité pour l'accessibilité aux étages

Ce chapitre ne concernait qu'un seul cabinet (3% de l'effectif) se situant au premier étage d'un immeuble d'habitation.

Cet immeuble était équipé d'un ascenseur pour l'accès aux étages. Toutefois, ce dispositif n'était pas aux normes.

Concernant l'accès aux étages via l'escalier, les marches n'étaient pas aux normes aussi bien en hauteur qu'en profondeur. La main courante, les contremarches et les nez de marches n'étaient également pas conformes.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
Etage du cabinet	1	3	[0.09-17.76]	29	0
Ascenseur aux normes	0	0	[0-97.5]	1	28
Main courante conforme	0	0	[0-97.5]	1	28
Marches conformes	0	0	[0-97.5]	1	28
Contremarches conformes	0	0	[0-97.5]	1	28
Nez de marche conformes	0	0	[0-97.5]	1	28
Autre cabinet accessible	0	0	[0-97.5]	1	28

Tableau 11 : Accessibilité aux étages

Il est à noter que ce médecin ne disposait d'aucune possibilité d'examen au rez-de-chaussée dans un autre cabinet accessible.

F. Etat de conformité de l'aménagement intérieur

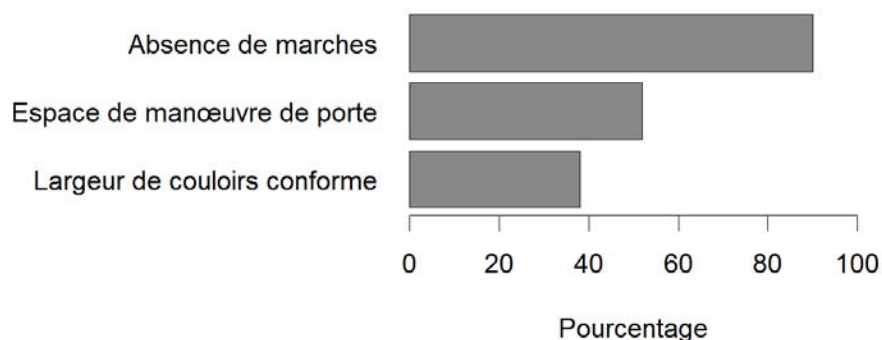
1. Le cheminement horizontal

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Absence de marches	26	90	[72.65-97.81]
Espace de manœuvre de porte	15	52	[32.9-70.11]
Largeur de couloirs conforme	11	38	[21.3-57.64]

Tableau 12 : Conformité du cheminement horizontal

90 % des cabinets inclus ne possédaient pas de marches sur le cheminement intérieur. Deux cabinets avaient une marche pour accéder à la table d'examen et un cabinet avait une marche pour accéder aux toilettes.

48% des cabinets soit 14 des 29 cabinets ne disposaient pas d'espace de manœuvre de porte suffisant et seuls 11 cabinets présentaient une largeur conforme des couloirs et des portes.

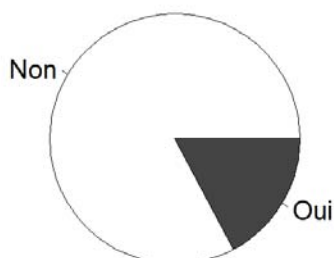


Graphique 21 : Conformité du cheminement horizontal

Concernant les dispositifs de commande et notamment les interrupteurs, la totalité des cabinets de l'échantillon étaient aménagés de telle façon que ceux-ci soient à une hauteur conforme.

2. L'accessibilité du secrétariat

17% des cabinets possédaient un secrétariat sur place soit 5 cabinets.



Graphique 22 : Cabinet disposant d'un secrétariat sur place

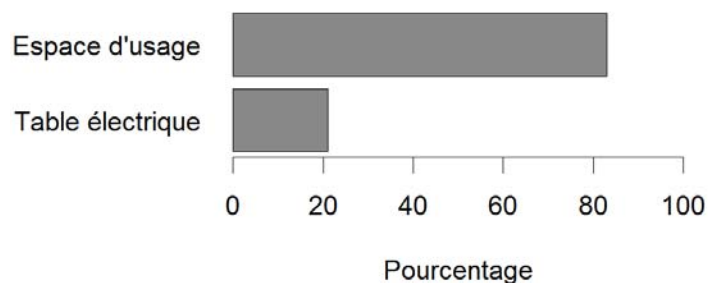
Aucun de ces secrétariats n'était accessible aux personnes à mobilité réduite.

3. L'accès à la table d'examen

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Espace d'usage	24	83	[63.51-93.47]
Table électrique	6	21	[8.71-40.26]

Tableau 13 : Accessibilité de la table d'examen

24 cabinets (83%) disposaient d'un espace d'usage réglementaire à côté de la table d'examen et 6 médecins (21%) étaient équipés d'une table d'examen électrique.



Graphique 23 : Accessibilité de la table d'examen

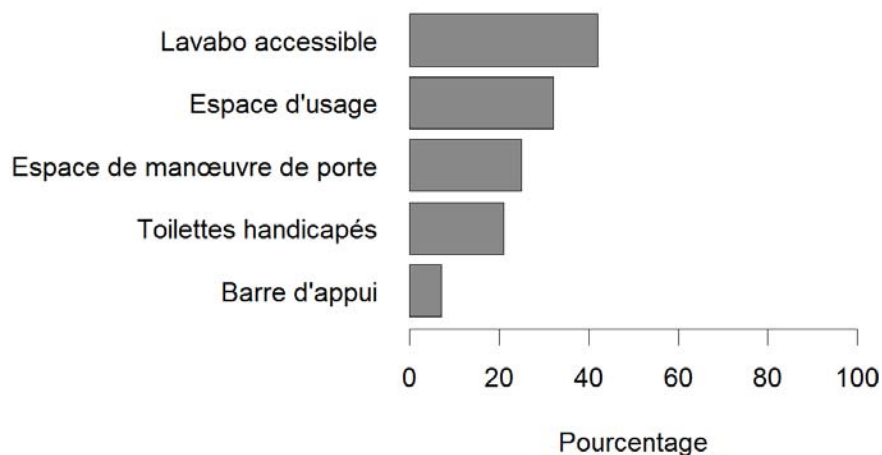
4. L'aménagement des sanitaires

97 % des cabinets, soit 28 des 29 cabinets, disposaient de sanitaires ouverts au public dont 6 étaient considérés comme accessibles aux personnes à mobilité réduite.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valide	Manquantes
Lavabo accessible	10	42	[22.8-63.06]	24	5
Espace d'usage	9	32	[16.58-52.43]	28	1
Espace de manœuvre de porte	7	25	[11.43-45.22]	28	1
Barre d'appui	2	7	[0.88-23.5]	28	1
Toilettes pour handicapés	6	21	[9.03-41.46]	28	1

Tableau 14 : Aménagement des sanitaires

Seuls 2 sanitaires sur les 28 possédaient une barre d'appui latérale (7%), 7 un espace de manœuvre de porte (25%) et 9 un espace d'usage à côté de la cuvette (32%). 42% des 24 sanitaires disposant de lavabos étaient dotés d'un lavabo accessible.



Graphique 24 : Aménagement des sanitaires

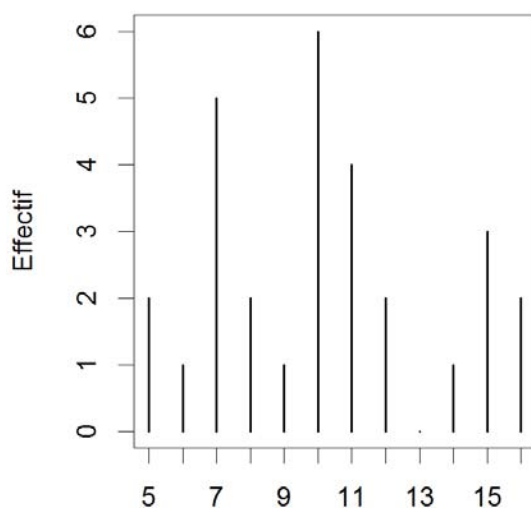
G. Score global d'accessibilité

Les 29 cabinets de l'échantillon se sont vus attribuer un score global d'accessibilité sur 16 points. Le score minimal était de 5 points pour un maximum atteint de 16 points, ces extrémités ayant été attribuées chacune à 2 cabinets.

La moyenne de ce score était de 10,172 et la médiane de 10 pour un écart type de 3,241. Le premier quartile était à 7 et le 3^e quartile était à 12.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
5	2	7	[0.85-22.77]
6	1	3	[0.09-17.76]
7	5	17	[6.53-36.49]
8	2	7	[0.85-22.77]
9	1	3	[0.09-17.76]
10	6	21	[8.71-40.26]
11	4	14	[3.89-31.66]
12	2	7	[0.85-22.77]
14	1	3	[0.09-17.76]
15	3	10	[2.19-27.35]
16	2	7	[0.85-22.77]
Total valide	29	100	-

Tableau 15 : Score global d'accessibilité



Graphique 25 : Score global d'accessibilité

III/ Analyse des facteurs de risque de non-conformité

Un lien statistique entre le score d'accessibilité et les différents paramètres propres aux médecins semblait intéressant à rechercher.

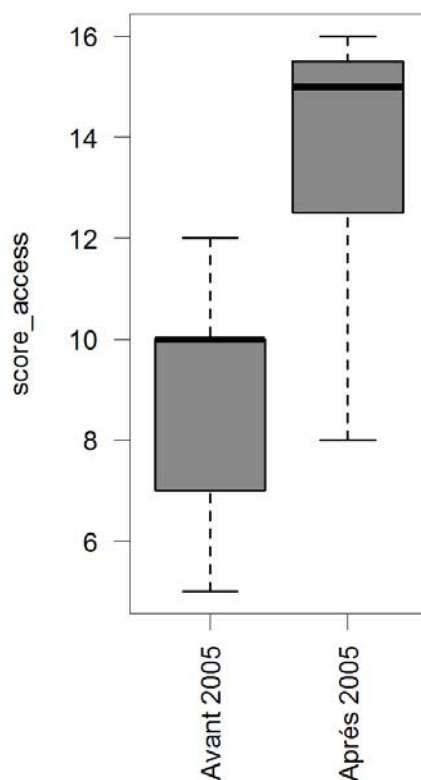
Dans un premier temps, des études statistiques bi-variées ont été réalisées afin de chercher une association entre les paramètres étudiés dans l'étude descriptive des généralités concernant les médecins interrogés et le score d'accessibilité.

A. Score d'accessibilité et année d'ouverture

	Avant 2005	Après 2005
Effectif	21	8
Moyenne	8.81	13.75
Ecart type	2.205	2.816
Minimum	5	8
Médiane	10	15
Maximum	12	16

Tableau 16 : Relation entre le score d'accessibilité et l'année d'ouverture du cabinet

Suite à la réalisation d'un test non paramétrique de Wilcoxon apparié, on observait une différence significative entre les moyennes au risque alpha de 5% ($p=0.000888$). L'ouverture d'un cabinet médical après 2005 était donc en lien avec un meilleur score d'accessibilité. Un cabinet antérieur à 2005 apparaît donc comme un facteur de risque de non-conformité.



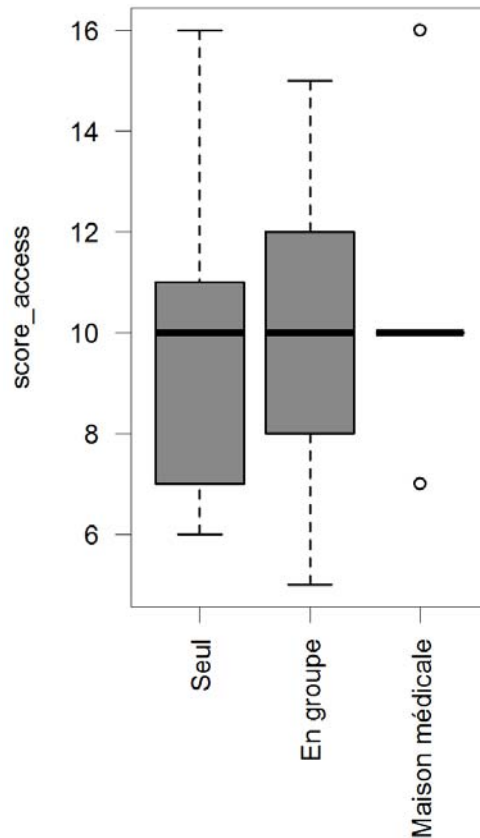
Graphique 26 : Relation entre le score d'accessibilité et l'année d'ouverture du cabinet

B. Score d'accessibilité et mode d'exercice

	Seul	En groupe	Maison médicale
Effectif	15	9	5
Moyenne	10	10.222	10.6
Ecart type	3.14	3.734	3.286
Minimum	6	5	7
Médiane	10	10	10
Maximum	16	15	16

Tableau 17 : Relation entre le score d'accessibilité et le mode d'exercice

Devant la faiblesse de l'échantillon, aucun test statistique n'a pu être réalisé. Il s'agissait donc d'une étude exploratrice. Même si les moyennes semblaient être comparables, aucune conclusion quant à l'absence de différence significative n'a pu être obtenue.



Graphique 27 : Relation entre le score d'accessibilité et le mode d'exercice

La faiblesse de l'échantillon a également rendu impossible la réalisation de tests statistiques concernant les autres paramètres généraux des médecins interrogés. De ce fait, une analyse multi-variée s'est avérée impossible à effectuer.

Discussion

Cette étude a permis de répondre à l'objectif principal qui était de déterminer l'état d'accessibilité des cabinets de médecine générale de la ville d'Arras aux personnes à mobilité réduite. L'objectif secondaire de déterminer le nombre de médecins prêts à se mettre en conformité et d'identifier les obstacles à leur mise en conformité a également été atteint. Le deuxième objectif secondaire qui était de mettre en évidence des facteurs de risque de non-conformité a pour sa part été partiellement atteint, les résultats obtenus étant à interpréter avec beaucoup de précaution.

Malgré un taux de réponse satisfaisant (76,3%), divers points faibles peuvent être observés et seront développés lors de la critique de la méthode.

I/ Critique de la méthode

A. Questionnaire

L'utilisation d'un questionnaire constitué dans sa grande majorité de questions à choix multiples a vraisemblablement contribué à l'obtention d'un taux de réponses satisfaisant de par sa rapidité de remplissage, argument essentiel pour un médecin libéral.

Il a également permis le recueil de données facilement exploitables et comparables entre les différents praticiens et leurs cabinets. Cependant, ce type de questionnaire fermé ne permet pas le recueil de variables qualitatives pouvant être plus représentatives de la spécificité et de la singularité de chaque cabinet médical.

Le questionnaire comporte plusieurs points pouvant être améliorés :

- La question de l'aide financière incitative :

Cette question était posée à tous les praticiens qu'ils soient propriétaires ou locataires de leur local. Or, les médecins ayant un bail locatif n'étant pas décideur des travaux, surtout si ceux-

ci sont conséquents, ne sont que peu voire pas intéressés par quelque aide que ce soit. De même, les médecins ayant leur cabinet aux normes ne sont plus concernés par cette question. Elle a donc été posée à tous les médecins de manière hypothétique dans le cas où leur local ne serait pas aux normes et s'ils avaient main mise sur la décision de travaux.

- La question ouverte concernant l'avis des praticiens sur les normes imposées :

Cette question n'apporte pas de données très exploitables, notamment en terme statistique. Il aurait été nécessaire d'inclure les réponses apportées lors des divers entretiens sous forme de questions à choix multiples dans la question des freins à la mise en accessibilité.

- La question sur la présence de toilettes handicapées :

Cette question s'est montrée d'un intérêt modeste et est même à l'origine de discordance dans les résultats entre les sanitaires étiquetés accessibles aux personnes à mobilité réduite et le constat qui en a été réellement fait. Il aurait été plus judicieux de conclure sur l'accessibilité des toilettes au terme de l'observation des locaux. Le but était à l'origine d'évaluer la part de sanitaires accessibles aux handicapés sur l'ensemble des sanitaires disponibles afin de déterminer si les objectifs de nombre fixés par le législateur étaient respectés. Etant donné les structures étudiées, il s'est avéré au final qu'il n'y avait dans chaque cabinet équipé de sanitaires qu'une seule commodité accessible au public. La notion de quota est donc caduque.

- Une question manquante sur les dispositifs de commande à l'entrée :

Aucune question ne s'est intéressée aux dispositifs de commande ou de présence à l'entrée des locaux tels que les interphones ou les sonnettes.

B. Recueil de données

Le choix de contacter individuellement chaque médecin de manière téléphonique est probablement à l'origine du taux de réponse satisfaisant à l'étude. En effet, il était alors possible de leur présenter l'étude, ce qui les incitait à donner leur accord. De même, l'observation directe des locaux a permis un recueil comparable pour tous les cabinets et surtout a contribué au bon taux de réponse, le questionnaire étant fastidieux à remplir notamment lorsque les questions comportaient des notions de distance.

Toutefois, cette façon de procéder s'est révélée chronophage. En effet, la majorité des praticiens libéraux disposent d'un secrétariat téléphonique. La barrière que cela représente a engendré de nombreuses relances et la réitération des appels téléphoniques, soit pour avoir la possibilité de parler directement au médecin, soit pour avoir l'accord d'un rendez-vous par l'intermédiaire du secrétariat.

Par ailleurs, cette méthode a également comme défaut de solliciter les praticiens de manière intempestive, au moment qui ne leur convient peut-être pas, a contrario d'une sollicitation par voie postale ou électronique à laquelle ils peuvent répondre selon leurs disponibilités. Le fait de les déranger pendant leur exercice peut être à l'origine d'une diminution de la participation à l'étude.

C. Echantillon

Les médecins interrogés dans l'étude sont tous des médecins généralistes libéraux non homéopathes ou acupuncteurs. Le choix a été fait d'éliminer ces spécificités du fait de leur exercice singulier touchant une population particulière, non représentative de l'ensemble des patients. La population étudiée étant bien définie, la méthodologie a conduit à un recueil de données exhaustif. Les intervalles de confiance auraient donc pu ne pas être mentionnés.

Le choix de la ville d'Arras, ville de moyenne importance avec 38 médecins généralistes, a permis un recueil de données individualisé et une observation directe de tous les cabinets inclus dans l'étude. Toutefois, ce choix est à l'origine du principal défaut de cette étude, à savoir le faible échantillon. Afin d'y remédier il aurait été nécessaire d'élargir la population cible soit sur une ville plus importante, soit sur l'ensemble du département ou de la région avec une randomisation. Ceci aurait permis de donner de la puissance à l'étude et d'atteindre l'objectif secondaire de définir des facteurs de risque de non-conformité. Toutefois, dans cette hypothèse, une observation directe des cabinets aurait été difficilement réalisable compromettant alors les bénéfices de cette méthode.

II/ Discussion des résultats

A. Echantillon analysé

1. La densité médicale

Selon l'INSEE⁽¹⁹⁾, la population légale de la ville d'Arras était en 2010 de 43289 habitants.

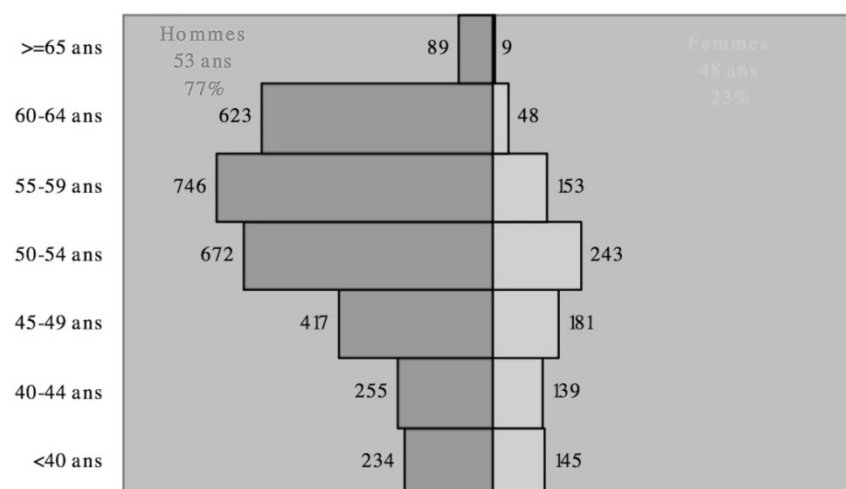
D'après notre étude, la densité de médecins généralistes hors homéopathes et acupuncteurs de la ville d'Arras est de 4,4 médecins pour 5000 habitants.

Cette donnée semble superposable à celle de l'atlas de la démographie médicale dans la région Nord-Pas de Calais au 1^{er} juin 2011⁽²⁰⁾ où on dénombrait en moyenne 4,7 médecins généralistes libéraux pour 5 000 habitants dans un bassin de vie.

2. Le sexe

L'échantillon étudié est constitué de 29 médecins dont 23 hommes (79%) et 6 femmes (21%).

Dans son dernier atlas de la démographie médicale dans la région Nord-Pas de Calais au 1^{er} juin 2011, le Conseil National de l'Ordre des Médecins indiquait qu'il existait 3954 médecins généralistes en exercice libéral ou mixte dans la région⁽²⁰⁾. Ces médecins sont répartis selon leur sexe et leur âge dans le graphique ci-dessous.



Graphique 28 : Pyramide des âges des médecins de la région Nord-Pas de Calais au 1^{er} juin 2011⁽²⁰⁾

D'après les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2011, il existait 77 % de médecins hommes pour 23% de femmes. Aucun test statistique n'a été réalisé pour comparer la population de notre échantillon à ces données. Toutefois la répartition semble comparable.

3. L'âge

En ce qui concerne l'âge des médecins, la moyenne d'âge dans notre échantillon était de 52,2 ans. D'après les données de l'Agence Régionale de Santé dans son point presse mensuel de Juin 2012⁽²¹⁾, l'âge moyen des médecins de la région Nord-Pas de Calais était de 50,9 ans. Aucune comparaison d'âge n'a été effectuée avec notre échantillon mais les moyennes d'âge semblent superposables.

Concernant la moyenne d'âge à l'installation, les nouveaux installés avaient en 2010 une moyenne d'âge de 33 ans⁽²⁰⁾, pour une moyenne dans notre échantillon de 31,5 ans. Ces résultats semblent comparables en dehors de toute confirmation statistique. Toutefois, on pourrait se demander si cette moyenne d'âge obtenu n'est pas plus basse en rapport avec le fait que la moitié des médecins de l'échantillon ont plus de 51 ans. Ceci pourrait être représentatif de l'installation plus tardive des médecins à l'heure actuelle.

4. Le mode d'exercice

Au printemps 2011, la section santé publique et démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins a mené une vaste enquête qualitative auprès des médecins qui se sont installés en 2009 et 2010. L'objectif était de recenser les motivations et difficultés pour exercer en secteur libéral exclusif puis d'identifier les souhaits et les attentes à moyen terme. 81% des médecins répondants exerçaient dans un cabinet de groupe mono ou pluridisciplinaire⁽²⁰⁾.

Les résultats de notre étude semblent discordants avec ces données puisque, dans notre échantillon, 52% des praticiens exercent seuls dans un cabinet.

Toutefois, il aurait été intéressant de comparer l'âge des médecins interrogés avec leur mode d'exercice. En effet, cette différence pourrait être le témoin d'une volonté grandissante des nouveaux installés d'exercer en cabinet de groupe ou en maison médicale, contrairement à leurs pairs.

B. Avis des praticiens face aux normes d'accessibilité

1. L'obligation de mise aux normes

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées⁽¹²⁾ a renforcé les exigences en matière d'accessibilité des personnes handicapées aux établissements recevant du public (ERP).

L'article L111-7 du code de la construction et de l'habitation prévoit que tous les ERP doivent être accessibles à tous, et notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique. Les conditions d'accessibilité sont précisées dans le décret n°2006-555 du 17 mai 2006⁽²²⁾ modifié par le décret n° 2007-1327 du 11 septembre 2007⁽²³⁾.

Alors que 90% des médecins interrogés déclaraient avoir des patients à mobilité réduite dans leur patientèle et malgré les exigences du législateur, 72% des médecins considéraient que leur cabinet n'était pas aux normes requises.

Ces données semblent en relation avec les 72% de médecins affirmant connaître les normes imposées. Toutefois, 7 médecins qui considéraient que leur cabinet ne répondait pas aux règles d'accessibilité, ne connaissaient pas les règles imposées. 1 médecin considérant son cabinet aux normes ne connaissait pas les normes d'accessibilité. Il semblerait ainsi que les médecins aient conscience des difficultés d'accessibilité de leur cabinet notamment liées à la présence de marches sur le cheminement intérieur ou extérieur, même sans une connaissance exacte des conditions d'accessibilité. Le bon sens et l'expérience quotidienne d'une pratique libérale les exposent en effet aux difficultés et aux besoins que requiert la perte de mobilité de leurs patients.

2. L'échéance pour la mise aux normes

La loi stipule que depuis le 1^{er} janvier 2007, toute nouvelle construction d'un cabinet médical doit répondre aux exigences de mise en accessibilité⁽²⁴⁾. En ce qui concerne la création d'un cabinet médical dans des locaux anciens suite à un changement de destination,

l'échéance était fixée au 1^{er} janvier 2011⁽²⁵⁾. A compter du 1^{er} janvier 2015, tous les cabinets médicaux existants doivent également se conformer à ces exigences⁽²⁵⁾ mais il est possible de n'aménager qu'une partie des locaux.

72% des cabinets de l'échantillon ont été construits ou ouverts avant 2005, année de promulgation de la loi. Il est alors légitime de se demander si il y a une correspondance avec les 72% de médecins jugeant leur cabinet aux normes. Il apparaît qu'il n'existe en fait pas de correspondance exacte entre ces éléments, 2 médecins considérant leurs cabinets aux normes alors que les locaux sont antérieurs à la loi et 2 médecins estimant leurs locaux comme non accessibles alors qu'ils ont été ouverts après 2005. Ces derniers semblent alors avoir été mal conseillés dans la réalisation de leurs travaux, la mise aux normes n'ayant pas été faite malgré les dispositions réglementaires imposées à courte échéance.

Malgré l'échéance à 3 ans pour la mise aux normes de leur cabinet, seul 40% des médecins dont le cabinet n'était, selon leur avis, pas aux normes comptaient réaliser des travaux d'aménagement. Il est alors nécessaire de se demander si les médecins ne respectant pas les exigences en termes d'accessibilité risquent des sanctions. La loi⁽²⁶⁾ stipule en effet qu'en cas de non-respect des dispositions, le contrevenant s'expose à :

- Une amende de 45000 euros pour les utilisateurs du sol, les bénéficiaires des travaux, les architectes, les entrepreneurs ou toute autre personne responsable de l'exécution des travaux ;
- Une fermeture du cabinet ;
- Une interdiction d'exercer ;
- Une peine d'emprisonnement de 6 mois en cas de récidive.

Ces sanctions ne semblent pas effrayer les médecins dont le cabinet n'est pas conforme et ce en raison notamment de certains freins les empêchant de se mettre en conformité. Toutefois, la menace de sanctions pourrait être à l'origine d'une migration de l'activité libérale vers une activité salariée, favorisant la désertification médicale et la raréfaction des soins de premier recours.

3. Les freins à la mise en accessibilité

Les principaux freins à la mise en accessibilité apparaissent d'abord être la méconnaissance pour certains praticiens des normes imposées et de l'échéance à laquelle ils doivent se tenir. En effet, 28% des médecins déclaraient ne pas connaître les normes et 31% ne pas connaître l'échéance. Il semble donc exister un défaut d'information des praticiens à ce sujet. Aucune question ne s'y est intéressée dans l'étude. Il serait intéressant d'explorer ce point dans le but d'améliorer les connaissances des médecins quant à l'accessibilité de leur cabinet afin d'éviter tout désagrément ou sanction par la suite.

L'aspect technique des travaux, dont les normes sont répertoriées en annexe 2, était problématique pour 65% des médecins. En effet, l'importance des travaux nécessaires à la mise en accessibilité de certains cabinets du centre-ville semble impossible à réaliser. Le cœur de la ville d'Arras est en effet classé au patrimoine mondial de l'UNESCO. Il apparaît difficile de concilier la préservation du patrimoine avec l'aspect technique des normes imposées pour l'intégration et la participation sociale de tous. Toutefois, la loi autorise certaines dérogations à la réalisation des travaux dans le cas de bâtiments existants⁽²⁷⁾ :

- Lorsque les travaux d'accessibilité sont susceptibles d'avoir des conséquences excessives sur l'activité de l'établissement ;
- En cas de contraintes liées à la conservation du patrimoine architectural dès lors que les travaux prévus se situent à l'intérieur, à l'extérieur ou à proximité d'un monument historique ;
- Du fait d'une impossibilité technique ou d'une disproportion manifeste entre l'amélioration et les conséquences.

Concernant la création d'un ERP dans un bâtiment existant par changement de destination, des dérogations peuvent exceptionnellement être délivrées⁽²⁸⁾ :

- En cas d'impossibilité technique résultant de l'environnement du bâtiment, et notamment des caractéristiques du terrain, de la présence de constructions existantes ou de contraintes liées au classement de la zone de construction, notamment au regard de la réglementation de prévention contre les inondations ;
- En cas de contraintes liées à la conservation du patrimoine architectural.

Concernant les bâtiments neufs, plus aucune dérogation ne peut être accordée. En effet, le Conseil d'Etat a annulé le 21 juillet 2009⁽²⁹⁾ les dispositions du décret du 17 mai 2006⁽²²⁾ permettant des dérogations à l'accessibilité des bâtiments neufs aux personnes handicapées.

Ces dérogations sont accordées, après avis conforme de la Commission Consultative Départementale de la protection civile, de la Sécurité et de l'Accessibilité (CCDSA), par le représentant de l'Etat dans le département.

Il existe donc de multiples possibilités de dérogations comportant un certain flou d'interprétation. Certains médecins risquent donc d'invoquer ces clauses en cas d'obligation de mise aux normes aboutissant, sans définition précise de certains termes, à des procédures judiciaires.

Le coût des travaux ne semble pas constituer aux yeux des médecins un frein en soit tant les difficultés techniques pour réaliser les mises aux normes prennent le pas, le financement des travaux n'étant qu'un problème secondaire devant les problèmes architecturaux. Seuls 8 médecins (35%) évoquent le problème du coût, coût des travaux et coût de la perte d'activité durant les travaux.

Ils seraient tout de même 54% à accepter une aide financière si celle-ci leur était proposée. Cette aide permettrait pour certains de couvrir la perte de revenus liée à la fermeture du cabinet pendant les travaux. Un médecin évoquait, quant à lui, l'utilisation de cette aide pour couvrir les frais d'un nécessaire déménagement dans une structure adaptée du fait de l'impossibilité dans son cas de mettre aux normes son cabinet. Toutefois, il est apparu au cours des entretiens que peu de praticiens croient à une telle aide à l'heure des économies imposées par le gouvernement et dans un contexte où le médecin est déjà assujéti à de nombreuses taxes. D'ailleurs, même si une contribution financière était allouée, il est fort peu probable que celle-ci couvre la totalité des frais engendrés. Il se pose également le problème des médecins n'étant pas propriétaires des locaux. Ils sont alors dépendants de l'acceptation des travaux par le propriétaire et les co-propriétaires. En cas de refus de ces derniers, une aide financière n'aurait alors de toute façon aucun intérêt. Les médecins seraient dans ce cas potentiellement obligés de déménager dans des locaux adaptés, parfois à distance de leur cabinet actuel, le risque étant une baisse d'activité liée à la perte d'une partie de la patientèle refusant de suivre son médecin.

65% des médecins se sentaient également peu enclins à se mettre aux normes du fait de la possibilité d'examiner les patients à mobilité réduite à domicile. Le médecin généraliste de par son rôle et sa proximité en tant que médecin de premier recours exerce depuis longtemps son métier au plus près du malade. De nombreux médecins ont d'ailleurs mis en exergue lors des entretiens l'inaccessibilité de la voie publique et des transports en commun. Etant le premier maillon de la chaîne de déplacement, l'accessibilité de la ville crée pour les personnes à mobilité réduite un premier obstacle infranchissable avant l'arrivée au cabinet médical. Bien que l'heure soit à l'économie de la santé et à la diminution des frais engendrés par les visites à domicile, celles-ci semblent, quoi qu'il en soit, impossible à éviter en médecine générale.

Il ne faut pas oublier le frein que représente le départ en retraite dans un avenir proche d'une population de médecins généralistes vieillissante. La moitié des médecins de l'échantillon avait plus de 51 ans et un quart avait plus de 63 ans. Les dépenses occasionnées par les travaux et l'importance des démarches à effectuer apparaissent disproportionnées par rapport au peu de bénéfices engendrés dans le temps. Certains médecins seront d'ailleurs à la retraite avant le délai légal de mise aux normes.

Le dernier frein semble être, comme cité précédemment, la lourdeur des démarches administratives et la perte de temps occasionnées dans l'étude du projet et la réalisation de ces démarches⁽³⁰⁾.

Une autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un ERP est en effet obligatoire avant la réalisation des travaux⁽³¹⁾.

Si les travaux envisagés sont soumis à une autorisation d'urbanisme, le permis de construire ainsi délivré tient lieu d'autorisation de travaux.

Si les travaux ne sont pas soumis à permis de construire, il est alors nécessaire de faire une demande d'autorisation préalable auprès de la commune concernée. Cette demande comprend notamment un dossier (plans, matériaux, éclairage,...) permettant de vérifier la conformité du projet avec les règles d'accessibilité. Dans le cas où une dérogation est demandée, le dossier doit indiquer les règles auxquelles le demandeur souhaite déroger, les éléments du projet auxquels elles s'appliquent ainsi que les justifications et les éventuelles mesures de substitution. Le délai d'instruction du dossier est de 5 mois à compter du dépôt du dossier complet, délai pendant lequel le dossier est soumis à la Commission Départementale pour l'Accessibilité. A défaut de notification expresse dans le délai de 5 mois, l'autorisation de

travaux est considérée comme accordée, sauf en cas de dérogation. En effet, la demande de dérogation est accordée par le Préfet, après avis favorable de la Commission départementale (avis favorable après 2 mois en l'absence de réponse). A défaut de réponse du Préfet dans les 3 mois après réception de la demande, la dérogation demandée est réputée refusée.

A l'issue des travaux, l'ouverture de l'ERP est soumise à une autorisation délivrée par l'autorité administrative après contrôle du respect des règles d'accessibilité et en accord avec la commission d'accessibilité.

En cas de travaux soumis à permis de construire, le contrôle à posteriori prend la forme d'une attestation de prise en compte des règles d'accessibilité établie par un architecte ou un contrôleur technique titulaire d'un agrément.

Ces contraintes administratives se surajoutant à la menace de sanctions et à l'importance des tâches administratives quotidiennes parfois pesantes du médecin libéral pourraient inciter une partie d'entre eux à s'orienter vers une activité salariée. Elles risqueraient également de retarder voire d'être rédhibitoire pour l'installation de nouveaux confrères.

C. Etat d'accessibilité des cabinets

La loi définit l'accessibilité en ce sens⁽³²⁾:

« Est considéré comme accessible aux personnes handicapées tout bâtiment ou aménagement permettant, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçu. Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des personnes valides ou, à défaut, présenter une qualité d'usage équivalente. »

La réglementation en vigueur concerne donc toute personne éprouvant une gêne de par une incapacité permanente (handicap sensoriel, moteur ou cognitif, vieillissement...) ou temporaire (grossesse, accident...) ou bien encore de par des circonstances extérieures (accompagnement d'enfants en bas âge, poussettes...).

Les normes d'accessibilité sont détaillées dans l'annexe 8 de la circulaire interministérielle du 30 novembre 2007 relative à l'accessibilité des établissements recevant du public⁽¹⁸⁾ et sont reprises en annexe 3. Elles concernent les parties extérieures et intérieures des locaux et leurs équipements, les circulations, les places de stationnement et les ascenseurs.

1. Accessibilité globale des locaux

L'attribution d'un score global d'accessibilité a mis en évidence que seul 2 cabinets atteignaient la note maximale de 16 points et étaient strictement aux normes selon les critères observés. Trois cabinets répondaient à toutes les normes d'accessibilité étudiées sauf une : la présence d'une barre d'appui latérale dans les sanitaires. Devant le faible coût et le peu de problématique posé par cette mise aux normes, ces cabinets peuvent être considérés comme accessibles ou pouvant l'être pour 2015. Ce problème de barre d'appui latérale est également recensé dans un autre cabinet respectant la majorité des critères d'accessibilité, en outre d'une poignée de porte non conforme.

Au final, seuls 6 cabinets respectaient les normes d'accessibilité ou nécessiteraient des travaux minimes d'aménagement aisément réalisables pour 2015, soit 20,7% des cabinets. A contrario, la moitié des cabinets étudiés répondait à moins de 10 critères d'accessibilité sur 16.

Ces résultats semblent concordants avec plusieurs travaux de thèse effectués dans diverses régions. En 2010, un travail de thèse mené sur 600 cabinets de la région Picardie⁽¹⁵⁾ constatait que 73,5% des cabinets étaient inaccessibles aux personnes à mobilité réduite. De même, en 2010, sur 117 cabinets de médecine générale de la région Midi-Pyrénées⁽¹⁶⁾, seuls deux cabinets étaient aux normes pour les personnes handicapées. En 2012, sur 32 cabinets du secteur de garde de Clisson en région nantaise, un seul d'entre eux répondait à toutes les normes d'accessibilité⁽¹⁷⁾. Toutefois, même si les résultats semblent superposables, il faut rappeler le faible échantillon de cette étude ne permettant pas une puissance statistique comparable.

Ces chiffres sont également à mettre en parallèle avec la part de médecins jugeant leur cabinet aux normes, ce qui représente 8 médecins (28%). 6 de ces médecins ont un score d'accessibilité entre 14 et 16, ce qui correspond aux cabinets réellement accessibles ou nécessitant des travaux minimes. Les 2 autres ont respectivement un score de 10 et 11, le

principal problème étant la présence d'une marche d'accès à l'entrée du cabinet sans main courante ni rampe d'accès. Sur les 12 médecins ayant un score compris entre 10 et 12, 2 médecins considéraient donc leur cabinet aux normes contrairement aux autres.

Cette disparité semble refléter la complexité des normes exigées et surtout le manque d'information et de formation des praticiens à ce sujet. Cette problématique de méconnaissance des normes et de la nécessaire formation dans le domaine est à mettre en perspective avec un manque de temps du médecin généraliste déjà confronté à une charge de travail conséquente.

Ce contraste permet également de souligner la différence entre le ressenti du médecin sur ce qui est pour lui accessible et ce qui l'est au regard de la loi et des personnes à mobilité réduite ; un dispositif de commande, l'accès au bâtiment ou le cheminement à l'intérieur d'un bâtiment ne revêtant pas le même caractère d'importance selon le point de vue de la personne concernée.

Même si la construction de ce score n'a pas été statistiquement évaluée, les critères choisis pour le composer sont opposables quel que soit le cabinet. C'est à partir de ce score qu'a été tenté de déterminer des facteurs de risque de non-conformité.

La réalisation de tests bi-variés a ainsi mis en évidence une différence significative entre les moyennes au risque alpha de 5% entre le score d'accessibilité et l'année d'ouverture du cabinet. L'ouverture du cabinet avant 2005, année de promulgation de la loi, apparaît donc comme un facteur de risque de non-conformité. Les médecins ayant créé ou rénové leur cabinet après 2005 semblent donc avoir été bien conseillés quant à mise aux normes de leur local. Quant aux cabinets créés avant la loi, ils respectaient les normes imposées à l'époque. Ceci nous amène donc à réfléchir sur l'évolution des lois et des normes exigées quel que soit le domaine notamment en ce qui concerne l'accessibilité ou la sécurité... Certains médecins pourraient alors adopter une attitude attentiste, laissant le temps aux pouvoirs publics de s'apercevoir des importantes difficultés de réalisation et d'application des normes imposées.

Une relation entre score d'accessibilité et mode d'exercice, âge, sexe, type de local et statut de l'occupant semble également intéressante à rechercher. Toutefois, la faiblesse de l'échantillon n'a pas permis la réalisation de tests statistiques fiables. Il serait alors nécessaire d'augmenter les inclusions de médecins en élargissant l'étude soit à une plus grande ville soit à la région.

Cette méthodologie permettrait notamment de déterminer si l'accessibilité est plus importante chez les médecins jeunes ou chez les médecins exerçant leur activité dans des structures de groupe mono ou pluri- disciplinaires.

Ceci permettrait par ailleurs la réalisation d'une étude statistique multi-variée permettant un ajustement entre les variables afin d'obtenir une conclusion définitive sur le lien entre le score d'accessibilité et les différents paramètres recherchés. Il serait par exemple possible de déterminer si les médecins plus jeunes ont un cabinet plus accessibles parce qu'ils se sont installés plus tard ou si c'est parce qu'ils sont plus sensibilisés au problème. Un lien entre accessibilité, mode d'exercice et coût pourrait également être exploré, un cabinet de groupe semblant avoir plus de facilités à se mettre aux normes du fait de la répartition des coûts.

La majorité des problèmes d'accessibilité répertoriés sont liés à la présence d'escaliers d'accès aux bâtiments et à l'étroitesse des locaux rendant impossible la présence d'espace de cheminement et de sanitaires aux normes. Malheureusement, malgré le bénéfice de cette loi sur l'accessibilité des personnes à mobilité réduite, il apparaît que la disposition et la localisation de certains locaux ne puissent être améliorées par quelques travaux que ce soit. En cas d'impossibilité de mise aux normes et au vu des sanctions, la création de maisons médicales accessibles à l'extérieur des centres-villes risque ainsi d'aboutir à la désertification des centres au profit de la périphérie. Le rôle du médecin généraliste au plus près de ses patients en tout point du territoire pourrait alors être compromis. Il serait intéressant de transposer cette étude sur une population de médecins en zone rurale afin de déterminer si les mêmes problèmes se posent.

Il serait également intéressant de prendre en compte le ressenti des patients face à ces problèmes d'accessibilité, à savoir s'ils les perçoivent comme un problème pour l'accès aux soins. Seraient-ils prêts à se déplacer chez leur médecin une fois la mise aux normes du cabinet effectuée alors qu'ils étaient vus à domicile auparavant ? La solution de créer par secteur quelques cabinets ou maisons médicales en conformité avec les règles d'accessibilité a également été évoquée par un médecin lors de l'entretien individuel. Les personnes à mobilité réduite choisiraient alors leur médecin sur des critères d'accessibilité aux bâtiments et non sur des critères personnels. Cela semble donc entraver le libre choix du médecin traitant.

2. Accessibilité du stationnement

Sur les 4 cabinets (14%) comportant un parking dédié aux patients, tous possédaient un emplacement dédié aux personnes handicapées respectant le quota imposé par la loi. Il n'existait aucun ressaut sur le cheminement et les emplacements étaient signalés par un marquage au sol. Toutefois, on ne peut considérer que ces places de stationnement respectent les normes d'accessibilité. En effet, aucune ne disposait d'une signalétique verticale pourtant obligatoire. La mise aux normes de ces stationnements privés semblent néanmoins facile à entreprendre et pour un coût modeste.

Concernant les autres cabinets, il revient à la municipalité de créer ces emplacements sur demande du médecin. La mise aux normes lui incombe donc et rejoint la réflexion sur l'accessibilité de la ville en amont de l'accessibilité du cabinet.

3. Praticabilité de l'accès aux cabinets

Le problème le plus récurrent concerne l'accès au bâtiment via la porte d'entrée. En effet, 69% des cabinets possédaient un escalier d'accès dont le nombre de marches pouvait varier de 1 à 6. Malgré la présence de marches de hauteur et de profondeur conformes dans 75% des cas, 80% des cabinets ne disposaient pas de main courante et seuls 3 médecins avaient équipé l'entrée d'une rampe d'accès. Le constat est alarmant, d'autant que se pose le problème de l'équipement de toutes les entrées des lieux publics avec des rampes d'accès. L'encombrement découlant de cette mise aux normes semblerait alors entraver la circulation de tous, valides ou non.

Le second problème, après avoir franchi l'obstacle des marches selon les cas, est l'accessibilité même de la porte d'entrée. Son état de conformité est jugé de par sa largeur (55% des portes aux normes selon ce critère), sa poignée (62% conformes) et la présence d'un espace de manœuvre (79% aux normes). Il s'agit alors de se questionner sur l'origine de cette conformité mitigée des portes d'entrée. Il est possible que dans notre étude ce problème soit lié aux propriétés des bâtiments. Les bâtiments de ville, a fortiori anciens, ont en effet généralement peu de largeur en façade ne permettant pas la mise en conformité des portes sans risquer à la solidité du bâtiment. Il serait une fois de plus légitime d'étudier les cabinets en zone rurale pour voir si ce problème est également soulevé. Si le problème se pose

également, peut-être serait-il alors nécessaire d'ajuster la loi et d'exempter les locaux anciens des mises aux normes, tout en obligeant tout bâtiment neuf à respecter les règles d'accessibilité.

L'accès aux divers bâtiments comportait un sol non meuble et non glissant et aucun ressaut n'a été observé sur le cheminement extérieur conformément à la législation en vigueur. Il faut signaler que sur ce point, les cabinets étudiés étant situés en ville et ayant un accès direct sur le trottoir, l'entretien et la mise en conformité de la voirie revient à la municipalité.

Un seul cabinet était situé au premier étage d'un immeuble d'habitation. L'accès à ce cabinet à l'intérieur même du bâtiment ne peut se faire que par un ascenseur ne respectant pas la norme NF EN 81-70⁽¹⁸⁾. Il ne permet notamment pas l'entrée d'un fauteuil roulant à l'intérieur. En ce qui concerne l'accès par les escaliers, celui-ci ne respecte pas non plus les normes en vigueur : absence des contremarches, absence de nez de marche antidérapants, absence de signalement en haut et en bas de l'escalier, hauteur et profondeur des marches non réglementaires, présence d'une seule main courante. Ce cabinet est donc inaccessible aux personnes à mobilité réduite au regard de la loi. Le problème posé est encore une fois celui des copropriétés. Si le médecin concerné désire effectuer les travaux, il nécessite l'accord de tous les copropriétaires afin d'installer une cage d'ascenseur conforme, le risque étant en cas d'accord que les frais d'installation lui incombent en totalité. Il faut également que l'aménagement d'un tel dispositif soit possible. Il n'était dans le cas présent que très peu voire pas envisageable.

4. Accessibilité de l'aménagement intérieur

Le point positif concernant l'aménagement intérieur des cabinets est que 90% d'entre eux ne possèdent pas de marches sur le cheminement horizontal. Deux cabinets ont une marche d'accès à la table d'examen et un cabinet, une marche pour se rendre aux sanitaires. La déambulation intérieure semble donc facilitée. Toutefois, seuls 38% des cabinets ont des largeurs de couloirs et de portes conformes, même si 1 cabinet sur 2 dispose d'espaces de manœuvre de porte suffisants. Concernant les dispositifs de commande sur le cheminement intérieur, tous les cabinets disposent d'interrupteurs dont la hauteur est conforme aux règles d'accessibilité. Il faut noter que cette unanimité est probablement liée à un usage quotidien et

conforme de toute personne même valide. En ce qui concerne les bornes d'accueil, sur les 5 cabinets possédant un secrétariat sur place, aucune n'est accessible aux handicapés qu'ils soient patients ou employés.

L'accès à la table d'examen, outre les 2 cabinets disposant d'une marche d'accès, est facilité dans 83% des cas par un espace d'usage conforme. Néanmoins, plus que l'accès exceptionnel d'un fauteuil roulant près de la table d'examen, il s'agit de faciliter l'utilisation de la table par tous, notamment les personnes âgées éprouvant des difficultés de mobilisation et de coordination et rendant l'utilisation d'un marchepied difficile. La généralisation de tables d'examen électriques permettrait de résoudre ces difficultés. Or, seul 21% des médecins interrogés en dispose. Le surcoût engendré par ce matériel dont le renouvellement dans une carrière n'est pas fréquent et le vieillissement de la population médicale pourrait expliquer ce phénomène. Il s'agirait alors d'inciter les nouveaux installés à investir dès le début dans ces dispositifs même si ils ne sont pas obligatoires.

La majorité des cabinets (97%) disposent de sanitaires accessibles au public mais uniquement 6 équipements (21%) peuvent être considérés aux normes. En effet, 2 médecins ont des toilettes strictement aux normes et 4 disposent de sanitaires totalement accessibles si ils les équipent de barre d'appui latérale, investissement peu coûteux et rapidement réalisable. Le constat effectué met en évidence le peu d'accessibilité des autres sanitaires : seuls 32% disposent d'un espace d'usage à coté de la cuvette et 25% d'un espace de manœuvre de porte. Plusieurs remarques à ce propos ont été soulevées par les divers médecins rencontrés. La disposition des locaux ne permet généralement pas l'adaptation des installations en place, notamment pour une question de place : rétrécissement de la salle d'attente ou de la salle de consultation, empiètement sur les couloirs... Ces aménagements non négligeables s'imposeraient à tous pour une minorité de patients se déplaçant rarement au cabinet et qui pourraient, comme tout un chacun et hors urgence, prévoir d'utiliser leurs sanitaires et non ceux du médecin. Certains praticiens évoquent d'ailleurs le peu d'utilité qu'ont leurs sanitaires au quotidien. Quelques médecins ont eux évoqué la fermeture de leurs toilettes au public en cas d'obligation de mise aux normes obligeant à des aménagements problématiques.

La mise aux normes des cabinets médicaux, et de manière plus générale des établissements recevant du public, est à l'image de ce dernier problème : complexe. La volonté de rendre accessible les cabinets médicaux apparaît légitime au vu de l'intégration

sociale de tous, mais cela risque de se faire au détriment d'un exercice libéral actuellement sinistré et au cœur des problématiques de santé publique. La balance d'un bénéfice social ne peut se faire sans peser le risque médico-social qui en découle. Le ressenti des patients apparaît alors nécessaire et important à prendre en compte, afin d'adapter au mieux les indispensables améliorations nécessaires pour un accès aux soins universel et équitable. En l'état actuel des choses, cette volonté du législateur semble difficile à appliquer et source de réflexions devant le constat qu'aussi bien public que privé ne tiendront pas les délais de mise aux normes imposés. L'amélioration de la formation des médecins libéraux à travers des journées de formation ou la création de brochure de synthèse pourrait accélérer la réalisation des travaux de mise en conformité.

L'objectif principal de ce travail était de faire l'état des lieux de l'accessibilité des cabinets de médecine générale de la ville d'Arras aux personnes à mobilité réduite. Un faible taux d'accessibilité était attendu. Les résultats obtenus sont en adéquation avec ces attentes car seul 20,7% des cabinets sont considérés comme accessibles. A 2 ans de l'échéance, moins d'un médecin sur 2 n'étant pas aux normes envisagent d'effectuer les travaux de mise en conformité. Les freins invoqués sont principalement l'aspect technique et la possibilité d'examiner les patients concernés à domicile. Un facteur de risque de non-conformité a clairement été mis en évidence, à savoir l'année de construction du cabinet avant 2005, année de promulgation de la loi. Les autres résultats concernant ce deuxième objectif secondaire sont à interpréter avec plus de réserves, la qualité de l'analyse statistique des facteurs de risque de non-conformité n'ayant pu être satisfaisante du fait de la faible taille de l'échantillon analysé.

Cette problématique de taille de l'échantillon, faisant relativiser la portée de cette étude, doit malgré tout être intégrée à un taux important de réponses (76,3%). Diverses problématiques concernant la mise aux normes des cabinets médicaux ont été abordées, du point de vue des médecins. Une étude qualitative pouvant amener les patients à exprimer librement leur ressenti en matière d'accessibilité aux soins devrait être entreprise.

Conclusion

La reconnaissance des droits des personnes handicapées est l'aboutissement d'un long processus social et politique depuis de nombreuses décennies. La volonté gouvernementale d'accorder les mêmes droits à tous a abouti en 2005 à la promulgation d'une loi pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. L'accès aux soins ne déroge pas à cette loi qui impose la mise aux normes de tous les établissements recevant du public et donc de tous les cabinets médicaux à l'horizon 2015.

Cette étude menée auprès de 29 médecins généralistes libéraux de la ville d'Arras avait pour but de faire un état des lieux de l'accessibilité des cabinets médicaux de cette ville aux personnes à mobilité réduite. L'enquête fait apparaître que peu de cabinets respectent actuellement les normes d'accessibilité imposées, à 2 ans de l'échéance. L'aspect technique des travaux nécessaires et la possibilité d'examiner les patients à domicile sont, plus que le coût, des freins à la mise en accessibilité des locaux. L'ancienneté des locaux constitue par ailleurs un facteur de risque de non-conformité. De nombreuses autres études menées sur tout le territoire aboutissent également à ce constat alarmant.

Face aux réticences et aux difficultés que rencontrent les praticiens pour la mise en accessibilité de leur cabinet, de meilleure formation et information semblent indispensables. L'enjeu est double. D'une part, il s'agit d'améliorer l'intégration sociale et de faciliter la participation pleine et entière des personnes handicapées. D'autre part, il est question de ménager un exercice libéral déjà menacé par une démographie médicale précaire et au cœur de nombreuses problématiques de santé publique.

Le défi futur à relever n'est pas d'opposer ces deux enjeux, comme cela pourrait facilement être fait en se retranchant derrière des arguments juridiques, mais bel et bien de les faire cohabiter. Cela nécessite du temps et des adaptations au vu des réalités vécues au quotidien par les médecins et les patients, quelque soit la forme du handicap qu'ils présentent. Ainsi, pourquoi ne pas s'intéresser directement au ressenti de ces patients. Cela permettrait de mettre en relation leurs souhaits, les réalités rencontrées par les praticiens et les textes de loi ; le but final étant d'obtenir un consensus acceptable pour tous, loin des mesures coercitives toujours délicates à mettre en œuvre et très souvent mal vécues.

Bibliographie

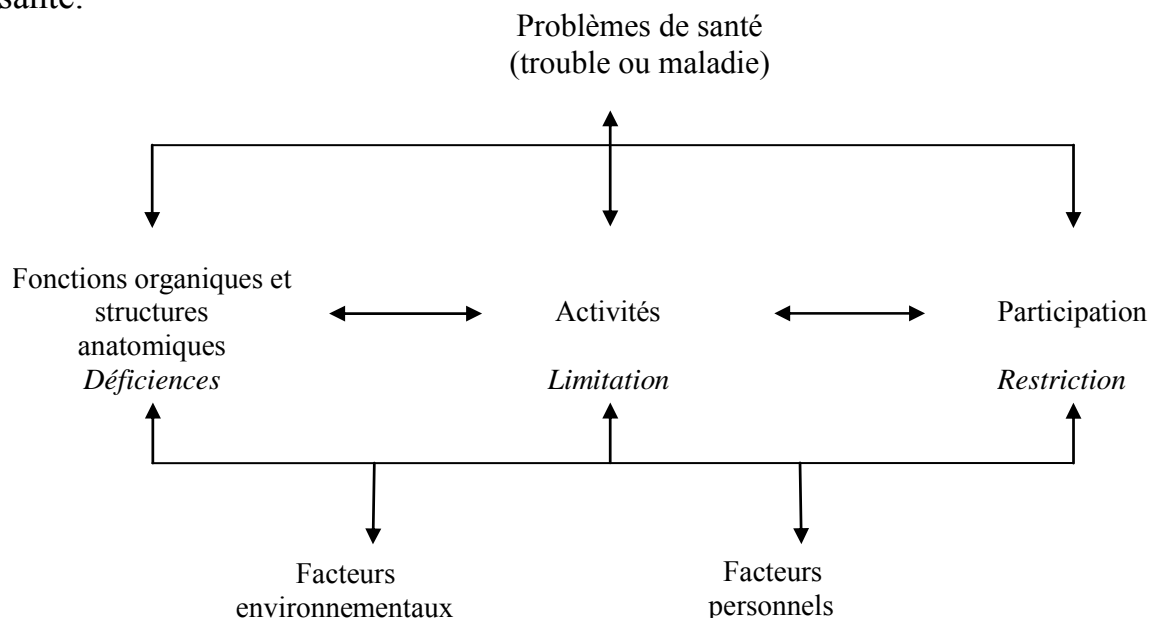
- (1) Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le handicap. Genève : OMS ; 2011.
- (2) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. L'enquête Handicap-Santé. Présentation générale. Paris : INSEE ; Oct 2011.
- (3) Stiker HJ. Corps infirmes et sociétés. Paris : Aubier Montaigne ; 1982.
- (4) Chanrion A. Notion de handicap et les représentations que l'on en. Sept 2006.
- (5) Assézat J. Lettre sur les aveugles à l'intention de ceux qui voient. In : Œuvres complètes de Diderot. Paris : Garnier ; 1875-77.
- (6) Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration des droits des personnes handicapées. Résolution 3447. New York : ONU ; Dec 1975.
- (7) Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies. Paris: CTNERHI; 1993 (réédition).
- (8) Barnes C. Theories of disability and the origins of the oppression of disabled people in western society. In: Barton, Len, ed. Disability and Society. Emerging issues and insights. London-New York: Longman Sociology Series; 1996, p. 43-60.
- (9) Winance M. La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS, 1980 et 2001. *Dynamis* 2008; 28: 377-406.
- (10) Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève : OMS; 2001.
- (11) Haut commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme. Convention relative aux droits des personnes handicapées. New-York : ONU ; 2008. Consultable sur l'URL : <http://www2.ohchr.org/french/law/disabilities-convention.htm>

- (12) Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (Journal Officiel du 12 février 2005 page 2353).
- (13) Articles R123-2, R123-14 et R123-19 du Code de la Construction et de l'Habitation.
- (14) Regional report of Europe 2007. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor; 2007. Consultable sur l'URL: <http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3>
- (15) Berniere G. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées : état des lieux en Picardie. Th D Méd, Amiens : Université de Picardie; 2010.
- (16) Cuny-Besson M. Evaluation de l'accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées et à mobilité réduite. Th D Méd, Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2010.
- (17) Bernard Bourdon D. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées : étude auprès des 34 cabinets du secteur de garde de Clisson. Th D Méd, Nantes : Université de Nantes ; 2012.
- (18) Circulaire interministérielle n° DGUHC 2007-53 du 30 novembre 2007 relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation.
- (19) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Recensement de la population 2010. [Consulté le 12 mars 2013]. <http://insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populationslegales/commune.asp?depcod=62041>
- (20) Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Nord-Pas-de-Calais. Situation au 1^{er} juin 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- (21) Agence Régionale de Santé. Étude ARS : la démographie des professions de santé du Nord – Pas-de-Calais. Point presse mensuel. 21 juin 2012.

- (22) Décret n°2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation.
- (23) Décret n°2007-1327 du 11 septembre 2007 relatif à la sécurité et à l'accessibilité des établissements recevant du public et des immeubles de grande hauteur, modifiant le code de la construction et de l'habitation et portant diverses dispositions relatives au code de l'urbanisme.
- (24) Article R111-19-4 du Code de la Construction et de l'Habitation.
- (25) Article R111-19-8 du Code de la Construction et de l'Habitation.
- (26) Articles L152-1 à L152-10 du Code de Construction et de l'Habitation.
- (27) Article R 111-19-10 du code de la Construction et de l'Habitation.
- (28) Article R 111-19-6 du code de la Construction et de l'Habitation.
- (29) Décisions du Conseil d'Etat n° 295382 et 298315 du 21 juillet 2009.
- (30) Articles R 111-19-13 à R 111-19-29 du Code de la Construction et de l'Habitation.
- (31) Article L 111-8 du Code de la Construction et de l'Habitation.
- (32) Article R111-19-2 du code de la Construction et de l'Habitation.

Annexes

Annexe 1 : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé.⁽¹⁰⁾



Les **fonctions organiques** sont les fonctions physiologiques des systèmes organiques, y compris les fonctions psychologiques. Les **structures anatomiques** désignent les parties du corps, comme les organes, les membres et leurs composantes.

L'**activité** désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par un individu.

La **participation** désigne le fait de prendre part à une situation de vie réelle.

Les **facteurs environnementaux** constituent l'environnement physique ou social dans lequel les gens vivent leur vie.

De cette classification découle trois notions importantes : d'une part, la **déficience** regroupant les problèmes des fonctions organiques ou des systèmes anatomiques, manifestés par un écart ou une perte importante ; d'autre part, la **limitation d'activités** qui désigne la difficulté d'une personne à mener une activité et, enfin, la **restriction de participation** correspondant aux problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation de vie réelle⁽⁹⁾.

Ce modèle interactif de la CIF place la personne handicapée comme un être « bio-psycho-social ». Il laisse entrevoir la possibilité de limiter la situation de handicap en agissant notamment sur les facteurs environnementaux (par exemple, en favorisant l'accessibilité) et par la mise en place de compensations individuelles.

Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation sur l'accessibilité des cabinets médicaux de la ville d'Arras aux personnes à mobilité réduite.

A. Généralités :

Sexe : Femme Homme

Date :

Age :

Nom :

Age à l'installation :

Date d'ouverture / de construction du cabinet : Avant 2005 Après 2005

Est-ce : Un cabinet seul
 Un cabinet de groupe
 Une maison médicale

Nb de médecin :

Est-ce : Une maison
 Un appartement

Etage du cabinet :

Etes-vous : Propriétaire
 Locataire

Avez-vous des patients à mobilité réduite dans votre patientèle ? oui non

Pour vous, votre cabinet est-il aux normes ? oui non

Si non, pensez-vous le mettre aux normes ? oui non

Connaissez-vous - les normes : oui non
- l'échéance : oui non

Que pensez-vous des normes ?

Quels sont, pour vous, les freins à votre mise en accessibilité ?

- Le coût
- La retraite
- L'aspect technique
- La possibilité d'examiner à domicile
- Autre :

Une aide financière serait-elle un facteur positif de la mise en accessibilité de votre cabinet ?
 oui non

B. Stationnement :

Y a-t-il un parking dédié au cabinet : oui non Nb:

Y a-t-il des places handicapées : oui non Nb :

Présence d'un marquage au sol : oui non

Présence d'une signalétique verticale : oui non

Présence d'un ressaut : oui non

C. Accès au bâtiment :

✓ Type de sol : Glissant Non glissant (1 point)

✓ Porte d'entrée :

- Largeur conforme : oui non (1 point)

- Poignée de porte conforme : oui non (1 point)

- Espace de manœuvre de porte : oui non (1 point)

✓ Trous et fentes à l'extérieur : oui non (1 point)

✓ Escaliers d'accès : oui non (1 point)

- Nombre de marches :

- Taille réglementaire des marches : oui non

- Présence de mains courantes conformes : oui non

- Présence d'une rampe d'accès conforme : oui non

D. Accès aux étages (si le cabinet est à l'étage) (1 point)

Présence d'un ascenseur : oui non Aux normes : oui non

Escaliers :

- Présence de mains courantes aux normes : oui non

- Taille réglementaire des marches : oui non

- Présence de contremarches conformes : oui non

- Nez de marche conformes : oui non

Possibilité d'examen dans un autre cabinet au rez-de-chaussée : oui non

E. Aménagement intérieur :

✓ Horizontal :

- Largeur des couloirs aux normes : oui non (1 point)

- Présence d'espace de manœuvre de porte conforme : oui non (1 point)

- Absence de marches : oui non (1 point)

✓ Secrétariat :

- Présence d'un secrétariat : oui non

- Accessible en position debout comme assise : oui non

✓ Table d'examen :

- Présence d'un espace d'usage conforme : oui non (1 point)

- Présence d'une table électrique ou d'aide au transfert : oui non

✓ Sanitaires :

- Présence de toilettes : oui non Nb :

- Présence de toilettes handicapées : oui non Nb :

- Présence d'une barre d'appui latérale : oui non (1 point)

- Présence d'un lavabo accessible : oui non (1 point)

- Présence d'un espace d'usage à côté de la cuvette : oui non (1 point)

- Présence d'un espace manœuvre avec possibilité de demi-tour : oui non (1 point)

✓ Interrupteurs accessibles : oui non (1 point)

Calcul du score global d'accessibilité : /16 points

Annexe 3 : Normes techniques d'accessibilité.

D'après l'annexe 8 de la circulaire interministérielle du 30 novembre 2007 relative à l'accessibilité des établissements recevant du public⁽²⁴⁾. Tous les schémas sont issus de cette annexe.

Les exigences réglementaires sont établies sur la base d'un fauteuil roulant occupé dont les dimensions d'encombrement sont de 0,75 m x 1,25 m.

A. Cheminements extérieurs

Un cheminement accessible doit permettre d'accéder à l'entrée principale, ou à une des entrées principales, des bâtiments depuis l'accès au terrain. Le choix et l'aménagement de ce cheminement sont tels qu'ils facilitent la continuité de la chaîne du déplacement avec l'extérieur du terrain. Le cheminement accessible doit être le cheminement usuel, ou l'un des cheminements usuels.

1. Repérage et guidage

Une signalisation adaptée doit être mise en place à l'entrée du terrain de l'opération, à proximité des places de stationnement pour le public, ainsi qu'en chaque point du cheminement accessible où un choix d'itinéraire est donné à l'utilisateur.

Le revêtement du cheminement accessible doit présenter un contraste visuel et tactile par rapport à son environnement. À défaut, le cheminement doit comporter sur toute sa longueur un repère continu, tactile pour le guidage à l'aide d'une canne d'aveugle, et visuellement contrasté par rapport à son environnement pour faciliter le guidage des personnes malvoyantes.

2. Caractéristiques dimensionnelles

a) Profil en long

Le cheminement accessible doit être **horizontal et sans ressaut**.

Lorsqu'une dénivellation ne peut être évitée, un plan incliné de **pen­te inférieure ou égale à 5 %** doit être aménagé afin de la franchir. Les valeurs de pentes suivantes sont tolérées exceptionnellement :

- jusqu'à 8 % sur une longueur inférieure ou égale à 2 m ;
- jusqu'à 10 % sur une longueur inférieure ou égale à 0,50 m.

Un **palier de repos** est nécessaire en haut et en bas de chaque plan incliné quelle qu'en soit la longueur. En cas de plan incliné de pente supérieure ou égale à 4 %, un palier de repos est nécessaire tous les 10 m.

Lorsqu'il ne peut être évité, un faible écart de niveau peut être traité par un ressaut à bord arrondi ou muni d'un chanfrein et dont la hauteur doit être inférieure ou égale à 2 cm. Cette hauteur maximale peut toutefois être portée à 4 cm si le ressaut comporte sur toute sa hauteur une pente ne dépassant pas 33%. La distance minimale entre deux ressauts successifs est de 2,50 m.

Les pentes comportant plusieurs ressauts successifs, dits « pas d'âne », sont interdites.

b) Profil en travers

La **largeur minimale** du cheminement accessible doit être de **1,40 m** libre de tout obstacle afin de faciliter les croisements.

Lorsqu'un rétrécissement ponctuel ne peut être évité, la largeur minimale du cheminement peut, sur une faible longueur, être comprise entre 1,20 m et 1,40 m de manière à conserver une possibilité de croisement entre un piéton et une personne en fauteuil roulant.

Le cheminement doit être conçu et mis en œuvre de manière à éviter la stagnation d'eau. Lorsqu'un **dévers** est nécessaire, il doit être inférieur ou égal à **2%**.

c) Espaces de manœuvre et d'usage

Un **espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour** est nécessaire en chaque point du cheminement où un choix d'itinéraire est donné à l'utilisateur, ainsi que devant les portes d'entrée desservies par un cheminement accessible qui comportent un système de contrôle d'accès. Il correspond à un espace de 1,50 m de diamètre.

Un **espace de manœuvre de porte** est nécessaire de part et d'autre de chaque porte ou portillon situé le long du cheminement, à l'exception de ceux ouvrant uniquement sur un escalier, et à l'exception des portes des sanitaires non adaptés. La longueur minimum de l'espace de manœuvre de porte est de 1,70 m en cas d'ouverture en poussant et de 2,20 m en cas d'ouverture en tirant.

Un **espace d'usage** est nécessaire devant chaque équipement ou aménagement situé le long du cheminement afin d'en permettre l'atteinte et l'usage. Il correspond à un espace rectangulaire de 0,80 m x 1,30 m.

3. Sécurité d'usage

Le sol ou le revêtement de sol du cheminement accessible doit être **non meuble, non glissant, non réfléchissant et sans obstacle à la roue**.

Les **trous et fentes** situés dans le sol du cheminement doivent avoir une largeur ou un diamètre inférieur ou égal à 2 cm.

Le cheminement accessible doit être **libre de tout obstacle**. Afin d'être repérables, les éléments éventuels qui ne peuvent pas être mis en dehors du cheminement doivent répondre aux exigences suivantes :

- s'ils sont suspendus au-dessus du cheminement, laisser un passage libre d'au moins 2,20 m de hauteur au-dessus du sol ;
- s'ils sont implantés sur le cheminement, quelle que soit leur hauteur, ou en saillie latérale de plus de 15 cm sur le cheminement, comporter un élément de contraste visuel par rapport à leur environnement immédiat et un rappel tactile ou un prolongement au sol.

Lorsque le cheminement est bordé à une distance inférieure à 0,90 m par une rupture de niveau d'une hauteur de plus de 0,40 m, un dispositif de protection doit être implanté afin d'éviter les chutes.

Lorsqu'un escalier est situé dans un espace de circulation, la partie située en dessous de 2,20 m, si elle n'est pas fermée, doit être visuellement contrastée, comporter un rappel tactile au sol et être réalisée de manière à prévenir les dangers de chocs pour des personnes aveugles ou malvoyantes.

Les parois vitrées situées sur les cheminements ou en bordure immédiate de ceux-ci doivent être repérables par des personnes de toutes tailles à l'aide d'éléments visuels contrastés par rapport à l'environnement immédiat.

Toute volée d'escalier doit répondre aux exigences applicables aux escaliers des parties communes, à l'exception de la disposition concernant l'éclairage.

Lorsqu'un cheminement accessible croise un itinéraire emprunté par des véhicules, il doit comporter un élément permettant l'éveil de la vigilance des piétons au droit de ce croisement. Un marquage au sol et une signalisation doivent également indiquer aux conducteurs des véhicules qu'ils croisent un cheminement pour piétons.

Le cheminement doit posséder un éclairage adapté.

B. Stationnement

Tout parc de stationnement automobile intérieur ou extérieur à l'usage du public et dépendant d'un établissement recevant du public ou d'une installation ouverte au public doit comporter une ou plusieurs places de stationnement adaptées pour les personnes handicapées et réservées à leur usage. Ces places adaptées sont localisées à proximité de l'entrée, du hall d'accueil ou de l'ascenseur et reliées à ceux-ci par un cheminement accessible. Les emplacements adaptés et réservés sont signalés.

1. Nombre

Les places adaptées destinées à l'usage du public doivent **représenter au minimum 2% du nombre total de places** prévues pour le public. Le nombre minimal de places adaptées est arrondi à l'unité supérieure.

2. Repérage

Chaque place adaptée destinée au public doit être repérée par **un marquage au sol ainsi qu'une signalisation verticale**.

3. Caractéristiques dimensionnelles

Une place de stationnement adaptée doit correspondre à un espace horizontal au dévers près, inférieur ou égal à 2%. La **largeur minimale** des places adaptées doit être de **3,30 m**.

4. Atteinte et usage

S'il existe un contrôle d'accès ou de sortie du parc de stationnement, le système doit permettre à des personnes sourdes ou malentendantes ou des personnes muettes de signaler leur présence au personnel et d'être informées de la prise en compte de leur appel. En particulier et en l'absence d'une vision directe de ces accès ou sorties par le personnel : tout signal lié au fonctionnement du dispositif d'accès doit être sonore et visuel ; les appareils d'interphonie sont munis d'un système permettant au personnel de l'établissement de visualiser le conducteur.

Qu'elle soit à l'extérieur ou à l'intérieur du bâtiment, une place de stationnement adaptée doit se raccorder sans ressaut de plus de 2 cm au cheminement d'accès à l'entrée du bâtiment ou à l'ascenseur. Sur une longueur d'au moins 1,40 m à partir de la place de stationnement adaptée, ce cheminement doit être horizontal au dévers près.

Les places adaptées, quelle que soit leur configuration et notamment lorsqu'elles sont réalisées dans un volume fermé, sont telles qu'un usager en fauteuil roulant peut quitter l'emplacement une fois le véhicule garé.

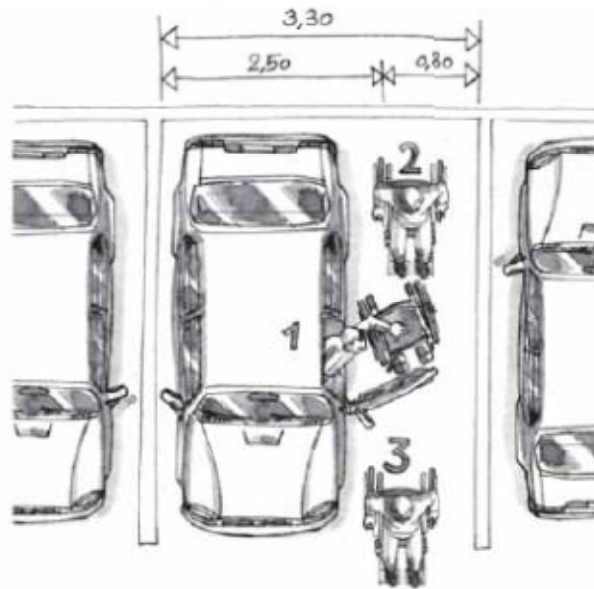


Figure 1 : Taille réglementaire d'une place de stationnement pour personne handicapée

C. Accès aux bâtiments

Le niveau d'accès principal à chaque bâtiment où le public est admis doit être accessible en continuité avec le cheminement extérieur accessible.

1. Repérage

Les entrées principales du bâtiment doivent être facilement repérables par des éléments architecturaux ou par un traitement utilisant des matériaux différents ou visuellement contrastés.

Tout dispositif visant à permettre ou restreindre l'accès au bâtiment ou à se signaler au personnel doit être facilement repérable visuellement par un contraste visuel ou une signalétique adaptée, et ne doit pas se trouver dans un espace sombre. L'utilisation du dispositif doit être la plus simple possible.

2. Atteinte et usage

Les systèmes de communication entre le public et le personnel ainsi que les dispositifs de commande manuelle mis à la disposition du public doivent répondre aux exigences suivantes :

- être situés à **plus de 0,40 m d'un angle rentrant** de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant ;
- être situés à une **hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m**.

Le système d'ouverture des portes doit être utilisable en position « debout » comme en position « assis ».

Lorsqu'il existe un dispositif de déverrouillage électrique, il doit permettre à une personne à mobilité réduite d'atteindre la porte et d'entamer la manœuvre d'ouverture avant que la porte ne soit à nouveau verrouillée.

Tout signal lié au fonctionnement d'un dispositif d'accès doit être sonore et visuel.

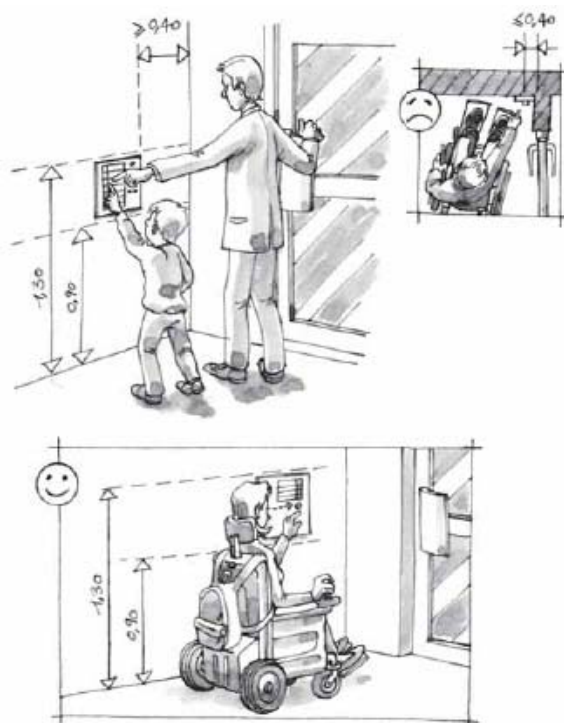


Figure 2: Schématisation de l'atteinte d'un dispositif de commande

D. Accueil

Tout aménagement, équipement ou mobilier situé au point d'accueil du public et nécessaire pour accéder aux espaces ouverts au public, pour les utiliser ou pour les comprendre, doit pouvoir être repéré, atteint et utilisé par une personne handicapée.

Les espaces ou équipements destinés à la communication doivent faire l'objet d'une qualité d'éclairage renforcée.

Les **banques d'accueil** doivent être utilisables par une personne en position « debout » comme en position « assis » et permettre la communication visuelle entre les usagers et le personnel. Lorsque des usages tels que lire, écrire, utiliser un clavier sont requis, une partie au moins de l'équipement doit présenter les caractéristiques suivantes :

- une **hauteur maximale de 0,80 m** ;
- un **vide en partie inférieure** d'au moins 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur permettant le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant.

Lorsque l'accueil est sonorisé, il doit être équipé d'un système de transmission du signal acoustique par induction magnétique, signalé par un pictogramme.

Les postes d'accueil doivent comporter un dispositif d'éclairage adapté.



Figure 3 : Schématisation d'une banque d'accueil

E. Circulations intérieures horizontales

Les circulations intérieures horizontales doivent être accessibles et sans danger pour les personnes handicapées. Les principaux éléments structurants du cheminement doivent être repérables par les personnes ayant une déficience visuelle.

Les usagers handicapés doivent pouvoir accéder à l'ensemble des locaux ouverts au public et en ressortir de manière autonome.

Les circulations intérieures horizontales doivent répondre aux exigences applicables au cheminement extérieur accessible, à l'exception des dispositions concernant :

- l'aménagement d'espaces de manœuvre avec possibilité de demi-tour pour une personne circulant en fauteuil roulant ;
- le repérage et le guidage ;
- le passage libre sous les obstacles en hauteur, qui est réduit à 2 m dans les parcs de stationnement.

F. Circulations intérieures verticales

Toute dénivellation des circulations horizontales supérieure ou égale à 1,20 m détermine un niveau décalé considéré comme un étage.

Lorsque le bâtiment comporte un ascenseur, tous les étages comportant des locaux ouverts au public doivent être desservis.

Lorsque l'ascenseur, l'escalier, ou l'équipement mobile n'est pas visible depuis l'entrée ou le hall du niveau principal d'accès au bâtiment, il doit y être repéré par une signalisation adaptée. Lorsqu'il existe plusieurs ascenseurs, escaliers ou équipements desservant de façon sélective les différents niveaux, cette signalisation doit aider l'utilisateur à choisir l'ascenseur ou l'escalier qui lui convient. Pour les ascenseurs, cette information doit figurer également à proximité des commandes d'appel.

1. Escaliers

Les escaliers doivent pouvoir être utilisés en sécurité par les personnes handicapées y compris lorsqu'une aide appropriée est nécessaire. La sécurité des personnes doit être assurée par des aménagements ou équipements facilitant notamment le repérage des obstacles et l'équilibre tout au long de l'escalier.

Les escaliers doivent répondre aux exigences suivantes, qu'il y est ou non un ascenseur.

a) Caractéristiques dimensionnelles

La **largeur minimale entre mains courantes** doit être de 1,20 m.

Les **marches** doivent répondre aux exigences suivantes :

- Hauteur inférieure ou égale à 16 cm ;
- Largeur du giron supérieure ou égale à 28 cm.

b) Sécurité d'usage

En haut de l'escalier, un **revêtement de sol** doit permettre l'éveil de la vigilance à une distance de 0,50 m de la première marche grâce à un contraste visuel et tactile.

La première et la dernière marche doivent être pourvues d'une **contremarche** d'une hauteur minimale de 10 cm, visuellement contrastée par rapport à la marche.

Les **nez de marches** doivent :

- être de couleur contrastée par rapport au reste de l'escalier ;
- être non glissants ;
- ne pas présenter de débord par rapport à la contremarche.

L'escalier doit comporter un dispositif d'éclairage adapté.



Figure 4: Schématisation des nez de marche

c) Atteinte et usage

L'escalier, quelle que soit sa conception, doit comporter une main courante de chaque côté. Toute **main courante** doit répondre aux exigences suivantes :

- être située à une hauteur comprise entre 0,80 m et 1,00 m. Toutefois, lorsqu'un garde-corps tient lieu de main courante, celle-ci devra être située pour des motifs de sécurité à la hauteur minimale requise pour le garde-corps ;
- se prolonger horizontalement de la longueur d'une marche au-delà de la première et de la dernière marche de chaque volée sans pour autant créer d'obstacle au niveau des circulations horizontales ;
- être continue, rigide et facilement préhensible ;
- être différenciée de la paroi support grâce à un éclairage particulier ou à un contraste visuel.

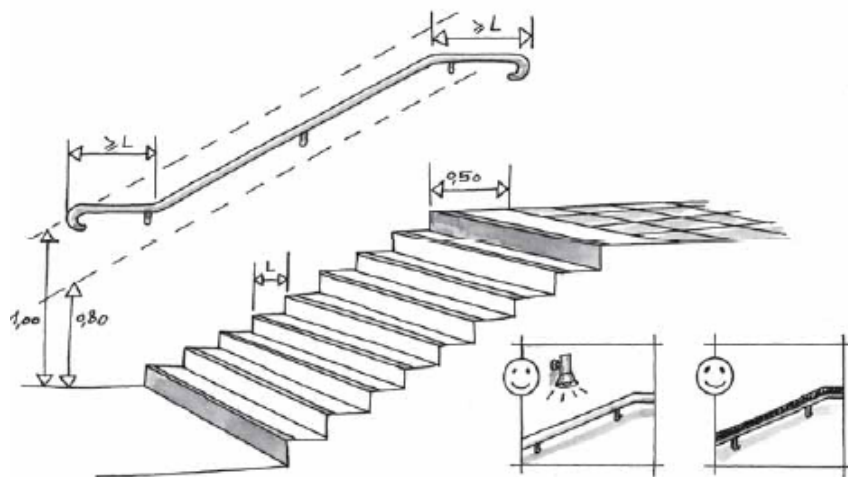


Figure 5: Schématisation de la réglementation concernant les mains courantes

2. Ascenseurs

Tous les ascenseurs doivent pouvoir être utilisés par les personnes handicapées. Les caractéristiques et la disposition des commandes extérieures et intérieures à la cabine doivent, notamment, permettre leur repérage et leur utilisation par ces personnes. Dans les ascenseurs, des dispositifs doivent permettre de prendre appui et de recevoir par des moyens adaptés les informations liées aux mouvements de la cabine, aux étages desservis et au système d'alarme.

A cette fin, les ascenseurs doivent être conformes à la norme NF EN 81-70 relative à l'accessibilité aux ascenseurs pour toutes les personnes y compris les personnes avec handicap.

Un ascenseur est obligatoire :

- si l'effectif admis aux étages supérieurs ou inférieurs atteint ou dépasse cinquante personnes
- lorsque l'effectif admis aux étages supérieurs ou inférieurs n'atteint pas cinquante personnes et que certaines prestations ne peuvent être offertes au rez-de-chaussée.

G. Revêtement des parois

Les revêtements de sol et les équipements situés sur le sol des cheminements doivent être sûrs et permettre une circulation aisée des personnes handicapées. Sous réserve de la prise en compte de contraintes particulières liées à l'hygiène ou à l'ambiance hygrométrique des locaux, les revêtements de sols, murs et plafonds ne doivent pas créer de gêne visuelle ou sonore pour les personnes ayant une déficience sensorielle.

A cette fin, les dispositions suivantes doivent être respectées :

- Qu'ils soient posés ou encastrés, les tapis fixes doivent présenter la dureté nécessaire pour ne pas gêner la progression d'un fauteuil roulant. Ils ne doivent pas créer de ressaut de plus de 2 cm.
- Les valeurs réglementaires de temps de réverbération et de surface équivalente de matériaux absorbants définies par les exigences acoustiques en vigueur doivent être respectées.

H. Portes, portiques et SAS

Toutes les portes situées sur les cheminements doivent permettre le passage des personnes handicapées et pouvoir être manœuvrées par des personnes ayant des capacités physiques réduites, y compris en cas de système d'ouverture complexe. Les portes comportant une partie vitrée importante doivent pouvoir être repérées par les personnes mal-voyantes de toutes tailles et ne pas créer de gêne visuelle.

Les sas doivent permettre le passage et la manœuvre des portes pour les personnes handicapées.

1. Caractéristiques dimensionnelles

Les portes principales desservant des locaux pouvant recevoir moins de 100 personnes doivent avoir une **largeur minimale de 0,90 m**.

Les portes des sanitaires non adaptés doivent avoir une largeur minimale de 0,80 m.

Un **espace de manœuvre de porte** est nécessaire devant chaque porte, à l'exception de celles ouvrant uniquement sur un escalier, et à l'exception des portes des sanitaires non adaptés.

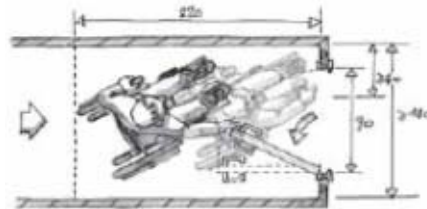


Figure 6 : Espace de manœuvre de porte en tirant avec accès de face

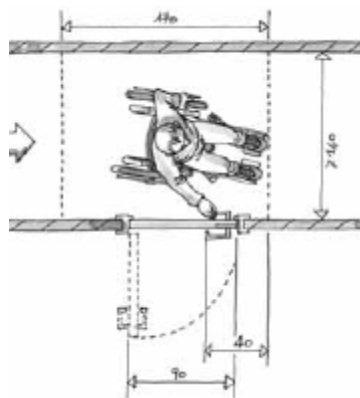


Figure 7 : Espace de manœuvre de porte en tirant avec accès latéral

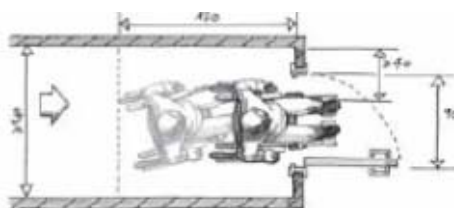


Figure 8 : Espace de manœuvre de porte en poussant avec accès de face

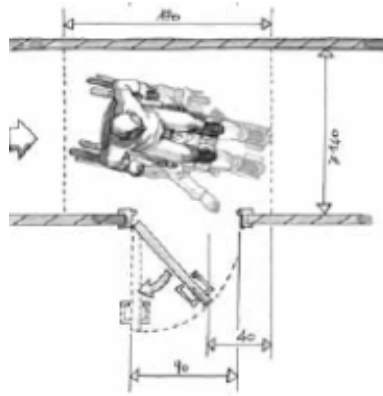


Figure 9: Espace de manœuvre de porte en poussant avec accès latéral

2. Atteinte et usage

Les poignées de porte doivent être facilement préhensibles et manœuvrables en position « debout » comme « assis » ainsi que par une personne ayant des difficultés à saisir et à faire un geste de rotation du poignet.

L'extrémité des poignées des portes, à l'exception de celles ouvrant uniquement sur un escalier, et à l'exception des portes des sanitaires non adaptées, doit être située à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant.

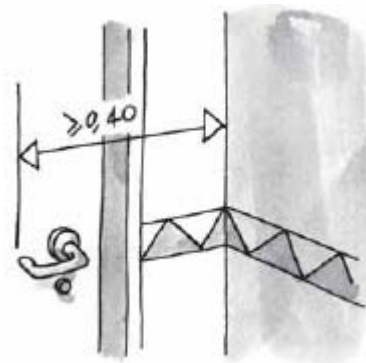


Figure 10: Schématisation de la position réglementaire d'une poignée de porte

Lorsqu'une porte est à ouverture automatique, la durée d'ouverture doit permettre le passage de personnes à mobilité réduite. Le système doit être conçu pour pouvoir détecter des personnes de toutes tailles.

Lorsqu'une porte comporte un système d'ouverture électrique, le déverrouillage doit être signalé par un signal sonore et lumineux. L'effort nécessaire pour ouvrir la porte doit être

inférieur ou égal à 50 N, que la porte soit ou non équipée d'un dispositif de fermeture automatique.

3. Sécurité d'usage

Les portes comportant une partie vitrée importante doivent être repérables ouvertes comme fermées à l'aide d'éléments visuels contrastés par rapport à l'environnement immédiat.

I. Equipements et dispositifs de commande

Les équipements, le mobilier, les dispositifs de commande et de service situés dans les établissements recevant du public doivent pouvoir être repérés, atteints et utilisés par les personnes handicapées. La disposition des équipements ne doit pas créer d'obstacle ou de danger pour les personnes ayant une déficience visuelle.

Pour être utilisable en position « assis », un équipement ou élément de mobilier doit présenter les caractéristiques suivantes :

- Hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m : pour une commande manuelle lorsque l'utilisation de l'équipement nécessite de voir, lire, entendre, parler
- Hauteur maximale de 0,80 m et vide en partie inférieure d'au moins 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur permettant le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant, lorsqu'un élément de mobilier permet de lire un document, écrire, utiliser un clavier.

J. Sanitaires

Chaque niveau accessible, lorsque des sanitaires y sont prévus pour le public, doit comporter au moins un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées circulant en fauteuil roulant et comportant un lavabo accessible.

Les cabinets d'aisances aménagés doivent être installés au même emplacement que les autres cabinets d'aisances lorsque ceux-ci sont regroupés.

Lorsqu'il existe des cabinets d'aisances séparés pour chaque sexe, un cabinet d'aisances accessible séparé doit être aménagé pour chaque sexe.

Les lavabos ou un lavabo au moins par groupe de lavabos doivent être accessibles aux personnes handicapées ainsi que les divers aménagements tels que notamment miroir, distributeur de savon, sèche-mains.

1. Caractéristiques dimensionnelles

Un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées doit :

- comporter, en dehors du débattement de porte, un **espace d'usage** accessible à une personne en fauteuil roulant, situé latéralement par rapport à la cuvette ;
- comporter un **espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour**, situé à l'intérieur du cabinet ou, à défaut, en extérieur devant la porte.

2. Atteintes et usage

Un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées doit présenter les caractéristiques suivantes :

- Il comporte un dispositif permettant de refermer la porte derrière soi une fois entré ;
- Il comporte un lave-mains dont le plan supérieur est situé à une hauteur maximale de 0,85 m ;
- La surface d'assise de la cuvette doit être située à une hauteur comprise entre 0,45 m et 0,50 m du sol, abattant inclus, à l'exception des sanitaires destinés spécifiquement à l'usage d'enfants ;
- Une **barre d'appui latérale** doit être prévue à côté de la cuvette, permettant le transfert d'une personne en fauteuil roulant et apportant une aide au relevage. La barre doit être située à une hauteur comprise entre 0,70 m et 0,80 m. Sa fixation ainsi que le support doivent permettre à un adulte de prendre appui de tout son poids.

Un **lavabo accessible** doit présenter un vide en partie inférieure d'au moins 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur permettant le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant. Le choix de l'équipement ainsi que le choix et le positionnement de la robinetterie doivent permettre un usage complet du lavabo en position assis.

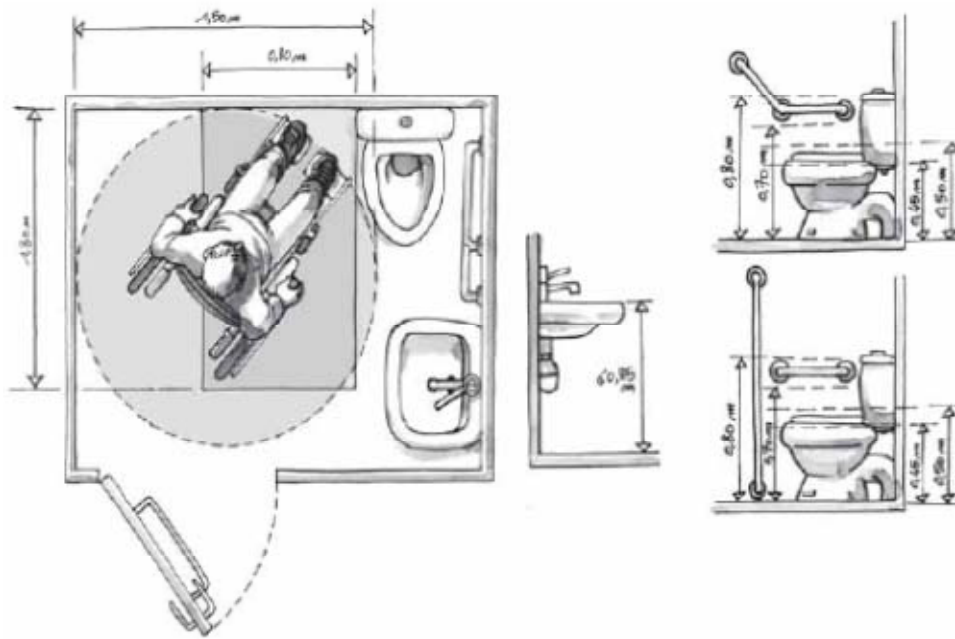


Figure 11 : Normes techniques concernant les sanitaires

K. Eclairage

La qualité de l'éclairage, artificiel ou naturel, des circulations intérieures et extérieures doit être telle que l'ensemble du cheminement est traité sans créer de gêne visuelle. Les parties du cheminement qui peuvent être source de perte d'équilibre pour les personnes handicapées, les dispositifs d'accès et les informations fournies par la signalétique font l'objet d'une qualité d'éclairage renforcée.

A cette fin, le dispositif d'éclairage artificiel doit permettre d'assurer des valeurs d'éclairement mesurées au sol d'au moins :

- 20 lux en tout point du cheminement extérieur accessible ;
- 200 lux au droit des postes d'accueil ;
- 100 lux en tout point des circulations intérieures horizontales ;
- 150 lux en tout point de chaque escalier et équipement mobile ;
- 50 lux en tout point des circulations piétonnes des parcs de stationnement ;
- 20 lux en tout autre point des parcs de stationnement.

AUTEUR : DOMARLE-BENOIT Emilie

Date de Soutenance : 13 Juin 2013

Titre de la Thèse : « Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite: état des lieux sur la ville d'Arras. »

Thèse, Médecine, Lille 2013

Cadre de classement : DES Médecine Générale

Mots-clés : Accessibilité, handicap, cabinets médicaux, médecine générale.

Résumé :

Contexte : La reconnaissance des droits des personnes handicapées a abouti en 2005 à la promulgation d'une loi pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi prône notamment l'accessibilité de tous les établissements recevant du public, dont les cabinets médicaux, à l'horizon 2015. Aucune étude ne s'est intéressée à l'état d'accessibilité des cabinets médicaux dans la Pas-de-Calais à deux ans de l'échéance de mise aux normes.

Méthode : Une enquête quantitative descriptive par observation directe a été réalisée auprès des 38 médecins généralistes libéraux, non homéopathes ou acupuncteurs, de la ville d'Arras.

Résultats : Le taux de participation était de 76,3%. Seul 20,7% des cabinets observés respectaient les normes d'accessibilité ou nécessitaient des aménagements minimes. Sur 16 critères d'accessibilité opposables, 6 cabinets avaient entre 14 et 16 points. La moyenne était de 10,2 et un cabinet sur 4 répondait à moins de 7 critères d'accessibilité. Uniquement 40% des médecins n'étant pas aux normes envisageaient la mise en conformité de leur cabinet alors qu'ils étaient 72% à connaître les normes et 69% à connaître l'échéance. L'aspect technique des travaux nécessaires et le coût engendré par la mise aux normes étaient deux freins à la mise en accessibilité respectivement cités par 65% et 35% des médecins. 54% d'entre eux seraient favorables à une aide financière. La possibilité d'examiner les patients à mobilité réduite à leur domicile représentait également un facteur limitant (65%). L'année de construction du cabinet avant 2005 s'est révélée être un facteur de risque de non-conformité des locaux.

Composition du Jury :

Président : Professeur André THEVENON

Assesseurs : Professeur François PUISIEUX

Docteur Marc BAYEN

Docteur Nassir MESSAADI (Directeur)