UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Cabinet médical fonctionnel :

Etat des lieux de l'organisation, de l'ergonomie et de l'accessibilité

Présentée et soutenue publiquement le 28 avril 2015 à 18 heures
Au Pôle Formation

Par Aurélie Danel

_____

JURY
Président :
Monsieur le Professeur Rémi Besson
Assesseurs :
Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva
Madame le Docteur Sofia Danel
Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur Philippe Hannequart

_____

Liste des abréviations

ADAP Agenda d'accessibilité programmé

ERP Etablissement recevant du public

HAS Haute Autorité de Santé

PMR Personne à mobilité réduite

URPS Union Régionale des professionnels de santé

Table des matières

Résumé **1**

Introduction **2**

Matériels et méthodes **4**

I. Conception du questionnaire 4

II. Echantillon 5

III. Déroulement de l'enquête 5

IV. Analyse des données 5

Résultats **6**

I. Participation à l'enquête 6

II. Analyse descriptive de l'organisation du cabinet médical 6

A. Généralités 6

a. sexe 6

b. âge 7

c. type d'exercice 7

d. lieu d'exercice 8

e. type de cabinet 8

B. Accessibilité 9

a. réalisation du diagnostic d'accessibilité 9

b. rampe d'accès 9

c. places de stationnement 10

d. places handicapées 10

e. présence d'un étage 11

f. présence d'un autre lieu d'examen 11

g. largeur des portes adaptées 12

h. présence de toilettes 12

i. présence de toilettes adaptées 13
j. présence d'un lave-main 13
k. lave-main adapté..... 14
C. Ergonomie..... 14
a. lave-main en salle d'examen..... 14
b. murs et sols lessivables 15
c. surface du cabinet..... 15
d. zone administrative et d'examen..... 16
e. possibilité de faire le tour table examen..... 16
f. table d'examen accessible 17
g. intimité du patient..... 17
h. éclairage satisfaisant 18
i. éclairage adapté aux soins 18
j. isolation phonique 19
k. espace enfant en salle d'attente..... 19
l. salle d'attente adaptée PMR 20
m. salle d'attente adaptée mode d'exercice ... 20
D. Satisfaction globale 21
III. Analyse des facteurs de risques d'absence de réalisation du diagnostic d'accessibilité 22
A. Diagnostic d'accessibilité et sexe 22
B. Diagnostic d'accessibilité et âge..... 23
C. Diagnostic d'accessibilité et type d'exercice..... 24
D. Diagnostic d'accessibilité et lieu d'exercice..... 25
E. Diagnostic d'accessibilité et type de cabinet 26

Discussion **27**

I. Critique de la méthode 27

A. Questionnaire 27

B. Recueil des données 28

C. Echantillon 28

II. Discussion des résultats 29

A. Echantillon étudié 29

a. sexe 29

b. âge 29

c. type d'exercice 29

d. lieu d'exercice 29

e. type de cabinet 29

B. Accessibilité 30

a. legislation 30

b. stationnement 31

c. rampe d'accès 32

d. étages 32

e. largeur des portes 33

f. sanitaires 33

C. Ergonomie 34

a. surface 34

b. hygiène 35

c. éclairage 36

d. isolation phonique 37

e. salle d'attente 37

D. Critères de réalisation du diagnostic d'accessibilité 38

Conclusion **39**

Références bibliographiques **40**

Annexe **42**

RESUME

Le but de cette thèse était de réaliser un état des lieux de l'organisation, de l'accessibilité, et de l'ergonomie des cabinets de médecine générale.

Un questionnaire a été envoyé afin de réaliser cet état des lieux. 190 médecins généralistes ont été inclus dans cette étude. L'analyse statistique a été réalisée par le service du docteur Chazard de la plateforme d'aide méthodologique.

Cette étude met en évidence que l'accessibilité, initialement exigible au 1 janvier 2015, est loin d'être atteinte. Seul 31% des médecins de l'échantillon ont fait réaliser leur diagnostic d'accessibilité. L'exercice en cabinet pluridisciplinaire favorise la réalisation du diagnostic d'accessibilité. 50% des parkings sont accessibles aux personnes handicapées. 85% des cabinets possèdent des largeurs de portes adaptées au passage de fauteuils roulants. 95% des cabinets sont équipés de toilettes et seuls 43% d'entre eux sont accessibles aux personnes handicapées. Les cabinets médicaux étudiés sont organisés de manière fonctionnelle. 90% des médecins de l'échantillon estiment la surface de leur cabinet médical satisfaisante. Dans 78% des cabinets, il est possible de faire le tour de la table d'examen. 94% des médecins interrogés sont satisfaits de l'éclairage de leur cabinet médical et 87% possèdent un éclairage adapté aux soins. Moins de la moitié des salles d'attente possèdent un espace réservé aux enfants et seules 60% d'entre elles sont accessibles aux personnes handicapées. 96% d'entre elles sont adaptées au mode d'exercice du médecin. 93% des médecins sont satisfaits de l'organisation de leur cabinet médical.

INTRODUCTION

Le temps de travail hebdomadaire moyen d'un médecin généraliste est estimé à 57h(1) avec des disparités importantes selon les médecins. Les médecins généralistes passent donc de nombreuses heures par semaine au sein de leur cabinet, il apparait donc essentiel que celui-ci soit aménagé de façon pratique et confortable.

En France en 2008, on estimait à 9.6 millions le nombre de personnes handicapées (2) tous handicaps confondus. Le cabinet médical doit permettre un accueil de tous les patients, en limitant au maximum les difficultés d'accès.

La délégation interministérielle aux personnes handicapées définit l'accessibilité selon les termes suivants :

« L'accessibilité permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire supprimant, les discordances entre les capacités, les besoins et les souhaits d'une part, et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement d'autre part. L'accessibilité requiert la mise en œuvre des éléments complémentaires, nécessaires à toute personne en incapacité permanente ou temporaire pour se déplacer et accéder librement et en sécurité au cadre de vie ainsi qu'à tous les lieux, services, produits et activités. La société, en s'inscrivant dans cette démarche d'accessibilité, fait progresser également la qualité de vie de tous ses membres. »

L'ergonomie est définie par l'Association Internationale d'Ergonomie (IEA) comme une « discipline scientifique qui vise la compréhension fondamentale des interactions entre les humains et les autres composantes d'un système, et la profession qui applique principes théoriques, données et méthodes en vue d'optimiser le bien-être des personnes et la performance globale des systèmes. »

L'intérêt d'un agencement adéquat du cabinet est d'optimiser le temps de travail, de permettre de répondre aux normes d'hygiène et de sécurité et d'être confortable pour le médecin et pour le patient.

Ces éléments doivent être pensés tout au long du cheminement du patient.

L’objectif principal de notre travail était de réaliser un état des lieux de l’organisation, de l’architecture, de l’ergonomie et de l’accessibilité des cabinets médicaux en France. L’objectif secondaire était de réaliser une recherche exploratoire des déterminants socio-démographiques amenant à la réalisation du diagnostic d’accessibilité.

MATERIELS ET METHODES

I. Conception du questionnaire

La majorité des questions sont de type binaire (oui/non) afin de diminuer le temps de réponse au questionnaire et ainsi d'optimiser le nombre de retours.

Il est scindé en différentes parties (annexe 1) :

La première partie s'intéresse aux caractéristiques générales du médecin :

- Son âge
- Son sexe
- Son type d'exercice (seul ou en groupe)
- Son lieu d'exercice (rural semi rural urbain)
- Son type de cabinet (neuf ou ancien)

La deuxième partie relevait dans un premier temps de l'accessibilité :

- Réalisation du diagnostic d'accessibilité
- Présence des différents équipements permettant l'accessibilité du cabinet (rampe d'accès, places de parking adaptées, toilettes adaptées, largeur des portes adaptées)

On retrouve ensuite des questions en rapport avec l'ergonomie du cabinet :

- Présence d'un lave-main dans la salle d'examen
- Présence de murs et sols lessivables
- Surface satisfaisante du cabinet médical
- Division du cabinet médical en zone administrative et zone de soins
- Possibilité de se déplacer autour de la table d'examen
- Pudeur du patient respectée
- Eclairage adapté

La partie suivante relève de l'organisation de la salle d'attente :

- Isolation phonique entre le cabinet et la salle d'attente
- Salle d'attente accessible aux PMR
- Espace dédié aux enfants en salle d'attente
- Salle d'attente adaptée au mode d'exercice

La dernière question porte sur la satisfaction du médecin par rapport à l'organisation de son cabinet médical.

II. ECHANTILLON

Cette étude a été réalisée auprès de 350 médecins de France métropolitaine. Un tirage au sort a été réalisé d'après la base de données de la plate-forme méthodologique.

III. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

Les questionnaires ont été envoyés en enveloppe pré-imprimée avec une enveloppe retour timbrée. Le recueil de données s'est déroulé entre le 01 novembre 2014 et le 05 janvier 2015.

IV. ANALYSE DES DONNEES

Les données issues des questionnaires ont été retranscrites dans un tableau Excel. Chaque retour de questionnaire correspond à une ligne, et chaque question correspond à une colonne. Cela permet donc une analyse quantitative des données.

L'analyse a été réalisée par l'équipe du Dr Chazard, du pôle de santé publique du CHRU de Lille. Les données ont fait l'objet d'une analyse descriptive uni-variée, les résultats seront présentés sous forme de camembert, diagramme en bâton et box-plot. L'intervalle de confiance est de 95%. La recherche d'association entre la réalisation du diagnostic d'accessibilité et le sexe, le lieu d'exercice, le type d'exercice, le type de cabinet a été réalisée par des test du chi2. La recherche d'association entre l'âge et la réalisation du diagnostic d'accessibilité a été réalisée par un test de Student.

RESULTATS

I. Participation à l'enquête

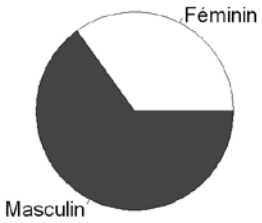
L'échantillon initial était de 350 médecins généralistes exerçant en France métropolitaine. Nous avons eu un retour de 195 questionnaires dont 190 questionnaires exploitables. En effet, 2 questionnaires sont revenus incomplets, 3 médecins n'exerçaient pas ou plus en tant que médecin généraliste. Ce qui nous donne un taux de participation de 54%.

II. Analyse descriptive de l'organisation du cabinet médical

A. Généralités

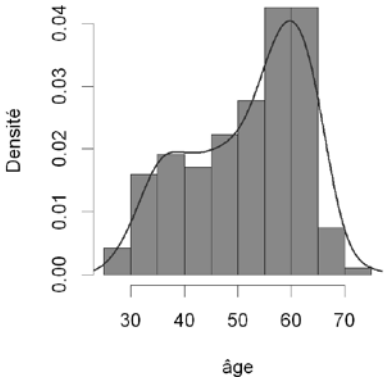
a. Sexe

Parmi les médecins de l'échantillon 65% étaient des hommes soit 123 et 35% étaient des femmes soit 66, 1 ne s'est pas prononcé.



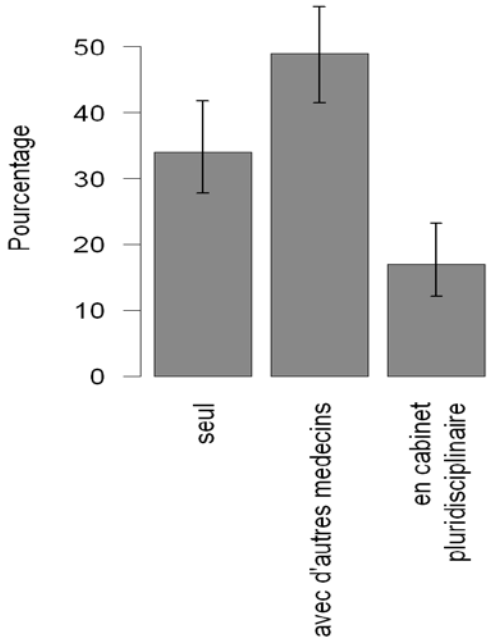
b. Age

L'âge médian était de 54.5 ans, pour une moyenne de 51.9 ans, le médecin le plus jeune avait 28 ans et le plus âgé 74 ans.



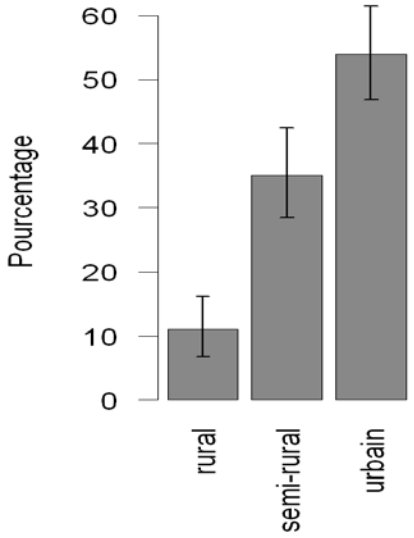
c. Type d'exercice

Le type d'exercice le plus représenté était l'exercice en cabinet de groupe mono-disciplinaire (avec d'autres médecins généralistes) (49%), puis l'exercice seul (34%) et enfin l'exercice en cabinet pluridisciplinaire (17%).



d. Lieu d'exercice

Le lieu d'exercice le plus représenté était celui en milieu urbain (54%), puis en milieu semi-rural (35%) et enfin en milieu rural (11%).



e. Type de cabinet

Le type de cabinet le plus représenté était celui en ancienne habitation aménagée (63%). Les nouvelles constructions représentaient 37% des cabinets.

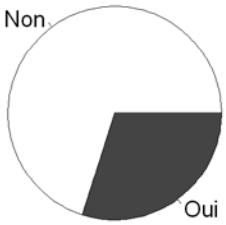
B. Accessibilité

a. Réalisation du diagnostic d'accessibilité

Sur l'échantillon, 57 médecins soit 31% de l'échantillon ont fait réaliser leur diagnostic d'accessibilité.

b. Présence d'une rampe d'accessibilité

L'étude révèle que 70% des cabinets ne sont pas équipés d'une rampe d'accès.

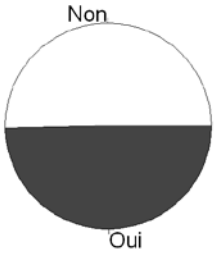


c. Place de stationnement

118 des cabinets de l'échantillon soit 62% sont équipés d'un parking

d. Places handicapées

Parmi les cabinets équipés d'un parking, 50% soit 77 cabinets possèdent des places handicapées.

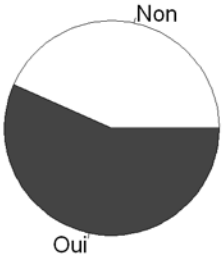


e. Présence d'un étage

Seuls 29% des cabinets de l'échantillon, soit 55 cabinets possèdent un étage.

f. Présence d'un autre lieu d'examen

Parmi les cabinets avec étage, 38 cabinets, soit 57% peuvent accueillir les patients dans un autre lieu



g. Largeur des portes adaptées

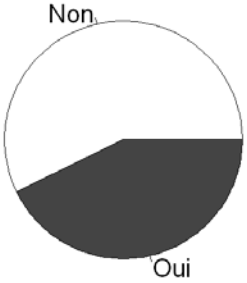
83% des cabinets de l'échantillon soit 85% possèdent une largeur des portes adaptées

h. Toilettes patients

95% des cabinets possèdent des toilettes à disposition des patients

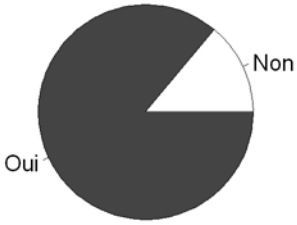
i. Toilettes adaptées

Parmi les cabinets possédant des toilettes à disposition des patients, 43% soit 77 cabinets sont accessibles aux personnes handicapées



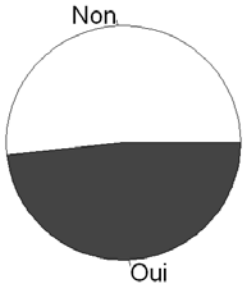
j. Lave main

86% des cabinets possédant des toilettes sont équipés d'un lave-main (148 cabinets)



k. Lave main adapté

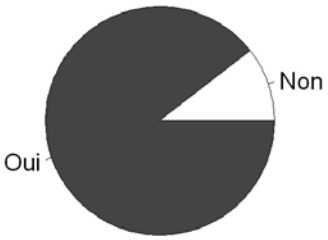
Parmi les cabinets possédant un lave-main, 48%, sont accessibles aux PMR



C. Ergonomie

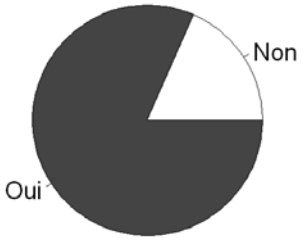
a. Lave-main en salle d'examen

On retrouve que 89% des cabinets sont équipés d'un lave-main en salle d'examen



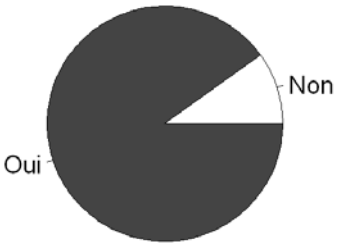
b. Murs et sols lessivables

155 cabinets de l'échantillon, soit 82%, possèdent des murs et sols lessivables



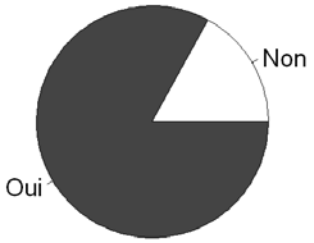
c. Surface cabinet

90% des médecins de l'échantillon estiment que la surface de leur cabinet est satisfaisante



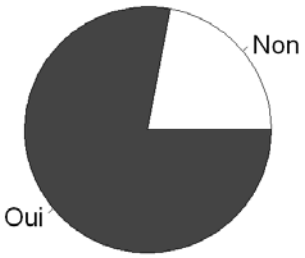
d. Zones administratives et d’examen

82% des cabinets possèdent une séparation entre la zone administrative et la zone d’examen



e. Possibilité de faire le tour de la table d’examen

Dans 148 des cabinets de l’échantillon, il est possible de faire le tour de la table d’examen (78%)

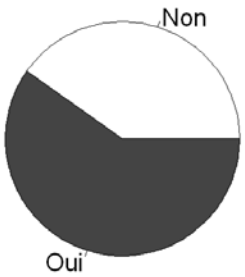


f. Table d’examen accessible

92% des cabinets sont équipés d’une table d’examen facilement accessible

g. intimité du patient

59% des médecins de l’échantillon estiment que l’intimité de leur patient est respectée au sein de leur cabinet

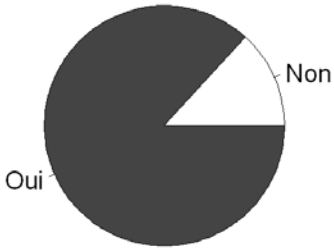


h. Eclairage satisfaisant

Dans cette étude on retrouve que 94% des médecins pensent que leur est éclairage satisfaisant

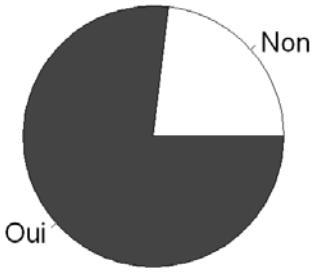
i. Eclairage adapté aux soins

87% des cabinets de l'échantillon, soit 164 cabinets possèdent un éclairage adapté aux soins



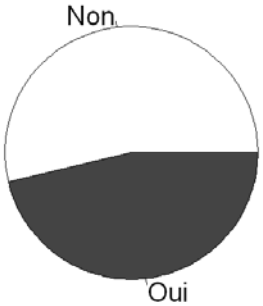
j. Isolation phonique

76% des cabinets étudiés possèdent une isolation phonique entre le cabinet médical et la salle d'attente



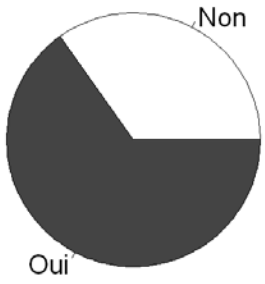
k. Espace enfant en salle d'attente

Quasiment la moitié des cabinets de l'étude (46%) possèdent un espace enfant en salle d'attente



l. Salle d’attente adaptée aux PMR

65% des salles d’attente, soit 120 salles d’attente de l’échantillon sont adaptées aux PMR



m. Salle d’attente adaptée au mode d’exercice

95% des salles d’attente sont adaptés au mode d’exercice

D. Satisfaction globale

Dans cette étude on retrouve que 92% des médecins interrogés sont satisfaits de l'organisation de leur cabinet

III. Analyse des facteurs de risque d'absence de réalisation du diagnostic d'accessibilité

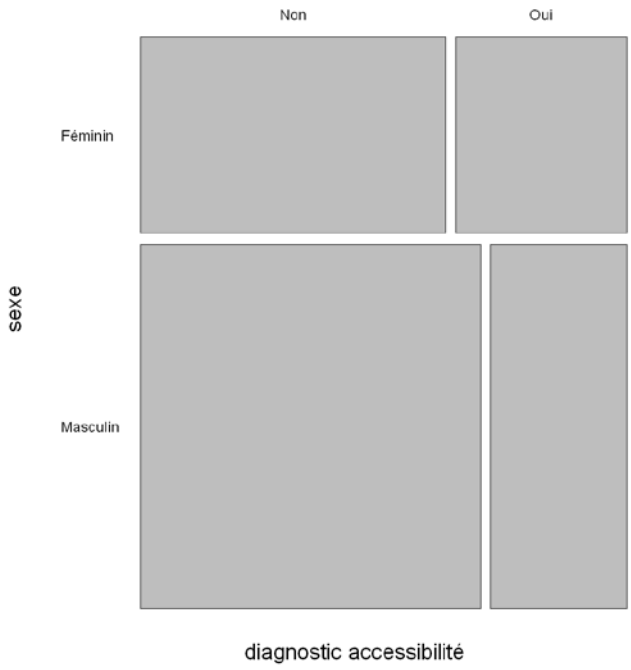
Un lien entre l'absence de réalisation du diagnostic d'accessibilité et les différentes caractéristiques propres aux médecins semblait intéressant à analyser.

A. Diagnostic d'accessibilité et sexe

	Non	Oui	Total
Féminin	41 (64.06%)	23 (35.94%)	64
Masculin	85 (71.43%)	34 (28.57%)	119
Total	126	57	183

test du chi2 : **p = 0.305**

Suite à la réalisation d'un test du Chi2, il n'est pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre la réalisation du diagnostic d'accessibilité et le sexe du médecin généraliste p>0.05

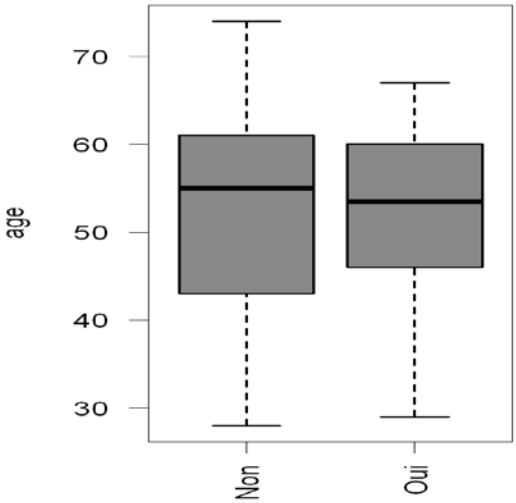


B. Diagnostic d'accessibilité et âge

	Non	Oui
Effectif	126	56
Moyenne	52.357	51.571
Ecart.type	10.805	10.047
Minimum	28	29
Mediane	55	53.5
Maximum	74	67

Test de Student : **p = 0.644**

Suite à la réalisation d'un test de Student, il n'est pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre l'âge des médecins généralistes et la réalisation du diagnostic d'accessibilité p=0.644 (p>0.05)



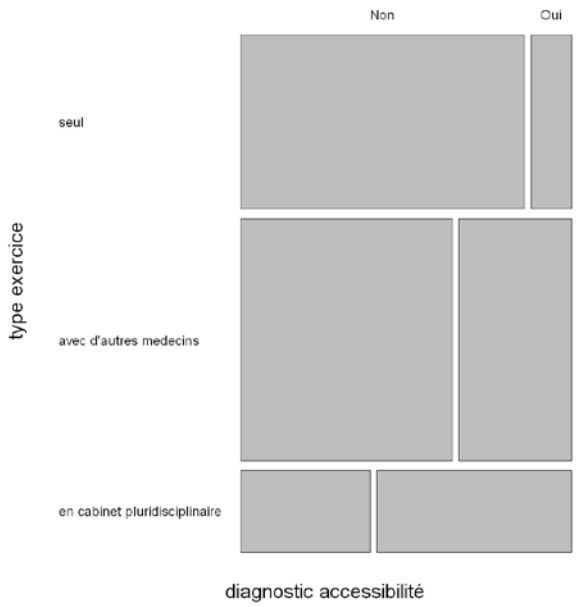
C. Diagnostic d'accessibilité et type d'exercice

	Non	Oui	Total
seul	56 (87.5%)	8 (12.5%)	64
avec d'autres medecins	58 (65.17%)	31 (34.83%)	89
en cabinet pluridisciplinaire	12 (40%)	18 (60%)	30
Total	126	57	183

test du chi2 : **p = 1.25e-05**

Suite à la réalisation d'un test du Chi2, on a mis en évidence une association significative entre le type d'exercice et la réalisation du diagnostic d'accessibilité $p=1.25^{e}$ -0.5 ($p<0.05$).

Ainsi, on retrouve que les médecins exerçant en cabinet pluridisciplinaire sont les plus susceptibles d'avoir réalisé leur diagnostic d'accessibilité.

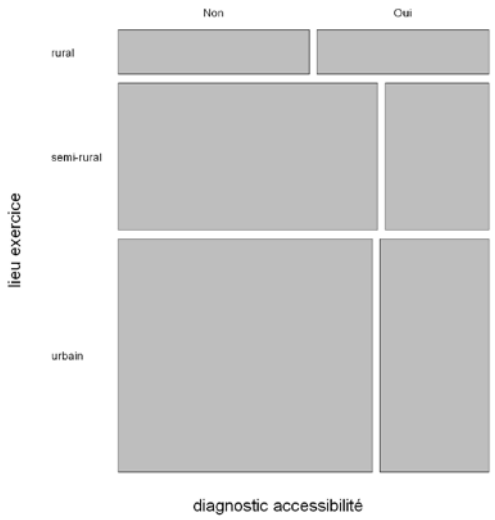


D. Diagnostic d'accessibilité et lieu d'exercice

	Non	Oui	Total
rural	10 (52.63%)	9 (47.37%)	19
semi-rural	45 (71.43%)	18 (28.57%)	63
urbain	70 (70%)	30 (30%)	100
Total	125	57	182

test du chi2 : **p = 0.276**

Suite à la réalisation d'un test du Chi2, il n'a pas été mis en évidence d'association significative entre la réalisation du diagnostic d'accessibilité et le lieu d'exercice p= 0.276 (p>0.05)

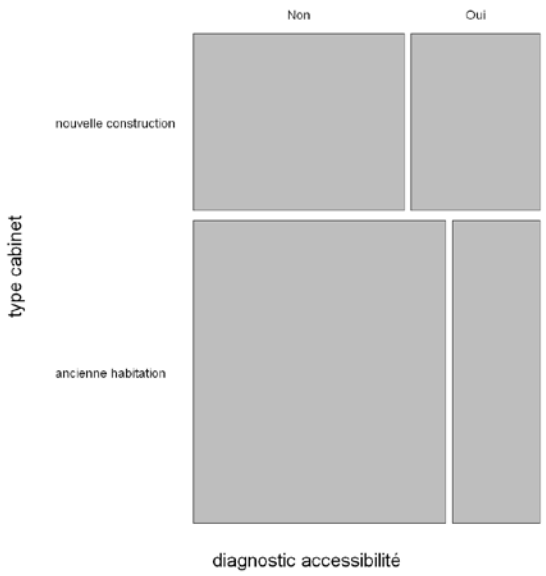


E. Diagnostic d'accessibilité et type de cabinet

	Non	Oui	Total
nouvelle construction	41 (62.12%)	25 (37.88%)	66
ancienne habitation	84 (74.34%)	29 (25.66%)	113
Total	125	54	179

test du chi2 : **p = 0.0858**

La réalisation d'un test du Chi2 n'a pas mis en évidence d'association significative entre la réalisation du diagnostic d'accessibilité et le type de cabinet p=0.085 (p>0.05)



DISCUSSION

Cette étude a permis de répondre à l'objectif principal qui était de faire un constat sur l'organisation des cabinets médicaux. L'objectif secondaire a également été atteint, à savoir faire une recherche exploratoire des déterminants socio-démographiques de la réalisation du diagnostic d'accessibilité.

I. Critique de la méthode

A. Questionnaire

Le questionnaire était composé majoritairement de questions de type binaire afin de faciliter le temps de remplissage et d'optimiser le nombre de réponses. Ce type de question permettait également une analyse comparative facile des différents questionnaires.

Cependant, l'absence de questions ouvertes ne permet pas une analyse qualitative des différents cabinets médicaux.

Le questionnaire aurait pu être amélioré sur plusieurs points :

- Réalisation de sous parties plus claires. Les définitions d'ergonomie, d'accessibilité, d'organisation s'enchevêtrant parfois, nous avons eu des difficultés à définir des sous-parties bien claires au niveau du questionnaire.
- Précision sur les normes (largeur des portes, …). Nous aurions pu préciser les normes d'accessibilité dans les questions. Cependant, les médecins utilisant quotidiennement leurs locaux, nous avons choisi de ne pas alourdir le questionnaire par ces normes, en partant du principe que les médecins savaient parfaitement si un fauteuil roulant pouvait entrer ou non dans leur cabinet.

- Il aurait été intéressant de réaliser des questions à choix multiples sur les motifs de non réalisation du diagnostic d'accessibilité ou l'absence d'aménagement adéquat mais cela aurait considérablement alourdi le questionnaire. Cependant certains médecins ont laissé des remarques à ce sujet. Ce que nous retenons de ces commentaires c'est que la plupart des médecins n'ayant pas réalisé leur diagnostic d'accessibilité expliquent qu'ils se déplacent au domicile des patients ne pouvant accéder au cabinet médical. Plusieurs médecins précisaient également qu'ils ne possédaient pas de rampe d'accès car ils étaient en plain-pied ou en rez-de-chaussée.

B. Recueil de données

Le choix d'envoyer les questionnaires par voie postale avec une enveloppe pré-timbrée permettait de garantir un nombre satisfaisant de retours. Cependant, les médecins n'ont pas été recontactés après l'envoi des questionnaires, ceci a peut-être réduit le nombre de réponses que l'on aurait pu attendre. Dans la mesure où les questionnaires nous sont revenus de façon anonyme, il semblait difficile de recontacter les médecins n'ayant pas répondu.

C. Echantillon

L'échantillon initial était composé de 350 médecins, ce qui est représentatif.

Parmi les 350 questionnaires envoyés, 195 questionnaires sont revenus, dont 190 questionnaires exploitables. Le taux de participation est donc de 54% prouvant un intérêt certain des médecins généralistes pour ce sujet.

II. Discussion des résultats

A. Echantillon étudié

a. Sexe

L'échantillon étudié est constitué de 190 médecins, 35% de femmes, 65% d'hommes. Ce qui est assez proche de la densité médicale en 2014, retrouvant 57% d'hommes et 43% de femmes (3). Les nouveaux inscrits quant à eux sont 58% de femmes.

b. Age

L'âge moyen retrouvé est de 51 ans ce qui encore une fois est proche de la moyenne nationale (3) : 53 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes.

c. Type d'exercice

Le type d'exercice le plus représenté est l'exercice avec d'autres médecins généralistes 48%, ces chiffres sont un peu éloignés de la moyenne nationale. Au niveau national, on retrouve que 34% (3) des médecins exercent en cabinet de groupe mono-disciplinaire, les cabinets pluridisciplinaires restent quant à eux marginaux. Le développement des maisons de santé pluridisciplinaire est un des projets envisagés pour assurer une présence médicale dans les zones de déserts médicaux.

d. Lieu d'exercice

Le mode d'exercice le plus représenté est celui en milieu urbain. Le problème des déserts médicaux prend de plus en plus d'ampleur et nombre de départements sont actuellement sous-dotés en médecins généralistes. Des pistes sont actuellement étudiées (aides à l'installation, défiscalisation, décentralisation des facultés).

e. Type de cabinet

Cette enquête retrouve qu'une majorité (61%) de cabinet sont des anciennes habitations aménagées. Ces cabinets sont particulièrement concernés par la question de la mise en accessibilité. En effet, les nouveaux cabinets doivent être construits de manière à être accessibles, les anciennes habitations aménagées doivent être rendues accessibles selon les critères qui seront expliqués dans le chapitre suivant. Aménager de l'existant peut donc être beaucoup plus complexe que créer un cabinet neuf.

B. Accessibilité

a. Législation

Le cabinet médical relève, en tant qu'ERP de cinquième catégorie, de la loi pour l'égalité des droits et des chances n°2005-102 du 11 février 2005.

L'accessibilité du cabinet médical était initialement exigible au 01 janvier 2015, cependant devant le retard des délais ont été accordés.

Actuellement, si les cabinets sont inaccessibles, il faut déposer un ADAP avant le 01/10/15. Les travaux devront se faire sur une durée de trois ans maximum.

L'objectif de cette loi est la prise en compte de tous les handicaps, qu'ils soient sensoriels, moteurs ou mentaux.

Le diagnostic d'accessibilité est réalisé par un expert, en général indépendant.

Toute nouvelle construction depuis le premier janvier 2007 doit répondre aux normes d'accessibilité.

Il est important de noter que l'accessibilité incombe au propriétaire de l'établissement, ainsi un médecin locataire n'a pas à réaliser les travaux.

Il existe quelques cas de dérogations pour l'absence de mise en accessibilité du cabinet médical.

Les demandes de dérogation se font auprès du préfet sur demande justifiée :

- Impossibilité technique
- Préservation du patrimoine architectural
- Disproportion entre les améliorations apportées et les conséquences excessives sur l'activité de l'établissement

Evidemment pour une construction neuve aucune dérogation ne peut être demandée.

Les conséquences d'une absence d'accessibilité en dehors des dérogations sont lourdes (4) :

- Si on ne présente pas d'ADAP en temps et en heure : 1500 euros d'amende
- Si on ne réalise pas les travaux d'accessibilité : 45000 euros d'amende et fermeture administrative de l'établissement, et jusque 6 mois de prison en cas de récidive.

Cette étude permet de constater que plus de 2/3 des médecins (69%) n'ont pas réalisé leur diagnostic d'accessibilité. Les motifs de non réalisation n'ont pas été recherchés, mais d'autres études ont été réalisées à la recherche des freins éventuels, notamment une étude de l'URPS de la région Rhône-Alpes (5). Les arguments principaux retrouvés dans cette étude : *« le coût probable des travaux nécessaires pour la mise aux normes (cité par 47,2%), le manque de temps (45,1%) et la complexité des démarches administratives (41,2%). D'autres motifs sont cités par les médecins dans une bien moindre mesure, notamment le départ à la retraite (7,3%) »*

b. Le stationnement

Dans cette étude, on constate que 62% des cabinets sont équipés d'un parking, et parmi ceux-ci à peu près la moitié possèdent des places handicapées. Il existe donc une partie des cabinets qui ne répond pas aux obligations d'avoir des places handicapées. Il n'y a pas d'obligation de prévoir un stationnement en regard du cabinet médical mais dès lors qu'il y a un espace stationnement, 2% des places doivent être des places handicapées (6). Pour un cabinet médical avec un parking, il doit y avoir au moins une place handicapée. Les places handicapées doivent être le plus proche de l'entrée principale. Elles doivent être signalées par un marquage au sol et par un signalement vertical. Evidemment si le parking est fourni par la mairie, c'est à elle de fournir les places handicapées.

c. La rampe d'accès

Dans cette étude, on retrouve que dans leur majorité les cabinets (68%) ne possèdent pas de rampe d'accès. Cependant, ce résultat est biaisé, car une partie de ces cabinets ne nécessitent pas un tel équipement.

L'accessibilité concerne d'abord l'entrée principale (7). Si celle-ci n'est pas accessible, il est possible d'utiliser une entrée dissociée.

Les possibilités d'accès sont les suivantes :

- plain-pied, un écart de niveau maximum de 4cm est toléré
- présence d'une rampe permanente intégrée à l'établissement, avec une pente de 6%, pouvant aller jusque 10% sur une distance de 2m maximum et jusque 12% sur une distance de 0.50m.
- présence d'une rampe maçonnée construite à l'extérieur de l'établissement, avec les mêmes contraintes,
- présence d'une rampe amovible avec une sonnette en extérieur, avec les mêmes contraintes.

Evidemment si la mise en accessibilité de l'entrée principale n'est pas réalisable, le reste de l'établissement n'a pas à être accessible.

d. Les étages

Peu de cabinets médicaux possèdent un étage (29%) et dans la majorité des cas (57%), ces cabinets peuvent recevoir les patients dans un autre lieu.

Les ascenseurs sont obligatoires au sein des ERP si ceux-ci peuvent accueillir simultanément 50 personnes ou plus en étage, ou si il n'y a pas d'autre lieu où recevoir les patients qu'un étage (8).

e. Largeur des portes

Dans cette étude, une grande majorité (83%) des médecins estiment avoir une largeur de porte suffisante pour accueillir leurs patients. Les portes doivent présenter une largeur de 0.90m, avec un passage utile minimum de 0.83m (pour les ERP recevant moins de 100 personnes). On doit retrouver un espace de manœuvre de chaque côté des portes. Une tolérance est admise pour les ERP existants en cas de contrainte structurelle, le passage utile peut être réduit à 0.77m (9). Il est à noter qu'une largeur de 77cm ne permet pas à tous les fauteuils roulants ni même à toutes les poussettes de passer : en effet, une personne en fauteuil roulant occupe un espace au sol moyen de 90cm, une personne en cannes occupe un espace moyen de 75 à 90cm (10).

f. Les sanitaires

95% des cabinets de l'échantillon possèdent des toilettes à destination des patients, un peu moins de la moitié de ceux-ci (43%) sont accessibles aux personnes handicapées. Parmi les cabinets possédant des toilettes à disposition des patients, 86% possèdent un lave-main et seuls 48% de ces lave-mains sont accessibles aux PMR. Ces chiffres nous montrent qu'il y a encore un grand travail à effectuer pour obtenir l'accessibilité des sanitaires à destination des patients.

Les sanitaires doivent présenter au minimum une largeur de porte de 83cm et un passage utile de 77cm. Ils doivent posséder une barre de transfert. Ils doivent aussi présenter un espace de manœuvre mais celui-ci peut se trouver à l'extérieur des toilettes si besoin est (11)

Il est à noter qu'il n'y a pas d'obligation d'avoir des sanitaires, mais s'il y en a, ils doivent forcément être accessibles.

C. Ergonomie :

Lors de l'aménagement ou de la création du cabinet médical, il est important de penser au cheminement du patient à travers tout le cabinet, éviter les obstacles inutiles, les changements de niveaux, avoir un espace de manœuvre autour du bureau et autour de la salle d'examen.

a. Surface.

Un pourcentage important des médecins de l'échantillon étudié (90%) s'estime satisfait de la surface de leur cabinet médical.

Il est difficile de déterminer une surface idéale pour le cabinet médical, cependant il semble souhaitable qu'il y ait un espace distinct pour réaliser l'entretien et l'examen clinique.

L'espace administratif, c'est l'espace où sont réalisés l'entretien avec le patient, la rédaction des ordonnances… Le bureau doit donc permettre au patient d'installer ses documents si besoin est, l'éclairage doit lui permettre de lire son ordonnance sans soucis. L'ordinateur, s'il y en a un, ne doit pas être un obstacle à la relation médecin-malade. Sa position doit donc être étudiée avec soin, afin de permettre au médecin et au patient de se voir correctement.

L'espace d'examen : cet endroit doit permettre au patient d'être examiné sans faire atteinte à sa pudeur, si une autre personne l'accompagne par exemple. L'idéal serait d'avoir une cloison séparant l'espace d'entretien et l'espace d'examen, mais la présence d'un simple paravent peut être suffisante. Le patient doit pouvoir s'installer sur la table d'examen sans difficultés, l'idéal serait d'avoir une table électrique, mais la présence d'un marchepied peut suffire. L'installation de la table d'examen doit être réfléchie, l'idéal étant que le médecin puisse faire le tour de la table (suture du cuir chevelu, …). Evidemment la présence d'un éclairage adapté est souhaitable. L'éclairage doit être amovible, afin de ne pas gêner le cheminement et de pouvoir être dirigé vers la zone souhaitée.

b. Hygiène

Le code de déontologie soumet le médecin à certaines règles quant à l'hygiène de son cabinet :

« Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires.

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées.

Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours. » (12)

L'hygiène des mains est un élément fondamental de la prévention de la transmission des germes. En effet, les solutions hydro-alcooliques ne peuvent pas être utilisées en permanence, elles ne peuvent pas être utilisées notamment lorsque les mains sont souillées par des liquides biologiques ou lors de la présence de talc (13). L'HAS recommande la présence d'un point d'eau dans chaque salle de consultation (14). La plupart des cabinets de l'étude sont équipés de lave-main dans la salle d'examen (89%).

L'absence de lave-main en salle d'examen impose au médecin d'aller se laver les mains à un autre endroit et gêne le bon déroulement de la consultation.

81% des cabinets de cette étude sont équipés de sols et murs lessivables. Les revêtements au sol et muraux doivent pouvoir être nettoyés facilement et efficacement, afin de maintenir une hygiène de qualité au cabinet. Il faudra donc privilégier les revêtements type vinyliques, peinture lessivables, carrelage en faisant attention à la qualité des joints(15). Il est préférable également d'éviter les revêtements réfléchissants.

c. **Eclairage** :

L'éclairage est soumis à une réglementation stricte par le code du travail (16) :

- cheminements extérieurs et parcs de stationnement 20 lux,
- circulations intérieures 100 lux,
- escaliers 150 lux.

L'éclairage est composé pour une part de lumière naturelle et d'autre part de lumière artificielle. L'éclairage doit éviter toute forme d'éblouissement, et permettre de travailler de façon confortable.

Pour les gestes techniques l'utilisation d'une lampe médicale amovible type scialytique est fortement conseillée. Cette lumière doit pouvoir être dirigée vers la zone à étudier et ne doit pas gêner le cheminement.

L'éclairage doit permettre également de mettre en évidence les obstacles éventuels (marche, différence de niveau). Ceux-ci doivent par ailleurs être mis en évidence par des bandes de couleur contrastée. Les encadrements de porte peuvent également être mis en valeur par un contraste de couleur.

TABLEAU **INDICATIF** PRÉSENTANT LE CONTRASTE EN POURCENTAGE ENTRE DIFFÉRENTES COULEURS

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

Contraste acceptable
Contraste insuffisant
Cas limite

Source : P. Arthur and R. Passini, Wayfinding - People, Signs and Architecture, McGraw- Hill Ryerson, Whitby, Ontario, 1992

d. Isolation phonique :

Il est important de penser à l'intimité du patient, en effet, ce qui se dit au sein du cabinet ne doit pas pouvoir être entendu dans la salle d'attente. Cependant, les cabinets médicaux ne sont pas soumis à une réglementation particulière quant à l'isolation par rapport aux bruits de la salle d'attente. Différentes possibilités s'offrent aux médecins pour obtenir une isolation phonique :

- Utilisation de matériaux permettant une absorption des sons
- Utilisation d'une double porte entre le cabinet et la salle d'attente
- Réalisation d'un sas entre le cabinet et la salle d'attente

Si l'isolation phonique ne peut être obtenue, une des solutions reste la diffusion de musique en salle d'attente. La diffusion de musique peut-être soumise selon les cas à une demande d'autorisation à la SACEM.

e. La salle d'attente :

L'aménagement de la salle d'attente est un point essentiel. En effet, c'est le premier espace dans lequel se situe le patient. Il doit donc être rassurant pour celui-ci. Par ailleurs, son espace doit être suffisant en fonction du mode d'exercice : même salle d'attente pour plusieurs praticiens, horaires de consultations libres, … elle doit bien sûr être accessible. Le choix de la décoration murale est également important : présence de panneaux informatifs, choix des couleurs, … Il paraît également important d'avoir un espace réservé aux enfants, afin de leur permettre d'attendre en toute sérénité. La présence de jouets en salle d'attente oblige à un nettoyage régulier de ces jouets afin d'éviter la transmission des maladies. Il peut aussi se discuter la diffusion de musique dans la salle d'attente.

La salle d'attente doit par ailleurs afficher certaines informations obligatoires : numéro de téléphone d'urgences, indication du secteur conventionnel et des tarifs des consultations, appartenance à une AGA le cas échéant.

D. Critères de réalisation du diagnostic d'accessibilité

Les résultats retrouvés montrent qu'au sein de notre échantillon le sexe ou l'âge du médecin généraliste n'ont pas d'influence sur la réalisation ou non du diagnostic d'accessibilité.

On retrouve par contre une association significative entre le type d'exercice et la réalisation du diagnostic d'accessibilité. En effet, les médecins exerçant en cabinet pluridisciplinaire sont plus susceptibles d'avoir fait réaliser leur diagnostic d'accessibilité.

Comme vu plus haut, les cabinets pluridisciplinaires sont une des solutions envisagées pour la pérennité de l'exercice médical. Ce sont le plus souvent des constructions récentes et de fait, elles devaient être aux normes au moment de la construction. Par ailleurs, elles accueillent différents corps de métier également soucieux d'avoir des locaux accessibles.

Les médecins installés depuis longtemps exercent plus facilement seuls. Des départs massifs à la retraite auront lieu dans les années à venir, ces médecins sont donc réticents à engager des travaux.

Un des arguments que l'on pourrait retrouver est également la lourdeur des dossiers administratifs. En effet, un médecin exerçant seul aura moins de temps à accorder à la réalisation de ces dossiers.

CONCLUSION

La médecine générale est dans une période de transition : féminisation de la profession, diminution du nombre de visites, diminution du volume horaire de l'emploi du temps, nouvelles exigences et nouvelles normes. Le cabinet médical doit donc répondre à ces changements. Il se doit d'être accueillant, fonctionnel, accessible. Le médecin généraliste y passe de nombreuses heures, et les patients ont besoin de s'y sentir accueillis et en sécurité.

Cette étude avait pour but de faire un état des lieux de l'organisation des cabinets de médecine générale à l'approche de l'échéance la mise en accessibilité.

A l'heure actuelle, l'accessibilité est loin d'être atteinte. Cependant différents facteurs peuvent expliquer cela : patients à mobilité réduite pouvant être vus au domicile, médecin s'apprêtant à partir en retraite, incompréhension de l'intérêt de cette loi, démarches administratives trop lourdes pour un médecin seul.

Les cabinets médicaux étudiés sont organisés de façon fonctionnelle et permettent d'instaurer une relation de confiance entre le médecin et ses patients.

Cette étude nous a montré que même si de nombreux cabinets ne sont pas aux normes, la majorité des médecins généralistes sont satisfaits de l'organisation de leur cabinet.

Il serait donc intéressant d'instaurer un dialogue entre les pouvoirs publics, les médecins, et les patients afin d'évaluer les attentes de chacun.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, TUFFREAU F, les emplois du temps des médecins généralistes, drees études et résultats, mars 2012, n°797

2. Von Lennep F, Hinni E, Riposa C, enquête auprès des bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH 2009-2010, drees études et résultats, oct 2012, n°819 .

3. Lebreton-lerouvillois G, atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2014. p 194

4. les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, juillet 2012,p 40-41

5. Dubrucq A, Lambert O, Courouve L, Enquête sur la mise aux normes des cabinets médicaux pour l'accessibilité aux personnes handicapées, URPS Rhône-Alpes, janvier 2015. P 16

6. les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, juillet 2012. P 12

7. les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, juillet 2012 P 15

8. accessibilité du cadre bâti, pour un accès à tous les niveaux d'un bâtiment, ministère du développement durable, des transports et du logement, fiche 5

9. Art L152-4 du code de la construction et de l'habitation.

10. Dimensions anthropométriques, accessibilité des voiries, ANLH, ch 2 (http://www.anlh.be/accessvoirie/acc07.htm)

11. les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, juillet 2012 P 20

12. code de déontologie médical, Article 71, abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004
13. « la place de la friction HA dans l'hygiène des mains lors des soins ». 5 décembre 2001(BEH 08/2002)
14. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical, recommandations HAS, juin 2007 P 3
15. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical, recommandations HAS, juin 2007. P 4
16. Article R.4223-4 du Nouveau Code du travail (2008)

Annexe : questionnaire

Généralités :

- Etes-vous : Un homme ☐ Une femme ☐
- Quel âge avez-vous : ….ans
- Exercez-vous : Seul Avec d'autres médecin En cabinet pluridisciplinaire
- Exercez-vous :

En milieu rural En milieu semi rural ☐ En milieu urbain☐

- Votre cabinet est-il ?

Une nouvelle construction ☐Une ancienne habitation aménagée ☐

Accessibilité :

- Avez-vous fait réaliser votre diagnostic d'accessibilité ? Oui ☐ Non ☐
- Parmi les équipements suivants, lesquels possédez-vous ?
  - o Rampe d'accès au cabinet Oui ☐ Non ☐
  - o un parking ou des places de stationnement Oui ☐☐ Non☐
    - ▪ dont places handicapées Oui ☐ Non ☐
  - o un étage Oui ☐ Non ☐
    - ▪ Si oui, avez-vous un accès handicapé (ascenseur) ou un autre lieu où examiner les patients ? Oui ☐☐ non ☐
  - o Largeur de portes adaptée au passage d'un fauteuil roulant /d'une poussette Oui ☐ Non ☐
  - o des toilettes à disposition des patients Oui ☐ Non ☐
    - ▪ Si oui, sont-elles adaptées aux personnes à mobilité réduite (PMR) ? Oui ☐ Non ☐
    - ▪ Si oui, y a-t-il un lave-main dans ces toilettes ? Oui☐Non ☐
      - • Si oui, est-il adapté aux PMR ? Oui ☐Non ☐

Ergonomie :

- Possédez-vous un lave-main dans votre salle d'examen ? Oui ☐ Non ☐
- possédez-vous des murs et sols lessivables ? Oui ☐Non ☐
- estimez-vous la surface de votre cabinet médical satisfaisante Oui ☐ Non☐
- avez-vous clairement définis une zone « administrative » et une zone d'examen ? Oui ☐ Non☐
- pouvez-vous faire le tour de votre table d'examen ? Oui ☐ Non☐
- la disposition de votre table d'examen vous permet-elle d'examiner vos patients sans inconfort pour vous ni pour eux ? (table électrique/marchepied…) Oui ☐ Non☐
- les patients peuvent-ils se déshabiller à l'abri des regards ? Oui ☐ Non☐
- d'une manière générale, votre cabinet médical vous semble-t-il correctement éclairé ? Oui ☐ Non☐

- possédez-vous un éclairage adapté pour les soins (petite chirurgie, …) ? Oui ☐ Non☐
- existe-t-il une isolation phonique entre votre salle d'attente et votre cabinet ? Oui ☐Non☐
- y-a-t-il un espace réservé aux enfants dans votre salle d'attente ?Oui ☐Non ☐
- votre salle d'attente est-elle adaptée à l'accueil de PMR ? Oui ☐ Non ☐
- votre salle d'attente est-elle adaptée à votre mode d'exercice (consultations libres, consultations sur RDV) ? Oui ☐ Non ☐

- D'une manière générale êtes-vous satisfait de l'organisation de votre cabinet médical ? Oui☐Non ☐

AUTEUR : Nom : Danel Prénom : Aurélie

Date de Soutenance : 28 avril 2015

Titre de la Thèse : Cabinet médical fonctionnel :

Etat des lieux de l'organisation, de l'ergonomie et de l'accessibilité

Thèse - Médecine - Lille 2015

Médecine générale

Mots-clés : Médecine générale, ergonomie, accessibilité, organisation

Résumé :

Le but de cette thèse était de réaliser un état des lieux de l'organisation, de l'accessibilité, et de l'ergonomie des cabinets de médecine générale.

Un questionnaire a été envoyé afin de réaliser cet état des lieux. 190 médecins généralistes ont été inclus dans cette étude. L'analyse statistique a été réalisée par le service du docteur Chazard de la plateforme d'aide méthodologique.

Cette étude retrouve que l'accessibilité, initialement exigible au 1 janvier 2015, est loin d'être atteinte. Seul 31% des médecins de l'échantillon ont fait réaliser leur diagnostic d'accessibilité. L'exercice en cabinet pluridisciplinaire favorise la réalisation du diagnostic d'accessibilité. 50% des parkings sont accessibles aux personnes handicapées. 85% des cabinets possèdent des largeurs de portes adaptées au passage de fauteuils roulants. 95% des cabinets sont équipés de toilettes et seuls 43% d'entre eux sont accessibles aux personnes handicapées. Les cabinets médicaux étudiés sont organisés de manière fonctionnelle. 90% des médecins de l'échantillon estiment la surface de leur cabinet médical satisfaisante. Dans 78% des cabinets, il est possible de faire le tour de la table d'examen. 94% des médecins interrogés sont satisfaits de l'éclairage de leur cabinet médical et 87% possèdent un éclairage adapté aux soins. Moins de la moitié des salles d'attente possèdent un espace réservé aux enfants et seul 60% d'entre elles sont accessibles aux personnes handicapées. 96% d'entre elles sont adaptées au mode d'exercice du médecin. 93% des médecins sont satisfaits de l'organisation de leur cabinet médical.

Composition du Jury :

Président :	**Monsieur le Professeur Besson**
Assesseurs :	**Monsieur le Professeur Vaiva**
	Madame le Docteur Danel
Directeur de thèse :	**Monsieur le Docteur Hannequart**

[redacted]