



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Handicap, accessibilité et cabinets de médecine générale : à propos de la ville d'Arras

Présentée et soutenue publiquement le 27 Octobre 2017 à 18h
au Pôle Recherche
Par Lucie WANTIEZ

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Patrick Lerouge

Monsieur le Docteur Nassir Messaadi

Madame le Docteur Judith Ollivon

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Nassir Messaadi

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

| | |
|-------|---|
| Ad'AP | Agenda d'Accessibilité Programmée |
| ADA | Americans with Disabilities Act |
| APA | Allocation Personnalisée à l'Autonomie |
| CCDSA | Commission Consultative Départementale de Sécurité et d'accessibilité |
| CCH | Code de la Construction et de l'Habitation |
| CIH | Classification Internationale du Handicap |
| ERP | Etablissement recevant du public |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ABF | Architecte des Bâtiments de France |
| PMR | Personne à Mobilité Réduite |

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Résumé..... | 1 |
| Introduction..... | 3 |
| Matériels et méthodes | 7 |
| I. Type d'étude..... | 7 |
| II. Population d'étude | 7 |
| III. Objectifs | 7 |
| IV. Matériel de l'étude | 7 |
| A. Elaboration du questionnaire, de la grille d'observation directe et du score d'accessibilité | 7 |
| B. Liste des médecins généralistes de la ville d'Arras..... | 9 |
| C. La ville d'Arras | 9 |
| V. Déroulement de l'enquête et recueil des données | 10 |
| VI. Saisie et analyse des données..... | 10 |
| Résultats..... | 11 |
| I. Participation à l'enquête | 11 |
| II. Caractéristiques générales des médecins et des cabinets | 12 |
| A. Le sexe | 12 |
| B. L'âge | 12 |
| C. Période de construction ou d'ouverture du cabinet..... | 13 |
| D. Date des derniers travaux ou aménagements | 13 |
| E. Année d'installation dans le local actuel | 14 |
| F. Mode d'exercice..... | 14 |
| G. Type de bâtiment et étage du cabinet..... | 15 |
| H. Statut d'occupation | 15 |
| III. Etude observationnelle des cabinets..... | 15 |
| A. Stationnement du cabinet | 15 |
| B. Accès du bâtiment | 16 |
| C. Circulation verticale et accès aux étages..... | 18 |
| D. Circulation horizontale et intérieur du local | 18 |
| 1. Circulation horizontale | 18 |
| 2. Secrétariat | 18 |
| 3. Bureau de consultation | 19 |
| 4. Sanitaires..... | 19 |
| 5. Eclairage du local | 20 |
| 6. Présence d'un registre d'accessibilité | 20 |
| E. Score d'accessibilité | 20 |
| IV. Analyse descriptive sur l'avis des praticiens | 21 |
| A. Regard par rapport à la loi et difficultés rencontrées..... | 21 |
| 1. Etat actuel du cabinet et projets de mise aux normes | 21 |
| 2. Freins et facilités pour la mise en accessibilité | 22 |
| B. Activité | 23 |
| V. Analyse des facteurs influençant le score d'accessibilité | 24 |
| A. Score d'accessibilité et âge du médecin | 24 |
| B. Score d'accessibilité et année d'installation dans le local..... | 24 |

| | |
|--|-----------|
| C. Score d'accessibilité et période de construction du cabinet..... | 24 |
| D. Score d'accessibilité et type d'installation | 25 |
| E. Score d'accessibilité et remarques des patients sur la difficulté d'accessibilité du cabinet..... | 25 |
| F. Analyse de l'effet des facteurs de conformité sur le score | 25 |
| Discussion..... | 27 |
| I. Critique de la méthode | 27 |
| II. Discussion des résultats | 30 |
| A. L'accessibilité globale des cabinets | 30 |
| a) Les critères obligatoires | 31 |
| b) Les éléments facultatifs : | 33 |
| B. Obstacles et facilités à la mise en accessibilité | 36 |
| 1. Facteurs favorisant l'accessibilité globale du cabinet | 36 |
| 2. Freins potentiels à la mise aux normes | 37 |
| III. L'accessibilité aux handicapés en Europe et aux USA..... | 44 |
| A. La situation Européenne | 44 |
| B. Un point sur l'accessibilité aux USA | 46 |
| Conclusion | 49 |
| Références bibliographiques..... | 51 |
| Annexes..... | 57 |
| Annexe 1 : Généralités sur le Handicap et la réglementation en matière d'accessibilité | 57 |
| I. LE HANDICAP : DEFINITIONS ET CLASSIFICATIONS..... | 57 |
| II. LA REGLEMENTATION POUR L'ACCESSIBILITE AUX PERSONNES HANDICAPEES DES CABINETS MEDICAUX..... | 62 |
| Annexe 2 : Les locaux des professions libérales : réussir l'accessibilité (2015) ... | 69 |
| Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation de l'accessibilité des cabinets | 89 |
| Annexe 4 : Attestation d'accessibilité d'un ERP de 5ème catégorie conforme à partir du 1er janvier 2015..... | 93 |
| Annexe 5 : Périmètre de protection pour lesquels l'avis de l'ABF est requis | 95 |
| | 95 |
| Annexe 6 : Exemples de rampes d'accès (Handinorm.com) | 97 |

RESUME

Contexte : Le cabinet médical est un établissement recevant du public de type 5. Il est soumis à la réglementation sur l'accessibilité des personnes en situation de handicap. La loi de 2005 a connu des aménagements récents via l'ordonnance du 26 septembre 2014 avec la création des Agendas d'accessibilité programmé.

Méthode : Une enquête descriptive par observation directe a été menée auprès des 32 médecins généralistes libéraux de la ville d'Arras.

Résultats : Le taux de participation des MG était de 90,6 % et 24,1 % des cabinets médicaux observés respectaient l'ensemble des normes d'accessibilité ou ne nécessitaient que des aménagements mineurs, n'entravant pas l'activité du cabinet. Sur 23 critères, la moyenne était de 18,1. Parmi les médecins déclarant ne pas être aux normes, 78,6 % affirment que la mise en accessibilité ne sera pas effective à échéance de septembre 2018. L'obtention d'une dérogation et la prévision d'une retraite étaient les raisons principales de la non mise en accessibilité pour l'échéance de 2018. Les contraintes techniques et économiques représentaient les principales difficultés rencontrées pour la mise aux normes.

Discussion : La perspective de la retraite et l'architecture même des cabinets sont des éléments empêchant l'évolution vers l'accessibilité des cabinets médicaux. La visite à domicile et la fermeture des sanitaires au public sont utilisées comme contournements aux règles en vigueur.

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2011, dans le monde, près d'un milliard de personnes vivaient avec une certaine forme de handicap. Près de 200 millions d'entre elles présentaient de très grandes difficultés fonctionnelles.(1)

Selon l'enquête Emploi de l'INSEE en 2015, près de 2,7 millions de personnes de 15 à 64 ans déclarent bénéficier de la reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie. En incluant les personnes reconnues administrativement porteuses d'un handicap et celles déclarant souffrir d'une maladie (ou d'un problème de santé) chronique (ou durable) les limitant depuis au moins 6 mois dans leurs activités quotidiennes, on obtient 5,7 millions de personnes en situation de handicap (2). Selon la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) (3), 1,5 millions sont atteintes d'une déficience visuelle et 850 000 ont une mobilité réduite. Dans les prochaines années, la prévalence du handicap continuera de croître, en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques. Le handicap devient donc une préoccupation de plus en plus importante dans le monde entier. Le nombre de personnes en situation de handicap est difficilement évaluable et les chiffres des études sont très variables (4), en raison des données le plus souvent déclaratives et des définitions du handicap utilisées lors des études. Certains indicateurs permettent d'estimer l'évolution de la prévalence du handicap. Il s'agit par exemple du nombre de bénéficiaires de certaines prestations et allocations. « Les conseils départementaux et collectivités territoriales ont versé la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) à 184 000 personnes en décembre 2015, soit une augmentation de 6 % depuis décembre 2014. Entre décembre 2013 et décembre 2014, l'évolution avait également été de 6 % » (5). Cette augmentation du nombre de personnes handicapées se reflète par l'augmentation des personnes bénéficiaires de l'Allocation

Personnalisée à l'Autonomie (APA). Une projection de 2011 prévoit une augmentation de plus d'un tiers de la population aura plus de 60 ans en 2060. Le nombre de bénéficiaires de l'APA passera à près de 2 millions de personnes contre moins de 1.2 millions en 2010 (6,7).

L'accessibilité est un enjeu important. Le handicap impacte différents niveaux de la vie des personnes concernées. Un rapport de 2011 de l'INSEE (8) révèle que les personnes en situation de handicap ont moins de possibilités en matière d'accession aux diplômes, à l'emploi et à la santé. Dans ce rapport, les jeunes en situation de handicap sont plus concernés par le renoncement aux soins que l'ensemble des moins de 25 ans. Dans le Nord-Pas-de-Calais, 7,5 % des jeunes en situation de handicap renoncent aux soins, contre 2,5 % pour l'ensemble des moins de 25 ans (9). Une des explications est qu'un certain nombre de services, sont peu ou pas accessibles aux personnes handicapées. L'accès aux transports, à l'information, et à la santé peut être pour eux plus compliqué.

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, pose deux principes fondamentaux : celui du libre choix et de la non-discrimination (10). Elle suppose que chacun soit libre de résider, travailler et s'adonner à ses activités dans un environnement adapté, sans contrainte ni barrière physique.

Dans le parcours de soins, la médecine générale apparait comme une médecine de premier recours. Chaque patient doit avoir la possibilité de consulter un médecin généraliste selon son choix et non selon l'accessibilité de son cabinet, le cas échéant. La loi de février 2005 précise les normes à respecter dans les Etablissements Recevant du Public (ERP). Elle fixait la limite du 01 janvier 2015 pour devenir accessibles à toutes les formes de handicap. Les cabinets médicaux sont des ERP de 5^{ème} catégorie et sont concernés par cette règle.

En 2014, devant les difficultés des médecins généralistes à mettre aux normes leurs cabinets, le gouvernement a prévu une mesure (11) permettant de repousser l'échéance pour les ERP s'engageant à effectuer les travaux nécessaires. Il s'agit de l'Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad 'AP) qui devait être déposé avant le 27 septembre 2015. A

partir du dépôt de l'Ad 'AP, les ERP de 5ème catégorie, peuvent bénéficier d'un délai supplémentaire allant jusqu'à 3 ans pour la réalisation des travaux. La date butoir pour l'application de la loi est le 27 septembre 2018.

En 2013, selon l'Observatoire Interministériel de l'Accessibilité et de la Conception Universelle (OBIACU), près de 330 000 ERP ont fait l'objet de travaux d'ensemble ou partiels. Ceci représente près de 50% de la totalité des ERP. Ce même rapport du sénat estime à 15 % le nombre d'ERP qui sont aux normes d'accessibilité (12).

Actuellement, l'ensemble des médecins généralistes doivent avoir soit déposé une attestation d'accessibilité pour leur cabinet, soit déposé un Ad'AP (avec ou sans dérogation). C'est dans ce contexte que notre enquête a été réalisée, dans la continuité du travail d'Emilie DOMARLE(13).

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'état d'accessibilité des cabinets de médecine générale de la ville d'Arras aux personnes en situation de handicap, en partant de l'hypothèse qu'actuellement une majorité des cabinets devrait être accessible ou en cours d'Ad'AP. Un des objectifs secondaires est de relever les obstacles et facilités à la mise en accessibilité. L'autre est de rechercher des facteurs de risques de non mise en conformité (âge du médecin, type d'exercice ou année de l'installation dans le cabinet).

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, observationnelle descriptive.

II. Population d'étude

La population cible est constituée de l'ensemble des médecins généralistes libéraux installés à Arras en 2017.

III. Objectifs

L'objectif principal est d'évaluer l'état d'accessibilité des cabinets de médecine générale de la ville d'Arras aux personnes en situation de handicap.

Un des objectifs secondaires est de relever les obstacles et facilités à la mise en accessibilité. L'autre est de rechercher des facteurs de risques de non mise en conformité (âge du médecin, type d'exercice ou année de l'installation dans le cabinet).

IV. Matériel de l'étude

A. Elaboration du questionnaire, de la grille d'observation directe et du score d'accessibilité

La grille d'observation a été établie selon les recommandations de la circulaire interministérielle du 30 novembre 2007 dans les suites de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005(10) et des modifications récentes parues dans l'arrêté du 8 décembre 2014(14). Ces recommandations sont résumées dans un guide du ministère «Les locaux des professions libérales : réussir l'accessibilité » élaboré en 2015. (Annexe 2)

Les différents critères de cette grille sont relevés dans l'ordre du cheminement d'un patient arrivant au cabinet médical :

Extérieurs du cabinet et stationnement

Accès du bâtiment : signalisation, sol, escaliers d'accès, porte d'entrée

Accès aux étages

Circulation intérieure du cabinet : secrétariat, revêtement des sols intérieurs, porte du bureau de consultation, table d'examen, sanitaires et éclairage

Un score d'accessibilité a été établi sur la base des critères de cette grille :

- Signalisation d'orientation adaptée : 1 point
- Sol non meuble : 1 point
- Sol non glissant : 1 point
- Sol non réfléchissant : 1 point
- Sol libre d'obstacle à la roue : 1 point
- Absence de trou ou fente de plus de 2 cm : 1 point
- Absence de marche ou marche avec tous les critères remplis : 1 point
- Interphone ou sonnette, si pas de sonnette ou accessible : 1 point
- Porte d'entrée cabinet :
 - o Largeur conforme : 1 point
 - o Poignée de porte conforme : 1 point
 - o Espace de manœuvre de porte conforme : 1 point
- Revêtement du cheminement intérieur conforme : 1 point
- Largeur des couloirs conforme : 1 point
- Espace de manœuvre de porte conforme : 1 point
- Absence de marche ou de ressaut : 1 point
- Secrétariat, si absence ou accessible en position assise : 1 point
- Porte du bureau de consultation, 1 point par item (/3) :
 - o Largeur conforme
 - o Poignée de porte conforme

- Espace de manœuvre aux normes
- Sanitaires étiquetés « accessibles » remplissant l'ensemble des critères : 1 point
- Table d'examen électrique ou possibilité d'une aide humaine au transfert : 1 point
- Espace d'usage conforme autour de la table d'examen : 1 point
- Interrupteur d'éclairage, si allumage automatique ou positionnement aux normes : 1 point

Le score maximal est de 23.

L'ensemble du questionnaire et de la grille d'observation a préalablement été testé dans 2 cabinets médicaux ne faisant pas partie de l'échantillon d'étude.

B. Liste des médecins généralistes de la ville d'Arras

Bien que plusieurs sources soient disponibles (Ordre des médecins, Pages Jaunes, Agence Régionale de Santé, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Google), nous avons choisi de nous baser sur la liste des médecins généralistes retrouvée sur le site web des Pages Jaunes, comparée à la liste des médecins généralistes retrouvée sur le moteur de recherche internet Google.

Une liste de 32 médecins généralistes a été établie.

C. La ville d'Arras

En 2014, la ville d'Arras comptait 40970 habitants (15), sur une superficie de 11.6 km², soit une densité de 3 522,8 habitants/km². La densité médicale pour la médecine générale de la ville d'Arras est de 7.81 médecins généralistes pour 10000 habitants.

V. Déroulement de l'enquête et recueil des données

Les médecins ont été contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous au cabinet. Plusieurs relances ont été faites par téléphone en cas de non réponse à la 1^{ère}, avant de considérer qu'il s'agissait d'un refus de participation à l'enquête.

Le recueil de données se faisait en deux temps. L'enquête commençait par une partie observationnelle. Celle-ci correspondait au remplissage de la grille des critères d'accessibilité, par l'enquêteur, dans l'ordre du cheminement d'un patient. Les mesures ont été réalisées à l'aide d'un mètre et d'un inclinomètre. L'enquête se poursuivait par un entretien individuel. Dans le cas où le médecin refusait la partie entretien, il a été décidé d'observer les éléments extérieurs et intérieurs accessibles au public uniquement.

Le recueil des données s'est déroulé en juin et juillet 2017.

VI. Saisie et analyse des données

Les données issues des questionnaires ont été recueillies dans un fichier Excel[®].

Dans un premier temps, une analyse descriptive univariée a été réalisée. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et fréquences.

L'évaluation du degré de dépendance des variables étudiées a été réalisée par des analyses bivariées.

Le croisement des variables qualitatives et quantitatives a été réalisé par un test du Chi-2 d'indépendance dans le cas où les conditions d'application étaient remplies. Dans le cas contraire, un test exact de Fisher a été utilisé. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS[®] version 22.

Une analyse multivariée par Régression Linéaire multiple a été utilisée pour évaluer le poids des variables significatives dans le score d'accessibilité. Les conditions de validation de cette analyse ont été recherchées et validées pour pouvoir proposer un modèle.

RESULTATS

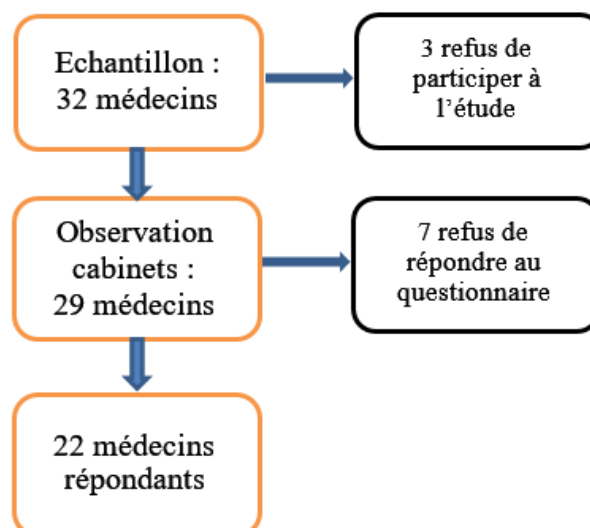
I. Participation à l'enquête

L'étude a été proposée aux 32 médecins généralistes libéraux d'Arras. A l'issue des relances, l'analyse descriptive a pu être réalisée pour les locaux de 29 praticiens, soit 90.6% de l'échantillon initial. Parmi les locaux observés, 68.75% (n=22) des médecins ont accepté de répondre au questionnaire. Pour les 7 autres médecins, seule l'observation des locaux a pu être réalisée.

Les cabinets n'étaient pas accessibles pour 3 médecins :

- Refus de participer à l'enquête et ouverture par interphone dans 2 cas.
- Médecin injoignable et fermeture du cabinet pendant le déroulement de l'enquête pour un cabinet.

Figure 1 : Diagramme de flux



II. Caractéristiques générales des médecins et des cabinets

A. Le sexe

Parmi les médecins participants, 75.9% (n=22) étaient des hommes et 24.1% (n=7) étaient des femmes.

B. L'âge

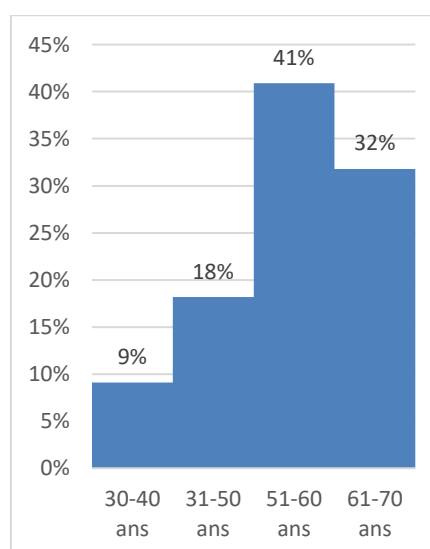
L'âge moyen des médecins sondés était de 55.5 ans, pour un écart type de 10.6 et une médiane de 55.5. Le plus jeune avait 36 ans et le plus âgé avait 70 ans.

Concernant la répartition d'âge, 36,4% des répondants avaient minimum 60 ans, contre 9,1% moins de 40ans.

Tableau 1 : Âge des médecins de l'échantillon

| | |
|-------------------|----------|
| <i>Minimum</i> | 36 ans |
| <i>Maximum</i> | 70 ans |
| <i>Moyenne</i> | 55.5 ans |
| <i>Médiane</i> | 55.5 ans |
| <i>Ecart-type</i> | 10.6 |

Figure 2 : Répartition de l'âge des médecins



C. Période de construction ou d'ouverture du cabinet

Soixante-seize pour cent des médecins de l'enquête (n=19/25) exerçaient dans un cabinet ouvert ou construit avant 2007, et 24% (n=6) dans un local ouvert ou construit à partir de 2007.

D. Date des derniers travaux ou aménagements

Deux médecins avaient réalisé des aménagements en 2001 et les aménagements les plus récents d'un cabinet dataient de 2017.

Tableau 2 : Année des derniers travaux ou aménagements du cabinet

| <i>Année des derniers travaux</i> | <i>Nombre de médecins</i> | <i>Pourcentages</i> |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------|
| 2017 | 1 | 4,55% |
| 2016 | 3 | 13,63% |
| 2015 | 3 | 13,63% |
| 2014 | 4 | 18,2% |
| 2013 | 1 | 4,55% |
| 2010 | 5 | 22,7% |
| 2009 | 1 | 4,55% |
| 2008 | 1 | 4,55% |
| 2007 | 1 | 4,55% |
| 2001 | 2 | 9,09% |
| <i>Total</i> | 22 | 100% |

E. Année d'installation dans le local actuel

L'installation ou ouverture de cabinet la plus ancienne date de 1978 et la plus récente de 2014.

Tableau 3 : Année d'installation dans le local actuel

| <i>Année d'installation dans le local actuel</i> | <i>Nombre de médecins</i> | <i>Pourcentages</i> |
|--|---------------------------|---------------------|
| 2014 | 1 | 4,55% |
| 2013 | 1 | 4,55% |
| 2012 | 1 | 4,55% |
| 2009 | 1 | 4,55% |
| 2008 | 1 | 4,55% |
| 2004 | 1 | 4,55% |
| 2002 | 2 | 9.09% |
| 1999 | 1 | 4,55% |
| 1998 | 1 | 4,55% |
| 1996 | 1 | 4,55% |
| 1993 | 1 | 4,55% |
| 1991 | 1 | 4,55% |
| 1989 | 1 | 4,55% |
| 1988 | 3 | 13.64% |
| 1984 | 1 | 4,55% |
| 1983 | 1 | 4,55% |
| 1980 | 1 | 4,55% |
| 1978 | 1 | 4,55% |
| <i>Total</i> | <i>22</i> | <i>100%</i> |

Les installations datant d'avant l'année 2005 représentaient 72.7% (n=16) de l'effectif.

F. Mode d'exercice

La majorité des praticiens exerçait seul : cela concernait 58.6%(n=17) d'entre eux. Ils étaient 41.4% (n=12) à avoir choisi l'exercice en groupe.

G. Type de bâtiment et étage du cabinet

Soixante-seize pour cent (n=22/25) des médecins exerçaient dans une maison, et 24% dans un immeuble.

La totalité des cabinets observés étaient situés en rez-de-chaussée.

H. Statut d'occupation

Les médecins propriétaires du local représentaient 86.4% (n=19/22) et 13.6% (n=3) étaient locataires.

III. Etude observationnelle des cabinets

A. Stationnement du cabinet

Il y avait 10.3% des médecins (n=3/29) qui disposaient de places de stationnement dédiées à leurs locaux.

Cent pour cent de ces cabinets disposaient d'au moins une place de parking réservée aux personnes à mobilité réduite. L'ensemble de ces places réservées aux handicapés disposaient de dimensions réglementaires, d'un marquage au sol, et n'avaient pas de ressaut. Une place disposait d'une signalétique verticale.

Tableau 4 : Conformité des stationnements réservés aux PMR

| | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------|----------|-------------|
| Dimensions réglementaires | 3 | 100% |
| Marquage au sol | 3 | 100% |
| Absence de ressaut | 3 | 100% |
| Signalétique verticale | 1 | 33.3% |

B. Accès du bâtiment

- Cheminement extérieur :

Chez 72,4% (n=21) des médecins, une signalisation d'orientation adaptée était présente.

L'ensemble des extérieurs des cabinets disposaient d'un sol non glissant, non meuble et non réfléchissant.

Quand un obstacle à la roue d'un fauteuil sur le cheminement était présent, il s'agissait le plus souvent d'un obstacle du type « bordure ». A noter qu'un des médecins avait disposé un tapis juste devant la porte du cabinet, de plus de 2cm d'épaisseur et de consistance non ferme, pouvant entraver le passage d'une roue, mais ce tapis pouvait être retiré facilement.

Tableau 5 : Conformité du sol pour l'accès extérieur

| | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------|----------|-------------|
| Non glissant | 29 | 100% |
| Non meuble | 29 | 100% |
| Non réfléchissant | 29 | 100% |
| Libre d'obstacle à la roue | 23 | 79.3% |
| Pas de trou ou fente | 26 | 89.7% |

- Escaliers d'accès au bâtiment :

Soixante-neuf pour cent (n=20) des cabinets présentaient entre 1 et 5 marches d'accès au bâtiment.

Figure 3 : Nombre de marche d'accès

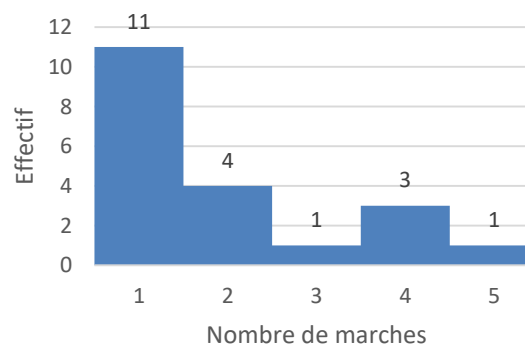
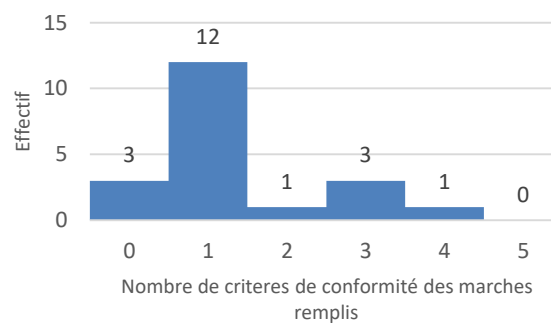


Tableau 6 : Etat de conformité des escaliers d'accès extérieurs

| | Effectif | Pourcentage |
|--|----------|-------------|
| Tailles réglementaires | 9 | 45% |
| Mains courantes conformes | 5 | 25% |
| Contremarches conformes | 4 | 20% |
| Nez de marche | 8 | 40% |
| Présence d'une rampe et pente d'accès conforme | 1 | 5% |

Aucun des cabinets présentant des marches d'accès ne remplissait l'ensemble de ces critères de conformité.

Figure 4 : Conformité des marches d'accès



- Porte d'entrée :

Une sonnette (ou un interphone) était disponible pour 93,1% (n=27) des médecins.

Dans 59,3% (n=16) des cas, le dispositif était conforme.

Un cabinet disposait d'une porte automatique.

Tableau 7 : Conformité de la porte d'entrée du local

| | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------|----------|-------------|
| Largeur conforme | 23 | 79,3% |
| Poignée de porte conforme | 22 | 75,5% |
| Espace de manœuvre conforme | 22 | 75,9% |

Pour 55,2% des cas (n=16), l'ensemble des critères de conformité de la porte d'entrée étaient respectés. Pour 10,3%(n=3) des médecins, leurs cabinets ne respectaient aucune de ces mesures.

C. Circulation verticale et accès aux étages

Aucuns des cabinets observés n'étaient concernés par cette rubrique. Tous les cabinets de l'étude se situaient en rez-de-chaussée. Les parties dédiées à l'activité médicale de l'ensemble des cabinets étaient sur un seul niveau.

D. Circulation horizontale et intérieur du local

1. Circulation horizontale

L'ensemble des critères étaient remplis pour 48.3% (n=14) des locaux. Dans 13,8% (n=4) des cas, une seule mesure était respectée. Dans 13.8% (n=2) des cas 2 mesures étaient remplies.

Tableau 8 : Conformité de la circulation horizontale

| | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------------|----------|-------------|
| Revêtement du sol conforme | 29 | 100% |
| Largeur des couloirs conforme | 21 | 72,4% |
| Espace de manœuvre de porte conforme | 14 | 48,3% |
| Absence de marche ou ressaut >2cm | 25 | 86,2% |

2. Secrétariat

Trente et un pour cent des médecins (n=9) avaient un secrétariat. Parmi les secrétariats, 66.7% (n=6) étaient accessibles en position assise.

3. Bureau de consultation

La porte de salle de consultation était complètement aux normes pour 58.6% (n=17/29) des médecins. Pour 10.3 % des bureaux (n=3) aucun critère n'était rempli.

Tableau 9 : Conformité de la porte du bureau de consultation

| | <i>Effectif</i> | <i>Pourcentage</i> |
|---|-----------------|--------------------|
| <i>Largeur de la porte conforme</i> | 20 | 69% |
| <i>Poignée de porte conforme</i> | 24 | 82,8% |
| <i>Espace de manœuvre de porte conforme</i> | 22 | 75,9% |

L'observation directe de l'intérieur du bureau de consultations n'a pu se faire que pour 27 médecins.

Un espace d'usage suffisant au niveau de la table d'examen existait dans 92.6% (n=25/27). Les médecins possédant une table d'examen à hauteur variable représentaient 14.8% (n=4) de l'effectif. Il s'agissait de tables d'examen électriques dans les 4 cas.

Tableau 10: Conformité de l'espace d'examen

| | <i>Effectif</i> | <i>Pourcentage</i> |
|---|-----------------|--------------------|
| <i>Espace d'usage conforme</i> | 25 | 92.6% |
| <i>Présence d'une table à hauteur variable ou de dispositif d'aide au transfert</i> | 4 | 14.8% |
| <i>Possibilité d'aide humaine au transfert</i> | 12 | 44.4% |

4. Sanitaires

Des sanitaires ouverts au public étaient mis à disposition par 44.8 % (n=13). Concernant ces sanitaires 76.9% (n=10) d'entre étaient étiquetés comme étant « accessibles aux personnes à mobilité réduite ».

Tableau 11 : Conformité des sanitaires

| | Effectif | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Barre d'appui latérale | 12 | 92,3% |
| Lavabo accessible | 10 | 76,9% |
| Espace d'usage à côté de la cuvette | 10 | 76,9% |
| Espace de manœuvre avec demi-tour possible | 10 | 76,9% |
| EFFECTIF TOTAL | 13 | 100% |

L'ensemble des sanitaires accessibles aux personnes en situation de handicap présentaient l'ensemble des critères de conformité.

Pour ceux qui n'étaient pas étiquetés comme accessibles, un seul ne remplissait aucun des critères, les 2 autres disposaient d'une barre d'appui latérale.

5. Eclairage du local

Les interrupteurs de l'éclairage étaient adaptés dans 69% (n=20) des locaux. Il s'agissait soit d'un allumage automatique, soit, la plupart des cas, par des interrupteurs accessibles.

6. Présence d'un registre d'accessibilité

Aucuns des cabinets observés ne disposaient de ce registre.

E. Score d'accessibilité

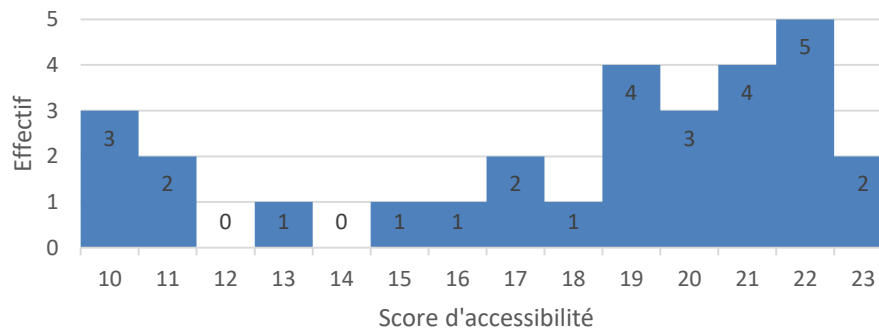
Pour 2 médecins, le score n'a pu être établi que sur 21 points, ces deux médecins ayant refusé l'accès à leur bureau de consultation. Les scores de ces 2 médecins étant de 21/21 et 19/21.

Les médecins ayant obtenu un score d'accessibilité maximum de 23/23 représentent 6.9 % (n=2). La note de 22/23 a été obtenue par 17.2 % (n=5) des médecins. Vingt-quatre pour cent (n=7) des cabinets qui ont obtenu un score supérieur ou égal à 22/23.

Le score le plus bas est de 10/23 et concerne 3 cabinets.

La moyenne des scores est de 18,06.

Figure 5 : Score d'accessibilité



IV. Analyse descriptive sur l'avis des praticiens

A. Regard par rapport à la loi et difficultés rencontrées

1. Etat actuel du cabinet et projets de mise aux normes

Tous les médecins interrogés (n=22) affirment connaître la réglementation sur l'accessibilité. On dénombrait 45.5% (n=10) des médecins n'ayant déposé ni attestation d'accessibilité, ni dérogation ni Ad'Ap. Sur ces 10 médecins, 90% (n=9) déclaraient savoir qu'ils pouvaient encore effectuer ces démarches. Parmi les 63.6% (n=14) de médecins affirmant que leur cabinet n'était pas aux normes, 1 praticien précise qu'il le sera à échéance de septembre 2018, 2 ne savent pas, et 11 médecins précisent que la mise aux normes ne sera pas réalisée à cette date.

Tableau 12 : Raisons de la non mise en accessibilité à échéance

| | Effectif | Pourcentage |
|------------------------------------|-----------|-------------|
| Dérogation obtenue | 7 | 63,6% |
| Changement d'activité/retraite | 6 | 54,54% |
| Changement de lieu | 0 | 0% |
| Ne souhaite pas la mise aux normes | 2 | 18,2% |
| Autres | 6 | 54,54% |
| EFFECTIF TOTAL | 11 | 100% |

Parmi les réponses « Autres » : nous avons relevé ces éléments :

« J'obtiendrai des dérogations, c'est ce qu'on nous pousse à faire ici à Arras »

« Je suis en retraite d'ici quelques mois, je ne pense pas qu'on me contrôlera pas d'ici là, si contrôles il y a »

« La retraite approche, je ne vais pas faire des aménagements pour ça alors que d'ici 1 ou 2 ans j'aurai fini »

« On ne m'a jamais fait de remarque, alors je ne vois pas l'intérêt de faire des travaux ou de la paperasse. J'ai très peu de personnes handicapées dans la patientèle »

« Je n'ai pas le temps pour m'occuper de ça, il y a plus important dans notre métier que ce genre de détail »

« Je ne pense pas qu'il y aura des contrôles »

« Les visites à domiciles sont faites justement pour les personnes qui ne peuvent pas venir »

2. Freins et facilités pour la mise en accessibilité

Les différents éléments ayant facilité la mise aux normes des cabinets évoqués par les médecins étaient ceux-ci :

- « Le cabinet était aux normes lors de mon installation » ; « il s'agit d'une construction et d'une ouverture récente » ; « le cabinet n'est pas vieux ». La notion de bâtiment récent ou déjà aux normes était évoquée par 4 médecins.
- « Avec les autres membres du cabinet, les infirmières et kiné, c'était plus facile de partager les frais, et tout le monde était d'accord ». Le fait d'être installé avec d'autres professionnels de santé concernait 2 praticiens.
- « J'ai obtenu une dérogation, pour les marches, donc ça simplifie les travaux. Du coup je n'ai rien à faire » ; « Avec les dérogations c'est facile, il n'y avait plus que quelques accessoires à apporter, comme la main courante au niveau de la porte d'entrée, et j'ai aussi repeint les marches pour le contraste visuel et

fait ajouter une sonnette accessible ». L'obtention d'une dérogation était citée par 3 médecins.

- Deux médecins citaient les réunions avec la Chambre de Commerce et d'Industrie ;
- Un médecin signalait que « *l'entrepreneur que j'ai rencontré venait de faire une formation pour l'accessibilité aux personnes. C'était rassurant* » ;

Tableau 13 : Difficultés rencontrées pour la mise aux normes

| | <i>Effectif</i> | <i>Pourcentage</i> |
|---|-----------------|--------------------|
| <i>Aucune</i> | 6 | 31.6% |
| <i>Economiques</i> | 8 | 42.1% |
| <i>Techniques</i> | 7 | 36.8% |
| <i>Pratiques</i> | 2 | 10.5% |
| <i>Désaccord avec un associé/ syndicat de copropriété</i> | 1 | 5.3% |
| <i>Autres</i> | 0 | |
| EFFECTIF TOTAL | 19 | 100% |

B. Activité

Concernant les patients en situation de handicap moteur, 86.4% (n=19) des médecins interrogés déclaraient en avoir dans leur patientèle. Pour le handicap visuel, cela concernait 36.4% (n=8) des médecins.

Trente-deux pour cent (n=7) des médecins répondants disaient avoir déjà reçu une ou plusieurs remarques sur la difficulté d'accessibilité de leur cabinet aux personnes en situation de handicap.

Vingt-trois pour cent des généralistes (n=5) déclaraient ne jamais avoir rencontré personnellement de difficultés à accueillir un patient en situation de handicap.

Pour 4 médecins, certains patients en situation de handicap ne viennent plus au cabinet en raison de son manque d'accessibilité. Dix médecins (45.5 %) déclaraient ne pas savoir si c'est le cas.

V. Analyse des facteurs influençant le score d'accessibilité

Un lien statistique entre ce score d'accessibilité et différents paramètres a été recherché.

Des analyses statistiques bivariées ont tout d'abord été réalisées afin de rechercher un lien entre les facteurs pouvant influencer l'état de conformité du cabinet et le score

A. Score d'accessibilité et âge du médecin

On observait une différence significative entre l'âge du médecin et le score du cabinet obtenu ($p=0,021$).

B. Score d'accessibilité et année d'installation dans le local

Une différence significative était observée entre l'année d'installation dans le local et le score ($p=0,014$).

C. Score d'accessibilité et période de construction du cabinet

L'effectif était insuffisant et n'a pas permis la réalisation d'un test. Il semblait y avoir un lien, mais les conditions de remplissage du test n'étaient pas respectées et on ne pouvait conclure à un lien entre le score et la période d'ouverture.

Tableau 14 : Relation entre score d'accessibilité et année d'ouverture du cabinet

| | Avant 2007 | Après 2007 |
|-------------------|------------|------------|
| <i>Effectif</i> | 20 | 6 |
| <i>Moyenne</i> | 17.25 | 21.7 |
| <i>Ecart-type</i> | 4.31 | 1.03 |
| <i>Minimum</i> | 10 | 20 |
| <i>Médiane</i> | 19 | 22 |
| <i>Maximum</i> | 23 | 23 |

D. Score d'accessibilité et type d'installation

Il n'existait pas de différence significative entre le score d'installation et le fait d'exercer seul ou en groupe ($p=0,823$).

Tableau 15 : Relation entre score d'accessibilité et type d'installation

| | Seul | En groupe |
|------------|------|-----------|
| Effectif | 17 | 12 |
| Moyenne | 17.9 | 18.25 |
| Ecart-type | 3.6 | 5.2 |
| Minimum | 10 | 10 |
| Médiane | 19 | 21 |
| Maximum | 22 | 23 |

E. Score d'accessibilité et remarques des patients sur la difficulté d'accessibilité du cabinet

Les remarques faites aux médecins par les patients sur les difficultés d'accessibilité avaient un lien significatif avec le score ($p=0,001$)

F. Analyse de l'effet des facteurs de conformité sur le score

Suite à ces résultats, un modèle de prévision qui permet de prédire un score d'accessibilité en fonction des paramètres étant significatifs lors des analyses bivariées a été testé en régression linéaire multiple. Ce modèle permettrait de prédire, sur l'échantillon, le score d'accessibilité ($p=0,007$). Il faudrait ensuite le tester sur un autre échantillon pour l'affiner. L'équation du modèle est la suivante :

$$\text{Score} = - 0,506 \times \text{Remarque} + 0,248 \times \text{Année d'installation} - 0,056 \times \text{Age du médecin} + 239,724$$

Ce score s'explique ainsi :

- Le fait d'avoir eu une remarque sur les difficultés d'accessibilité entraîne un score plus faible.
- L'année d'installation impacte le score : plus elle est élevée, plus le score est élevé.
- L'âge du médecin impacte négativement le score : plus l'âge est élevé, moins le score est élevé.

DISCUSSION

I. Critique de la méthode

- L'actualité du travail :

La loi du 11 février 2005 a connu des aménagements récents via l'ordonnance du 26 septembre 2014 (11). Des dérogations et des délais supplémentaires ont été octroyés aux praticiens libéraux, pour leur permettre de s'intégrer dans la démarche d'accessibilité. Les responsables d'ERP, et par conséquent les médecins généralistes libéraux, étaient tenus de déposer leurs Ad'AP au plus tard le 27 septembre 2015, pour une mise aux normes au plus tard dans les trois années suivant le dépôt de l'Ad'AP.

A la date de réalisation de notre travail, l'ensemble des médecins généralistes devaient soit avoir déposé une attestation d'accessibilité pour leur cabinet soit avoir déposé un Ad'AP (avec ou sans dérogation). C'est dans ce contexte que notre enquête a été réalisée. Ceci permet d'obtenir des données récentes et concrètes sur la réalité d'accessibilité des cabinets de médecine générale d'Arras.

- Le recueil de données :

La méthode employée a permis d'observer la quasi-totalité des cabinets de médecine générale d'Arras supprimant le biais de sélection. Le secteur étudié était assez restreint, le nombre de locaux visités est donc faible. Cette étude est un premier état des lieux sur l'état d'accessibilité des cabinets de médecine générale dans une ville. Il pourrait être envisagé à partir de ses résultats une généralisation en élargissant l'échantillon à un secteur plus étendu. Pour la partie entretien avec le médecin, le choix de contacter individuellement chaque médecin par téléphone est à l'origine d'un bon taux de réponse. Cette méthode était toutefois contraignante et a nécessité de nombreuses relances. Il était difficile d'obtenir un

rendez-vous lorsque le médecin disposait d'un secrétariat téléphonique, ce qui était le cas le plus fréquent.

Nous avons choisi d'inclure tous les médecins, qu'ils soient installés seuls ou en cabinet de groupe. En effet, même si en cabinet de groupe une grande partie des locaux est commune, dans la plupart des cas, chaque médecin possède son bureau de consultation avec un aménagement propre, et parfois même une salle d'attente par praticien.

- Le questionnaire :

La partie observationnelle de l'enquête était fastidieuse à réaliser, car elle imposait en effet de mesurer le plus précisément possible chaque critère. Pour examiner l'intérieur du bureau des omnipraticiens ne souhaitant pas répondre aux questions, il a fallu attendre que celui-ci le libère et laisse l'accès afin de pouvoir relever les éléments, ce qui parfois nécessitait d'attendre presque une heure. Il s'agissait de critères objectifs facilement comparables d'un cabinet à l'autre. Les mesures étaient réalisées par le même opérateur. Ce procédé est plus fiable et plus reproductible entre les différents cabinets qu'un questionnaire rempli par les médecins eux même. Cela a permis de recueillir des données objectives. Nous ne pouvons exclure un biais lié aux possibles erreurs de mesure.

Dans l'élaboration du score d'accessibilité, le stationnement a été délibérément exclu devant l'hypothèse que peu de médecins avaient un parking dédié. La mise à disposition d'un parking n'est pas une obligation soumise aux ERP (14).

Pour des raisons techniques*, la qualité de l'éclairage n'a pas pu être mesurée, alors qu'il s'agit d'un point important pour l'accessibilité aux personnes malvoyantes.

La partie entretien était relativement rapide à réaliser. Elle comportait majoritairement des questions fermées. L'avantage est un temps d'enquête relativement bref permettant de ne pas déranger longtemps les participants. L'inconvénient est de ne pas permettre de

* La mesure de l'éclairage nécessite un appareil spécifique : le luxmètre

recueillir des avis et ressentis individualisés sur la question. Une recherche qualitative aurait été plus intéressante sur ce point. Pour les réponses données par les médecins lors des entretiens, il peut exister un biais de déclaration. De plus, il est possible que les réponses soient différentes de l'opinion réelle du répondant, avec des réponses plus émotionnelles que réfléchies. D'autant plus que la loi est globalement mal vécue par la profession et vécue comme une charge supplémentaire.

Certaines questions peuvent être améliorées :

- La question sur la connaissance de la réglementation était probablement trop globale. Séparer cette question en 3 propositions (réglementation, sanctions, délais) aurait sûrement été plus révélateur. Cela aurait permis de distinguer le degré de connaissances des médecins vis-à-vis de la loi.
- La critique est identique pour la question « avez-vous déposé un agenda d'accessibilité programmé, une attestation d'accessibilité et/ou une dérogation ? ». Dans ce cas également, une réponse à choix multiples aurait permis de dénombrer le nombre de dérogations, d'attestation et d'Ad 'AP déposés.
- Au sujet de la question sur la projection de l'état d'accessibilité du cabinet en date de 27 septembre 2018, certains médecins ont trouvé cette échéance trop lointaine pour y répondre avec certitude. Le but de cette question n'était pas d'obtenir une réponse fiable mais plutôt d'avoir une idée du nombre de médecins envisageant de suivre la législation.
- Il n'a pas été demandé de précision quant à la nature des derniers travaux ou agencements réalisés dans le cabinet.

II. Discussion des résultats

A. L'accessibilité globale des cabinets

L'élaboration du score global d'accessibilité a mis en évidence que seuls 2 cabinets obtenaient la note maximale de 23 points, et respectaient strictement les normes en vigueur. Parmi les 5 cabinets ayant obtenu 22 points, 2 cabinets n'avaient pas de main courante au niveau de l'escalier d'accès, 2 cabinets avaient un interphone ou une sonnette qui n'était pas accessible, et le dernier n'avait pas de secrétariat accessible en position assise. Il s'agit ici d'aménagements mineurs* à réaliser afin de respecter strictement les normes. Le taux de cabinets accessibles ou nécessitant des aménagements mineurs se portent ainsi à 24.1% (n=7). Ce résultats est quasiment identique à celui obtenu par DOMARLE Emilie en 2012, qui retrouvait 20.7% de cabinets totalement conformes ou nécessitant des travaux d'aménagement minimales (13). Avec la création des Ad'Ap et les assouplissements de l'arrêté de décembre 2014 (14) pour le bâti existant, nous aurions pu nous attendre à une augmentation de ce taux. Une explication est l'attribution des points du score différemment répartis entre les deux études. Une autre explication est le peu d'aménagements réalisés depuis 2012. Pourtant plus la moitié des praticiens interrogés déclaraient avoir réalisé des aménagements. La question ne précisait pas la nature des aménagements. Il peut s'agir dans certains cas de travaux sans lien avec l'accessibilité.

Les éléments de conformité à la mise en accessibilité peuvent être classés en 2 catégories : les critères facultatifs et les obligatoires. Tout d'abord les éléments « facultatifs ». Ce sont les éléments qui ne sont pas obligatoirement présents pour un ERP de 5^{ème} catégorie, mais qui doivent répondre à certains critères s'ils sont mis à disposition des patients. Les éléments « obligatoires » doivent répondre aux critères. En cas d'impossibilité technique, financière ou architecturale, une demande de dérogation avec une

* Ne modifiant pas l'activité du cabinet

proposition de mesures substitutives doit être faite. Parmi ces critères nous avons relevé ceux qui étaient défailants dans notre étude.

a) Les critères obligatoires

- Les portes du local :

Les cabinets ayant une porte d'entrée suffisamment large représentent 79.3 % (n=23) de l'échantillon. Sur ce critère, une amélioration par rapport à 2012 est observée. A cette époque, il n'y avait que 55 % des portes d'entrées qui étaient conformes (13). Cette différence peut s'expliquer soit par l'assouplissement de la norme sur la largeur de porte par l'arrêté du 8 décembre 2014 (14), soit par des travaux. Ces derniers sont peu probables. Visuellement peu d'aménagements récents semblent avoir été réalisés à ce niveau. La question n'a toutefois pas été posée aux médecins. L'amélioration paraît en lien avec la modification des normes.

Pour les ERP pouvant recevoir moins de 100 personnes, une largeur de porte de 0.80m (soit 0.77m de passage utile) est admise depuis décembre 2014 contre 0.90 m auparavant à la condition que l'espace de manœuvre soit suffisant (14 article 10). Il faut noter qu'une largeur de 77cm ne permet pas à tous les fauteuils roulants de passer : en effet, une personne en fauteuil roulant occupe un espace au sol moyen de 80 cm de large sur 130cm de long (16), une personne en cannes occupe un espace moyen de 75 à 90cm (17). Les fauteuils roulant dont les dimensions correspondent à la norme ISO 7193 (1,20 m x 0,70 m) représentent 85 % des fauteuils actuellement. Il existe donc des fauteuils plus étroits mais également des plus larges. C'est le cas des fauteuils roulants pour les personnes souffrant d'obésité.

La modification d'une porte nécessite une modification de la structure et des travaux importants pouvant nécessiter une modification du fonctionnement du cabinet. S'il s'agit de la porte d'entrée en façade d'un bâtiment en zone protégée, les travaux nécessitent en plus l'aval de la commune et de l'Architecte des Bâtiment de France.

- Une porte d'entrée inaccessible :

Pour accéder au cabinet, un des critères fondamentaux est le niveau du local par rapport à la voirie. Notre étude a relevé des escaliers ou des marches à l'entrée des locaux dans 69 % des cas (n=20). Aucun n'était totalement en conformité. La taille des marches était non conforme pour 55 % (n=11/20) des escaliers. Pour 95 % (n=19/20) de ces cabinets il n'y avait pas de rampe d'accès. Ces cabinets sont donc inaccessibles aux PMR, à fortiori aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant. Cela vient à l'encontre du principe du libre choix du médecin. Ces patients en situation de handicap moteur sont obligés de s'orienter vers un praticien dont le cabinet est accessible.

Ce sont des travaux d'envergure nécessitant dans certains cas d'une demande d'autorisation si le cabinet est situé dans une zone « historique » (Annexe 5).

L'une des solutions en cas de présence de marches d'une hauteur non réglementaire est la mise en place d'une rampe d'accès avec pente. Ces éléments ne sont retrouvés que dans un des cabinets. Si l'installation d'une rampe fixe peut s'avérer compliquée sur le plan architectural et de la voirie, les rampes d'accès amovibles ont l'avantage d'être plus aisément mises en place.

Les critères de ces rampes sont repris dans l'arrêté de décembre 2014 (14). Cette rampe est, par ordre de préférence :

- une rampe permanente, intégrée à l'intérieur de l'établissement ou construite sur le cheminement extérieur de l'établissement ;
- une rampe inclinée permanente ou posée avec emprise sur le domaine public. L'espace d'emprise permet alors les manœuvres d'accès d'une personne en fauteuil roulant ;
- une rampe amovible, qui peut être automatique ou manuelle. Dans ce cas, un dispositif d'appel accessible doit être mis en place, car la pose de la rampe dépend de l'intervention d'un tiers et limite l'autonomie de la personne.

Il existe de nombreux modèles de rampes. (Annexe 6)

Le principe de la rampe pose plusieurs problèmes. S'il s'agit d'une rampe permanente avec emprise sur la voirie, son installation nécessite une autorisation de la mairie pour occupation du domaine public (18). Ce n'est pas toujours possible. Par exemple si le trottoir est étroit, la rampe devient un obstacle au passage des piétons.

Il faut alors se tourner vers une rampe d'accès amovible. Depuis le 1er janvier 2015, la dérogation n'est obligatoire que si la rampe amovible ne respecte pas certains critères. La pente de la rampe amovible doit être inférieure à 10 % sur une longueur inférieure ou égale à 2 mètres, ou inférieure à 12 % sur une longueur inférieure ou égale à 0.5 mètre. Dans le cas contraire la dérogation doit être demandée car il s'agit là d'une solution avoisinante aux règles d'accessibilité limitant l'autonomie de la personne handicapée. En cas de pente plus importante, une personne en fauteuil roulant ne peut passer la rampe qu'avec un aidant. Les rampes amovibles nécessitent une intervention humaine pour être mise en place une fois que le patient s'est signalé par la sonnette. Pour les médecins généralistes, cela nécessiterait une intervention humaine pour la mettre en place, surtout d'il s'agit d'un rampe manuelle. Nous pouvons aisément concevoir que cette option est d'autant plus contraignante si le médecin est installé seul, et sans secrétariat. Cette solution semble peu appropriée dans une majorité de cas.

Les autres points de conformité peu respectés pour les escaliers d'accès sont les mains courantes, les contrastes visuels des nez de marches et des contremarches. Ces aménagements sont faciles à réaliser, car peu perturbateurs du fonctionnement du cabinet. Ceci améliorerait l'accès aux porteurs d'un handicap visuel, puisqu'un tiers des médecins déclare en avoir dans leur patientèle.

b) Les éléments facultatifs :

- Le stationnement :

La mise à disposition d'un parking n'est pas une obligation pour les ERP de 5eme catégorie (14). La seule obligation est de disposer d'au moins une place réservée aux personnes à mobilité réduite (PMR) en cas de parking rattaché au cabinet. Seuls 3 des médecins disposaient de places de stationnement dédiées à leur cabinet, avec à chaque fois une place minimum réservée aux possesseurs d'un macaron handicapé sur leur véhicule.

La plupart du temps, les patients doivent utiliser les emplacements disponibles en voirie. L'accessibilité du bâtiment depuis la rue est ainsi souvent dépendante de la municipalité : place de stationnement handicapés, conformité du revêtement et du cheminement sur les trottoirs jusqu'au cabinet. En effet, c'est la compétence du maire, qui sur le territoire de sa commune, doit définir par un arrêté quels sont les emplacements réservés aux PMR (19). Cet aménagement de la voirie est une obligation légale pour la commune : L'article 2 de la loi n°91-663 du 13 juillet 1991(20) prévoit que « la voirie publique ou privée ouverte à la circulation publique doit être aménagée pour permettre l'accessibilité des personnes handicapées ». Un décret de 2006 (21) précise même qu'au moins 2 % de l'ensemble des emplacements de chaque zone de stationnement doivent être accessibles et adaptés aux personnes circulant en fauteuil roulant. Ces règles sont applicables aux communes de 5000 habitants ou plus (22). Mais le choix de l'emplacement de ces places revient à la municipalité. La présence ou non de places de stationnement public réservées aux personnes handicapées n'a pas été relevée dans notre étude. La disposition d'une telle place à proximité immédiate des cabinets améliorerait probablement l'accessibilité.

Il aurait également été intéressant d'interroger les médecins sur l'existence d'une demande auprès de la municipalité pour obtenir une place réservée aux PMR à proximité du cabinet. Après renseignement auprès de la mairie d'Arras le 14 septembre 2017, cette démarche est à effectuer par téléphone auprès du service du Domaine Public de la ville. La demande est étudiée par un comité qui, en fonction des places handicapées existantes sur le secteur, accepte ou rejette la requête.

- Des dispositifs d'appel hors de portée :

Lorsqu'un interphone (ou une sonnette) était présent, il n'était pas aux normes dans 40.7 % (n=16) des cas. Il n'y a pas non plus d'obligation d'apporter un tel dispositif, mais s'il est présent, il se doit de respecter certains points (en particulier de position en hauteur et sa distance par rapport à l'angle rentrant, le cas échéant). Une raison potentielle à la non mise aux normes de la sonnette est sa faible utilisation par les patients car les portes d'entrée des cabinets étaient le plus souvent non verrouillées lors des heures de travail des médecins.

- Les sanitaires en voie de disparition:

Si des sanitaires sont à disposition du public, ils doivent être conformes à la réglementation accessibilité (23 article 12).

En 2012 à Arras (13), 97% des cabinets disposaient de sanitaires accessibles aux patients. Notre travail ne les retrouve que dans 42.8% (n=13) des cas. Plutôt que de réaliser des aménagements pouvant être techniquement compliqués, ou de laisser des sanitaires pour les patients non aux normes, de nombreux praticiens semblent avoir pris l'option de ne plus laisser les sanitaires à disposition des patients. En 2016, dans une étude menée auprès des généralistes Picards (24), 34.3 % des praticiens jugeaient non pertinente cette exigence réglementaire de modifications des sanitaires. Aucun texte national de loi ne rend obligatoire la présence de sanitaires pour le public. L'exigence d'accessibilité des sanitaires s'applique « lorsque les sanitaires sont prévus pour le public ». Toutefois, l'article 59 du règlement sanitaire du Pas-de-Calais (25) précise que « dans tous les établissements (recevant ou ouvert au public), des cabinets d'aisances, des urinoirs et des lavabos sont établis en nombre suffisant, compte tenu de leur fréquentation ». Cet article du règlement datant de 1969 n'a pas été révisé. Il s'agit là du règlement sanitaire départemental type qui est rarement respecté. Mais il suppose que les ERP doivent disposer de sanitaires pour le public. Certains praticiens ont probablement déclaré leur sanitaire privé, pour ne pas avoir à effectuer de mise en conformité. Cela reste une déclaration sur l'honneur, et dans les faits l'accès aux patients est probablement maintenu.

- L'aménagement intérieur du bureau des médecins :

La seule condition obligatoire pour les ERP de 5^{ème} catégorie, dont les cabinets médicaux, est que « Une partie du bâtiment ou de l'installation assure l'accessibilité des personnes handicapées, quel que soit leur handicap, à l'ensemble des prestations en vue desquelles l'établissement ou l'installation est conçu. Toutefois, une partie des prestations peut être fournie par des mesures de substitution » (26). L'obligation porte sur l'accès au bureau de consultation et la circulation horizontale dans la pièce. L'équipement du bureau en tant que tel n'est pas abordé dans les textes. L'aménagement intérieur du bureau des praticiens relève dans la plupart des cas des choix personnels.

Parmi les 27 bureaux observés, la quasi-totalité disposaient d'un espace de manœuvre suffisant au niveau de la table d'examen (92.6 % ; n=25). Les tables d'examen à hauteurs variables sont rarement présentes. Moins de la moitié de ces médecins proposaient une « aide humaine » au transfert. La question est comment réaliser l'examen pour quelqu'un dans l'incapacité de se transférer lui-même sur la table en l'absence d'aidant à la consultation.

Face à ces constatations, une question se pose. Certains agencements paraissent aisément réalisables, et ne nécessitent pas de modifier ou d'interrompre l'activité du cabinet pour être exécutés. D'autres sont techniquement plus difficile à réaliser. Quels sont les éléments qui freinent les médecins à faire le pas vers l'accessibilité?

B. Obstacles et facilités à la mise en accessibilité

1. Facteurs favorisant l'accessibilité globale du cabinet

Nous avons émis l'hypothèse qu'un des facteurs facilitant la transition vers l'accessibilité des cabinets est l'installation en groupe. Nous pouvons imaginer que ce type d'installation rend la réalisation des travaux plus facile en partie par la mutualisation des moyens. C'est un argument qui a été évoqué par deux des médecins interrogés. L'analyse bivariée n'a pas retrouvé de différence significative sur ce critère, les médecins installés en

groupe n'ayant pas significativement un score plus élevés que ceux installés seuls ($p=0.823$). Ce résultat est inattendu et différent du travail de Delphine Bernard-Bourdon (27) qui retrouvait que les cabinets individuels étaient moins accessibles que ceux de groupe. Toutefois, l'installation en groupe peut aussi être un frein à la réalisation des travaux. En particulier en cas de désaccord entre les associés. Il faudrait certainement réaliser l'enquête sur un échantillon plus large pour confirmer ou infirmer cette hypothèse.

L'autre hypothèse émise était que plus l'installation du praticien était récente, plus le cabinet répondrait aux normes d'accessibilité. Notre étude l'a confirmé car il existait une différence significative entre l'année d'installation et le score d'accessibilité ($p=0.014$). Cette idée est également appuyée par les propos de certains praticiens qui ont affirmé que « la mise en accessibilité avait été facile car les locaux étaient déjà aux normes lors de leur installation ». Les praticiens qui s'installent depuis la loi de 2005 sont probablement plus sensibilisés à l'accessibilité et ont la volonté de ne pas avoir la contrainte de la mise aux normes en débutant leur activité.

2. Freins potentiels à la mise aux normes

- Obstacles liés aux représentations des médecins :

Les remarques des usagers sont-elles prises en compte par les médecins dans différents domaines, y compris pour l'accessibilité ?

La majorité des praticiens de notre échantillon déclarent avoir des personnes en situation de handicap moteur dans leur patientèle (86.4 % ; $n=19$). Trente-deux pour cent des médecins interrogés affirme avoir déjà reçu de patients, une ou plusieurs remarque(s) concernant la difficulté d'accessibilité du cabinet. Notre étude révèle que le fait d'avoir eu une remarque d'un patient impacte sur le score d'accessibilité. Les remarques des patients paraissent justifiées. Par contre, le fait d'avoir des plaintes sur l'accessibilité du cabinet ne pousse pas les médecins à apporter des aménagements. Une explication à ce constat est que l'une des mesures de substitution mise en place par certains médecins est la visite à domicile. Elle permet de régler le problème de l'accessibilité du local, mais ne laisse pas le

choix au patient. En effet, la visite à domicile peut être pratique pour le patient. Elle ne nécessite pas de déplacement de sa part et ce type de déplacement peut engendrer une organisation parfois complexe. S'il doit trouver un véhicule adapté par exemple ou encore s'il doit avoir une personne accompagnante pour l'emmener au cabinet éventuellement. La question du point de vue du patient sur ces visites à domicile n'a pas été explorée. Comment le patient perçoit-il ces visites, qui peuvent parfois être interprétée comme une intrusion dans son intimité ? L'autre problème que pose le recours à la visite à domicile dans ce cas est celui de la facturation du déplacement. Nous n'avons pas demandé aux médecins qui déclaraient utiliser la visite à domicile pour pallier au manque d'accessibilité de leur cabinet s'ils factureraient une consultation ou une visite dans ce cas. Mais nous pouvons imaginer que dans cette situation, la visite à domicile est réalisée selon le choix du médecin. Il se rend chez le patient car il ne peut pas l'accueillir au cabinet, et non car le patient est dans l'incapacité totale de se déplacer. Dans ce cas, la facturation d'un déplacement est-elle légitime ? L'accessibilité au cabinet est avant tout dépendante de l'accessibilité de la ville. Un cabinet peut être accessible aux handicapés, mais si la voirie ou les transports ne le sont pas, cela impacte sur la mobilité des personnes en situation de handicap. La visite à domicile devient ainsi la seule solution.

L'autre point à relever, est que l'aspect punitif de la loi apparait pour certains médecins comme fictif. Des praticiens ont en effet déclaré que, selon eux, les contrôles, et les sanctions qui en découlent, n'auraient probablement pas lieu. Onze médecins de l'échantillon ne prévoient pas que leur cabinet soit aux normes à l'échéance de septembre 2018. Ces médecins encourent-ils des sanctions ? Pour l'instant les contrôles ne semblent pas encore engagés. La loi prévoit des sanctions pénales (28) et administratives. En cas de non-respect des dispositions, le contrevenant s'expose à :

- Une amende de 45000 euros (pour le propriétaire de l'ERP 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.

Le décret n° 2016-578 du 11 mai 2016 (29) relatif aux contrôles et aux sanctions applicables aux agendas d'accessibilité programmée modère les risques de sanction initialement prévus par la loi. En cas de premier manquement constaté, la procédure prévoit l'envoi d'une lettre recommandée de mise en garde. Le professionnel a alors 1 mois pour répondre à cet avertissement : Soit son local est aux normes et il envoie un justificatif (une déclaration sur l'honneur), soit le local n'est pas aux normes et le professionnel s'engage à déposer un Ad'AP dans les 6 mois. En cas de non dépôt d'Ad 'AP, ou de non réponse à la mise en garde, la procédure de pénalité pourra être engagée avec première mise en demeure (avec un délai de réponse de 2 mois) puis constat de carence (avec délai de réponse de 3 mois).

La longueur des procédures avant application des sanctions rend peut être leur application peu probable aux yeux des praticiens.

- Obstacles liés au bâti :

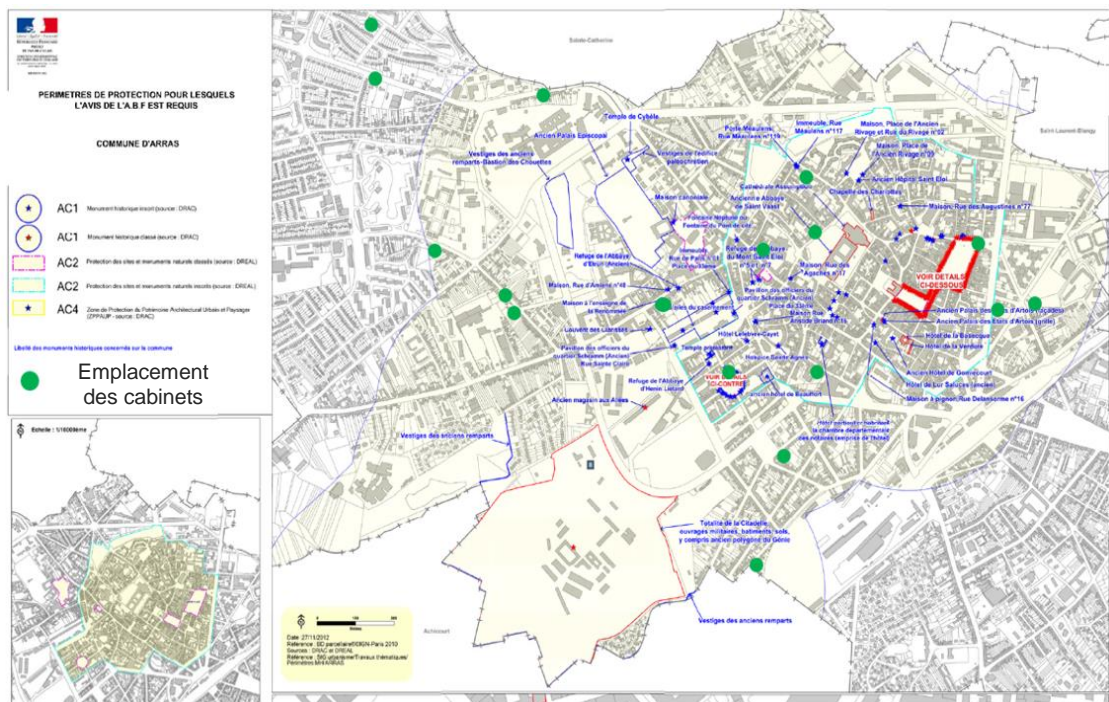
Une explication quant au faible taux d'accessibilité globale des cabinets peut s'expliquer en partie par la structure même du bâtiment et sa localisation. Comme nous l'avons vu précédemment, une grande partie des critères de conformité touchent à la structure du bâtiment.

La ville d'Arras compte deux bâtiments classés au patrimoine mondial de l'UNESCO : le beffroi ainsi que la Citadelle. Toutes les constructions ou modifications dans un périmètre de 500m autour de ces 2 bâtiments sont ainsi soumises à des restrictions ainsi qu'à l'avis de l'Architecte des Bâtiments de France (ABF) (30,31). La ville compte également de nombreux monuments historiques inscrits ou classés qui nécessite également l'avis de l'ABF (Annexe 5) (32).

En comparant l'emplacement des cabinets médicaux et le périmètre de protection architectural de la ville d'Arras, 51.7% (n=15) des cabinets se situent dans ce centre

historique (figure 5). La moyenne du score d'accessibilité pour ces cabinets est de 16,8. Le score moyen d'accessibilité des cabinets en dehors de ce périmètre est de 19,4. Il semble y avoir un lien entre la localisation et le score, toutefois la différence n'a pas été statistiquement confirmée.

Figure 6 : Emplacement des cabinets médicaux par rapport au centre historique d'Arras



Ces cabinets situés dans ce secteur « historique », ont une contrainte architecturale importante : des marches sur le trottoir pour accéder au bâtiment, des portes d'entrées étroites avec une impossibilité de modifier la façade pour préservation du patrimoine architectural. Ces mêmes cabinets ont une structure interne ne respectant pas la largeur du couloir pour des cas 53.3 % (n=8/15).

La contrainte architecturale a été mise en avant dans d'autres travaux. Notamment à Bordeaux (33) où l'accessibilité extérieure de cabinets est globalement moins bonne pour les cabinets de centre-ville et les quartiers historiques.

Dans ces cas précis, des dérogations ont été délivrées car la seule solution de mise en accessibilité du cabinet serait de déménager vers un autre secteur. Cette solution n'est pas

réalisable et amènerait à « vider » certains quartiers de la ville de leurs médecins généralistes.

Certains médecins considèrent qu'une dérogation signifie « dérogation à la mise en accessibilité ». Pourtant la dérogation est délivrée pour un point bien précis, mais ne soustrait pas la mise en conformité des autres éléments du local. S'il s'agit par exemple de la taille des marches d'accès : l'obtention d'une telle dérogation permet de ne pas réaliser de modifications sur la taille et le nombre de celles-ci, en raison de l'importance des travaux engendrés ou d'une impossibilité technique. Par contre, le propriétaire de l'ERP en question doit apporter le reste des modifications : contraste visuel au niveau des marches, main courante etc... Ces aménagements ne sont pourtant observés que partiellement. En effet pour les cabinets avec des marches, seulement 20 % (n=4/20) possèdent un contraste visuel au niveau des contremarches et 40 % (n=8/20) ont un contraste visuel au niveau des nez de marches.

La plupart des dérogations accordées pour ces cabinets persisteront même en cas de changement de médecin. Ceci concerne les dérogations accordées pour impossibilité technique liée à la structure du bâtiment, contrainte liée à la conservation du patrimoine et en cas d'opposition de copropriétaires. Ces dérogations sont attachées au local et non au demandeur. La dérogation perdure et bénéficie au nouveau médecin qui s'installe dans ce cabinet (34). Par contre, la dérogation pour raison financière est attachée à la personne qui la sollicite et peut être réévaluée.

- Une population de médecins généralistes plus âgée que la moyenne:

La ville d'Arras a vu le nombre de ses médecins généralistes passer de 38 à 32, soit une diminution de près de 16 % depuis 2012 (13). Selon l'Atlas de démographie médicale en 2016 (35), en région Nord-Pas-de-Calais/Picardie, les médecins généralistes âgés de 60 ans et plus représentent 25,3% des effectifs alors que les médecins âgés de moins de 40 ans représentent 16,7% des effectifs. Notre échantillon retrouve plus de médecins en fin de

carrière (36,4% avaient minimum 60ans) et moins de « jeunes » médecins, car seulement 9,1% avaient moins de 40ans. Avec un âge moyen de 55,5 ans dans l'étude, nous pouvons dire que notre échantillon est sensiblement plus âgé que l'ensemble des médecins généralistes du Nord Pas-de-Calais. La moyenne d'âge de ceux-ci était de 51,4 ans dans la région en 2016 (35). Toutefois, cette différence n'a pas été confirmée statistiquement.

Comme retrouvé dans nos résultats, l'âge du médecin impacte négativement sur le score d'accessibilité. Ceci pouvant s'expliquer par des locaux plus anciens, avec des normes au moment de l'installation des médecins qui étaient différentes de celles d'aujourd'hui. 72.7 % (n=16) des médecins interrogés se sont installés dans le local actuel avant 2005. Les évolutions de la loi depuis leur installation et les assouplissements de 2014 peuvent pousser les médecins à avoir une attitude attentiste et à espérer d'autres assouplissements de la loi devant la complexité de la mise en accessibilité. Ce qui expliquerait que parmi les 11 médecins de plus de 55 ans, seuls 4 d'entre eux ont réalisés des démarches administratives.

Un autre facteur pouvant freiner les médecins est la perspective de la retraite, comme cela a été soulevé lors des entretiens. Sur 11 praticiens de plus de 55 ans, 10 affirment que leur cabinet ne sera pas aux normes à l'échéance de septembre 2018. Pour les médecins proches de la retraite (34.6 % des praticiens de l'enquête ont plus de 60 ans) les normes d'accessibilité peuvent être vécues comme des contraintes. Nous pouvons supposer qu'un généraliste prévoyant de prendre sa retraite dans quelques années, n'ayant pas de successeur soit peu motivé à faire des investissements dans son cabinet. Ces travaux coûteux n'apporteront pas de plus-value immobilière.

- Le coût des travaux et l'engagement en temps :

L'aspect économique est une difficulté à la mise aux normes rapportée par 41.1 % des répondants, et 36.8 % pour l'aspect technique. Cette problématique financière se retrouve dans plusieurs travaux dans différentes régions de France (27,36). Le problème du coût est engendré par deux facteurs.

Un des facteurs est le montant des travaux ou aménagements pouvant être élevé (la modification des portes ou des marches du cabinet). Le prix des différents équipements, comme la sonnette, les barres d'appui dans les sanitaires, les rampes d'accès et la table d'examen peut freiner l'investissement. A titre indicatif, en septembre 2017, sur un site de vente de matériel médical (Distrimed), le prix d'une table d'examen à hauteur variable électrique varie de 1281€ à 3500€. En comparaison, une table d'examen fixe coute entre 298 € et 1500€.

L'autre facteur est la perte financière liée à la fermeture du cabinet pendant la réalisation des travaux nécessaires.

. Des aides financières sont pourtant disponibles. L'une a été prévue par la loi, avec l'ordonnance du 26 septembre 2014 (11). Cette ordonnance propose la mise en place d'un fond national d'accompagnement de l'accessibilité universelle, alimenté en partie par le produit des sanctions administrative proposée par le préfet à l'encontre d'un responsable d'ERP. Cette mesure se base sur l'aspect punitif de la loi de 2005. Une hypothèse est que cette aide est essentiellement réservée aux ERP d'autres catégories, comme des commerces avec de nombreux salariés pour lesquels la réalisation de travaux engendrerait de lourds problèmes financiers. Le texte ne précise pas le montant octroyé ni les conditions précises d'obtention. Une des autres aides disponibles, non cumulable avec la première, est celle du FISAC (Fonds d'intervention pour les services, l'artisanat et le commerce), qui peut subventionner à hauteur de 30 % les travaux de mise en accessibilité (37,38). Aucun médecin de notre échantillon n'a déclaré avoir eu recours à une aide financière quelconque.

A cette contrainte financière, s'ajoute la contrainte du temps. L'ensemble de ses démarches nécessite au praticien de prendre un temps non négligeable afin de faire réaliser les diagnostics, les différents devis, et l'ensemble des formalités administratives. Ces procédures s'ajoutent aux tâches administratives quotidiennes parfois pesantes des professions libérales. Nous pouvons penser aussi que cela risquerait de freiner l'installation de jeunes confrères en libéral.

III. L'accessibilité aux handicapés en Europe et aux USA

A. La situation Européenne

Au sein de l'Union Européenne, chaque état membre a sa politique propre en matière de handicap et d'accessibilité aux personnes en situation de handicap. Il en va de même pour les définitions du terme « handicap » (39). Deux textes fondateurs en faveur des droits des personnes handicapées sont la base de la politique européenne pour l'accessibilité aux personnes handicapées. Il s'agit premièrement de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, adoptée en 2000, interdit toute discrimination fondée sur le handicap (article 21). Elle reconnaît aussi le droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et professionnelle et à la participation à la vie de la communauté (article 26)(40). Et deuxièmement, il s'agit de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CNUDPH) (41) ratifiée en 2011, comme 25 des états membres. En ratifiant cette convention, l'Union européenne s'est associée aux efforts consentis au niveau international afin de garantir aux personnes handicapées l'exercice de leurs droits fondamentaux.

À côté et en appui des politiques nationales, l'Union Européenne s'est dotée d'une nouvelle stratégie : la «Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées» (42). Le plan d'action associé à la stratégie européenne 2010-2020 couvre huit domaines: l'accessibilité, la participation, l'égalité, l'emploi, l'éducation, la protection sociale et l'inclusion, la santé et les actions externes. Les principales mesures de cette stratégie sont celles-ci :

- L'initiative en matière d'accessibilité : en étudiant comment exploiter la normalisation et les règles en matière de marchés publics et d'aides d'État pour rendre tous les biens et services accessibles aux personnes handicapées, tout en favorisant le marché européen des équipements assistés ;
- La sensibilisation, notamment grâce au prix européen des villes accessibles : les « Access City Award ».

L'Union européenne recommande ainsi depuis 2010 de rendre les espaces et bâtiments publics accessibles aux personnes à mobilité réduite. La mise en place de cette accessibilité universelle repose sur des stratégies nationales. Les pays Européens disposent des politiques en matière d'accessibilité des ERP différentes malgré les recommandations Européennes en vigueur depuis 2010. Ces différences sont en partie culturelles, et aussi liée au fonctionnement de chaque état.

- Au nord de l'Europe, le cas des pays Scandinaves :

Dans les pays Scandinaves, l'accessibilité du bâti est liée à une vieille tradition datant du début du 20^e siècle. Le concept du bâti accessible à tous les citoyens est cité par Michel Fardeau, professeur au CNAM, en 2001 « Il est inconcevable dans les pays du Nord qu'un bâtiment public puisse être inaccessible à quelque public que ce soit, ce qui se vérifie aisément lorsque l'on est sur place, puisque le passage et la circulation des personnes à mobilité réduite dans les espaces publics est chose fréquente » (43). Grâce à cette conception culturelle les pouvoirs publics n'ont pas eu la nécessité de créer de nouvelles législations sur l'accessibilité comme ce fut le cas dans d'autres pays et en particulier la France.

- A côté de chez nous, en Belgique :

En Belgique, la réglementation sur l'accessibilité aux personnes handicapées est dépendante de chaque région. En Wallonie, jusqu'à présent le seul texte réglementant l'accessibilité des ERP est le « Code Wallon de l'Aménagement du Territoire, de l'Urbanisme et du Patrimoine », dans ses articles 414 et 415 (44). Cette réglementation ne concerne que les transformations majeures soumises à l'urbanisme (changement de destination, nouvelle construction ou importante rénovation) des bâtiments ouverts au public. Dans le domaine de la santé, celle-ci s'applique aux cliniques, aux hôpitaux et aux centres d'aide médicale (l'équivalent des maisons médicales en France). Elle ne concerne pas les locaux existants

de moins de 150m². Cette réglementation ne s'applique donc pas aux cabinets médicaux individuels de petite superficie.

La Belgique semble être loin de l'accessibilité de ses bâtiments publics malgré la ratification en 2009 de Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (41). La Belgique a d'ailleurs été interpellée en 2014 par le Comité des droits des personnes handicapées pour divers manquements à la Convention et le peu d'efforts fournis en matière d'accessibilité (45).

B. Un point sur l'accessibilité aux USA

Aux Etats-Unis, la loi de 1990 sur les personnes handicapées (Americans with Disabilities Act, ADA) est une loi de non-discrimination d'importance majeure.

Les Titres II et III de cette loi traitent de l'accessibilité aux personnes en situation de handicap. Le Titre II concerne la discrimination opérée, à l'encontre de personnes reconnues handicapées, par l'administration des États fédérés et les collectivités locales ainsi que par les établissements et organismes qui leur sont attachés (notamment pour l'accès à leurs services et programmes). Le Titre III traite de la discrimination dans les lieux privés recevant du public. Il établit une liste fermée des 12 types de lieux correspondant à cette définition (incluant les cabinets médicaux et lieux de soins). Il interdit aux personnes qui exploitent ou possèdent un lieu privé recevant du public d'opérer une discrimination envers les personnes handicapées pour l'accès aux services, biens, installations et avantages de ce lieu. Les sanctions ne sont encourues qu'en cas d'injonction d'une personne handicapée ayant fait l'objet d'un préjudice. Le plaignant peut alors avoir à fournir la preuve qu'il est « handicapé » pour faire valoir son préjudice. L'application du Titre III repose essentiellement sur une base volontaire (46).

Une étude de 2013 (47) a révélé que, malgré l'ADA et ses lignes directrices, les médecins ne parvenaient toujours pas à fournir des services de soins de santé accessibles aux personnes en fauteuil roulant. L'enquêteur a appelé 256 médecins spécialistes de cinq grandes villes (Atlanta, Dallas, Houston, Portland et Boston) pour prendre rendez-vous pour

un patient fictif. Ce patient était décrit comme obèse avec une hémiplégie, et sans accompagnant pour l'aider à réaliser les transferts. Sur 256 praticiens, 56 (22%) ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas accueillir le patient, 9 (4%) ont indiqué que le bâtiment était inaccessible, 47 (18%) ont déclaré un incapacité à transférer un patient d'un fauteuil roulant à une table d'examen et 22 (9%) ont déclaré utiliser des tables réglables en hauteur ou un ascenseur pour le transfert. La gynécologie était la sous-spécialité avec le taux le plus élevé de pratiques inaccessibles (44%).(47)

Les Etats-Unis ont été en avance sur la France avec la publication de leur loi sur la non-discrimination des personnes en situation de handicap en 1990, mais la mise en application reste finalement assez aléatoire en l'absence de contrôle et de sanction.

CONCLUSION

L'accessibilité des cabinets de médecine générale est un problème complexe, dépendant de nombreux facteurs. Les acteurs principaux sont les praticiens et les municipalités jouent également un rôle important pour l'accès aux cabinets via la voirie et les transports. L'application stricte de ces normes semble irréalisable dans le cas des cabinets médicaux et notamment dans les zones urbaines où les cabinets sont installés dans des immeubles anciens dont la mise en conformité sera au mieux extrêmement coûteuse et au pire impossible. Toutefois des mesures substitutives sous réserve de l'obtention de dérogations pourraient être mises en œuvre afin d'améliorer l'accessibilité globale. Notre étude montre qu'il reste de nombreux points à améliorer.

L'application rigoureuse des normes pourrait mener à une désertification des centres villes anciens en médecine générale. Ce qui va en l'encontre de l'accessibilité et du principe même d'une médecine de premier recours. La seule solution serait le déménagement des praticiens de ces quartiers dans des locaux plus facilement aménageables du même quartier, en regroupant certains cabinets par exemple.

Cette adhésion partielle à la loi est peut être le reflet d'une discordance entre la façon dont le handicap des patients est perçu par les praticiens et les exigences de la loi. Les différentes normes n'ont probablement pas toutes la même pertinence aux yeux des médecins, ceci en regard de leur pratique.

En dehors de ces critères objectifs, qu'en est-il de l'accessibilité effective des cabinets ressentie par les patients ? Une étude qualitative auprès des personnes en situation de handicap serait intéressante pour l'explorer. De même qu'une étude permettant de tester l'accessibilité des cabinets en situation, avec un fauteuil roulant par exemple.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Rapport mondial sur le handicap 2011. Genève: OMS; 2012 p. 24+360p.
2. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). Travailleurs handicapés : quel accès à l'emploi en 2015 ? DARES analyses [Internet]. mai 2017 [cité 29 juill 2017];(032). Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2017-032.pdf>
3. Portail d'information des maisons départementales des personnes handicapées MDPH [Internet]. [cité 26 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.mdph.fr/>
4. Molden T-H, Tossebro J. Disability measurements : impact on research results. Scand J Disabil Res. 2012;14(4):340-57.
5. DREES. Enquête sur la prestation de compensation du handicap réalisée par la DREES auprès des conseils généraux - Statistiques au 4ème trimestre 2015 [Internet]. 2016 [cité 25 juill 2017]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pch_2015_t4.pdf
6. INSEE. Projections de population à l'horizon 2060 [Internet]. 2010 oct [cité 13 juill 2017]. (INSEE Première). Report No.: 1320. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
7. Lecroart A, DREES. Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 - Sources, méthode et résultats [Internet]. 2011 sept [cité 13 juill 2017] p. 25. Report No.: 27. Disponible sur: http://www.psppaca.fr/IMG/pdf/projections_nb_apa_2040-2060.pdf
8. Population handicapée—Tableaux de l'Économie Française [Internet]. INSEE. 2011. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1373648?sommaire=1373710#tableaux>
9. Baumgarten S, Betremieux N, Lefebvre M, Sellez V, Gheluwe J-L, Huart D, et al. Les conditions de vie des personnes en situation de handicap dans le Nord-Pas-de-Calais. [Internet]. Paris: INSEE Nord-Pas-de-Calais; 2011 p. 47p. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2045796>
10. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>

11. Ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029503268&categorieLien=id>
12. Champion C-L. Réussir 2015 - Accessibilité des personnes handicapées au logement, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces publics [Internet]. Sénat; 2013 mars [cité 12 juill 2017] p. 26. Disponible sur:
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000147.pdf>
13. Domarle-Benoit E, sous la direction du Docteur Nassir Messaadi. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite: état des lieux sur la ville d'Arras [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille]: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2013. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/561e7873-39f2-4b32-a55f-6490b1dea288>
14. Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public [Internet]. déc 13, 2014. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029893131&categorieLien=id>
15. INSEE. Comparateur de territoire Commune d'Arras (62041) [Internet]. 2016 [cité 12 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-62041>
16. Handicap et domicile : dimensions du fauteuil roulant [Internet]. Handicap.fr. [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/art-dimension-fauteuil-roulant-domicile-703-5275.php>
17. Accessibilité des voiries - Les dimensions anthropométriques [Internet]. [cité 15 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.anlh.be/accessvoirie/acc07.htm>
18. L'accès à l'établissement recevant du public depuis le trottoir [Internet]. Novembre. Disponible sur: http://www.handi-acces.org/site/medias/Regards_croises_Fiche_2_Jonction_voirie.pdf
19. Code général des collectivités territoriales - Article L2213-2. Code général des collectivités territoriales.
20. Loi n° 91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public. 91-663 juill 13, 1991.
21. Décret n° 2006-1658 du 21 décembre 2006 relatif aux prescriptions techniques pour l'accessibilité de la voirie et des espaces publics [Internet]. Legifrance. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/12/21/EQUR0600944D/jo/texte>

22. Décret n°78-1167 du 9 décembre 1978 fixant les mesures destinées à rendre accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite les installations ouvertes au public existantes appartenant à certaines personnes publiques et à adapter les services de transport public pour faciliter les déplacements des personnes handicapées. 78-1167 déc 9, 1978.
23. Arrêté du 1er août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BDCABDE0F1BD7E59BB47FCA467B0AC0F.tpdjo13v_1?cidTexte=JORFTEXT000000821682&categorieLien=id
24. El Maqdade-Nemmaoui S. L'accessibilité des cabinets des médecins généralistes picards pour la personne handicapé au regard des normes réglementaires. [Internet] [Thèse d'exercice]. [AMIENS]: Université de Picardie Jules Vernes, Faculté de médecine d'Amiens; 2016 [cité 2 mars 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370432/document>
25. Préfecture du Pas-de-Calais. Règlement sanitaire du département du Pas-de-Calais [Internet]. 1969 [cité 24 sept 2017]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/RSD_62%20V2%20-%20Part%201.pdf
26. Article R*111-19-8 du code de la construction et de l'habitation Modifié par DÉCRET n°2014-1326 du 5 novembre 2014 - art. 8 relatif à l'agenda d'accessibilité programmée pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public. [Internet]. 2014. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000029714035&cidTexte=LEGITEXT000006074096&dateTexte=20141215&fastPos=3&fastReqId=952225141&oldAction=rechExpTexteCode>
27. Bernard-Bourdon D. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées : étude auprès des 34 cabinets du secteur de garde de Clisson [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2012.
28. Code de la construction et de l'habitation - Article L152-4. Code de la construction et de l'habitation.
29. Décret n° 2016-578 du 11 mai 2016 relatif aux contrôles et aux sanctions applicables aux agendas d'accessibilité programmée pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/5/11/LHAK1427208D/jo>
30. LOI n° 2016-925 du 7 juillet 2016 relative à la liberté de la création, à l'architecture et au patrimoine - Article 75. 2016-925 juill 7, 2016.
31. Travaux sur un monument historique ou aux abords d'un monument historique [Internet]. service-public.fr. [cité 29 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F32190>

32. Ville d'Arras. Périmètre de protection pour lesquels l'avis de l'A.B.F. est requis [Internet]. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: https://www.arras.fr/sites/default/files/urbanisme/monuments_historiques.pdf
33. Hugue A. Accessibilité extérieure des cabinets médicaux : étude descriptive des 177 cabinets de médecine générale de Bordeaux [Internet] [Thèse d'exercice]. 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01247988/document>
34. Accessibilité du cabinet [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 19 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1360>
35. Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
36. Bernière G. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées : état des lieux en Picardie [Thèse d'exercice]. [Amiens]: Université de Picardie; 2010.
37. Décret n° 2015-542 du 15 mai 2015 pris pour l'application de l'article L. 750-1-1 du code de commerce [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/5/15/EINI1507055D/jo/texte>
38. Nouvelles modalités d'intervention du Fonds d'intervention pour les services, l'artisanat et le commerce (FISAC) [Internet]. 2015 [cité 27 sept 2017]. Disponible sur: https://www.economie.gouv.fr/files/appel_projets_fisac_28052015.pdf
39. Université Brunel. Définitions du handicap en Europe : Analyse comparative. Commission Européenne - Direction Générale de l'emploi et des Affaires Sociales; 2004.
40. Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne [Internet]. 2000 [cité 12 juill 2017]. Disponible sur: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf
41. Organisation des Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées [Internet]. 2006 [cité 26 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.lesteds.fr/app/download/24273538/Convention+relative+aux+droits+des+personnes+handicap%C3%A9es.pdf>
42. Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées: un engagement renouvelé pour une Europe sans entraves [Internet]. Bruxelles: Commission Européenne; 2010 nov [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM%3A2010%3A0636%3AFIN%3AFR%3APDF>
43. Fardeau M. Personnes handicapées : Analyse comparative et prospective du système de prise en charge [Internet]. 2001 [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000546.pdf>
44. Code Wallon de l'aménagement du territoire, de l'urbanisme et du patrimoine, art. 414 & 415 [Internet]. [cité 26 juill 2017]. Disponible sur: <https://wallex.wallonie.be/index.php?doc=1423>

45. Comité des droits des personnes handicapées. Observations finales concernant le rapport initial de la Belgique. [Internet]. Organisation des Nations Unies; 2014 oct [cité 26 juill 2017] p. 4. Disponible sur: <http://socialsecurity.fgov.be/docs/fr/publicaties/uncrpd/uncrpd-aanbeveling-180914-fr.pdf>
46. Jahiel R. Évaluation de l'Americans with disabilities Act, Abstract. *Rev Fr Aff Soc.* avr 2008;(4):137-62.
47. Lagu T, Hannon NS, Rothberg MB, Wells AS, Green KL, Windom MO, et al. Access to subspecialty care for patients with mobility impairment: a survey. *Ann Intern Med.* 19 mars 2013;158(6):441-6.

ANNEXES

Annexe 1 : Généralités sur le Handicap et la réglementation en matière d'accessibilité

I. LE HANDICAP : DEFINITIONS ET CLASSIFICATIONS

A. EVOLUTION DU SENS DU MOT « HANDICAP »

Etymologiquement, « handicap » vient de l'anglais « hand in cap » signifiant « main dans le chapeau », qui est une expression du XVIIème siècle utilisée pour désigner un jeu de hasard. Plus tard, au XVIIIème siècle, le mot est appliqué aux compétitions de chevaux. Il désigne l'égalisation des chances dans les courses de chevaux, une épreuve où la règle du jeu, compensant les avantages et les désavantages, assure l'égalité de chance.

De la limitation des performances des meilleurs chevaux, le terme est passé au fil de l'histoire, sans une explication précise, à la limitation des capacités humaines.

Le terme « Handicap » apparaît dans le dictionnaire « Le Robert » en 1940. Ainsi, le sens originel de l'anglicisme « handicap » avec une égalité de chance s'est effacé progressivement pour laisser place à la notion de désavantage qui l'emporte et donne une nuance défavorable à ce terme.

L'une des définitions les plus citées du handicap est celle que donne François Bloch-Lainé en 1967, dans un rapport à Georges Pompidou : «Sont inadaptés à la société dont ils font partie : les enfants, les adolescents, les adultes qui, pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvent des difficultés plus ou moins grandes, à être ou à agir comme les autres. De ceux-là on dit qu'ils sont handicapés parce qu'ils subissent, par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des handicaps, c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières par rapport à la normale : celle-ci étant définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société»¹.

François BLOCH-LAINE ne définit plus le handicap comme un « défaut » mais comme une « faiblesse »

¹ BLOCH-LAINÉ F. Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées. Rapport présenté au Premier Ministre en décembre 1967. Paris : La Documentation Française. 1969. 74 p.

Le mot handicap apparaît pour la première fois dans la législation française avec la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des "travailleurs handicapés". Le mot handicap devient ainsi un terme juridique. Il prend une importance particulière avec la « Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées physiques, sensorielles et mentales » du 30 juin 1975, présentée par Simone Veil, qui constitue le fondement juridique du droit français en matière de handicap. Dans le même temps, disparaissent progressivement des textes réglementaires et législatifs les termes les plus stigmatisants tels que « débile » ou « infirme », qui étaient jusque-là utilisés dans la législation. Pourtant, la loi du 30 juin 1975 ne donne pas une définition rigoureuse du handicap qui est une réalité relative et évolutive, ainsi des enfants présentant des troubles mineurs de comportement peuvent être classés « handicapés » par les Commission Départementale d'Education Spécialisée.

Depuis les années 2000, le terme « personne en situation de handicap » est privilégié pour rappeler le rôle de l'environnement dans la constitution du handicap. Cette notion est entérinée avec la loi « handicap » de février 2005.

B. CLASSIFICATIONS DU HANDICAP

1. CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU HANDICAP ET MODELE DE WOOD

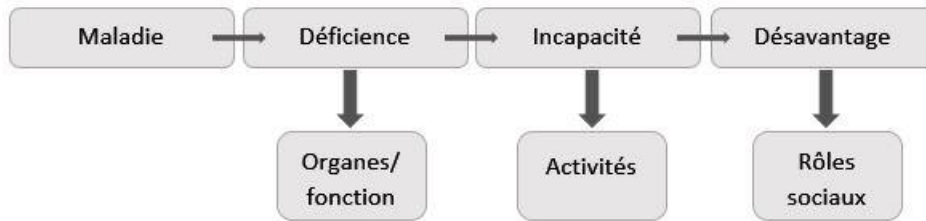
Dans les années 1970, des travaux menés par Philip Wood, rhumatologue anglais, dans le cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), modifient la vision du handicap en différenciant 3 niveaux de conséquences d'une maladie ou d'un trouble : la déficience, l'incapacité et le handicap. (Figure 1) Ce schéma, dit « modèle de Wood », aboutit à l'élaboration de la Classification Internationale du Handicap (CIH) par l'OMS en 1980. Cette classification considère le handicap comme la conséquence d'une maladie ou d'un accident. Le modèle de Wood établit donc différents termes :

-La déficience : désigne les altérations d'une fonction organique ou d'une structure ou fonction anatomique, psychique ou physiologique. Elle reflète l'aspect lésionnel

-L'incapacité : désigne la réduction, partielle ou totale, de la capacité à accomplir une activité dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Elle reflète l'aspect fonctionnel.

-Le désavantage/handicap : désigne le désavantage dont est victime l'individu, du fait de sa déficience ou de son incapacité, pour accomplir son rôle social normal. Il reflète l'aspect situationnel et social de la maladie, c'est-à-dire ses conséquences sociales, économiques, culturelles et environnementales.

Figure 1 : Classification Internationale du Handicap



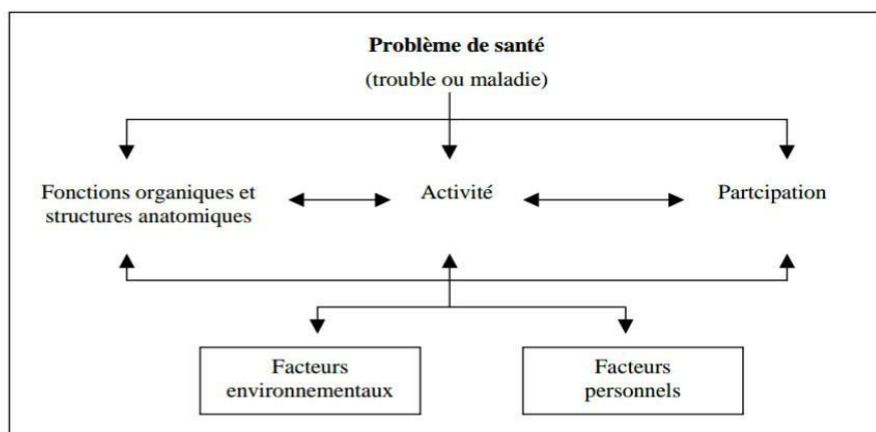
2. CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT

Une nouvelle version de cette classification est proposée par l’OMS en 2001 qui s’intitule « Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé » (CIF), encore appelée Classification Internationale du Handicap-2 (CIH-2) (Figure 2)². La CIF est adoptée par 200 pays.

Cette nouvelle classification permet de mettre en avant les facteurs environnementaux. En effet, la situation de handicap résulte de la rencontre entre une situation de la vie courante et une déficience, et les incompatibilités que cela implique dans un environnement inadapté.

La CIF présente une dimension sociale et environnementale du handicap, qui va être officialisée en 2005 avec la loi « Pour l’Égalité des droits et des chances, la Participation et la Citoyenneté des Personnes Handicapées ».

Figure 2 : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé



² OMS. Classification internationale du fonctionnement et de la santé [Internet]. 2001. Disponible sur: <http://dcalin.fr/fichiers/cif.pdf>

C. DEFINITION ACTUELLE DE « HANDICAP »

La loi du 11 février 2005 Pour l'Égalité des droits et des chances, la Participation et la Citoyenneté des Personnes Handicapées, dite « Loi Handicap », réforme la loi du 30 juin 1975 vieille de trente ans. Cette nouvelle loi, comporte une centaine de pages a été signée par plus de vingt ministres et a déjà fait l'objet de plus de 80 textes d'applications jusque maintenant. Elle est une avancée considérable car elle change le regard sur le handicap. Les spécialistes du handicap et les associations pour handicapés ont été mis à contribution.

Les toutes premières lignes de la loi rappellent les droits fondamentaux des personnes handicapées et donnent une définition du handicap, ce que ne faisaient pas les textes précédents : « Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou physiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant .Art. L. 114.»³

La loi du 11 février 2005 donne un nouvel élan à la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées.

Il s'agit d'une nouvelle conception du handicap qui prend en compte la personne handicapée dans sa globalité, quel que soit son âge. Cette définition s'articule autour du terme de la personne, l'handicapé est avant tout une personne, aux sens humain et juridique alors que dans la loi de 1975, le point de départ était le handicap.

D. NOTION D'ACCESSIBILITE

On entend par accessibilité le fait de donner accès à un lieu, un service, un bien, des personnes, en d'autres termes toutes les activités de la société. Il s'agit donc de la capacité d'accéder aux biens, aux services ou aux activités désirés par un individu.

L'accessibilité est une obligation légale qui permet à toute personne de pouvoir accéder à un lieu, une prestation, un équipement, sans discrimination.

La loi de juin 1975 impose déjà que les bâtiments soient accessibles aux personnes handicapées :

³ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

« - Les dispositions architecturales et aménagements des locaux d'habitation et des installations ouvertes au public, notamment les locaux scolaires, universitaires et de formation doivent être tels que ces locaux et installations soient accessibles aux personnes handicapées. Les modalités de mise en œuvre progressive de ce principe sont définies par voie réglementaire dans un délai de six mois à dater de la promulgation de la présente loi »⁴.

Une définition interministérielle a été donnée en 2003 dans la « Charte nationale d'accessibilité », en se basant sur des textes nationaux et internationaux : « L'accessibilité permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire en supprimant les discordances entre leurs capacités, leurs besoins et leurs 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. »⁵

Cette définition est suffisamment large pour englober tous les types de handicap.

Suite à la loi du 11 février 2005, le CCH précise la définition d'accessibilité dans un décret en mai 2006. Un bâtiment est considéré comme accessible s'il permet « 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 »⁶.

Le CCH précise aussi les éléments concernés par l'accessibilité. Ainsi, l'obligation d'accessibilité concerne l'intérieur et l'extérieur des cabinets. Elle porte notamment sur une

⁴ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. 30 juin 1975

⁵ Ministère de l'Équipement, de l'Aménagement, du Territoire, du Tourisme et de la Mer. Charte Nationale d'Accessibilité [Internet]. 2003. Disponible sur:

http://www.handroit.com/Colloques/textes/T0505200511_charte.pdf

⁶ Code de la construction et de l'habitation - Article R*111-19-2. 17 mai 2006; Disponible sur:

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9BEABCC162EE53E3F79179DC63B3B055.tpdila13v_3?idArticle=LEGIARTI000006895923&cidTexte=LEGITEXT000006074096&categorieLien=id&dateTexte=20170330

partie des places de stationnement (s'il existe un stationnement dédié à la structure), les circulations intérieures et extérieures, les largeurs des portes d'entrée des cabinets, les ascenseurs (le cas échéant), les locaux ainsi que leurs équipements⁷.

En 2017, un décret précise la possibilité pour le maître d'ouvrage de satisfaire à ces obligations par des solutions d'effet équivalent aux dispositions techniques réglementaire dès lors que ces solutions répondent aux objectifs poursuivis⁸.

Concernant les ERP de 5eme catégorie, et donc les cabinets médicaux, au minimum une partie du local doit être accessible pour offrir l'ensemble des prestations du cabinet. Celle-ci doit être le plus proche possible de l'entrée et desservie par le cheminement habituel.

Il faut préciser que les professionnels qui dédient une partie de leur logement à leur pratique professionnelle sont exemptés de toute obligation réglementaire relative aux ERP dès lors que la zone professionnelle n'est pas totalement indépendante de la zone d'habitation (entrée, cheminement etc...).

II. LA REGLEMENTATION POUR L'ACCESSIBILITE AUX PERSONNES HANDICAPEES DES CABINETS MEDICAUX

A. LES ERP

« Constituent des établissements recevant du public tous bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels des personnes sont admises, soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque ou dans lesquels sont tenues des réunions ouvertes à tout venant ou sur invitation, payantes ou non. Sont considérées comme faisant partie du public toutes les personnes admises dans l'établissement à quelque titre que ce soit en plus du personnel. »⁹

⁷ Code de la construction et de l'habitation - Article R*111-19-1. 18 mai 2006; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074096&idArticle=LEGIARTI00006895920&dateTexte=&categorieLien=cid>

⁸ Code de la construction et de l'habitation - Article R*111-19-2 modifié par décret n°2017-431. 28 mars 2017; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006895923&cidTexte=LEGITEXT00006074096>

⁹ Code de la construction et de l'habitation - Article R*123-2. 8 juin 1978; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006896089&cidTexte=LEGITEXT00006074096>

Les ERP sont répertoriés en 5 catégories, selon la capacité d'accueil de l'établissement, par le Code de la Construction et de l'Habitation (CCH)¹⁰.

- 1ère catégorie : au-dessus de 1500 personnes ;
- 2ème catégorie : de 701 à 1500 personnes ;
- 3ème catégorie : de 301 à 700 personnes ;
- 4ème catégorie : 300 personnes et au-dessous (exceptés les établissements de 5ème catégories) ;
- 5ème catégorie : établissements 300 personnes et au-dessous dans lesquels l'effectif du public n'atteint pas le chiffre minimum fixé par le règlement de sécurité pour chaque type d'exploitation (cela concerne donc les petits commerces, les cabinets d'avocats, médicaux etc...). Pour les cabinets médicaux, ce seuil est de 100 personnes.

Les cabinets médicaux sont considérés comme des établissements recevant du public (ERP) de 5ème catégorie.

L'obligation d'accessibilité concerne l'intérieur et l'extérieur des cabinets. Elle porte notamment sur une partie des places de stationnement (s'il existe un stationnement dédié à la structure), les largeurs des portes d'entrée des cabinets, les ascenseurs (le cas échéant), les locaux ainsi que leurs équipements.

B. PROCEDURES

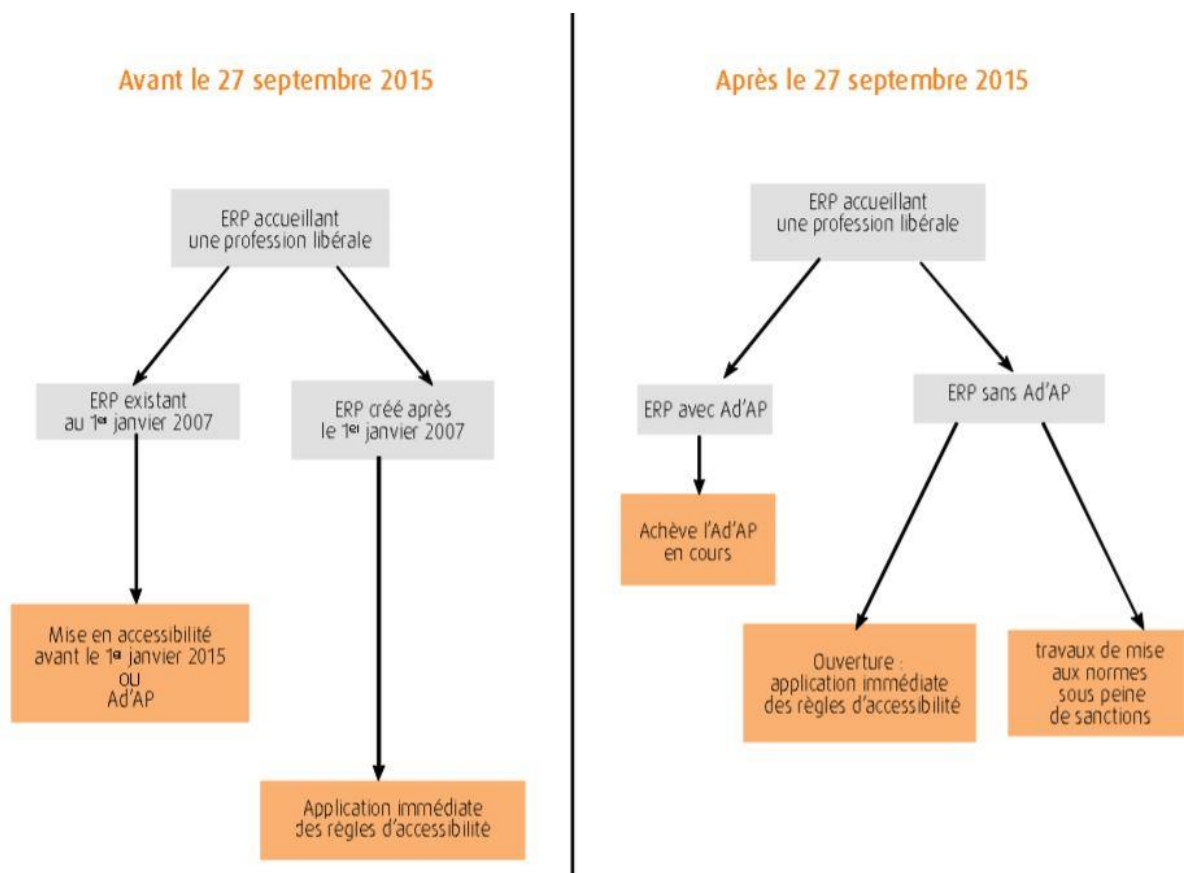
Les cabinets médicaux construits ou créés (par changement de destination) à partir de 2007 sont dans l'obligation de respecter les normes imposées.

Pour ceux créés avant 2007, les procédures sont différentes.

Figure 3 : Echéance de mise en accessibilité selon la date de création de l'établissement¹¹

¹⁰ Code de la construction et de l'habitation - Article R*123-19. 8 juin 1978; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006896108&cidTexte=LEGITEXT00006074096>

¹¹ Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, Ministère du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité. Les locaux des professions libérales : réussir l'accessibilité [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.mgfrance.org/images/local-professionnel/accessibilite/guide_professions_liberales.pdf



Pour savoir si le cabinet est accessible, le gouvernement a créé un outil d'autodiagnostic disponible sur internet¹².

C. DEROGATIONS

La réglementation prévoit des dérogations dans certains cas, pour le bâti existant.

Il en existe quatre types :

Préservation du patrimoine architectural : dans le cas d'un bâtiment classé ou situé dans champ de visibilité d'un monument historique.

Impossibilité technique : du fait de la situation physique du local (par exemple, l'environnement du bâtiment, les caractéristiques du terrain, la présence de constructions existantes, de contraintes liées au classement de la zone de construction en zone inondable).

Disproportion manifeste entre l'amélioration prévue et les conséquences, notamment sur l'activité de l'établissement ou du fait du coût des travaux.

Refus de la copropriété : Le refus de travaux de mise aux normes par la copropriété, lorsque le cabinet est installé dans un immeuble d'habitation, vaut dérogation pour les travaux concernés.

¹² Auto-diagnostic d'accessibilité [Internet]. Auto-diagnostic d'accessibilité. Disponible sur: <http://www2.developpement-durable.gouv.fr/diagnostic-accessibilite/medical/>

Ces dérogations doivent être exceptionnelles. Elles sont étudiées par le préfet, et accordées ou non dans un délai de 5 mois par le préfet, après l'avis du CCDSA.

Une dérogation peut également être une demande à faire différemment de ce qu'impose la réglementation : par exemple installer un espace au secrétariat avec une tablette rabattable si l'espace est très petit et ne permet pas de modifier l'agencement de l'accueil.

D. SANCTIONS

Le non-respect de ces obligations peut être sanctionné. Les sanctions peuvent être d'ordre administratives ou pénales.

Le décret n° 2016-578 du 11 mai 2016 relatif aux contrôles et aux sanctions applicables aux agendas d'accessibilité programmée modère les risques de sanction initialement prévus par la loi.¹³

En cas de premier manquement constaté, la procédure prévoit l'envoi d'une lettre recommandée de mise en garde.

Le professionnel a alors 1 mois pour répondre à cet avertissement :

- Soit son local est aux normes et il envoie un justificatif (une déclaration sur l'honneur).
- Soit le local n'est pas aux normes et le professionnel s'engage à déposer un Ad 'AP dans les 6 mois

Ce n'est que si l'engagement de dépôt d'Ad 'AP n'est pas respecté, ou si le professionnel ne répond pas à cette mise en garde que la procédure de pénalité pourra être engagée avec première mise en demeure (avec un délai de réponse de 2 mois) puis constat de carence (avec délai de réponse de 3 mois).

Le montant des amendes viendra alimenter le Fonds National d'Accompagnement de l'Accessibilité Universelle, et financer des actions de recherche et développement dans l'accessibilité universelle ainsi que des actions de mise en accessibilité d'ERP dont la situation financière est dégradée et insuffisante pour assurer sa mise en accessibilité

¹³ Décret n° 2016-578 du 11 mai 2016 relatif aux contrôles et aux sanctions applicables aux agendas d'accessibilité programmée pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/5/11/LHAK1427208D/jo>

E. AGENDA D'ACCESSIBILITE PROGRAMMEE (AD 'AP)

Créé par l'ordonnance du 26 septembre 2014¹⁴, son contenu a été précisé par le Décret n° 2014-1326 du 5 novembre 2014.

L'Ad 'AP est un document de programmation pluriannuel, qui précise la nature des travaux et leur coût et engage le gestionnaire d'établissement qui le signe à réaliser les travaux dans un délai de un à trois ans. Son dépôt est obligatoire pour ceux qui n'ont pas rempli leurs obligations dans le délai fixé par la loi du 11 février 2005, à savoir le 1^{er} janvier 2015.

Le dépôt d'un Ad 'AP permet de suspendre pour la durée de l'agenda le risque de se voir appliquer les sanctions prévues par la loi de 2005.

Si la date limite de dépôt était le 26 septembre 2015, il est encore possible de déposer un Ad 'AP malgré ce délai dépassé : il faut pour cela justifier et expliquer son retard. Dans le cas d'un dépôt hors délai et sans justificatif, le médecin s'expose à une amende de 1500€ (s'il n'est responsable que d'un seul ERP de 5^{ème} catégorie).

F. REGISTRE PUBLIC D'ACCESSIBILITE

Afin d'informer les usagers de l'ERP, la loi prévoit depuis le 22 avril 2017^{15 16}, la mise en place d'un registre public d'accessibilité. Il a pour but d'informer le public du degré d'accessibilité de l'ERP concerné. Celui doit être consultable par les usagers de l'ERP au principal point d'accueil de celui-ci, sous un format papier ou dématérialisé (par une tablette tactile par exemple). Chaque ERP dispose de 6 mois à compter de la publication des deux textes le 22 avril 2017 pour élaborer et mettre à disposition du public son registre, soit jusqu'au 22 octobre 2017.

G. NORMES APPLICABLES POUR LES CABINETS MEDICAUX

Les exigences ne sont pas les mêmes pour un ERP situé dans un bâtiment neuf et un ERP situé dans un bâtiment existant. La réglementation est plus stricte pour les bâtiments

¹⁴ Ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029503268&categorieLien=id>

¹⁵ MINISTERE DU LOGEMENT ET DE L'HABITAT DURABLE. Décret n° 2017-431 du 28 mars 2017 relatif au registre public d'accessibilité et modifiant diverses dispositions relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public. Journal Officiel n°0076 [Internet]. 30 mars 2017; Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/3/28/LHAX1702913D/jo/texte>

¹⁶ MINISTERE DU LOGEMENT ET DE L'HABITAT DURABLE. Arrêté du 19 avril 2017 fixant le contenu et les modalités de diffusion et de mise à jour du registre public d'accessibilité. Journal Officiel n°0095 [Internet]. 22 avr 2017

neufs, qui doivent intégrer les normes accessibilité dès la construction. Ceci concerne les cabinets construits à partir de 2007.

Pour les bâtiments existants, la réglementation, plus souple, tient compte de la difficulté accrue de modifier un bâti, plus ou moins ancien. Des dérogations sont permises dans l'existant alors qu'elles sont interdites dans le neuf.

Les normes que doivent respecter les ERP de 5ème catégorie, dont font partie les cabinets de médecine générale, sont reprises dans l'arrêté de mars 2007¹⁷. Celles-ci ont été dernièrement modifiées^{18 19}.

Les normes d'accessibilité du bâtiment sont divisées en 7 zones :

- L'entrée
- L'accueil
- Les circulations horizontales et verticales
- Les cabines (le cas échéant)
- Les sanitaires (le cas échéant)
- Le parking (le cas échéant)
- La signalétique

Si l'ERP possède un espace extérieur dédié, il doit être également accessible.

Devant la complexité et les difficultés d'interprétation des textes, le Ministère a édité en 2015 un guide « Les locaux des professions libérales : réussir l'accessibilité ». (Annexe 2)

Ce guide reprend les principales les textes et simplifie la compréhension de la loi et des différentes normes.

¹⁷ MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Arrêté du 22 mars 2007 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-21 et R. 111-19-24 du code de la construction et de l'habitation, relatives à l'attestation constatant que les travaux sur certains bâtiments respectent les règles d'accessibilité aux personnes handicapées. Journal officiel n°81 [Internet]. 5 avr 2007; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2007/3/22/SOCU0612415A/jo>

¹⁸ Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public [Internet]. déc 13, 2014. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029893131&categorieLien=id>

¹⁹ MINISTÈRE DU LOGEMENT ET DE L'HABITAT DURABLE. Arrêté du 20 avril 2017 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public lors de leur construction et des installations ouvertes au public lors de leur aménagement. Journal Officiel n°98

Annexe 2 : Les locaux des professions libérales : réussir l'accessibilité (2015)

I. Les normes d'accessibilité tout au long du cheminement du client ou du patient

Les principes généraux, ci-dessous énoncés, s'appliquent :

- pour les ERP de 1^{re} à 4^e catégories : à toutes les parties de ces établissements
- pour les ERP de 5^e catégorie : à la partie de l'établissement rendue accessible où toutes les prestations de l'ERP sont délivrées ainsi qu'à l'entrée et au cheminement reliant l'entrée à cette partie.

1. Stationnement

1.1. Principe général



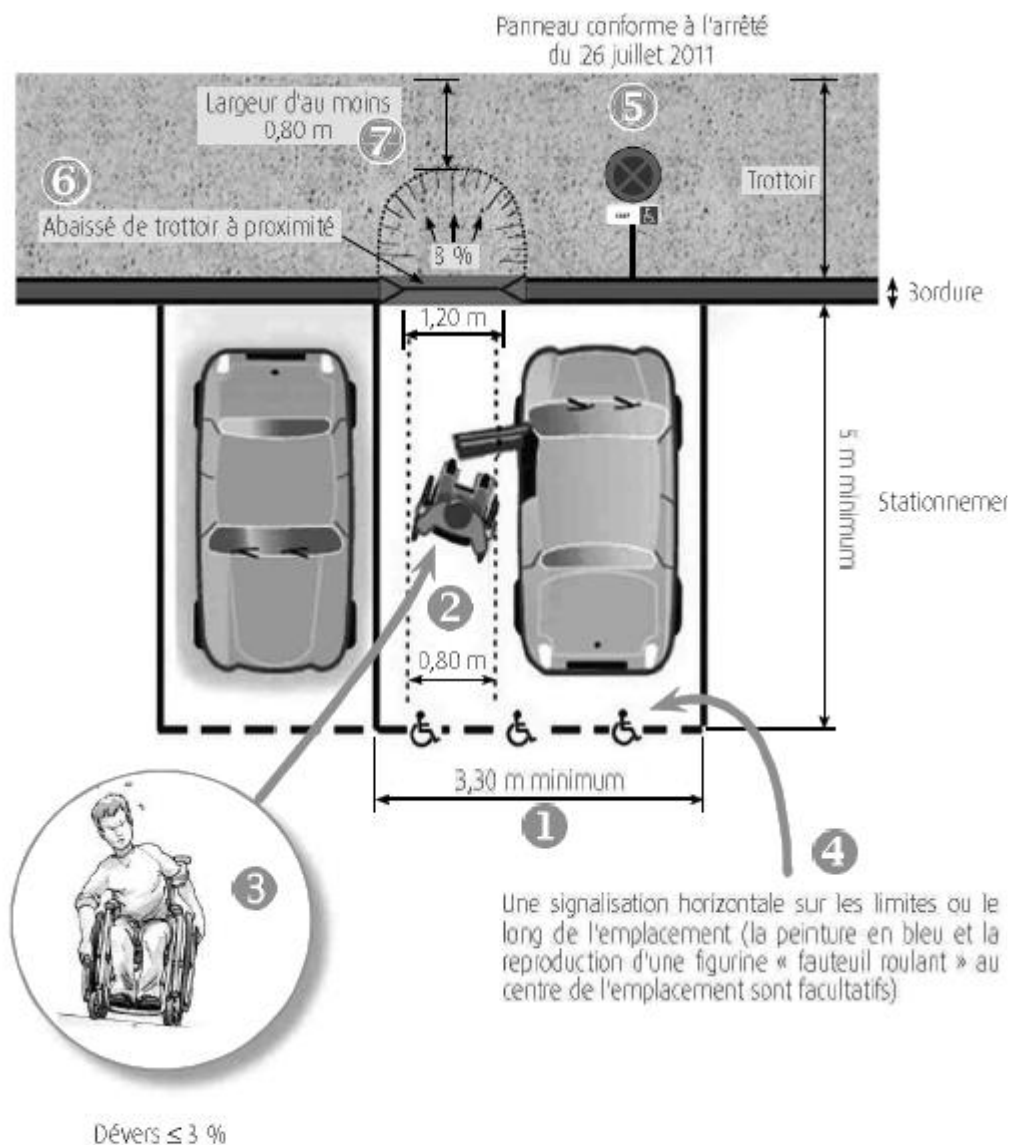
Si un parking ouvert au public est rattaché à votre local, celui-ci doit comporter une ou plusieurs places de stationnement adaptées pour les personnes handicapées et réservées à leur usage. Cette obligation vaut que le parking soit intérieur ou extérieur. Les places nouvellement créées doivent se situer à proximité de l'entrée, de la sortie accessible, du hall d'accueil ou de l'ascenseur et reliées à ceux-ci par un cheminement accessible.

Si vous ne disposez pas d'un parking, vous pouvez, utilement, demander à la mairie la réservation de places, aux dimensions réglementaires, pour les véhicules de vos clients ou patients handicapés, à proximité de votre local.

En agglomération, la réservation des places de stationnement aux titulaires de la carte de stationnement pour personnes handicapées (dite carte européenne de stationnement) est de la compétence du maire : celui-ci prend un arrêté pour réserver une place à ces bénéficiaires sur la voirie ouverte à la circulation publique, tant sur la voirie publique (la voirie communale, intercommunale, départementale ou nationale) que sur la voirie privée ouverte à la circulation publique (par exemple les parkings des établissements recevant du public).

| | Nombre de places réservées / nombre total de places (Si stationnement prévu) | Localisation des places réservées | Repérage des places réservées |
|----------------------------------|---|---|--|
| Établissement Recevant du Public | ≥ 2% (pour le public) A partir de 500 places, >10 (nombre fixé par arrêté municipal) | Proche de l'entrée ou de l'ascenseur | <ul style="list-style-type: none"> • Signalisation verticale • Marquage au sol |
| | | Reliées par un cheminement accessible | |
| Voirie | 2 % | Uniformément réparties sur le territoire communal | <ul style="list-style-type: none"> • Signalisation verticale • Marquage au sol |

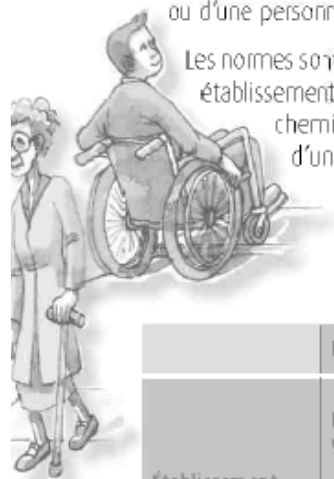
1.2. Signalisation et règles d'aménagement : 7 points de vigilance



2. Cheminement extérieur ou intérieur

2.1. Principe général

Un cheminement doit être libre de tout obstacle, depuis la voirie publique, afin de permettre à minima le croisement d'une personne valide avec une personne circulant en fauteuil roulant ou d'une personne avec poussette ou d'une personne avec canne.



Les normes sont différentes selon que ce cheminement se situe sur l'emprise foncière d'un établissement recevant du public ou d'un bâtiment d'habitation collectif (par exemple cheminement empruntant les parties communes, extérieures ou intérieures, d'une copropriété).

| Largeur minimale d'un cheminement (extérieur et intérieur) | | | | |
|--|----------------|--|--|--|
| | Règle générale | Tolérances possibles (rétrécissement ponctuel) | Atténuations (en cas de contraintes structurelles) | Motifs de dérogations mobilisables |
| Établissement Recevant du Public (le local) | 1,20 m | 0,9 m \leq largeur \leq 1,2 m | | <ul style="list-style-type: none"> Impossibilité technique Préservation du patrimoine architectural Disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences pour l'ERP |
| Bâtiment d'habitation collectif où est installé le local (les parties communes de l'immeuble d'habitation) | 1,20 m | 0,90 m \leq largeur \leq 1,20 m | Largeur \geq 0,90 m | <ul style="list-style-type: none"> Impossibilité technique Préservation du patrimoine architectural Disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leurs conséquences Refus des travaux par l'assemblée générale des copropriétaires |

2.2 - Les points de vigilance à respecter pour un cheminement

Les 9 points de vigilance à respecter pour un cheminement intérieur et extérieur accessible à tous en totale autonomie et sans danger sont :

Règles relatives aux pentes (extérieur et intérieur) :

| | Règle générale | Sur de courtes distances | Motifs de dérogations mobilisables |
|-----------------------------------|----------------|--|---|
| Établissement Recevant du Public | ≤ 6 % | ≤ 10 % sur une distance inférieure à 2 m | <ul style="list-style-type: none"> • Impossibilité technique • Préservation du patrimoine architectural |
| Bâtiments d'habitation collectifs | ≤ 5 % | ≤ 8 % sur 2m ≤ 10 % sur 0,50m | <ul style="list-style-type: none"> • Disproportion manifeste • Refus des travaux par l'assemblée générale des copropriétaires |

Si la pente est ≥ 5 %, un palier de repos est nécessaire tous les 10 m et il est préconisé d'installer un élément de protection pour éviter les chutes liées à la rupture de niveau. Si cette rupture est de plus de 40 cm, cette protection est obligatoire.

Dans tous les cas, un palier de repos (120 cm x 140 cm) est à prévoir en haut et en bas de chaque plan incliné afin de permettre à toute personne à mobilité réduite de souffler.

Ces paliers sont horizontaux (dévers de 3 % accepté). Ils se comprennent en dehors de tout débattement de porte.

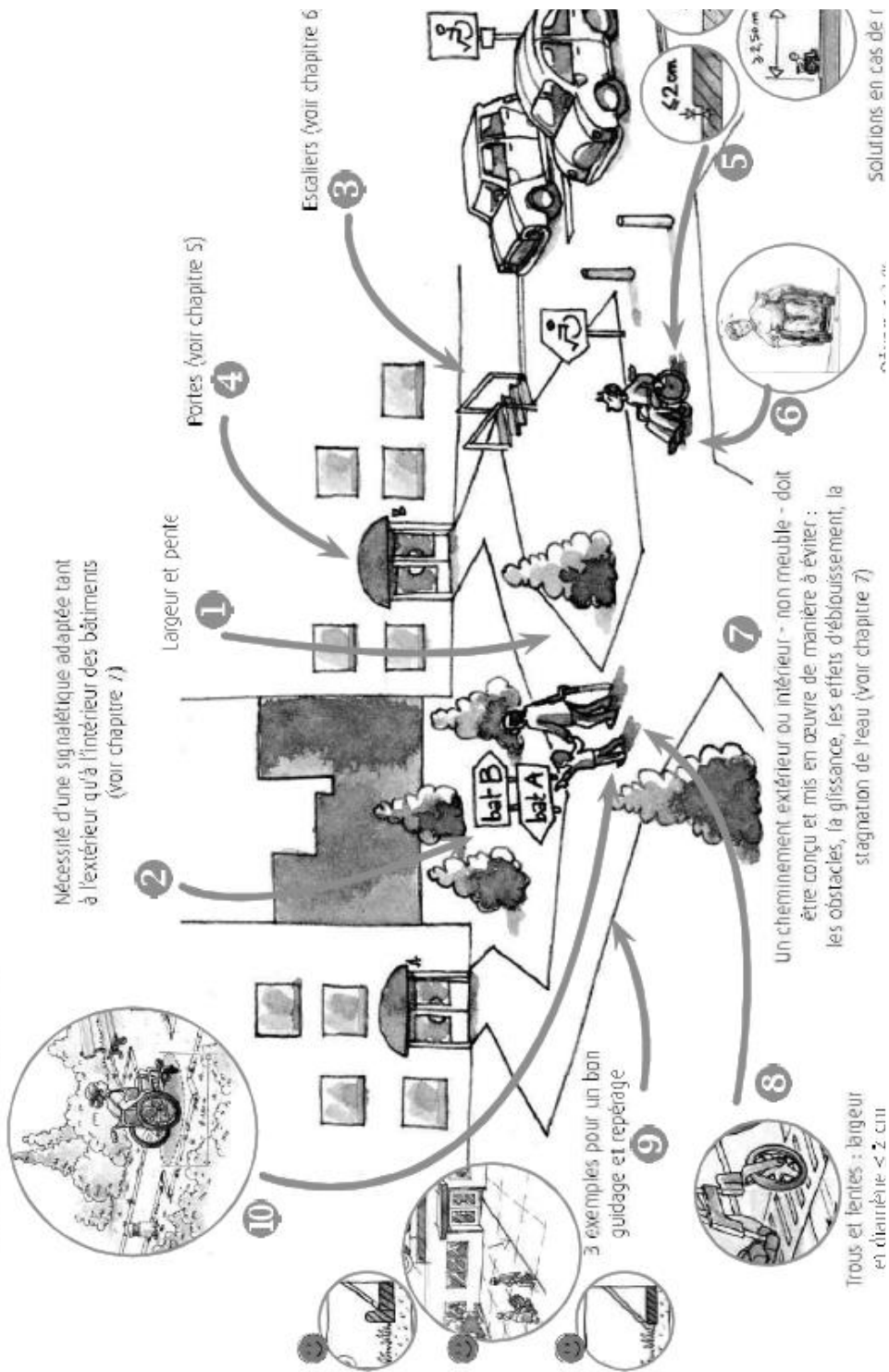
Les contrastes de revêtement (texture, couleurs) peuvent être utilisés pour faciliter l'identification des cheminements de façon plus intuitive.

Les bandes d'éveil à la vigilance

Les bandes d'éveil à la vigilance signalant, au sol, la proximité d'un escalier par exemple, ou les bandes podotactiles pour circuler plus facilement sont autant de dispositifs existants pour les personnes aveugles ou malvoyantes.

Les contrastes de revêtement (texture, couleurs) peuvent être utilisés pour faciliter l'identification des cheminements de façon plus intuitive.

- * En cas de choix d'itinéraire
- * En cas de 1/2 tour nécessaire (valable aussi pour les poussettes)



3. Entrée/accueil/salle d'attente/salle de soins/bureau

3.1. Principe général

ACCUEIL

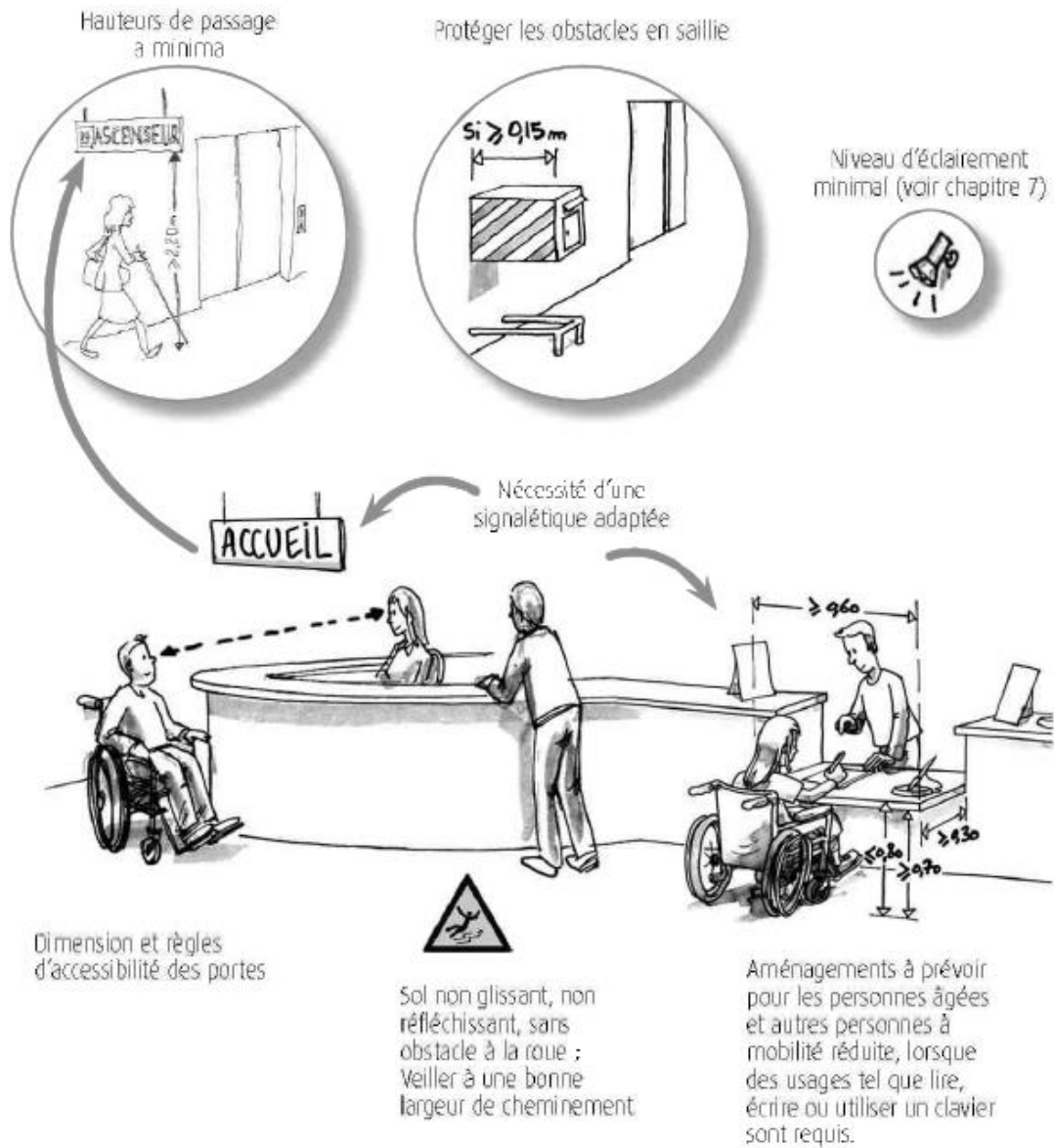


À noter : Des **règles dimensionnelles** sont à prendre en compte pour un **accès aisé** et cela, en dehors de tout mobilier présent ou à venir et dans la plupart des cas hors débatement de portes.

Tout aménagement, équipement, mobilier situé au point d'accueil du public et nécessaire pour accéder aux espaces ouverts au public doit être repérable, atteignable et utilisable pour une personne handicapée.

| Type d'espace | Caractéristiques dimensionnelles | Lieux d'installation |
|--|---|---|
| <p>Le palier de repos : Il permet à une personne debout mais à mobilité réduite ou à une personne en fauteuil roulant de se reprendre, de souffler.</p> | <p>Le palier de repos s'insère en intégralité dans le cheminement. Il correspond à un espace rectangulaire de dimensions minimales 1,20 x 1,40 m. Il est horizontal au dévers près.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> • En haut et en bas de chaque plan incliné. • De part et d'autre de chaque porte automatique coulissante. |
| <p>L'espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour (aire de rotation) : Il permet la manœuvre du fauteuil mais aussi d'une personne avec une ou deux cannes. Il permet de s'orienter différemment ou de faire demi-tour.</p> | <p>L'espace de manœuvre reste lié au cheminement mais avec une exigence de largeur correspondant à Ø 1,50 m</p>  | <ul style="list-style-type: none"> • Dans chaque cabinet d'aisances adapté en extérieur devant la porte. • Dans chaque cabine de déshabillage adaptée d'un ERP. • Il est recommandé d'en installer un en chaque point d'un cheminement où un choix d'itinéraire est donné à l'utilisateur : devant un accueil, dans une salle d'attente, dans un cabinet de consultation, devant les ascenseurs... |
| <p>L'espace d'usage : Il permet le positionnement du fauteuil roulant ou d'une personne avec 1 ou 2 cannes pour utiliser un équipement ou un dispositif de commande ou de service.</p> | <p>L'espace d'usage est situé à l'aplomb de l'équipement, du dispositif de commande ou de service. Il correspond à un espace rectangulaire de 0,80 x 1,30 m horizontal.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> • Devant chaque équipement ou aménagement : interphones/visiophones, boîtes aux lettres, dispositifs de commande des parties communes, plans de travail adaptés, salle d'attente,... • Dans chaque cabinet d'aisances (voir chapitre 4) • Dans chaque salle d'eau... |

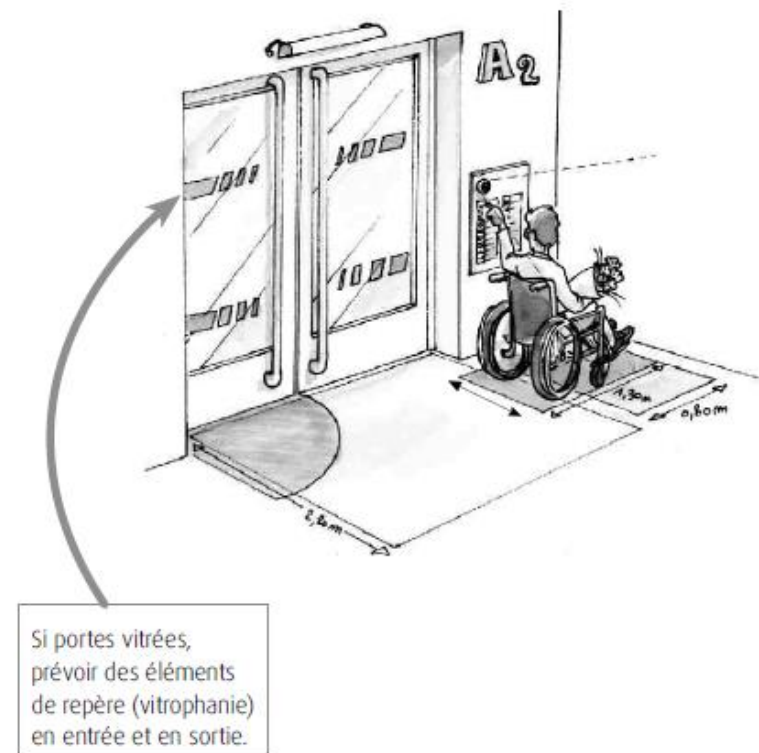
3.2. Points de vigilance à respecter :



3.3. Points particuliers

Portier vidéo obligatoire en cas de remplacement de l'interphone en l'absence de vision directe de l'accès par le personnel d'accueil :

- $0,90\text{ m} \leq H \leq 1,30\text{ m}$,
- Installation d'une caméra,
- Il peut être équipé d'une boucle d'induction magnétique (Pour communication audio au profit des personnes malentendantes),
- Si déverrouillage électrique de la porte, le signal indiquant ce déverrouillage doit être sonore et visuel.
- bouton de déverrouillage qui présente un contraste visuel et tactile par rapport à l'environnement.



4. Sanitaires

4.1. Principe général



Dans un établissement recevant du public, si des toilettes sont ouvertes au public, au moins 1 sanitaire doit être accessible aux clients ou patients handicapés. Lorsqu'il existe des toilettes séparées pour chaque sexe, un cabinet d'aisances est aménagé pour chacun d'eux.

Dans les ERP existants, l'aménagement d'un cabinet d'aisances accessible n'est pas exigé pour chaque sexe. Dans ce cas, le cabinet d'aisance aménagé pour les personnes handicapées doit être accessible directement depuis les circulations communes et signalé par des pictogrammes rappelant la possibilité de leur utilisation par des personnes des deux sexes, handicapées ou non.

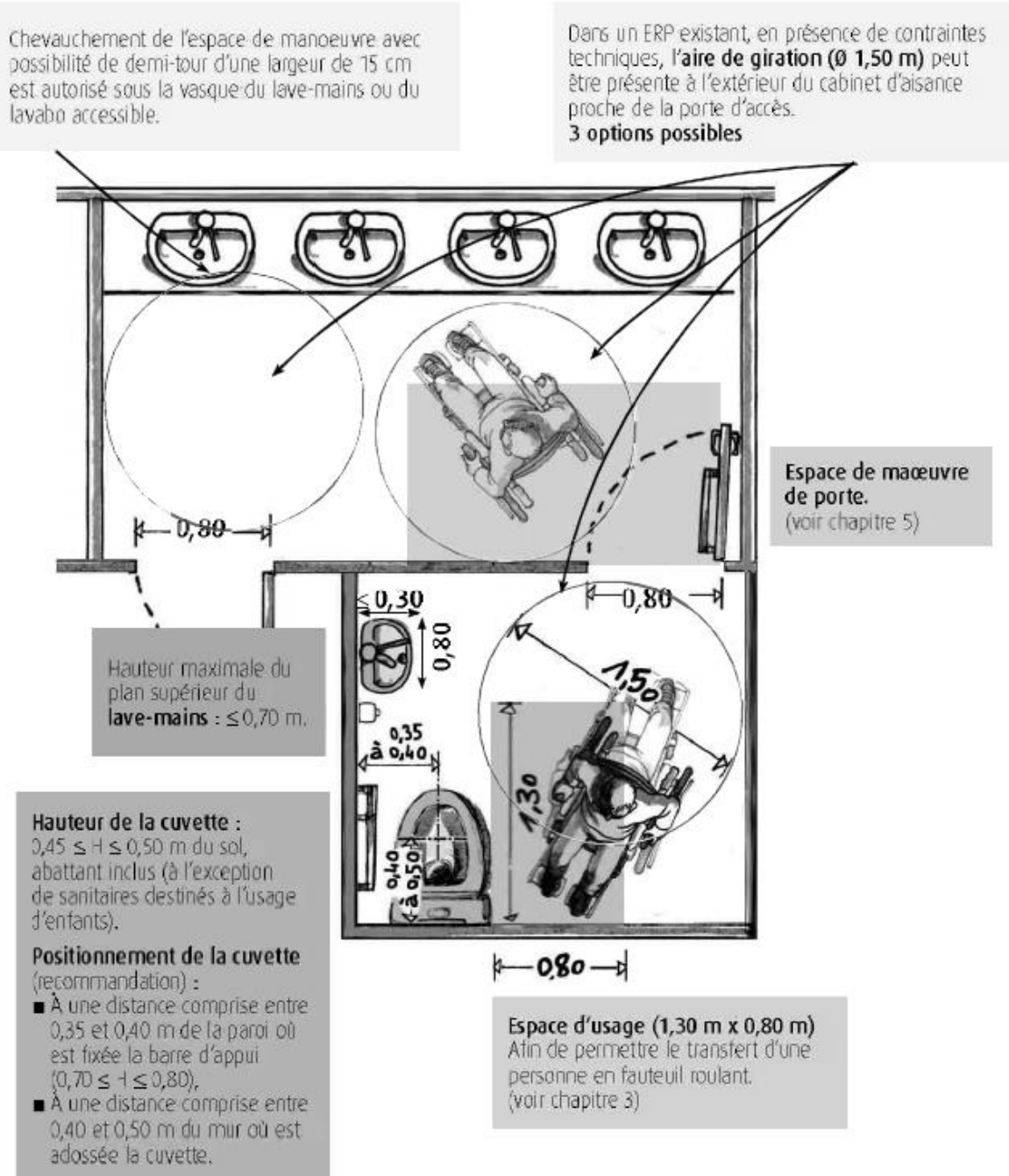
Pour savoir si vous avez obligation d'ouvrir des toilettes à vos clients ou patients, consultez le règlement sanitaire départemental (généralement l'article 67) disponible auprès de la préfecture de département ou de l'Agence Régionale de Santé.

Extrait du règlement sanitaire départemental du Calvados (version de mars 2011 : « *Dans les établissements ouverts ou recevant du public doivent être aménagés, en nombre suffisant et compte tenu de leur fréquentation, des lavabos, des cabinets d'aisance et urinoirs. (...)* »

4.2. Les points de vigilance à respecter

Le sanitaire adapté doit avoir a minima :

- Une porte de **0,77 m**, de largeur utile
- Une barre de rappel horizontale située sur la porte ($0,70\text{ m} \leq H \leq 0,80\text{ m}$),
- Un espace d'usage (**1,30 m x 0,80 m**) hors débattement de la porte ou à proximité
- Un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour (ou aire de giration **Ø 1,50 m**) ou, à défaut, en extérieur devant la porte,
- Un lave-mains (**H maxi 0,85 m et 0,70 m sous équipement**) à 0,40 m minimum de l'angle rentrant du mur ou de tout obstacle.



5. Portes

5.1. Principe général

Pour rendre une porte accessible aux personnes à mobilité réduite, il y a toujours deux points à prendre en compte :

1^{er} point

La largeur de portes

Pour un établissement (neuf ou existant) recevant un public de moins de 100 personnes* :

- Largeur de porte $\geq 0,80$ m
- Passage utile $\geq 0,77$ m

Une tolérance est admise en cas de présence de contraintes techniques pour les ERP existants :

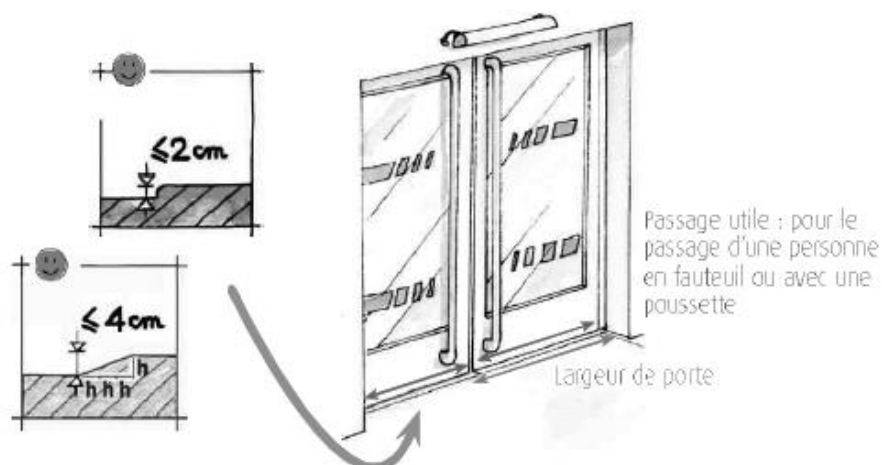
- Largeur de porte $\geq 0,80$ m
- Passage utile $\geq 0,77$ m (si présence de 2 battants de porte, respecter cela a minima pour le battant le plus utilisé).

* Pour les ERP accueillant plus de 100 personnes : prévoir des portes d'une largeur de 120 cm minimum.

Pour un bâtiment d'habitation collectif, les portes situées sur les parties communes doivent avoir une largeur de 0,80 m (largeur utile 0,77 m).

Ressauts de faible hauteur : ≤ 2 cm OU ≤ 4 cm (et chanfreiné à 1 pour 3 ou à 33 % maximum)

Nécessité de prévoir un espace de manœuvre de porte



22 Les locaux des professions libérales : réussir l'accessibilité

2^e point

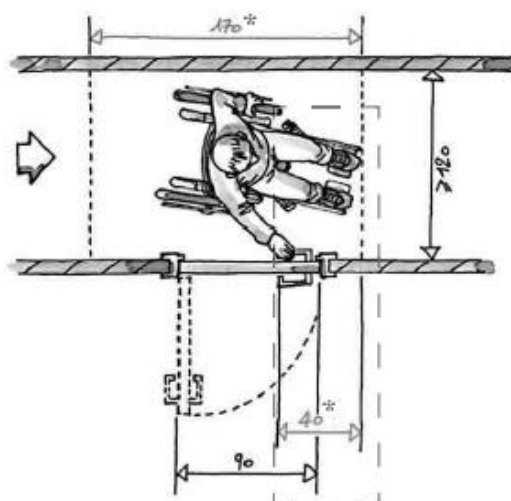
De part et d'autre de chaque porte, il faut prévoir d'intégrer un espace de manœuvre de porte, lequel correspond à un rectangle de même largeur que le cheminement mais dont sa longueur va varier selon le type de porte :

- Porte à pousser : 1,70 m*
- Porte à tirer : 2,20 m

Il faut veiller à positionner judicieusement cet espace de manœuvre de porte en fonction du sens d'ouverture de la porte et de l'impératif d'atteinte de la poignée (voir exemple ci-après).

Respecter une distance de 40 cm* d'un angle rentrant d'un mur ou de tout obstacle (comme ici) par rapport au bord extérieur de la poignée de la porte permet notamment à une personne en fauteuil roulant de pouvoir placer ses jambes et atteindre cette poignée sans difficulté.

S'il existe des contraintes techniques dans un bâtiment d'habitation collectif existant, cette exigence de 40 cm peut ne pas être respectée.

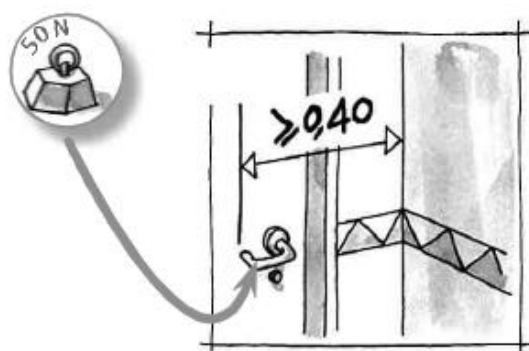


À noter : L'espace de manœuvre de porte n'est pas obligatoire dans le cas d'une porte à ouverture automatique.

5.2. Points particuliers à respecter

Points de vigilance à respecter

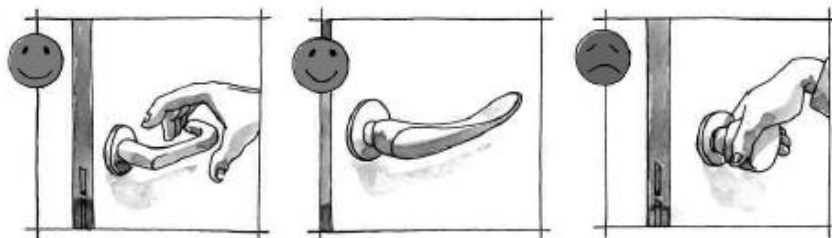
L'effort nécessaire pour ouvrir une porte doit être inférieure à 50 N (- de 5 kg), que la porte soit ou non équipée d'un dispositif de fermeture automatique.



L'espace de $\geq 0,40$ cm ne concerne que les ERP neufs uniquement.

Choisir des poignées faciles à manœuvrer

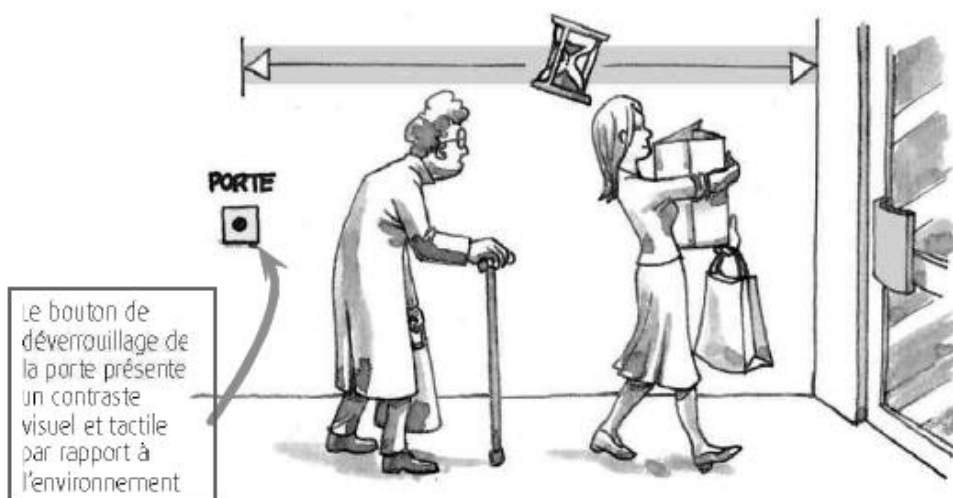
Les poignées que l'on peut manœuvrer en laissant « tomber la main » sont celles qui conviennent le mieux.



Si portes vitrées, prévoir des éléments de repère (vitrophanie) en entrée et en sortie



Devant des portes coulissantes à ouverture automatique, il n'y a pas besoin d'un espace de manœuvre de porte mais prévoir un palier de repos (120 cm x 140 cm).




S'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.



6. Escaliers

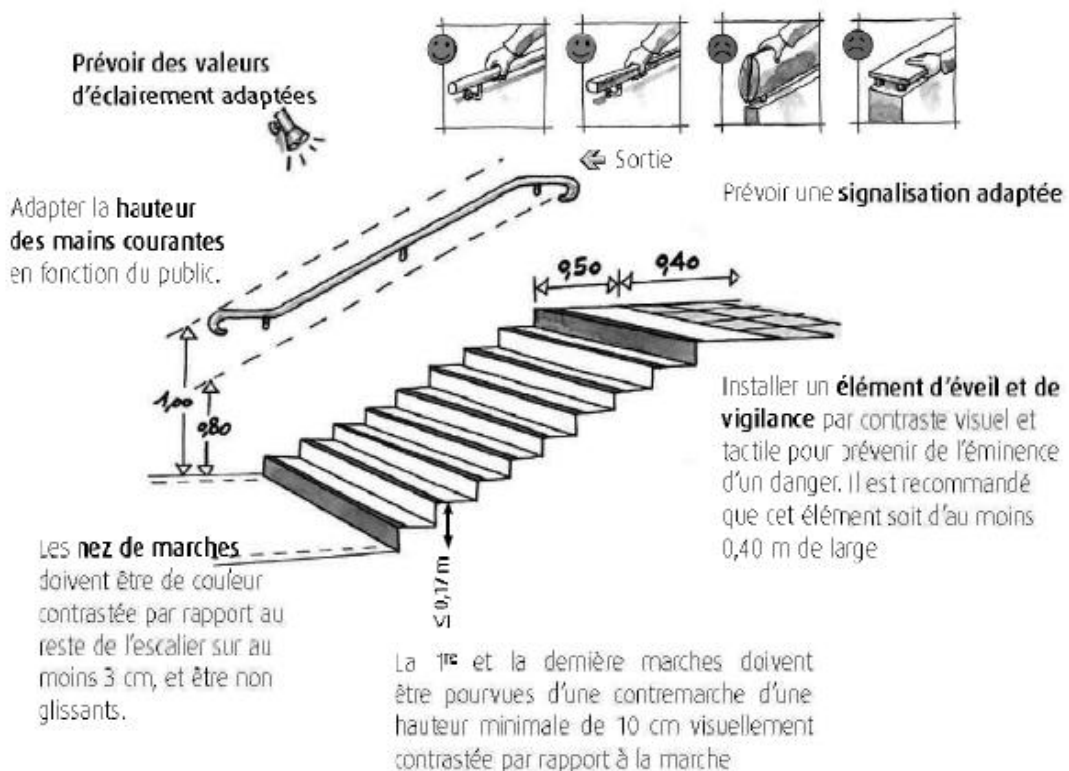
6.1. Principe général

|  | Hauteur des marches (≥ en cm) | Profondeur de la marche (giron) (≥ en cm) | Largeur entre mains courantes (en cm) | Nombre de mains courantes |
|---|-------------------------------|---|---|---|
| Règles communes | 17 | 28 | 100 | 2 |
| Établissement Recevant du Public (= le local) | - | - | - | 1 (Uniquement si le fait d'ajouter la seconde main courante a pour conséquence de réduire la largeur de passage à moins d'1 m) |
| Bâtiment d'habitation collectif (= les parties communes de l'immeuble d'habitation) | 17 | 28 | 100 (80 pour les bâtiments existants en cas de contraintes techniques impactant la solidité du bâtiment) | 2 |

26 Les locaux des professions libérales : réussir l'accessibilité

6.2. Huit points particuliers à respecter

Les **mains courantes** doivent être continues dans le neuf (de préférence dans l'ancien), rigides, facilement préhensibles et être différenciées de la paroi support grâce à un éclairage ou un contraste visuel. Elles se prolongent horizontalement de la longueur d'une marche au delà de la première marche sans créer d'obstacle dans les circulations horizontales.






7. Éclairage, signalétique et contraste de couleurs

7.1. Principe général d'un éclairage adapté

La qualité de l'éclairage, artificiel ou naturel, de l'ensemble des circulations intérieures et extérieures doit être traitée sans créer de gêne visuelle. Un éclairage peut être renforcé aux endroits particuliers (escalier, ressaut, signalétique, etc.).

|  | Valeurs réglementaires d'éclairage a minima (en lux) |
|---|--|
| Cheminement extérieur | 20 |
| Circulations piétonnes des parcs de stationnement | 20 |
| Escalier et équipement mobile | 150 |
| Parcs de stationnement | 20 |
| Postes d'accueil | 200 |
| Circulation intérieure horizontale | 100 |

Un éclairage doit éviter les reflets sur la signalétique ou tout effet d'éblouissement direct des usagers en position « debout » comme en position « assis ».

7.2. Principe général d'une signalétique adaptée*

La taille des caractères peut être déterminée suivant la distance prévue entre le lecteur et la signalétique comme suit :



Tableau indicatif

| Distance d'observation | Hauteur minimale des lettres | Dimension a minima du logo |
|------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 1 m | 30 mm | 50 mm |
| 2 m | 60 mm | 100 mm |
| 5 m | 150 mm | 250 mm |

- Recourir à des polices de caractères facilement identifiables (arial, verdana, helvetica,...).
- Eviter le recours aux caractères en italique.
- Pour un seul mot : utiliser uniquement des caractères majuscules.
- Pour un groupe de mots : utiliser des caractères majuscules et minuscules.
- Recourir à un contraste fort entre la couleur des caractères et la couleur du fond du support.

* Dans le respect des éventuelles dispositions des codes professionnels.

7.3. Principe général du respect des contrastes de couleurs

Pour qu'une personne malvoyante ou déficiente cognitive* puisse mieux discerner les dimensions d'un local, il faut respecter un contraste des couleurs entre 2 équipements proches :

- Exemple d'un interrupteur sur un mur.
- Exemple d'une porte par rapport au mur.
- Exemple d'une poignée de porte.

Pour que le contraste entre 2 couleurs adjacentes soit acceptable, il est recommandé de dépasser la valeur de 70 % (voir tableau ci-dessous)

* une personne handicapée mentale risque d'être paniquée dans un local uniformément de la même 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. Possini, Wayfinding – People, Signs and Architecture, McGraw-Hill Ryerson, Witby, Ontario, 1992.

30 Les locaux des professions libérales : réussir l'accessibilité



8. Accueil des chiens guides et des chiens d'assistance

L'accès des chiens guides d'aveugles ou d'assistance ne peut pas être refusé dans les parties librement accessibles au public (espaces d'accueil et d'attente). En revanche, le chien n'accède pas aux locaux où sont prodigués des soins nécessitant le respect des règles d'asepsie.

Les chiens guides ou d'assistance peuvent accéder, gratuitement, à tous les lieux publics. Leur interdiction des lieux est sanctionnée par une amende de 3^e catégorie.

« L'accès aux transports, aux lieux ouverts au public, ainsi qu'à ceux permettant une activité professionnelle, formatrice ou éducative est autorisé aux chiens guides d'aveugle ou d'assistance accompagnant les personnes titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte de priorité pour personne handicapée, ou la personne chargée de leur éducation pendant toute leur période de formation prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles ». (article 88 de la loi n°87-588)

La présence du chien guide d'aveugle ou d'assistance aux côtés de la personne handicapée ne doit pas entraîner de facturation supplémentaire dans l'accès aux services et prestations auxquels celle-ci peut prétendre ». (article 88 de la loi 87-588)

« L'interdiction des lieux ouverts au public aux chiens guides d'aveugles et aux chiens d'assistance mentionnés au 5° de l'article L. 245-3, qui accompagnent les personnes titulaires de la carte d'invalidité mentionnée à l'article L. 241-3, est punie de l'amende prévue pour les contraventions de la 3^e classe » (article R241-22 du code de l'action sociale et des familles)

Pour aller plus loin :

- la plaquette « Bienvenue aux chiens guides d'aveugles et aux chiens d'assistance » (Ministère du développement durable, Ministère de la santé, 2015) : <http://www.developpement-durable.gouv.fr/Bienvenue-aux-chiens-guides-d.html>
- le guide « Le chien guide ou le chien d'assistance – le compagnon du quotidien » (Ministère du développement durable, Ministère de la santé, 2015) : <http://www.developpement-durable.gouv.fr/Le-chien-guide-ou-le-chien-d.html>

Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation de l'accessibilité des cabinets

Questionnaire d'évaluation sur l'accessibilité des cabinets médicaux de la ville d'Arras aux personnes en situation de handicap.

A. Extérieurs du cabinet/ Stationnement

Place de stationnement dédiée au cabinet

Nombre :

Places handicapées

Nombre :

Si place(s) handicapé(s) :

| | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Dimensions réglementaires (largeur mini 3m30) | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Marquage au sol de ces places | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Absence de ressaut (>2cm) | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Signalétique verticale | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

B. Accès du bâtiment :

| | | | | |
|---|-------|--------------------------|-----|--------------------------|
| Signalisation d'orientation accessible et adaptée | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| TYPE DE SOL | | | | |
| Non glissant | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Non meuble | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Non réfléchissant | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Sol libre d'obstacle à la roue d'un fauteuil | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Pas de trou et fente à l'extérieur | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| ESCALIERS d'ACCES | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Nombre de marches | | | | |
| Taille des marches réglementaires | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Présence de mains courantes conformes | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Présence de contremarches conformes | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Nez de contremarches | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Présence de rampe et pente d'accès conforme | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| PORTE D'ENTRÉE | | | | |
| Interphone/sonnette si présent accessible | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Automatique | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Ou Largeur conforme | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Poignée de porte conforme | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Espace de manœuvre de porte | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

C. Accès aux étages/circulation verticale (si concerné)

| | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Ascenseur ou escaliers visibles/ou correctement indiqués | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Présence d'un ascenseur | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Présence d'un ascenseur aux normes | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| ESCALIERS | | | | |
| Eclairage suffisant | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Présence de mains courante aux normes | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Taille réglementaire des marches | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Présence de contremarches conformes | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Nez de marches conformes (couleur, revêtement, absence de débord) | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Haut de l'escalier conforme | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Possibilité de réaliser l'examen dans un autre bureau du rez-de-chaussée | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

D. Intérieur du cabinet

| HORIZONTAL | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Revêtements intérieur du cheminement conforme | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Largeur des couloirs aux normes | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Espace de manœuvre de porte conforme (salle d'attente) | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Absence de marche ou ressaut >2cm | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| SECRETARIAT | | | | |
| Présence d'un secrétariat | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Accessible aux patients en position assise | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| PORTE D'ENTRÉE DU BUREAU DE CONSULTATIONS | | | | |
| Largeur conforme | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Poignée de porte conforme | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Espace de manœuvre de porte conforme | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| TABLE D'EXAMEN | | | | |
| Espace d'usage conforme | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Présence d'une table à hauteur variable ou de dispositif d'aide au transfert | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Possibilité d'une aide humaine au transfert | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| SANITAIRES | | | | |
| Présence de toilettes pour les patients | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, Présence de toilettes handicapées | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Barre d'appui latérale | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Lavabo accessible | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Présence d'un espace d'usage à côté de la cuvette | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Présence d'un espace de manœuvre avec demi – tour possible | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| INTERRUPTEURS accessibles ou allumage auto | | | | |
| Présence d'un registre public d'accessibilité | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

SCORE GLOBAL D'ACCESSIBILITÉ

/ 23

E. Regard par rapport à la loi/ difficulté(s) rencontrée(s)

- **Connaissez-vous la réglementation (normes, délais, sanctions)**
 OUI NON
- **Avez-vous déposé un Agenda d'accessibilité programmé, une attestation d'accessibilité, une dérogation** OUI NON
- **Si non ... Savez-vous qu'il est encore possible de déposer un Agenda d'accessibilité programmé ou une attestation d'accessibilité (sous réserve d'explication du retard) ?** OUI NON
- **Votre cabinet est-il aux normes ?** OUI NON
- **En date du 27 septembre 2018, votre cabinet sera-t-il aux normes ?**
 OUI NON NE SAIS PAS
- **Si en date du 27/09/2018 le cabinet ne sera pas aux normes, pour quelles raisons ?**
 - Dérogation obtenue
 - Changement d'activité (y compris retraite)
 - Changement de lieu
 - Ne souhaite pas la mise aux normes
 - Autre raison :
- **Si le cabinet est aux normes ou le sera, qu'est-ce qui a facilité la mise aux**

normes de votre cabinet ?

.....

- **Si le cabinet est aux normes ou le sera quelle(s) difficulté(s) avez-vous rencontré pour la mise aux normes du cabinet ?**

- Aucune
- Économiques
- Techniques
- Pratiques
- Désaccord avec l'un de vos associés/ syndicat de copropriété.
- Autres :

F. Activité

- **Avez-vous des personnes en situation de handicap dans votre patientèle ?**
Moteur : OUI NON
Visuel : OUI NON
- **Avez-vous déjà reçu une remarque sur des difficultés d'accessibilité aux handicapés de votre cabinet ?** OUI NON NE SAIS PAS
- **Avez-vous rencontré des difficultés à accueillir au cabinet des personnes en raison de leur handicap auparavant?**
 OUI NON NE SAIS PAS
- **Y a-t-il des patients en situation de handicap qui ne viennent plus au cabinet car il n'est pas accessible ?** OUI NON NE SAIS PAS

G. Données sociodémographiques/générales

- Sexe : Homme Femme
 - o Age : ...
 - o Date de construction cabinet ou ouverture : avant 2007 après 2007
 - o Date des derniers travaux :
 - o Année de votre installation dans ce local :
 - o Type d'installation Seul Groupe
 - o Type de bâtiment : maison immeuble
 - o Etage du cabinet :
 - o Propriétaire Locataire

Annexe 4 : Attestation d'accessibilité d'un ERP de 5^{ème} catégorie conforme à partir du 1er janvier 2015

en **bleu** : Zones à remplir

Le **xx/xx/2016**

Attestation d'accessibilité d'un ERP de 5^{ème} catégorie conforme à partir du 1^{er} janvier 2015 exemptant d'Agenda d'Accessibilité Programmée

(Envoi en Recommandé avec Accusé de Réception au préfet de département)

Conformément à l'article R.111-19-33 du code de la construction et de l'habitation,

Je soussigné(e), **[M. / Mme] [NOM Prénom]**, représentant **[raison sociale de la personne morale éventuelle + n° SIREN/SIRET]**

ou né(e) le **[xx/xx/xxxx] [adresse] à [lieu de naissance] demeurant [adresse de résidence] [propriétaire / exploitant]** de l'Etablissement recevant du public de 5^{ème} catégorie de type **[type de l'établissement]**

Situé au **[adresse complète] [si possible Section cadastrale et N° de la parcelle]**, dénommé ou enregistré sous l'enseigne : **[nom de l'établissement]**

atteste sur l'honneur que l'établissement sus-mentionné répond à ce jour aux règles d'accessibilité en vigueur au 1^{er} janvier 2015 **[le cas échéant, suite à des travaux réalisés dans le cadre de(s) autorisation(s) de travaux AT n°..... en date du .../.../... ou du permis de construire PC / PA n°..... en date du .../.../...]**

Cette conformité à la réglementation accessibilité prend en compte (cocher le cas échéant) :

- le recours à une ou plusieurs dérogations, obtenue(s) en application de l'article R.111-19-10 du code de la construction et de l'habitation (cf. arrêté préfectoral accordant la ou les dérogations ci-joint) et, en cas de dérogation accordée à un établissement recevant du public remplissant une mission de service public, la mise en place de mesures de substitution permettant d'assurer la continuité du service public ;
- l'accessibilité d'une partie de l'établissement de 5^{ème} catégorie dans laquelle l'ensemble des prestations peut être délivré et, le cas échéant, la délivrance de certaines de ces prestations par des mesures de substitution.

J'ai pris connaissance des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse attestation, en application des articles 441-1 et 441-7 du code pénal.

Signature

Article 441-1 du code pénal

Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

Article 441-7 du code pénal

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait :

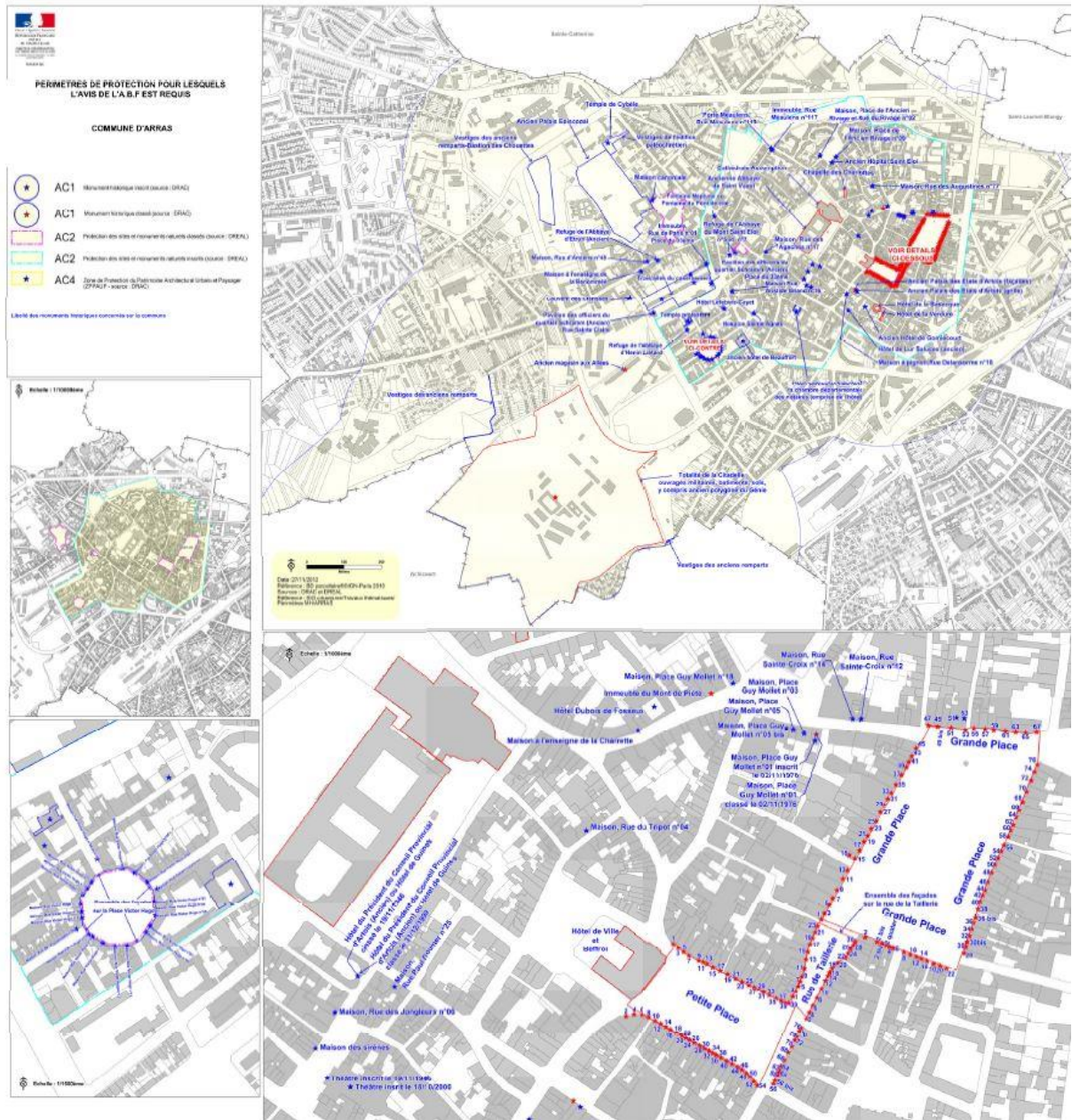
1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ;

2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ;

3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.

Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui.

Annexe 5 : Périmètre de protection pour lesquels l'avis de l'ABF est requis



Annexe 6 : Exemples de rampes d'accès (Handinorm.com)

Rampe permanente sur le cheminement extérieur



Rampe permanente rétractable



Rampes amovibles simples, pliables ou enroulables



AUTEUR : Nom : WANTIEZ

Prénom : Lucie

Date de Soutenance : 27 Octobre 2017

Titre de la Thèse : Handicap, accessibilité et cabinets de médecine générale : à propos de la ville d'Arras

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES Médecine Générale

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

Résumé :

Contexte : Le cabinet médical est un établissement recevant du public de type 5. Il est soumis à la réglementation sur l'accessibilité des personnes en situation de handicap. La loi de 2005 a connu des aménagements récents via l'ordonnance du 26 septembre 2014 avec la création des Agendas d'accessibilité programmé.

Méthode : Une enquête descriptive par observation directe a été menée auprès des 32 médecins généralistes libéraux de la ville d'Arras.

Résultats : Le taux de participation des MG était de 90,6 % et 24,1 % des cabinets médicaux observés respectaient l'ensemble des normes d'accessibilité ou ne nécessitaient que des aménagements mineurs, n'entravant pas l'activité du cabinet. Sur 23 critères, la moyenne était de 18,1. Parmi les médecins déclarant ne pas être aux normes, 78,6 % affirment que la mise en accessibilité ne sera pas effective à échéance de septembre 2018. L'obtention d'une dérogation et la prévision d'une retraite étaient les raisons principales de la non mise en accessibilité pour l'échéance de 2018. Les contraintes techniques et économiques représentaient les principales difficultés rencontrées pour la mise aux normes.

Discussion : La perspective de la retraite et l'architecture même des cabinets sont des éléments empêchant l'évolution vers l'accessibilité des cabinets médicaux. La visite à domicile et la fermeture des sanitaires au public sont utilisées comme contournements aux règles en vigueur.

Composition du Jury :

Président : Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs : Professeur Patrick LEROUGE

Docteur Judith OLLIVON

Docteur Nassir MESSAADI (Directeur)