



HAL
open science

L'accessibilité des cabinets des médecins généralistes picards pour la personne handicapée au regard des normes réglementaires : état des lieux, attitude des médecins

Sana El Maqdade Nemmaoui

► To cite this version:

Sana El Maqdade Nemmaoui. L'accessibilité des cabinets des médecins généralistes picards pour la personne handicapée au regard des normes réglementaires : état des lieux, attitude des médecins. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01370432

HAL Id: dumas-01370432

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370432>

Submitted on 22 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**L'ACCESSIBILITE DES CABINETS DES MEDECINS
GENERALISTES PICARDS
POUR LA PERSONNE HANDICAPEE AU REGARD DES
NORMES REGLEMENTAIRES**

ETAT DES LIEUX, ATTITUDE DES MEDECINS

**THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Mention Médecine Générale**

PRESENTEE ET SOUTENUE PULIQUEMENT

Le Jeudi 19 Mai 2016

PAR

Madame Sana EL MAQDADE-NEMMAOUI

Président de Jury **Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT**

Juges **Monsieur le Professeur Jean-Claude MAZIERE**

Madame le Professeur Cécile MAZIERE

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Directeur **Monsieur le Professeur Georges JUNG**

A mon président de jury

Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELOT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Médecine physique et de Réadaptation)
Responsable du Centre d'activité MPR Orthopédique
Pôle « Autonomie »

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance
Je vous remercie pour votre disponibilité tout au long de cette expérience.

A mon juge

Monsieur le Professeur Jean-Claude MAZIERE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Biochimie et biologie moléculaire)
Laboratoire de Biochimie
Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et mon profond respect.

A ma juge

Madame le Professeur Cécile MAZIERE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Biochimie et biologie moléculaire)
Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et mon profond respect.

A ma juge

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Médecine légale et droit de la santé)
Service de Médecine Légale et Sociale
Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

C'est un honneur de vous compter parmi mon jury.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Professeur Georges JUNG

Professeur des Universités- Associé de Médecine Générale
Département de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail.
Votre soutien et votre patience ont été sans faille tout au long de ce parcours.
Vos conseils et votre implication ont été précieux pour la réalisation de cette thèse.

REMERCIEMENTS

Merci à toute ma famille pour leur soutien,

Merci à mes parents d'avoir toujours été là à mes côtés sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

Merci à ma sœur et mon frère pour tous nos moments de partage : Yassine tes talents en informatique ont été d'un grand secours ! Lamia tes sacrifices en sommeil vont enfin aboutir.

Merci à mon mari et ma fille. Mes rayons de soleil.

Merci à ma belle-famille pour leur écoute et bienveillance.

Merci à ma famille au Maroc qui malgré la distance a toujours su m'épauler,

Une pensée à toi Immi, que DIEU ait ton âme et que tu reposes en paix.

Merci à mes amies : Marie, Badia, Ouardia, Nourjane, Larissa qui ont partagé un long chemin avec moi.

Merci à l'équipe du CETD qui m'a supporté pendant toute la période de conception de la thèse ; merci pour votre aide.

Merci à l'UPRS et Mr ZERKLY pour leur disponibilité.

Merci à tous mes collègues, tous les gens que j'oublie qui ont contribué de près ou de loin à la concrétisation de mes études.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
MATERIEL ET METHODES	9
1. TYPE D'ETUDE	9
2. POPULATION ETUDIEE	9
3. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	9
4. PERIODE D'ENQUETE.....	10
5. ANALYSE STATISTIQUE.....	10
RESULTATS	11
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	11
2. CARACTERISTIQUES DU CABINET.....	12
3. DIAGNOSTIC ACCESSIBILITE.....	13
4. ACCESSIBILITE DU CABINET AU REGARD DE LA LOI.....	16
5. LA PATIENTELE HANDICAPEE	18
6. REGARD SUR LE HANDICAP	19
7. ANALYSE BI-VARIEE.....	21
DISCUSSION	26
1. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	26
A. L'ACTUALITE DU TRAVAIL	26
B. LE RECRUTEMENT DE L'ECHANTILLON	26
C. BIAIS	27
2. ANALYSE DES RESULTATS	28
A. LE DIAGNOSTIC DU CABINET ET L'APPRECIATION DES MEDECINS SUR LES TRAVAUX A FAIRE	28
B. LA MEDECINE GENERALE ET LE HANDICAP	31
C. REGARD DES MEDECINS SUR LA LOI ET SUR LE HANDICAP	33
D. LES CONSEQUENCES PRATIQUES DE LA LOI. CE QUE VONT FAIRE LES MEDECINS	36
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	41
<i>Annexe 1 : rappel des normes</i>	44
<i>Annexe 2 : Procédure à suivre par le médecin</i>	49
<i>Annexe 3 : Synthèse audit société Veritas</i>	52
<i>Annexe 4 : Résultats d'audits de deux organismes différents pour un même cabinet construit neuf en 2008 selon les normes handicapés de l'époque et audité en 2010 puis 2015</i>	54
<i>Annexe 5: Questionnaire sur l'accessibilité des cabinets médicaux</i>	56

INTRODUCTION

Selon l'enquête handicap, incapacité, dépendance menée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en 2007, 9,6 millions de personnes sont concernées par le handicap en France.(1)

Le terme handicap est d'utilisation récente. Il vient en remplacement du terme infirmité devenu péjoratif car il renvoyait uniquement à l'impuissance et à la faiblesse du malade.

La notion d'handicap quant à elle, a su évoluer car elle prend en compte les différentes dimensions du fonctionnement d'un individu à savoir : le corps, la personne et l'environnement.

L'intégration de ces différentes dimensions a permis de mieux prendre en considération les besoins et les demandes des personnes handicapées leur assurant ainsi une meilleure qualité de vie.

La loi du 11 février 2005 en est l'exemple concret. En effet, cette loi a pour objectif de garantir « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » (2). Cette nouvelle loi se base sur plusieurs axes différents qui vont permettre aux personnes handicapées 'l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens '(3). Parmi ces droits fondamentaux, on retrouve la liberté de circulation. La loi du 11 février vient alors légiférer sur le principe d'accessibilité généralisée, quel que soit le handicap physique, sensoriel, mental, psychique, cognitif, ou polyhandicap(3) .

La loi rend obligatoire l'accessibilité à toute la chaîne du déplacement : la personne handicapée doit pouvoir accéder à tous les établissements recevant du public (ERP) de manière continue sans rupture.

Les cabinets médicaux font partis des ERP selon le code de la construction et de l'habitation(4). Par conséquent, ces derniers doivent se plier aux normes d'accessibilité de la loi du 11 février 2005.

Les médecins généralistes sont d'autant plus concernés car ce sont les principaux acteurs des soins primaires. Or en matière de soins primaires la notion d'accessibilité est primordiale. La position de premier recours et de l'exercice sans sélection des patients ne vont pas sans une

forte accessibilité. Cette accessibilité est spatiotemporelle, économique, relationnelle. Mais elle est aussi l'accessibilité de la personne handicapée au médecin généraliste.

Les normes définies dans les textes permettent de vérifier le niveau d'accessibilité des cabinets médicaux aux personnes handicapées. Dès lors, je me suis posée la question suivante : en quoi, à quel niveau les cabinets des médecins généralistes picards répondent ou ne répondent pas à ces critères d'accessibilité et que comptent faire les médecins ?

Les objectifs de cette thèse sont ainsi de faire un état des lieux des cabinets médicaux des médecins généralistes picards sous le regard de la loi du 11 février, de mesurer l'adhésion des médecins aux exigences de la loi et d'apprécier les conséquences de la loi sur l'exercice des médecins généralistes en Picardie.

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

J'ai réalisé une étude quantitative descriptive observationnelle avec approche organisationnelle et sociologique par l'envoi d'un questionnaire auprès des cabinets de médecine générale en Picardie

2. Population étudiée

La population cible était les cabinets de médecine générale de Picardie ayant fait l'objet d'un audit accessibilité par une société agréée indépendante : le bureau Veritas.

Cet audit a eu lieu de Janvier 2015 à juin 2015.

Cet audit a été financé par l'union régionale des professionnels de santé de Picardie-Médecins libéraux (URPS) pour les médecins qui le souhaitaient. En contrepartie de cette prestation, les médecins étaient vivement invités à répondre à notre questionnaire qui venait compléter l'étude sur l'accessibilité.

A partir de cette base de données, j'ai pu extraire les réponses envoyées par les médecins généralistes. Les questionnaires venant d'une autre spécialité n'ont pas été pris en compte.

3. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été également réalisé en collaboration avec Mr ROUQUET Ronan, attaché de direction au sein de l'URPS, expert en santé publique. La quasi-totalité des questions étaient de type fermé à choix multiples. Ce choix était fait afin d'avoir un taux de réponses plus important et plus fiable. Une seule question était ouverte et concernait les motifs de non réalisations des travaux, cela nous permettait de recueillir l'ensemble des différents avis des médecins interrogés. Le questionnaire était composé de 36 questions classées par items :

- Caractéristiques du cabinet médical
 - Etaient ainsi appréciés : le lieu urbain –rural-semi rural ; la structure maison ou appartement ; le statut propriétaire-locataire-copropriété-partage d'utilisation

- Diagnostic accessibilité
 - Etaient ainsi appréciés : le résultat technique et financier de l'audit du cabinet fait par la société Veritas ; l'approche des médecins face à ce diagnostic et ses conséquences.
- Accessibilité du cabinet au regard de la Loi
 - Etaient ainsi appréciés : la conformité à la Loi ; l'attitude en cas de non-conformité ; le regard des médecins sur la pertinence de la loi.
- Activité du médecin par rapport aux personnes en situation d'handicap
 - Etaient ainsi appréciés : la réalité de la problématique handicap dans la pratique quotidienne des médecins ; les besoins ressentis par les médecins sur ce problème.
- Regard sur le handicap
 - Il s'agissait de classer les médecins selon leur conception de la notion de handicap.
- Caractéristiques du médecin : âge ; sexe ; type d'exercice.

4. Période d'enquête

Le questionnaire a été envoyé par voie postale en juin 2015. Une relance a été effectuée le 08 Août 2015.

5. Analyse statistique

La collecte des réponses et leur analyse statistique a été effectuée sur le logiciel Sphinx IQ2. La saisie des données a été effectuée de façon manuelle. L'étude statistique a été effectuée selon une analyse descriptive uni-variée avec un intervalle de confiance estimée à 95% ainsi que bi-variée en croisant les différents items en utilisant le test statistique du chi².

J'ai réalisé cette analyse bi-variée après avoir effectué au préalable une quantification des cabinets pour lesquels les médecins interrogés estimaient qu'ils allaient être aux normes pour 2018.

J'ai ensuite combiné les différentes variables retrouvées dans l'analyse uni-variée pour évaluer leur influence dans la mise aux normes du lieu d'exercice en 2018.

Cinq variables ont été étudiées : âge ; la zone urbaine, rurale ou semi-rurale ; les caractéristiques foncières du cabinet : propriétaire ou locataire, la situation du cabinet : maison, location, copropriété et le coût des travaux.

RESULTATS

609 sur 2544 médecins libéraux de Picardie toutes spécialités confondues ont accepté l'audit par la société Veritas de leur cabinet. Parmi ceux-ci il y avait 433 médecins généralistes sur les 1565 médecins généralistes libéraux recensé en 2014. 433 questionnaires post audit ont donc été envoyés. Le nombre de questionnaires obtenus des médecins généralistes était de 166 soit un taux de réponse estimé à 38%.

A noter que sur l'ensemble des médecins libéraux toutes spécialités confondues, il y a eu 251 réponses au questionnaire post audit. 4 Questionnaires ont été exclus car la spécialité n'était pas précisée.

1. Caractéristiques de la population

- Age
 - La moyenne d'âge des médecins généralistes interrogés était de 55,51 avec un écart-type estimé à 9,30 ; le plus jeune médecin ayant 32 ans.
- Sexe
 - La proportion des hommes était plus importante que celle des femmes : 74,7 % d'hommes, 25,3% de femmes.
- Répartition géographique
 - Concernant les départements d'installation, l'Oise était plus représentée avec 44,2% des répondant, suivi de la somme (30,3%) et enfin l'Aisne (25,5%).
- Activité
 - 19,4% des répondants déclaraient avoir une pratique médicale spécifique en plus de la médecine générale. L'homéopathie et l'acupuncture étaient les plus retrouvées.

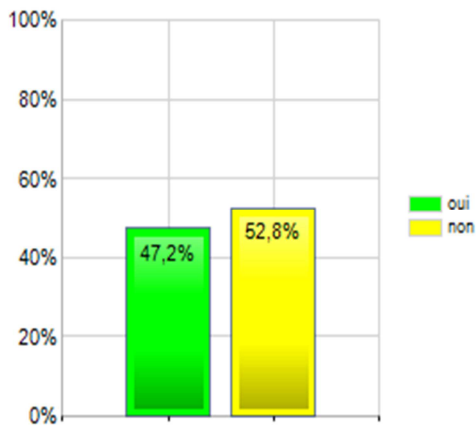
2. Caractéristiques du cabinet

- Zone
 - 37,6% des cabinets étaient situées en zone urbaine, 34,5% en zone semi-rurale et 27,9% en zone rurale.
- Propriétaire ou locataire
 - Avec un taux de réponse de 98,8 %, 63,4% des médecins interrogés étaient propriétaires de leurs locaux.
- Collectif ou individuel
 - 47,2% exerçaient dans un local professionnel individuel contre 30,1 % dans une copropriété et 22,7% dans leur propre maison.
- Rez-de-chaussée ou étage
 - Pour 93,2% des médecins interrogés, le cabinet était situé au rez-de-chaussée.
- Partage ou non du cabinet avec d'autres professionnels de santé

figure n°1

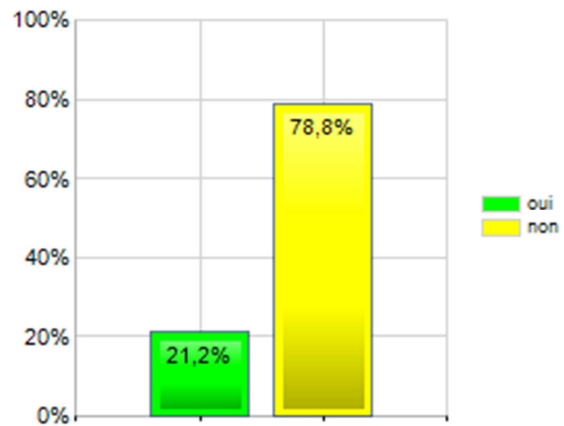
avec d'autres médecins

Taux de réponse : 98,2%



avec des professionnels de sante

Taux de réponse : 94,0%

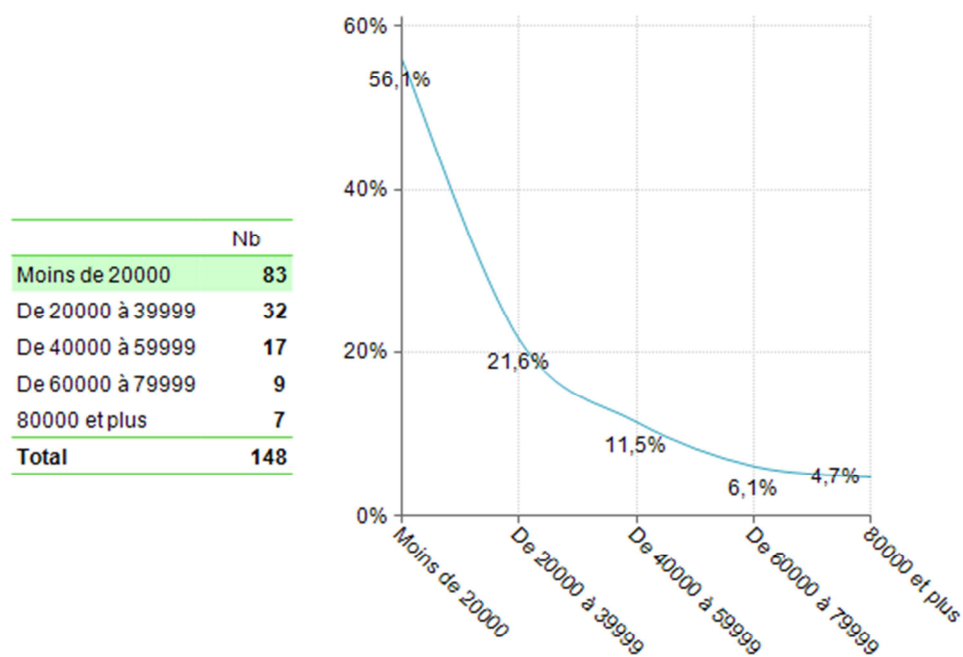


3. Diagnostic accessibilité

- 97,6% des 166 praticiens avaient des travaux de mise aux normes à réaliser
- Le coût des travaux (en Euros)

figure n°2

'Moins de 20000' (83 observations)
Moyenne = 24827,03 Ecart-type = 22439,62



La médiane est à 18000 euros.

- L'acceptabilité du coût des travaux par les médecins
 - Sur 161 réponses reçues, 1,2% des médecins jugeaient les travaux très acceptables, 2% des répondants jugeaient le coût estimé acceptable, 26,1% peu acceptable et 63,4% le percevait pas du tout acceptable.
- Projet de réalisation :
 - 38,4% des médecins ayant répondu n'allaient réaliser aucun des travaux préconisés, 32,1% une partie et 22% n'étaient pas encore décidé. 7,5% envisageaient de réaliser l'intégralité des travaux.

- Travaux que les médecins n'envisagent pas de faire sachant que le taux de réponses à cette question est relativement faible par rapport aux autres questions (sur 79,5% des répondants, on retrouve un taux de non réponses à 20,5%), les travaux principalement cités sont :
 - Toilettes 13,9%
 - Salle d'attente 12,8%
 - Elargissement des cheminement 10%
 - Portes 4,8%
 - Accueil 4,8%
- Jugement des médecins sur les travaux préconisés par le bureau Veritas.
 - Travaux préconisés jugés pertinents

Figure n° 3

travaux pertinent préconisés

Taux de réponse : 54,8%

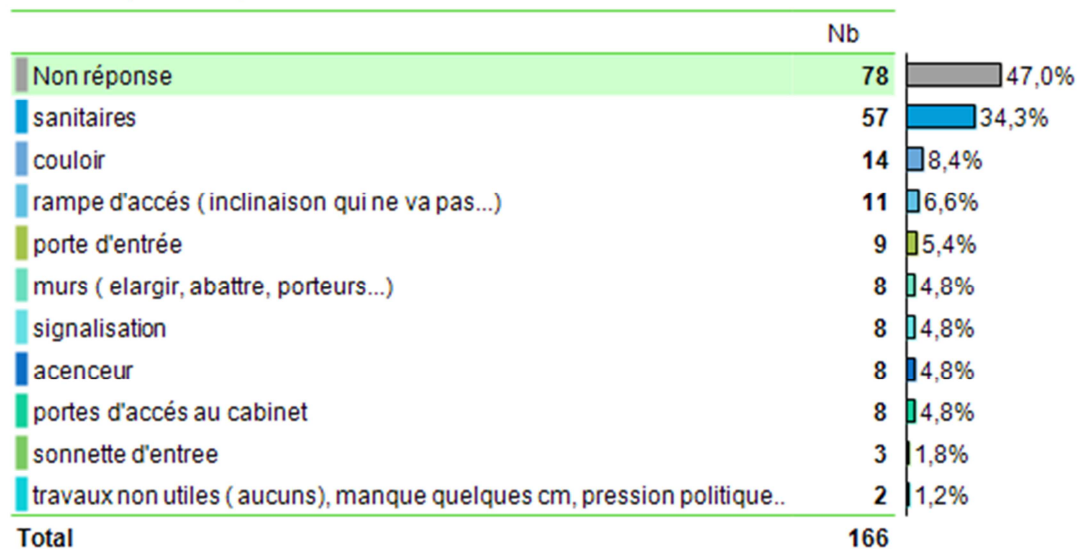
	Nb	
Non réponse	75	45,2%
santaires handicapés	22	13,3%
rampe d'accès (entrée, escaliers..)	20	12,0%
travaux inutiles (aucuns) loi qui doit que le cabinet n'est pas aux normes	18	10,8%
signalisation (panneaux d'indication..)	17	10,2%
sonnette (abaissement, réhaussement..)	9	5,4%
porte d'entrée	8	4,8%
porte d'accès cabinet (elargir, rétrecir..)	6	3,6%
stationnement handciapé	5	3,0%
escaliers à aménager	4	2,4%
couloirs (réduction, elargir.)	4	2,4%
salle d'attente (réduction..)	3	1,8%
ascenseur	2	1,2%
Total	166	

Travaux préconisés jugés non pertinents

Figure n° 4

travaux non pertinents

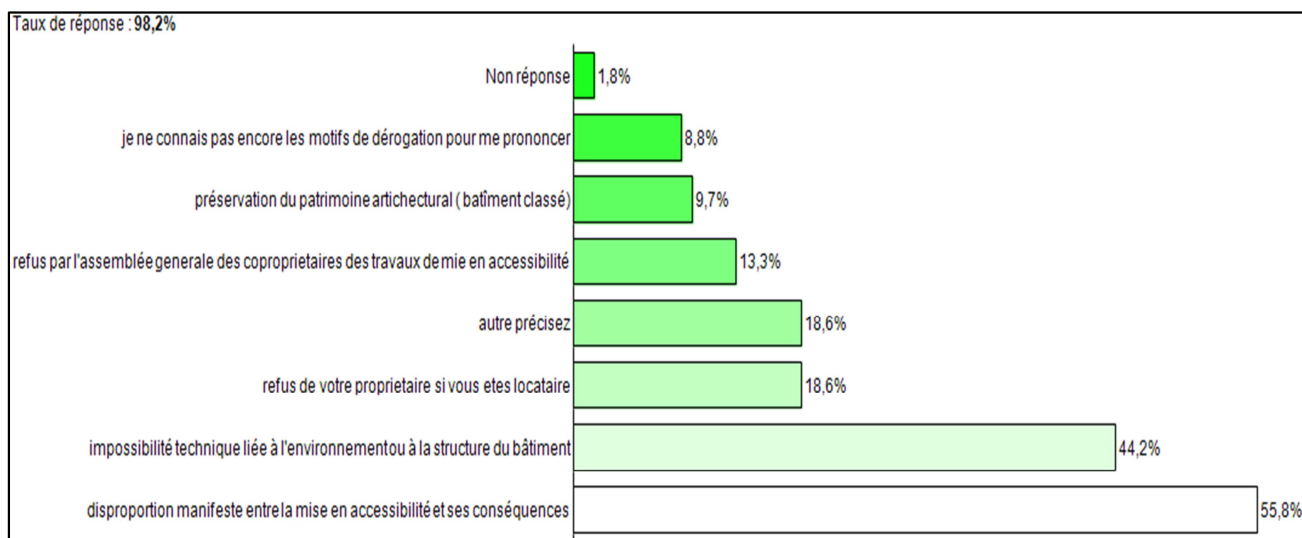
Taux de réponse : 53,0%



- Demande de dérogation

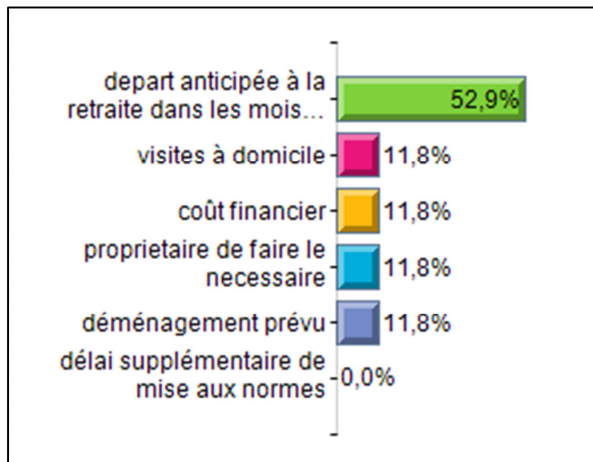
- 70,2% des médecins ayant répondu (161 médecins) vont déposer une dérogation, 17,4% ne le feront pas et 12,4% ne savent pas encore.
- Les types de dérogations sont les suivantes

Figure n°3



Les autres types de dérogations retrouvées sur 20 réponses :

Figure n°4

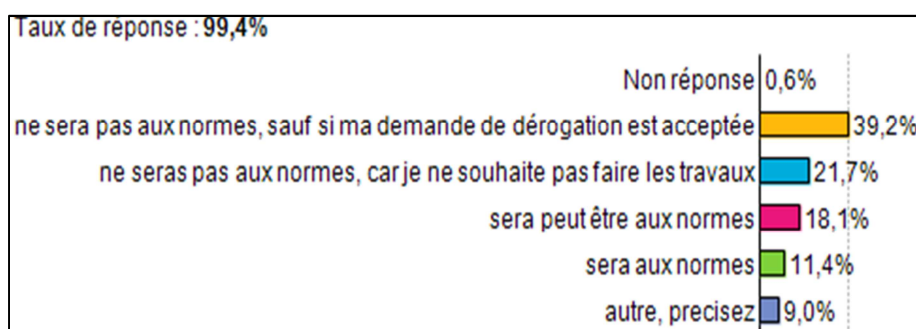


- Appréciation sur l'utilité de l'audit
 - 26,3% des médecins ont jugé le diagnostic très utile, 51,3% utile, 15,6% peu utile et enfin 6,9% très peu utile.
- Appréciation de la pertinence des travaux préconisés au regard des besoins de la patientèle handicapée
 - Sur 93,4% des répondants, 89,7% estiment que les travaux demandés n'ont pas de pertinence par rapport aux besoins des patients
 - Avec 91% des répondants, 93,4 % des médecins jugent que les travaux ne faciliteront pas la prise en charge de leur patient.
 - Avec 91,6% de réponses, 78,9% pensent que les travaux préconisés ne permettront pas un accès plus facile au cabinet des personnes handicapées

4. Accessibilité du cabinet au regard de la loi

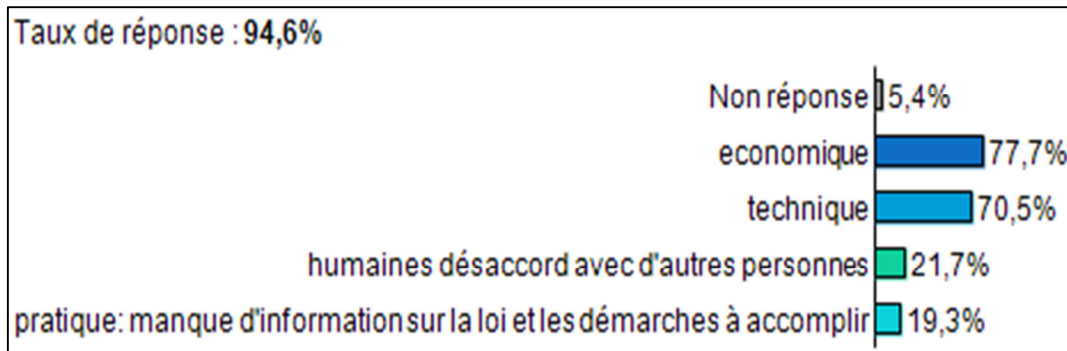
- Vision de leur cabinet en 2018 vis-à-vis des nouvelles normes :

Figure n°5



- Raisons pour lesquelles les médecins estiment l'impossibilité de conformité à la loi

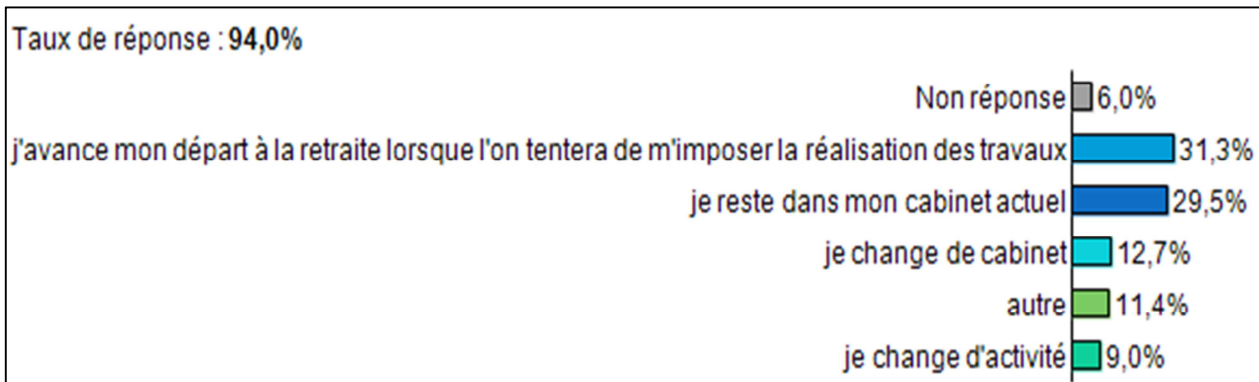
Figure n°6



Concernant les raisons humaines : 46,9% sont liées au propriétaire, 37,5% au syndicat de copropriété, 15,6% autres professionnels du cabinet, 9,4% ont été identifiées comme autres

- Conséquences envisagées par les médecins en cas de cabinet non conforme en 2018 à la loi

Figure n°7



Concernant la réponse 'autre', on retrouve en grande partie des départs à la retraite mais exprimé de façon différente.

- Regard sur la pertinence de la loi vis-à-vis de la problématique d'accessibilité
 - Concernant la loi du 11 février 2005, 75,8% des médecins interrogés considèrent que la loi est bonne dans son principe mais non réaliste dans son application.

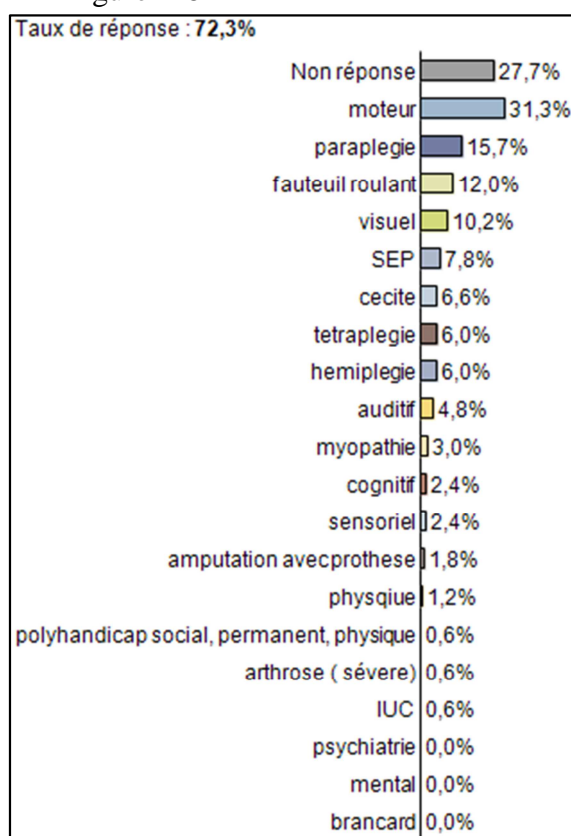
- Les priorités pour l'accessibilité selon les médecins
 - Les freins financiers à l'accès aux soins étaient aussi prioritaires que la loi du 11 Février chez 39,9% des médecins répondant et plus prioritaire chez 37,8%.
 - Le temps d'accès à un médecin généraliste était plus prioritaire à 69,2%
 - Le temps d'accès à un spécialiste était plus prioritaire à 74,3%
 - L'amélioration de la démographie médicale était plus prioritaire à 80,8%

5. La patientèle handicapée

- Aspect quantitatif

- 96,3% des médecins interrogés ont des personnes en situation d'handicap dans leur patientèle
- Types de handicap rencontrés par les médecins

Figure n°8



- Le handicap moteur sous toutes ses formes : moteur, paraplégie, tétraplégie, hémiplégie, fauteuil roulant, arthrose, amputation, sep ; myopathie est le plus mentionné en réalisant un total de 83,6%

- Aspect pratique
 - La patientèle de personnes en situation d'handicap se déplace au cabinet chez 60,8% des médecins interrogés
 - 95,4% des médecins se sentent prêts à effectuer les visites au domicile pour assurer les soins à leurs patients en situation de handicap
 - 98,8% des médecins interrogés déclarent n'avoir jamais refusé un patient pour son handicap
 - 83,2% des médecins déclarent ne pas avoir eu de remarques concernant l'accessibilité de la part de leurs patients
 - 98% des médecins répondant affirment qu'ils n'ont eu aucun patient ayant changé de médecin traitant pour cause d'inaccessibilité

6. *Regard sur le handicap*

- Le concept du handicap
 - Quand on évoque le handicap, les médecins interrogés pensent spontanément au handicap moteur dans un premier temps : il est retrouvé dans 94,6% des réponses, le handicap visuel dans 39,8% des réponses, ensuite le handicap cognitif qui est retrouvé dans 22,9% des réponses, enfin en dernière position le handicap auditif 21,7% des réponses.
 - Le concept d'accessibilité de la personne handicapée : 3 questions ont été posées. Pour répondre à ces questions, on a demandé aux médecins de choisir l'affirmation dont ils étaient le plus proche

Figure n° 9

Taux de réponse : **92,8%**

	Nb	
Non réponse	12	7,2%
on doit venir en aide à la personne handicapée lorsqu'elle en a besoin	129	77,7%
tous les Hommes doivent être libres de circuler en tout lieu	25	15,1%
Total	166	

Figure n ° 10

Taux de réponse : 87,3%

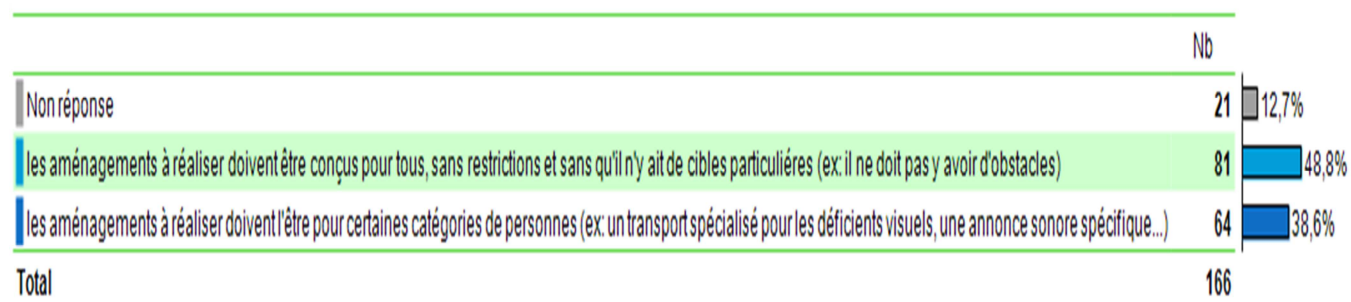
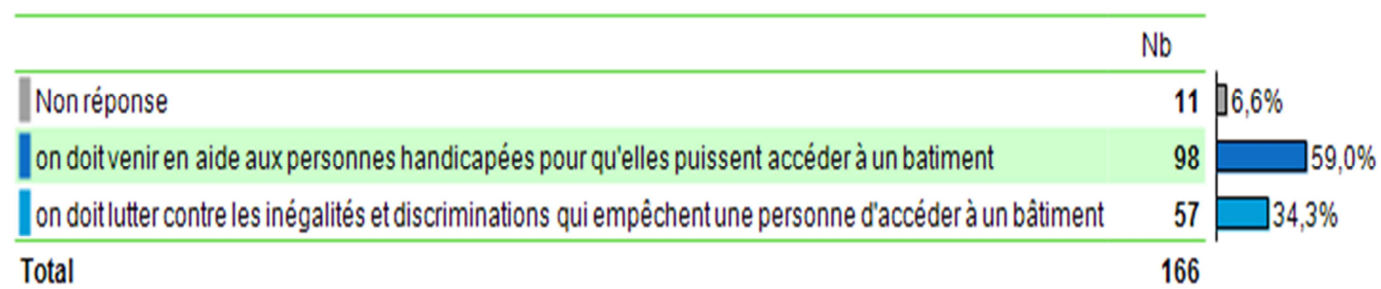


Figure n° 11

Taux de réponse : 93,4%



7. Analyse bi-variée

Voici les résultats exprimés en tableaux :

Figure n°12 : Croisement de la question "votre cabinet en 2018" avec la question "âge"

âge →	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Min Max	- Somme	Effectif
Votre cabinet en 2018 ↓						
Sera aux normes	54,63	9,77	59	30 - 65	1038	19
Sera peut-être aux normes	50,53	11,75	55,5	32 - 65	1516	30
Ne sera pas aux normes, sauf si ma demande de dérogation est acceptée	57,38	8,05	59	33 - 68	3730	65
Ne seras pas aux normes, car je ne souhaite pas faire les travaux	57,5	6,88	59	37 - 70	2070	36
Autre, précisez	53,6	10,51	59	33 - 65	804	15
Total	55,5	9,32	58	30 - 70	9158	165

Réponses effectives : 165

Non-réponse(s) : 1

Taux de réponse :
99,4%

p-value = 0,01 ; Fisher = 3,61

La relation entre ces deux variables est significative. On constate que les moyennes d'âge sont plus élevées dans le cas des réponses négatives « ne sera pas aux normes sauf si ma demande de dérogation est acceptée » et « ne sera pas aux normes car je ne souhaite pas faire les travaux »

Figure n°13 Croisement de la question "votre cabinet en 2018" avec la question "vous êtes"

Vous êtes →	Locataire des locaux			Propriétaire des locaux			Total	
	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.
Sera aux normes	6	33,3%		12	66,7%		18	100%
Sera peut-être aux normes	15	50%	+ PS	15	50%	- PS	30	100%
Ne sera pas aux normes, sauf si ma demande de dérogation est acceptée	22	34,4%		42	65,6%		64	100%
Ne seras pas aux normes, car je ne souhaite pas faire les travaux	10	27,8%		26	72,2%		36	100%
Autre, précisez	7	46,7%		8	53,3%		15	100%
Total	60	36,8%		103	63,2%		163	

Les valeurs en bleu sont significativement sur représentées (au seuil de risque de 5%).

Réponses effectives : 163 Non-réponse(s) : 3 Taux de réponse : 98,2%
p-value = 0,36 ; Khi2 = 4,39 ; ddl = 4,00

La puissance à 0,36 montre que la relation n'est pas significative. On constate que le fait d'être propriétaire ou locataire n'influence pas la probabilité que le cabinet soit mis aux normes en 2018.

Figure n°14 Croisement de la question "votre cabinet en 2018" avec la question "situation du cabinet"

Situation du cabinet → Votre cabinet en 2018 ↓	Dans votre maison			Dans une copropriété			Dans un local professionnel individuel			Total	
	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.
Sera aux normes	4	21,1%		5	26,3%		10	52,6%		19	100%
Sera peut-être aux normes	4	13,8%		7	24,1%		18	62,1%	+ PS	29	100%
Ne sera pas aux normes, sauf si ma demande de dérogation est acceptée	14	21,9%		24	37,5%	+ PS	26	40,6%		64	100%
Ne seras pas aux normes, car je ne souhaite pas faire les travaux	12	34,3%	+ PS	9	25,7%		14	40%		35	100%
Autre, précisez	3	20%		4	26,7%		8	53,3%		15	100%
Total	37	22,8%		49	30,2%		76	46,9%		162	

Réponses effectives : 162 Non-réponse(s) : 4 Taux de réponse : 97,6%
 p-value = 0,47 ; Khi2 = 7,60 ; ddl = 8,00

On constate que la relation n'est pas significative. Etre dans une local individuel, une copropriété ou dans sa propre maison n'influe ni sur la probabilité d'être aux normes ou pas ni sur la demande de dérogation ni sur le refus de faire les travaux.

Figure n° 15 Croisement de la question "votre cabinet en 2018" avec la question "vous exercez"

Vous exercez → Votre cabinet en 2018 ↓	Zone rurale			Zone semi-rurale			Zone urbaine			Total	
	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.
Sera aux normes	3	15,8%		14	73,7%	+ TS	2	10,5%	- TS	19	100%
Sera peut-être aux normes	7	23,3%		16	53,3%	+ S	7	23,3%	- PS	30	100%
Ne sera pas aux normes, sauf si ma demande de dérogation est acceptée	16	25%		18	28,1%		30	46,9%	+ PS	64	100%
Ne seras pas aux normes, car je ne souhaite pas faire les travaux	11	30,6%		6	16,7%	- TS	19	52,8%	+ S	36	100%
Autre, précisez	8	53,3%	+ S	3	20%		4	26,7%		15	100%
Total	45	27,4%		57	34,8%		62	37,8%		164	

Les valeurs en vert sont significativement surreprésentées (au seuil de risque de 5%).

Réponses effectives : 164

Non-réponse(s) : 2

Taux de réponse : 98,8%

p-value = < 0,01 ; Khi2 = 30,88 ; ddl = 8,00 (La relation est très significative)

On constate que la mise aux normes est prépondérante en zone semi-rurale de façon significative. On retrouve plus de réponses dans la catégorie sera aux normes ou sera peut-être aux normes chez les médecins installés en zone semi-rurale. Inversement la réponse-négative ne sera pas aux normes est retrouvée chez 52.8% des patients en zone urbaine.

Figure n°16 Croisement de la question "votre cabinet en 2018" avec la question "montant estimatif des travaux"

Montant des travaux → estimatif Votre cabinet en 2018 ↓	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Min Max	-	Somme	Effectif
Sera aux normes	7453,85	7334,46	2000	900 18500	-	96900	13
Sera peut-être aux normes	15176,92	12284,02	11350	2500 44000	-	394600	26
Ne sera pas aux normes, sauf si ma demande de dérogation est acceptée	25919,67	23583,62	18000	1000 120000	-	1581100	61
Ne seras pas aux normes, car je ne souhaite pas faire les travaux	34751,52	23411	30000	1000 80000	-	1146800	33
Autre, précisez	30785,71	25610,03	22500	3000 87000	-	431000	14
Total	24832,65	22516,23	18000	900 120000	-	3650400	147

Réponses effectives : 147
Non-réponse(s) : 15

Taux de réponse : 90,7%

p-value = < 0,01 ; Fisher = 5,68

On constate que la relation est très significative. Le montant des travaux est un facteur prépondérant sur la probabilité de mise aux normes du cabinet. Plus le montant des travaux est haut, plus les médecins sont réticents à réaliser les travaux indiqués.

DISCUSSION

1. *Points forts et limites de l'étude*

a. *L'actualité du travail*

La problématique de la personne en situation de handicap est d'actualité dans toutes les sociétés pour des raisons éthiques, politiques, sociologiques, économiques et du fait de sa prévalence et de son incidence. Dans cette problématique il y a la dimension d'accessibilité notamment aux soins.

Le médecin généraliste est le professionnel de santé de premiers recours et sans sélection des patients. Il est dans l'obligation d'être organisé pour accueillir tout type de patient pour du curatif comme du préventif.

Le législateur a codifié les exigences d'accessibilité des établissements recevant du public, dont les cabinets médicaux, vis à vis de l'accessibilité des personnes handicapées. C'est la loi du 11 février 2005.

La loi du 11 février 2005 a connu des assouplissements récents via l'ordonnance du 26 septembre 2014. Des dérogations et des délais supplémentaires ont été octroyés aux praticiens libéraux. Ainsi les médecins généralistes sont tenus de déposer leurs agendas de mise aux normes (Ad'AP) auprès des institutions concernées au plus tard le 27 septembre 2015 et la mise aux normes doit être effective au plus tard dans les trois années suivant le dépôt de l'Ad'AP.

Notre étude faite en cette période d'audit des cabinets médicaux et de déclaration administrative d'accessibilité permet d'avoir des données récentes, concrètes et fiables sur la réalité d'accessibilité des cabinets médicaux des médecins généralistes picards et sur l'adhésion des médecins généralistes à la notion d'accessibilité et ses conséquences règlementaires.

Parallèlement il y a la problématique majeure des installations en Picardie des jeunes médecins généralistes ainsi que celle du maintien des installés à leur cabinet. Il est ainsi d'actualité de s'interroger sur l'impact des exigences d'accessibilité sur l'installation des médecins généralistes.

b. *Le recrutement de l'échantillon*

Cette étude menée en collaboration avec l'URPS a permis d'avoir un meilleur recrutement des médecins généralistes en Picardie. Le taux de réponse est satisfaisant. Un travail de thèse similaire réalisé en Picardie en 2010 a estimé qu'un taux de réponse à 25% permettait d'avoir un risque alpha à 5%(5). Notre taux de réponse est nettement supérieur à ce dernier.

c. Biais

- Néanmoins, malgré les différents avantages qu'a pu apporter la collaboration avec l'URPS, on peut regretter la présence d'un biais de sélection. En effet, les médecins recrutés ont bénéficié au préalable d'un audit d'accessibilité de la part du bureau d'études Veritas. Cette pré-sélection a permis de recruter des médecins généralistes déjà sensibilisés et intéressés à la problématique de l'accessibilité.
- Malgré que les caractéristiques de notre échantillon soient proches de la population générale des médecins généralistes de Picardie, notre échantillon n'est pas représentatif de cette population. En effet, en comparaison avec une étude démographique de la population médicale picarde réalisée en 2013(6) les différents chiffres caractérisant l'âge, le sexe, les départements d'installation sont sensiblement semblables à ceux de notre enquête.
- En 2013, la moyenne d'âge des médecins généralistes en Picardie était estimée à 53 ans, 31% était de sexe féminin, 69% de sexe masculin. Ces chiffres sont voisins de ceux retrouvés dans notre enquête (55ans ; 74.7% homme ; 25.3% femme)
La répartition selon les différents départements en 2013 était la suivante : 37.4% dans l'Oise, 36.6% dans la Somme et 25.85% dans l'Aisne. Les chiffres obtenus par notre étude retrouvent quasiment les mêmes proportions avec plus de médecins recrutés dans l'Oise ; l'Aisne se retrouvant toujours en dernière position. (Oise : 44,2% ; Somme 30,3% ; Aisne 25,5%). Après analyse statistique ces différentes valeurs sont statistiquement différentes entre elles.
- Un biais de confusion peut également entraver la lecture des résultats de l'analyse bi-variée ; le diagnostic spécifique de bureau Veritas, précisément le coût estimé des travaux influence sur l'avis des médecins interrogés. Or ce diagnostic est spécifique à ce bureau d'étude. Avec la réalisation du diagnostic d'accessibilité par d'autres bureaux, les résultats pourraient être différents.
- Un biais de compréhension peut exister à la question 3. Le terme de propre maison peut être mal compris. Cela renvoie à un local d'usage mixte, qui peut être une maison ou un appartement dont le médecin peut être locataire ou propriétaire. Cette possibilité d'interprétation peut entraîner par conséquent un biais possible.

2. Analyse des résultats

- a. Le diagnostic du cabinet et l'appréciation des médecins sur les travaux à faire

Le diagnostic est sans appel : 97.6 % des répondeurs ne sont pas actuellement aux normes.

Si on compare avec le résultat global de l'audit, des 609 médecins toutes spécialités confondues ce chiffre est de 68,3%.

De même d'autres travaux de médecine générale réalisés sur le même thème dans différentes régions de France à savoir le Nord, Rhône-Alpes, pays de la Loire aboutissent à des chiffres de non-conformité suivants : 84% des 111 cabinets de médecine générale interrogés en 2014 sont non conformes à Lyon(7) , à Arras 72% des médecins interrogés (29 médecins) se considèrent non conformes(8), dans la région de Clisson dans les pays de la Loire sur 32 cabinets évalués seul 1 cabinet remplit l'ensemble des critères architecturaux(9).

Les points dominants de non accessibilité conforme sont les dimensions des portes, les sanitaires, la circulation intérieure (largeur de couloir ...). Dans les études citées ci-dessus, on retrouve en plus des critères retrouvés dans notre étude les cheminements extérieurs notamment le stationnement.

Les points de non-conformité ne sont pas tous de même appréciation par les médecins. Une petite majorité de médecins s'est prononcée sur le caractère pertinent ou pas des travaux. Ceci est probablement lié ou contraintes engendrées par les travaux de façon singulière sur chaque cabinet.

Il apparaît plusieurs catégories de points de non-conformité dans l'appréciation des médecins

- *Les points impliquant l'extérieur du cabinet :*
 - C'est essentiellement les places de stationnement spécifiques handicapé ainsi que le balisage, l'éclairage, la largeur du cheminement extérieur vers le cabinet.
 - Le stationnement est retrouvé en faible proportion dans les travaux jugés pertinents. Ceci peut s'expliquer par le fait que cela touche à l'urbanisme municipal ou la copropriété et que beaucoup de médecins ne voient pas très bien comment tous seuls ils pourraient résoudre ce problème.

○ *Les points impliquant de toucher aux structures du local*

Ils posent problème car au-delà du coût, ils interrogent la faisabilité technique, l'autorisation à modification dans le bail ou dans le règlement de copropriété.

- Les sanitaires
 - Il n'y a pas d'obligation légale pour les ERP de catégorie V d'avoir des toilettes. Par contre s'il y en a, du moins si on les définit accessibles au public, elles doivent être conformes à la réglementation accessibilité.(10) Les normes portent sur la largeur de porte, l'espace de manœuvre de porte, la modalité de fermeture, la hauteur maximale du plan supérieur du lave-main, la hauteur de la cuvette, l'espace d'usage à l'intérieur du cabinet pour permettre à un fauteuil roulant de se déplacer aisément.
 - C'est le point où l'exigence réglementaire de modification est le plus jugée non pertinente : 34,3% des réponses dans les cas de travaux non pertinents. Il est cependant difficile d'envisager un cabinet médical sans toilettes. Cette discordance s'explique peut-être par le fait que les plus grands handicapés moteurs sont suivis surtout à leur domicile.

- Les escaliers, les rampes d'accès, le cheminement extérieur
 - Les normes exigent que le cheminement extérieur soit libre de tout obstacle avec une largeur minimale de 1.20m, ceci pour permettre le croisement d'une personne valide avec une personne en fauteuil roulant ou d'une personne avec canne, poussette. Lorsqu'une dénivellation ne peut être évitée le plan incliné aménagé afin de la franchir doit avoir une pente inférieure ou égale à 6 % et à défaut des paliers de repos horizontaux à dimensions définies(11)
 - Les résultats de l'étude montrent que les médecins interrogés considèrent les rampes d'accès ou plans inclinés plutôt pertinents mais les dimensions exigées pour les largeurs de cheminements sont contraignantes du fait des dimensions des locaux déjà existants.
 - Les escaliers doivent être dotés de mains courantes bilatérales, continues, rigides, à hauteur adaptée, éclairées de façon distincte. Les marches sont calibrées. Les nez de marche doivent être contrastés. Des éléments d'éveil et de vigilance doivent être installés pour prévenir de tout danger imminent(12). Dans notre étude les escaliers étaient parmi les travaux jugés pertinents par les médecins.
 - Pourquoi les médecins considèrent-ils majoritairement les exigences sur les sanitaires non pertinentes alors que c'est l'inverse pour les escaliers, rampes d'accès ? Sur le plan technique c'est parfois un peu plus facile à réaliser. Mais c'est probablement l'appréciation de l'utilité et du besoin ou risque qui diffère. Effectivement on touche là au problème des risques de chute avec la responsabilité engagée du médecin, responsabilité qui s'étend aussi pour un médecin libéral en tant qu'employeur. Ce problème de risque de chute et blessure existe bien au-delà des personnes en fauteuil roulant et touche donc beaucoup plus de patients.

- Portes
 - Il y a une exigence de largeur de portes $\geq 0,80$ m avec un espace minimum défini de manœuvre de porte(13). Les praticiens ont plutôt jugé les travaux non pertinents sur ce thème. C'est probablement l'obstacle technique sur un bâti existant qui l'explique. On retrouve également les portes du cabinet comme travaux non pertinents. Une réglementation n'a de sens que si elle est cohérente et qu'il ne servirait à rien d'avoir un accès handicapé à la salle d'attente ou aux sanitaires mais pas à la salle d'examen. Les médecins peuvent cependant arguer du fait que l'accès à la salle d'attente relève de la personne handicapée et de son accompagnateur éventuel alors qu'une fois au cabinet le médecin sert d'accompagnateur au déplacement et peut dans l'immense majorité des cas assurer ainsi l'accessibilité aux soins.

- Ascenseur
 - L'existence d'un ascenseur est obligatoire pour les établissements de 5e catégorie dès lors, d'une part, qu'ils peuvent recevoir cent personnes en sous-sol, en mezzanine ou en étage ou, d'autre part, qu'ils reçoivent moins de cent personnes mais que certaines prestations ne peuvent être offertes au rez-de-chaussée(12).
 - Très peu des médecins interrogés possèdent de cabinet à l'étage : 6.8%.
 - L'installation d'un ascenseur était en grande partie retrouvée dans les travaux jugés non pertinents. Cet aménagement peut engendrer une inflation du coût des travaux. Sa mise en place dans un bâtiment déjà construit nécessite plusieurs modifications pouvant entraver le fonctionnement du cabinet. La mise en place est d'autant plus difficile si le cabinet se trouve en copropriété. La non pertinence déclarée par les médecins semble ici venir de l'infaisabilité technique et financière.

○ *Les points modifiant peu ou pas la structure du local*

Ils sont volontiers beaucoup plus faciles à réaliser techniquement et économiquement. Il s'agit de la signalisation, des poignées de portes, de l'agencement du mobilier, des sonnettes dont les principes de réglementation sont les suivants :

- Eclairage avec une luminosité ne créant pas de gêne visuelle et renforcé aux endroits particuliers (escaliers, ressaut, etc.).(14)
- Signalétique respectant des normes spécifiques de règles graphiques et contraste de couleur selon une grille spécifique(15).
- Poignées ergonomiques type « tomber la main ».(13)
- Aménagement, équipement, mobilier doivent être repérables, atteignables et utilisables pour une personne handicapée(15).

Parmi ces thèmes la signalisation est prépondérante dans la catégorie de travaux jugés pertinents. Elle est assez facile à réaliser au-delà d'éventuels problèmes d'esthétiques. Pour autant on ne peut exclure une plus grande réticence à la mise en pratique lorsque les praticiens

auront pris conscience que cela dépasse la simple barre de signalétique sur une vitre ou une marche d'escalier. Les changements peuvent porter également sur la réfection des interrupteurs, des éclairages.

L'agencement a été peu spécifié par les médecins. C'est un problème qui touche à l'esthétique, l'ambiance, la personnalisation d'un cabinet ce qui n'est pas neutre dans la relation malade –médecin. L'esthétique est parfois faite au détriment de la fonctionnalité pour les handicapés ou de l'hygiène et de la sécurité (plantes ; tapis ; meubles contendants, encombrement de passage...). L'agencement a peut-être aussi été peu étudié lors de l'audit expliquant que les médecins en parlent peu.

Il en est de même pour l'accessibilité obligatoire des chiens guides d'aveugles ou d'assistance qui n'a pas été étudié dans l'audit. Le chien ne peut pas être refusé dans les parties librement accessibles au public (espaces d'accueil et d'attente)(16). En revanche, le chien n'accède pas aux locaux où sont prodigués des soins nécessitant le respect des règles d'asepsie. On peut néanmoins se poser la question de son application car la présence d'un chien en salle d'attente peut entraîner un malaise vis-à-vis des autres patients voire un refus ou inversement légitimer pour des patients non handicapés le fait de venir au cabinet avec son animal de compagnie.

b. LA MEDECINE GENERALE ET LE HANDICAP

Le médecin généraliste est essentiellement un praticien exerçant sous un statut libéral, ce qui lui confère un maximum de liberté de gestion de son outil de travail et donc d'adaptation à sa patientèle mais au prix d'une responsabilité personnelle forte y compris financière. L'utilisation de cette capacité d'adaptation aux spécificités d'une patientèle, au-delà des obligations légales, est dépendante de la perception qu'a un praticien des besoins de sa patientèle notamment en termes de personnes en situation de handicap. Aussi il nous est apparu important de connaître la place des patients handicapés dans l'activité du médecin.

- Les résultats de notre étude ont montré que la grande majorité des médecins généralistes interrogés (96.3%) avaient des patients en situation de handicap dans leur patientèle.
- Le principal handicap retrouvé dans la patientèle est le handicap moteur en prenant en compte toutes les étiologies (neurologiques, dégénératives, etc.). Viennent ensuite en faible proportion le handicap sensoriel (auditif, visuel) et cognitif.

Les deux premières enquêtes ayant permis d'évaluer le nombre de personnes handicapées en France sont les enquêtes Handicaps- Incapacité- Dépendance (HID) menée par L'INSEE en 1998 et en 2000(17). Les résultats montrent que sur les 57,4 millions de personnes vivants au domicile ; environ 12 millions, soit 21 % de la population est concernée au moins par une incapacité d'exercer les actes élémentaires de la vie courante(18). Si l'on étudie la population selon la déficience, on obtient des chiffres beaucoup plus conséquents. La population en France est composée de 58 % de personnes non déficients et de 42 % de personnes souffrant d'au moins une déficience à des degrés de gravité variable : motrice, visuelle, auditive, langage ou parole, intellectuelle et viscérale ou métabolique(18).

Les déficiences qui affectent le plus la population sont les déficiences motrices et mentales ou intellectuelles (16 % de la population chacune) et les déficiences viscérales et métaboliques

(15%). La courbe de prévalence des déficiences augmente avec l'âge et plus particulièrement à partir de 50 ans.

Une étude spécifique à la Picardie a également été réalisée par l'INSEE en 2008. L'application des taux de prévalence aux tranches d'âge de la population indique que 8 082 enfants et adolescents sont en situation de handicap. Le nombre d'adultes en situation de handicap, tout type de handicap confondu est estimé quant à lui à 44 675. Un tableau recense le nombre de personnes handicapées en Picardie selon les types de déficience. On constate que chez les enfants et adolescents, les déficiences intellectuelles sont les plus prévalentes : 4769 sur 8082. Chez les adultes handicapés, la déficience motrice est très présente mais elle ne représente que 30,2% de l'ensemble des déficiences(19).

Dans notre étude, la déficience motrice est la plus mentionnée chez les médecins généralistes questionnés. Si le médecin généraliste se limite au problème de l'accessibilité de la personne à mobilité réduite en fauteuil roulant, qui représente très peu de ses patients dans les faits, d'autant plus que beaucoup peuvent être vus à leur domicile, il peut difficilement se sentir concerné par un besoin d'adapter son outil de travail à l'accessibilité des personnes en situation de handicap qui est beaucoup plus vaste.

Ainsi une enquête a été réalisée par l'INSERM auprès de médecins généralistes de la région PACA. Elle a eu pour but d'évaluer la prise en charge des personnes handicapées en ville(20).

- Les principales déficiences rencontrées par les médecins sont
 - Les troubles moteurs (67 %) et psychologiques (55 %),
 - Les déficiences des fonctions intellectuelles supérieures (46 %)
 - Les troubles du langage et de la parole (37 %).
 - Le cumul des déficiences est fréquent dans cette population : 73 % des patients présentent 2 déficiences ou plus, un quart en cumule 4.

- Concernant la prise en charge générale
 - 90 % des médecins estiment que la consultation avec une personne handicapée demande plus de temps que pour les autres patients.
 - 90% déclarent assurer un rôle social auprès des patients handicapés, plus de 75 % agir dans les démarches administratives ou jouer un rôle dans la défense de leurs droits.
 - Malgré cet engagement, les médecins avouent ressentir un malaise face aux consultations dédiées aux personnes handicapées. Ce sentiment est fortement associé à leurs conditions de travail et à certains obstacles tels que le manque de temps, les problèmes de communication, et le besoin d'aide pour l'examen médical.

Par ailleurs les médecins interrogés expriment une vision marginale du problème dans leur pratique quotidienne et donc des besoins à la fois par non constatation de renoncement aux soins ou de reproches de la part de leurs patients handicapés et à la fois par existence d'une alternative ; le déplacement du médecin. Evidemment il s'agit là du point de vue des médecins avec des critères qui ne sont pas forcément ceux des personnes handicapées ou de leurs associations représentatives. Le cadre législatif exige de présenter une mesure de substitution si un établissement rendant une mission publique établit une demande de

dérogation(21). C'est le cas pour les cabinets médicaux. En effet, dans la partie résultats, on retrouve que 95,4% des médecins se sentent prêts à effectuer les visites au domicile pour assurer les soins à leurs patients en situation de handicap

Les médecins généralistes ont ainsi conscience des spécificités de prise en charge des personnes en situation de handicap mais cela porte moins sur les conditions matérielles d'accessibilité du cabinet que sur les conditions d'examen et de soins. Ce point est important car il peut expliquer pourquoi beaucoup de médecins ont du mal à adhérer à la réglementation qu'on leur impose.

c. REGARD DES MEDECINS SUR LA LOI ET SUR LE HANDICAP

La maîtrise de la loi et des normes

La procédure à réaliser par les médecins est résumée en annexe 2.

Pour compléter mon étude sur la réalité de la procédure au niveau des médecins, je me suis rapprochée des administrations compétentes. Uniquement la direction départementale et territoriale de la Somme a pu me répondre. A ce jour, seules 48 demandes d'Ad'AP toutes spécialités confondues ont été déposées dont 7 ont été refusées soit tout de même 14.5%

La complexité des textes, leur variabilité au cours du temps voire leur contradiction ou leur interprétation selon les interlocuteurs font qu'il est impossible pour un médecin de maîtriser cela tout en restant pour autant personnellement responsable économiquement, pénalement, déontologiquement de leur application à plus forte raison en tant que médecin libéral.

On entend également parfois des médecins libéraux arguer du fait que leur relation patient-médecin est purement privée, au libre choix de l'un et de l'autre. De ce fait le label « recevant du public » ne les concerne pas et donc les règlements ad hoc. Il s'agit en fait d'une confusion sémantique car le cabinet médical est bien un lieu privé et non public mais recevant du public.

Le recours à un audit externe spécialisé est donc utile pour ne pas dire indispensable pour mieux adhérer aux exigences de la loi et éviter les différentes sanctions citées dans l'annexe. Dans notre étude les médecins ont estimé cet audit utile ou très utile à 77,6%.

- Il faut cependant s'interroger sur l'exhaustivité du diagnostic d'accessibilité fait par l'agence mandaté par l'URPS. Ainsi les problématiques acoustiques, de matériel accessible aux personnes avec problèmes pondéraux, d'accès au chien de non voyant, de luminosité n'ont pas été abordées. Or le niveau d'exhaustivité modifie le niveau de travaux, leur coût et probablement aussi leur acceptabilité. L'annexe 4 montre ainsi le résultat d'un audit fait à 3 ans d'intervalle sur un même cabinet par 2 sociétés agréées différentes avec des coûts et points de mise aux normes très différents. Le coût d'un audit pour le médecin généraliste peut varier selon les différents organismes réalisant le devis. Dans le cadre de la thèse, les différents médecins interrogés ont pu bénéficier des prestations du bureau Veritas via l'URPS. En ce qui concerne les autres médecins, les frais étant à leur charge, les variations de prix de prestations entre les différents bureaux d'études et le coût des travaux global d'accessibilité émis par le bureau en question peut modifier considérablement l'acceptabilité des médecins à la mise aux normes.

Le sens de la loi et son réalisme

Notre travail a montré que, 75,8% des médecins interrogés considèrent que la loi est bonne dans son principe mais non réaliste dans son application

Les médecins expriment ainsi qu'ils reconnaissent qu'ils sont concernés par la problématique de l'accessibilité de la personne en situation de handicap mais ne reconnaissent pas la validité des mesures concrètes imposées par la loi.

Certes des objections techniques, administratives, financières, de besoins réels perçus, existent et pèsent notamment sur la décision de faire ou ne pas faire les travaux et sur la décision ou non de poursuivre son activité. Mais le point de vue des médecins sur l'accessibilité ainsi que sur le concept de handicap nous montre que cela dépasse le technique ou le financier.

La représentation de l'accessibilité et de la notion de handicap a été appréciée dans notre travail

Pour les médecins de notre étude la priorité si on veut traiter de l'accessibilité de la personne handicapée aux soins est l'amélioration de la démographie médicale ainsi que des mesures sur le temps d'accès au médecin généraliste et au spécialiste. L'accessibilité aux soins ne doit pas être cantonnée à l'unique mise aux normes architecturales mais aussi et principalement chez les médecins interrogés à la disponibilité humaine. Ces priorités retrouvées dans notre questionnaire concordent bien avec les différentes difficultés relevées par les médecins généralistes dans le cadre de la prise en charge générale des personnes handicapées(20)

Concernant la position vis à vis des droits et devoirs envers les personnes handicapées, notre étude a cherché à voir si les médecins avaient plutôt une approche intégrative qu'une approche inclusive du handicap(22).

- « On doit venir en aide à une personne handicapée lorsqu'elle en a besoin » 77,7% des réponses, « on doit venir en aide aux personnes handicapées pour accéder à un bâtiment » 59% des réponses, « les aménagements à réaliser doivent l'être pour certaines catégories de personnes » 38,6%, tout cela renvoie à une approche intégrative du handicap. On établit des moyens spécifiques aux besoins des personnes en situation d'handicap.
- « Tous les hommes doivent être libres de circuler en tout lieu » 15,1% des réponses, « les aménagements à réaliser doivent être conçus pour tous » 38,8% des réponses, « on doit lutter contre les inégalités et discriminations qui empêchent une personne d'accéder à un bâtiment » 34,3%, tout cela renvoie à une approche inclusive du handicap. Au niveau sociétal, chacun trouverait sa place quelles que soient ces capacités ou incapacités. C'est l'esprit que veut insuffler la loi du 11 février 2005.

Avec ses résultats, on voit que les médecins interrogés ne partagent pas l'idée égalitaire des réglementations de la loi du 11 février précisément sur l'accessibilité.

Si on veut obtenir l'adhésion des professionnels de santé aux règlements d'accessibilité, il faut ainsi probablement envisager à leur niveau un travail de réflexion sur la notion de

« personne en situation de handicap. ». Pour cela il faut intégrer l'évolution du concept de handicap

La définition du mot que l'on retrouve communément en cherchant dans un dictionnaire de langue Française type Larousse est la suivante : désavantage souvent naturel, infériorité que l'on doit supporter. (23)

Le mot handicap vient de l'anglais « *hand in cap* », « *la main dans le chapeau* ». Ce mot apparaît au XVII^{ème} siècle dans les tavernes du Royaume Uni, pour désigner un protocole d'échanges d'objets personnels entre deux personnes. Un arbitre fixe la compensation monétaire que doit déposer dans un chapeau, celui qui s'approprie l'objet le plus coûteux, de façon à constituer des « *parts égales* ».

Au XVIII^{ème} siècle, le terme s'étend au milieu hippique. Il s'agit de faire porter un poids plus lourd ou parcourir une distance plus importante à certains chevaux pour rendre la course plus équitable. (24)

Ainsi derrière le mot handicap apparaissent à la fois la notion d'inégalité, de désavantage et la notion d'une nécessaire compensation pour maintenir une équité, un équilibre dans une relation sociale, économique ou avec l'environnement.

Le mot handicap fait son entrée à l'Académie Française dès 1913. Il remplace peu à peu dans le langage les termes « infirme, invalide, aliénés, anormal, déficient », termes volontiers péjoratifs, stigmatisant, objet de rejet et d'exclusion, de peur. Cela est en rapport avec des évolutions conceptuelles du handicap mais aussi du regard porté sur le handicap et la personne qui en est l'objet. (25)

Progressivement le champ du handicap va s'élargir ainsi que la sémantique attenante. Le mot « handicapé » apparaît officiellement dans les textes de loi française en 1957, le plus souvent accolé au mot « travailleur », puis poursuit sa métamorphose en se déclinant en « personne handicapée » dans la loi du 30 juin 1975(26)La déclinaison aujourd'hui se fait plutôt sous la forme « personne en situation de handicap » pour bien souligner que le handicap ne peut s'appréhender sans une contextualisation notamment environnementale et sociale.

Cette évolution sémantique et conceptuelle est probablement loin d'être intégrée dans tous les esprits y compris médicaux comme le montre la focalisation fréquente sur la problématique de la personne en fauteuil roulant. De même une position du type « le handicap c'est d'abord le problème d'une personne qui doit s'adapter ou accepter les conséquences de son état » ne permet pas de comprendre et donc d'accepter la légitimité des règlements et normes sur l'accessibilité des cabinets médicaux. Cette position s'approche du modèle de Wood sur le handicap : la responsabilité du désavantage est attribuée à l'individu et aux déficiences dont il est porteur(27). Le problème se résume alors à compenser ce handicap par une aide spécifique et adaptée. Aujourd'hui, comme vu précédemment, la dimension sociale complète et modifie cette approche : « L'individu porteur d'une déficience n'est pas handicapé à cause de cette déficience, mais à cause de la société, La déficience est une spécificité personnelle, elle désigne la description physique du corps, tandis que le handicap est une réalité collective, les personnes atteintes d'une déficience sont victimes du fait des multiples barrières dressées par la société à leur participation ». C'est l'approche inclusive(28). C'est cette approche qui est retrouvée dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi donne la définition

suivante : « 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 psychiques, d'un poly- handicap ou d'un trouble de santé invalidant »(2).

Le fait de rester sur une idée de compensation du handicap et non une égalité des chances ne permet pas d'avoir une vision globale des besoins des personnes handicapées et la prise en compte du risque de les éloigner du monde commun. On comprend que de telles représentations ne facilitent pas l'adhésion des médecins aux exigences de la loi du 11 février 2005 qui même si elles peuvent être vécues à juste titre comme contraignantes ont pour objectif d'améliorer les conditions de vie des personnes atteintes de handicap au sein de notre société.

d. LES CONSEQUENCES PRATIQUES DE LA LOI. CE QUE VONT FAIRE LES MEDECINS

Grâce à l'audit réalisé, 97.6 % des répondants ont appris ou se sont vus confirmer que leur cabinet n'était pas aux normes pour l'accessibilité des personnes handicapées.

Face à ce constat leurs attitudes sont diverses :

- 70.2% sont dans l'immédiat attentiste en présentant des demandes de dérogation.
- 60.9% peuvent être considérés comme fatalistes : leur cabinet ne sera pas aux normes en 2018 sauf dérogation parce qu'ils ne le peuvent pas (39.2%) ou ne le veulent pas (21.7%)
- En toute hypothèse 70.5% sont minimalistes pour les travaux à faire puisque seuls 7.5% des médecins envisagent de réaliser l'intégralité des travaux analysés et 22 % ne savent pas encore s'ils les feront ou pas.
- 29.5% sont résistants au-delà de 2018 et envisagent de rester dans leur cabinet non conforme mais la majorité dans cette hypothèse soit « jettent l'éponge » (départ anticipé en retraite -changement d'activité) (40.3%) soit tentent un nouveau cabinet (12.7%).

Bien que déclaratifs et prospectifs ces chiffres interrogent. Nos résultats et l'analyse bi-variée donnent certains éléments explicatifs :

- L'âge du médecin
 - Significativement les moyennes d'âge sont plus élevées dans le cas des réponses négatives « ne sera pas aux normes sauf si ma demande de dérogation est acceptée » et « ne sera pas aux normes car je ne souhaite pas faire les travaux »
 - Pour les médecins proches de la retraite (la majorité des généralistes picards ont plus de 55ans) les normes d'accessibilité sont vécues comme une contrainte plus qu'un atout et anticiper son arrêt d'activité est plutôt la solution envisagée si la pression est trop forte. On peut imaginer qu'un médecin généraliste à quelques années de sa retraite et qui a de moins en moins d'espérance pour trouver un successeur ou un repreneur de son local professionnel soit peu motivé à des investissements dans ses locaux qui pour l'essentiel n'apporteront même pas une plus-value immobilière si repassage en local d'habitation.
 - Par contre pour des médecins plus jeunes qui tôt ou tard seront confrontés aux exigences des normes et aux contrôles et qui sont encore dans une logique d'investissement dans leur entreprise la vision peut être différente mais avec là aussi des limites.
 - Par ailleurs bien que l'on puisse imaginer que beaucoup ne sachent pas que même en cas de dérogation acceptée pour eux celle-ci n'est pas transmissible à leur successeur une telle disposition pose la question de sa pertinence si on veut favoriser les reprises de patientèle.
 - Quoi qu'il en soit l'impact des contraintes d'accessibilité sur les installations et sur les départs anticipés n'est pas à négliger en médecine générale

- La situation foncière propriétaire ou locataire ainsi que la configuration du cabinet (maison, local individuel, copropriété)
 - Il n'a pas été retrouvé de corrélation significative entre ses items et les divers critères étudiés.
 - Ce résultat est assez contradictoire avec les autres résultats retrouvés. L'une des difficultés retrouvées entravant la mise aux normes est la relation humaine notamment avec la copropriété et le propriétaire du cabinet
 - Un travail de thèse réalisé sur l'accessibilité des cabinets à Lyon (7) retrouve que 29% des médecins interrogés ne se sentent pas concernés par la loi d'accessibilité puisqu'ils considèrent que ça relève entre autres de la copropriété. Un autre travail de thèse similaire à celui-ci réalisé en Picardie en 2010(5) retrouve contrairement à nous, le motif de copropriété comme motif significatif de raison de non mise en conformité
 - On ne peut exclure d'une part que certains pensent qu'ils pourront utiliser le refus de la copropriété comme argument à dérogation et d'autre part que les problèmes aujourd'hui non perçus liés à la copropriété, au bailleur n'apparaîtront aux yeux des médecins que lorsqu'il faudra passer aux travaux.

- La localisation du cabinet
 - Le point caractéristique du cabinet qui par contre est significatif dans son influence sur la mise aux normes est sa localisation.
 - On constate que dans les médecins ayant leur cabinet dans le milieu urbain et dans le milieu rural ont moins d'entrain pour la mise aux normes de leurs locaux contrairement aux médecins installés en milieu semi-urbain. Dans les différentes thèses réalisées dans le même thème que la nôtre(5) (9) (7) (8), ce résultat est également retrouvé.
 - Ceci est expliqué par le fait de l'architecture du milieu urbain. Les médecins se retrouvent dans l'impossibilité de réaliser les travaux avec des bâtiments plus exigus exigeant des travaux conséquents ou dont le cheminement extérieur est impossible à réaliser notamment les pentes d'inclinaison ou les places de stationnement. Enfin plusieurs cabinets peuvent se retrouver plus facilement à proximité de sites historiques. Les modifications peuvent ne plus être effectuées pour préserver l'authenticité de l'architecture.

- La nature des travaux : aspect technique, aspect financier ; aspect pertinence
 - L'aspect technique, le cout financier sont retrouvés comme facteurs significatifs à la non-exécution totale ou partielle des exigences de mise aux normes.
 - 4 sujets de thèses ont porté sur le sujet de l'accessibilité des cabinets médicaux de médecine générale à différents endroits en France sur des périodes différentes (5) (7) (8) (9). Les médecins interrogés évoquent en premier lieu la problématique financière comme frein à leurs travaux.
 - L'étude réalisée dans la ville d'Arras (8) retrouve pour 65% des médecins, l'aspect technique des travaux comme étant problématique.
 - La perception du coût excessif est aussi probablement faite en termes d'efficience par les médecins au-delà du chiffrage pur. Effectivement on constate que l'immense majorité des médecins considère non pertinente une partie ou la totalité des travaux exigés eu égard aux besoins de leur patients handicapés et de l'objectif d'accessibilité
 - Quoiqu'il en soit, il est posé ici très clairement la responsabilité du législateur et des tutelles des médecins libéraux : quels moyens accordent-ils à ceux-ci pour se mettre en conformité avec la loi ? L'ordonnance du 26 septembre 2014(29) propose la création d'un fond national d'accompagnement de l'accessibilité universelle, alimenté par une partie du produit des sanctions administratives prononcées par le préfet contre un responsable d'ERP. Cette mesure malgré sa perspective financière, rappelle l'aspect punitif de la loi du 11 février 2005. Par ailleurs, un rapport a été établi en 2013, le rapport JACOB(30), à la demande du ministère de la santé. Sur le plan financier, ce

rapport recommande de subventionner par l'ARS les structures déjà existantes pour la réalisation de travaux dans le cadre d'un handicap précis peu pris en charge dans la zone d'exercice. Cette mesure pourrait s'adapter aux cabinets des médecins généralistes dans la mesure où ces derniers auraient un exercice particulier qui leur permet d'avoir des compétences dans la prise en charge d'un type particulier d'handicap. Mais ne réserver cela qu'à des généralistes à exercice particuliers ne permettrait pas de répondre à l'exigences faite à tout généraliste d'assumer la mission de premier recours y compris aux personnes en situation de handicap.

CONCLUSION

L'état des lieux des cabinets des médecins généralistes Picards objectifs que 97,6% de ceux-ci ne sont pas aujourd'hui aux normes d'accessibilité aux personnes en situation de handicap. Pour 60.9 % d'entre eux, il ne sera pas aux normes en 2018 sauf dérogation.

Les points dominants concernent le handicap moteur notamment sur les postes marches-escaliers, sanitaires, rampes, cheminement. La médiane en coût des travaux exigés est de 18000 Euros.

La réaction des médecins vis-à-vis de cette situation est essentiellement attentiste via des demandes de dérogations dans 72 % des cas. Au-delà elle est plutôt minimaliste en n'envisageant qu'une réalisation partielle des travaux. Dans un nombre notable de cas (40.3%) si les exigences persistent l'attitude devient résistante sous forme d'un arrêt d'activité ou un refus de faire les travaux.

Les médecins généralistes interrogés sont conscients que la loi du 11 février 2005 est bonne dans son principe mais que son application est inadaptée. Elle est difficile pour des raisons techniques, financières. Mais notre travail montre qu'au-delà, il y a chez les médecins de façon très nette une non adhésion à beaucoup de normes car elles sont jugées non pertinentes par rapport aux besoins de leur patients handicapés et à leur efficacité sur l'accessibilité. Plus profondément, on retrouve des désaccords de perception de notion de handicap par rapport à ce qui est dans l'esprit de la loi. Effectivement, la loi a une vision inclusive du handicap alors que la majorité des médecins est dans la vision intégrative.

L'ensemble de ces résultats montrent qu'il y a aujourd'hui une discordance nette entre la réalité des cabinets médicaux des médecins généralistes interrogés, l'état d'esprit des médecins généralistes interrogés et les principes et exigences de la loi. Cela n'est probablement pas sans conséquences sur les installations, les départs anticipés en retraite et sur l'ambiance générale de l'exercice de la médecine générale en libérale.

Des améliorations sont possibles via des aides financières, un réalisme et une souplesse d'adaptation des normes et des procédures, des incitations positive type labélisation. Cela ne dispensera pas chez les médecins un travail formateur de réflexion sur le concept de personne en situation de handicap.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee - Santé - Population handicapée [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F037
2. loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et à la citoyenneté des personnes handicapées. févr 3, 2005.
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 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/2/11/SANX0300217L/jo#JORFARTI000001871122>
4. code de l'action sociale et des familles. L114.1 déc 23, 2000.
5. Berniere G. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées: état des lieux en Picardie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2010.
6. picardie_2013.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf
7. Hillen A, Sage M, Pigache C. Accessibilité des personnes en situation de handicap moteur au médecin généraliste. Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
8. Domarle-Benoit E. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite: état des lieux sur la ville d'Arras [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
9. 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]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.
10. Arrêté du 1 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 - Article 12.
11. Arrêté du 1 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 - Article 2. disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=5D222B1C63053562152266DC71FB5E89.tpdjo12v_2?cidTexte=JORFTEXT000000821682&dateTexte=20090902
12. Arrêté du 1 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 - Article 7 disponible sur

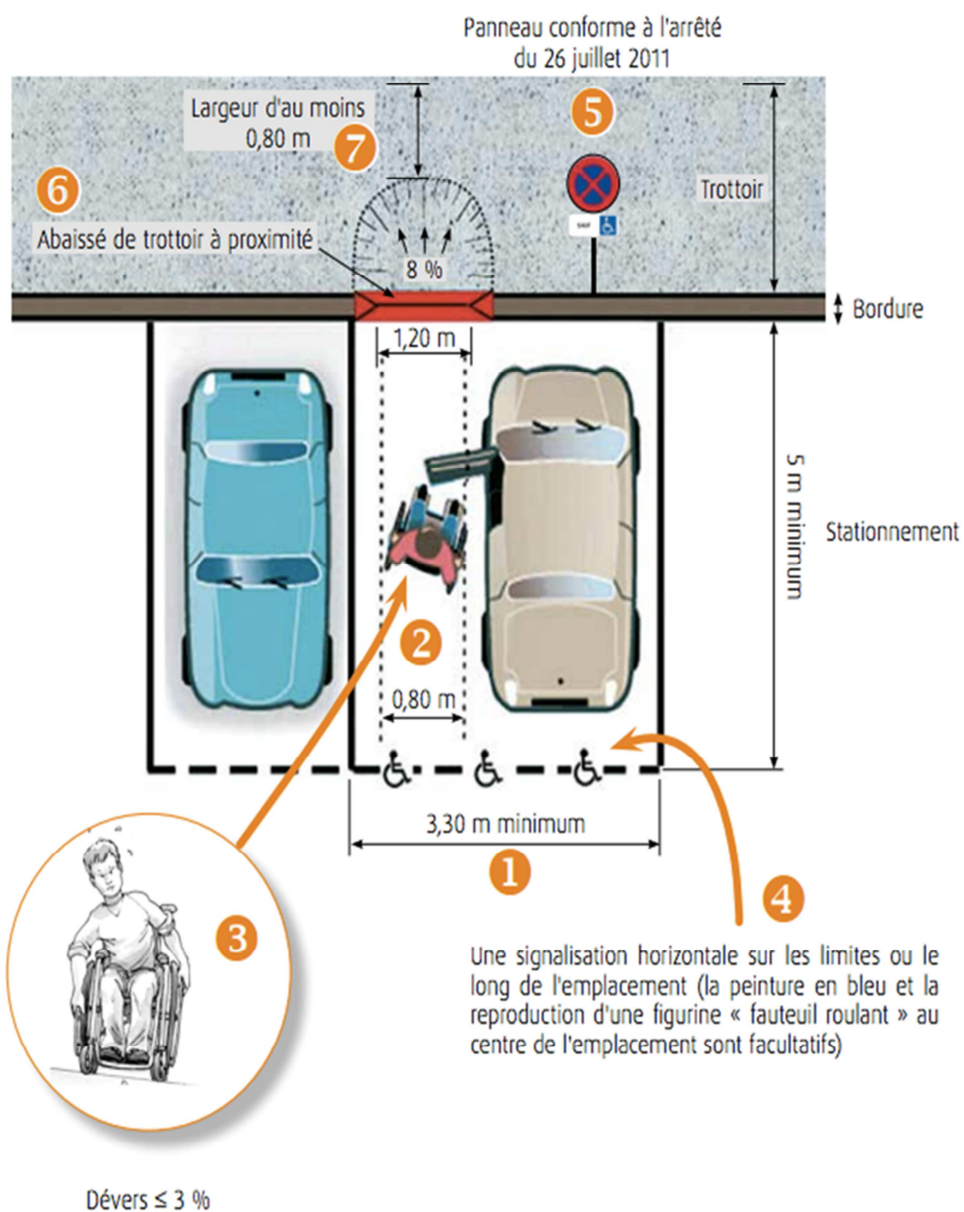
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=8F391B958F09C4B175A42ACD3B6AE52B.tpdila22v_1?idArticle=LEGIARTI000018051931&cidTexte=LEGITEXT000006054270&dateTexte=20090902.

13. Arrêté du 1 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 - Article 10 disponible sur
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=A7EA2DC302C2E4B8B2375BE55477CC90.tpdila07v_3?idArticle=LEGIARTI000018051950&cidTexte=LEGITEXT000006054270&dateTexte=20090902.
14. Arrêté du 1 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 - Article 14 disponible sur
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=5F9931CAB207DF98E7BE15CE1299BB65.tpdila11v_1?idArticle=LEGIARTI000018051942&cidTexte=LEGITEXT000006054270&dateTexte=20090902.
15. Arrêté du 1 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 - Article 11 disponible sur
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=9873F8432AD3896AF3334937FE2E105D.tpdila22v_3?idArticle=LEGIARTI000018051947&cidTexte=LEGITEXT000006054270&dateTexte=20090902.
16. Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social - Article 88 disponible sur
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000687467>
17. Mormiche P. L'enquête HID de l'INSEE: objectifs et schéma organisationnel. *Gérontologie Société*. 2001;99(4):57.
18. Kompany S. Accessibilité pour tous: la nouvelle réglementation : analyse des textes réglementaires issus de la loi du 11 février 2005 relative aux personnes handicapées et à leur accessibilité. Héricy, France: Puits fleuri; 2008.
19. - *Projet_SROMS_vf.pdf* [Internet]. Disponible sur:
http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_internet/PRS/Projet_SROMS_vf.pdf
20. AULAGNIER M, GOURHEUX JC, PARAPONARIS A, GARNIER JP, VILLANI P, VERGER P. La prise en charge des patients handicapés en médecine générale libérale :

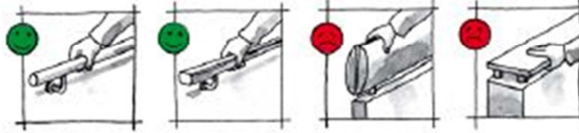
une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes de Provence Alpes Côte d'Azur.
Ann READAPTATION Med Phys. 2004;47(3):98-104.

21. Code de la construction et de l'habitation - Article R111-19-10. Code de la construction et de l'habitation.
22. El Merhoumi M, Hachez I. I - Lorsque l'inclusion se décrète : le décret de la Commission communautaire française du 17 janvier 2014 relatif à l'inclusion de la personne handicapée. Rev Interdiscip Détudes Jurid. 2015;73(1):55.
23. Grand Larousse illustré 2016. LAROUSSE; 2015.
24. Hamonet C. Les personnes handicapées /Claude Hamonet. Paris: Presses universitaires de France; 2006.
25. Hamonet C, Hamonet C. Les personnes en situation de handicap. Paris: Presses Universitaires de France; 2010.
26. Capuano C, Weber F. La tierce personne : une figure introuvable ? L'Incohérence des politiques françaises de l'invalidité et de la perte d'autonomie (1905-2015). Rev Hist Prot Soc. 29 mars 2016;(8):106-30.
27. Cambois E, Robine J-M. Concepts et mesure de l'incapacité : définitions et application d'un modèle à la population française. Retraite Société. 1 juin 2003;no 39(2):59-91.
28. Marquis N. III. Le handicap, révélateur des tensions de l'autonomie. Rev Interdiscip Détudes Jurid. 8 juill 2015;me 73(1):109-30.
29. 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.
30. rapport-pjacob-0306-macarlotti.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pjacob-0306-macarlotti.pdf>
31. Les agendas d'accessibilité programmée . Disponible sur: <http://www.accessibilite.gouv.fr/>

Annexe 1 : rappel des normes



Les **mains courantes** doivent être continues, rigides, facilement préhensibles et être différenciées de la paroi support grâce à un éclairage ou un contraste visuel

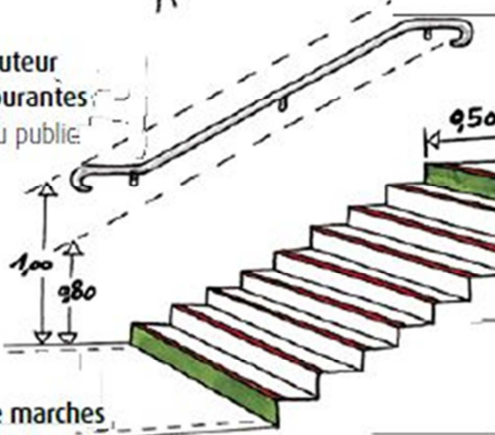


Prévoir des valeurs d'éclairage adaptées

← Sortie

Prévoir une **signalisation adaptée**

Adapter la **hauteur des mains courantes** en fonction du public



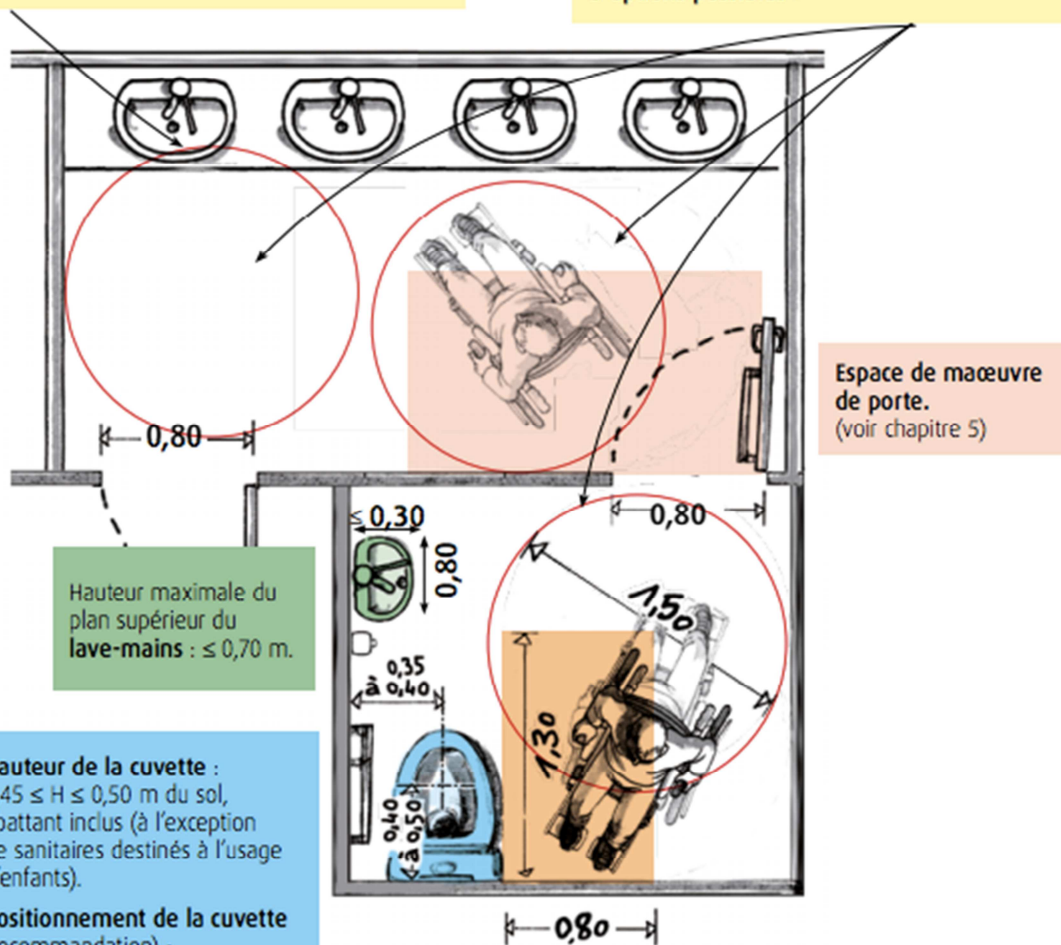
Les **nez de marches** doivent être de couleur contrastée par rapport au reste de l'escalier

Installer un **élément d'éveil et de vigilance** pour prévenir de l'éminence d'un danger. Il est recommandé que cet élément soit d'au moins 0,40 m de large

La 1^{re} et la dernière marches doivent être pourvues d'une contremarche d'une hauteur minimale de 10 cm visuellement contrastée par rapport à la marche

Chevauchement de l'espace de manoeuvre avec possibilité de demi-tour d'une largeur de 15 cm est autorisé sous la vasque du lave-mains ou du lavabo accessible.

Dans un ERP existant, en présence de contraintes techniques, l'aire de giration (\varnothing 1,50 m) peut être présente à l'extérieur du cabinet d'aisance proche de la porte d'accès.
3 options possibles



Hauteur maximale du plan supérieur du lave-mains : $\leq 0,70$ m.

Hauteur de la cuvette :
 $0,45 \leq H \leq 0,50$ m du sol, abattant inclus (à l'exception de sanitaires destinés à l'usage d'enfants).

Positionnement de la cuvette (recommandation) :

- À une distance comprise entre 0,35 et 0,40 m de la paroi où est fixée la barre d'appui ($0,70 \leq H \leq 0,80$),
- À une distance comprise entre 0,40 et 0,50 m du mur où est adossée la cuvette.

Espace de manoeuvre de porte.
(voir chapitre 5)

Espace d'usage (1,30 m x 0,80 m)
Afin de permettre le transfert d'une personne en fauteuil roulant.
(voir chapitre 3)

Signalétique

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.

	Valeurs réglementaires d'éclairage a minima (en lux)
Cheminement extérieur	20
Circulations piétonnes des parcs de stationnement	50
Escalier et équipement mobile	150
Parcs de stationnement	20
Postes d'accueil	200
Circulation intérieure horizontale	100

Liens utiles

<http://www.accessibilite.gouv.fr/>

<http://lesadap.fr/>

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/Les-professions-liberales-reussir.html>

Annexe 2 : Procédure à suivre par le médecin

- Si le cabinet répond aux normes d'accessibilité et qu'il est accessible avant le 1er janvier 2015, le médecin doit transmettre au plus vite, en préfecture et à la commission communale pour l'accessibilité, une attestation d'accessibilité, laquelle l'exempte de l'obligation de dépôt d'Ad'AP. À cette attestation est jointe toute pièce certifiant de cette accessibilité. Pour les ERP de 5e catégorie, il peut s'agir d'une déclaration sur l'honneur.
- Si le cabinet n'est pas aux normes au 31 décembre 2014, le médecin doit élaborer et déposer un agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP).
- L'Agenda d'Accessibilité Programmée correspond à un engagement de réaliser des travaux dans un délai déterminé (jusqu'à 3 ans, sauf cas très particuliers), de les financer et de respecter les règles d'accessibilité. Le dossier d'Ad'AP doit obligatoirement être déposé avant le 27 septembre 2015 à la mairie (ou dans des cas particuliers auprès du Préfet). La commission pour l'accessibilité de la commune d'implantation ou la commission intercommunale compétente doit être informée, via la mairie, du dépôt d'agenda d'accessibilité programmée. Depuis le 27 juin 2015, les responsables d'ERP ont la possibilité de demander une prorogation du délai de dépôt de leur Ad'AP pour une durée maximale de trois ans.
- Le non dépôt de cet agenda dans les délais expose à une amende de 1500 euros et l'imputation de ce retard sur la durée disponible de l'agenda. Ainsi, si un dossier est déposé, sans justification, avec six mois de retard, la durée de l'agenda sera réduite d'autant.
- Est prescrite en cas de non-dépôt du dossier d'Ad'AP au 27 septembre 2015, sans justification, non-transmission des documents de suivi ou si ceux-ci sont erronés et non-transmission de l'attestation d'achèvement des travaux.

- Concernant les travaux de mise aux normes
 - Si les travaux ne nécessitent pas l'obtention d'un permis de construire ou d'un permis d'aménager :
 - Le médecin doit remplir le formulaire Cerfa 13824*03 intitulé « demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public » en complétant la partie « demande d'approbation d'un Ad'AP pour un ERP isolé sur une seule période ».
 - Si les travaux nécessitent l'obtention d'un permis de construire ou d'aménager :
 - Il faut remplir un dossier spécifique permettant de vérifier la conformité des établissements recevant du public aux règles d'accessibilité et de sécurité contre l'incendie et la panique en complétant la partie « demande d'approbation d'un Ad'AP pour un ERP isolé sur une seule période ».
 - Si le local est mixte, utilisé partiellement pour la vie familiale, cette partie est juridiquement considérée comme un bâtiment d'habitation donc sans obligation légale d'être accessible au 1er janvier 2015, sauf s'il est déjà classé en ERP par le service départemental d'incendie et de secours.
 - Si le local est en copropriété, les parties communes restent sous l'égide de l'ensemble des copropriétaires qui doivent autoriser les travaux.
 - Si le local est en location, la loi ne précise pas qui, entre le locataire et le propriétaire, doit payer les travaux de mise en accessibilité des établissements recevant du public. L'article 606 du Code civil mentionne uniquement les gros murs et les voûtes comme à la charge exclusive du bailleur. De fait, les travaux de mise aux normes qui ne concernent pas la structure de l'immeuble peuvent être à la charge du locataire (les aménagements intérieurs, notamment), ceux qui impactent la structure (des modifications des accès en façade par exemple) peuvent être à la charge du bailleur. Il convient donc de se reporter au bail pour identifier les responsabilités respectives de chacun.

- Des dérogations sont possibles
 - Elles reposent sur des situations particulières
 - Impossibilité technique liée à l'environnement ou à la structure du bâtiment et la préservation du patrimoine architectural,
 - Disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences
 - Refus par l'assemblée générale des copropriétaires de réaliser des travaux d'accessibilité.
 - Elles portent sur une ou plusieurs prescriptions techniques d'accessibilité.
 - Elles se font par l'intermédiaire d'un formulaire Cerfa : le formulaire Cerfa n°13824*03 intitulé « Demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public » lorsque les travaux ne sont pas soumis à permis de construire. Sinon le dossier spécifique à joindre à une demande de permis de construire
 - La dérogation n'est valable que pour le propriétaire et n'est pas transmissible à son successeur
- En cas de constat de carence pour non début ou retard important ou non-exécution des travaux, le médecin s'expose à :
 - Abrogation de la décision approuvant l'Ad'AP
 - Constitution d'une provision comptable correspondant au montant des travaux non réalisés
 - Mise en demeure du Maître d'ouvrage de réaliser les travaux dans le cadre d'un nouvel échéancier avec sanction pécuniaire.
 - Fermeture de l'établissement par le maire
 - Amende maximale de 75000 euros et 5 ans d'emprisonnement pour délit pénal de discrimination en raison du handicap de la personne

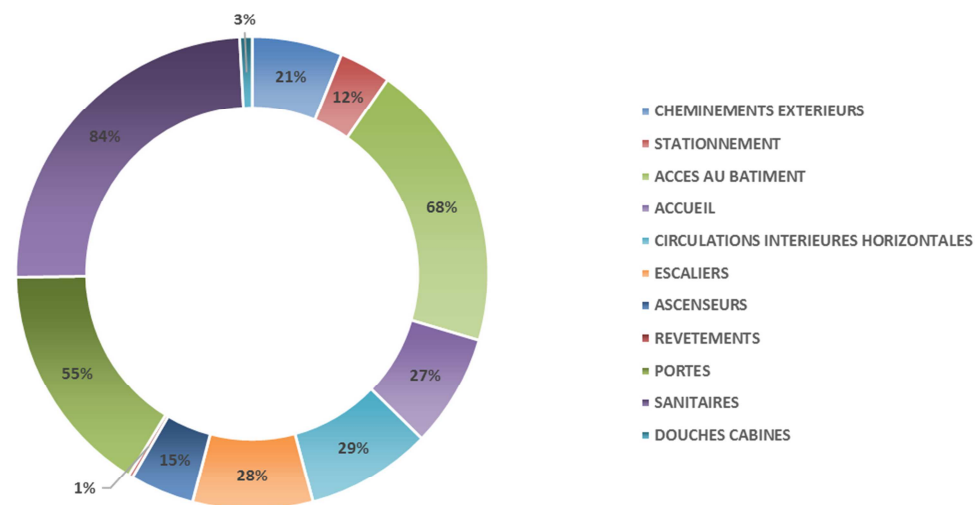
Annexe 3 : Synthèse audit société Veritas

Total : 411 Cabinets	CHEMINEMENTS EXTERIEURS	STATIONNEMENT	ACCES AU BATIMENT	ACCUEIL	CIRCULATIONS INTERIEURES HORIZONTALES	ESCALIERS	ASCENSEURS	REVETEMENTS	PORTES	EQUIPEMENTS ET DISP DE COMMANDES	SANITAIRES	PUBLIC ASSIS	DOUCHES CABINES	
Nb Cabinets - Pas de travaux à faire	324	361	131	302	290	295	349	407	185	410	67	411	399	
Nb Cabinets - Travaux à faire	87	50	280	109	121	116	62	4	226	1	344	0	12	
% Cabinets - Travaux à faire	21%	12%	68%	27%	29%	28%	15%	1%	55%	0%	84%	0%	3%	
Coût moyen des travaux (K€)	5,5	1,7	2,8	2,1	8,1	3,3	33,8	0,5	4,5	0,3	6,4	0,0	4,8	73,9
Coût total des travaux (K€)	477	87	781	233	982	383	2 095	2	1 018	0,3	2 196	0	58	8 312

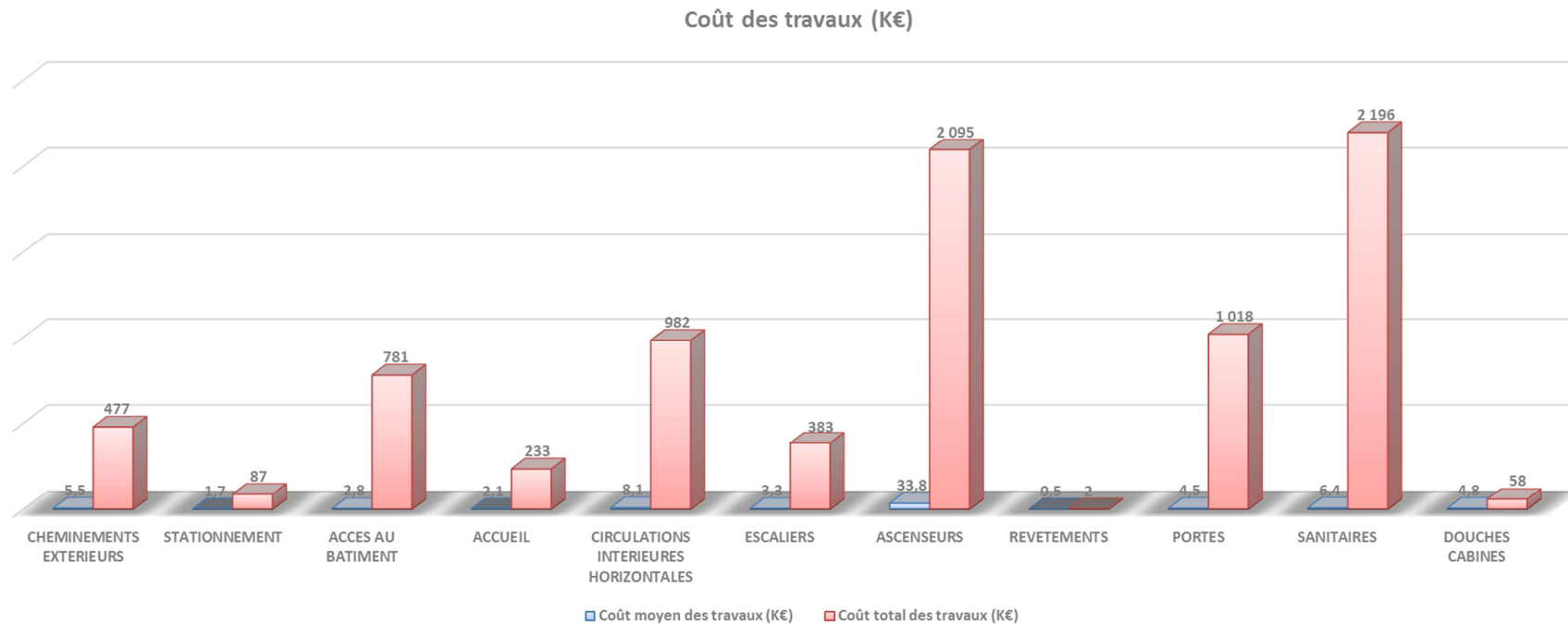
Nb Cabinets - 0 Travaux au total : 26

% des Cabinets selon les travaux à faire

	% Cabinets - Travaux à faire	Nb
CHEMINEMENTS EXTERIEURS	21%	87
STATIONNEMENT	12%	50
ACCES AU BATIMENT	68%	280
ACCUEIL	27%	109
CIRCULATIONS INTERIEURES HORIZONTALES	29%	121
ESCALIERS	28%	116
ASCENSEURS	15%	62
REVETEMENTS	1%	4
PORTES	55%	226
SANITAIRES	84%	344
DOUCHES CABINES	3%	12



	Coût moyen des travaux (K€)	Coût total des travaux (K€)
CHEMINEMENTS EXTERIEURS	5,5	477
STATIONNEMENT	1,7	87
ACCES AU BATIMENT	2,8	781
ACCUEIL	2,1	233
CIRCULATIONS INTERIEURES HORIZONTALES	8,1	982
ESCALIERS	3,3	383
ASCENSEURS	33,8	2 095
REVETEMENTS	0,5	2
PORTES	4,5	1 018
SANITAIRES	6,4	2 196
DOUCHES CABINES	4,8	58
	73,6	8 312



Annexe 4 : Résultats d’audits de deux organismes différents pour un même cabinet construit neuf en 2008 selon les normes handicapés de l’époque et audité en 2010 puis 2015

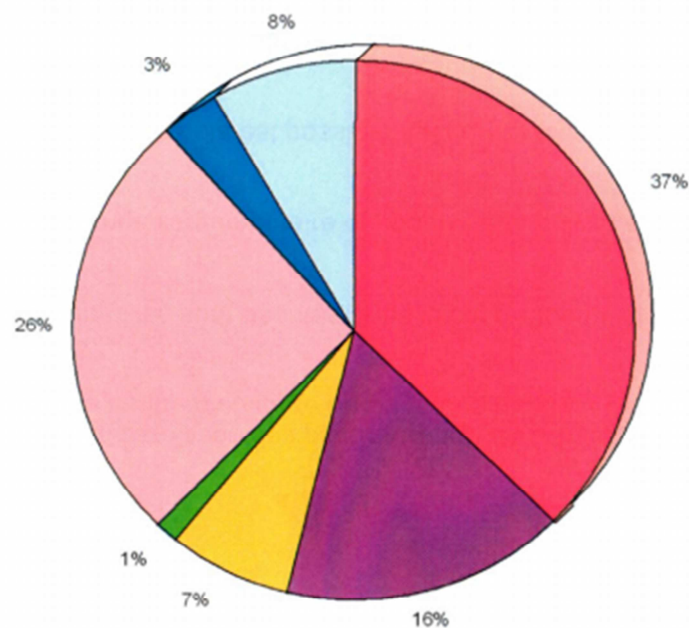
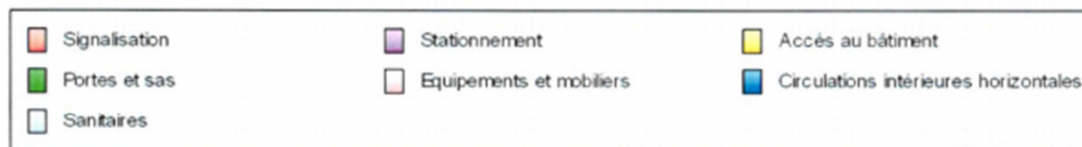
Cabinet Docteur

Cabinet Docteur

Synthèse des Coûts par Partie d'Ouvrage

Partie d'Ouvrage	Montant	%
Signalisation	2 730,00 €	37,4 %
Stationnement	1 200,00 €	16,4 %
Accès au bâtiment	520,00 €	7,1 %
Portes et sas	100,00 €	1,4 %
Equipements et mobiliers	1 900,00 €	26,0 %
Circulations intérieures horizontales	250,00 €	3,4 %
Sanitaires	600,00 €	8,2 %

7 300,00 €

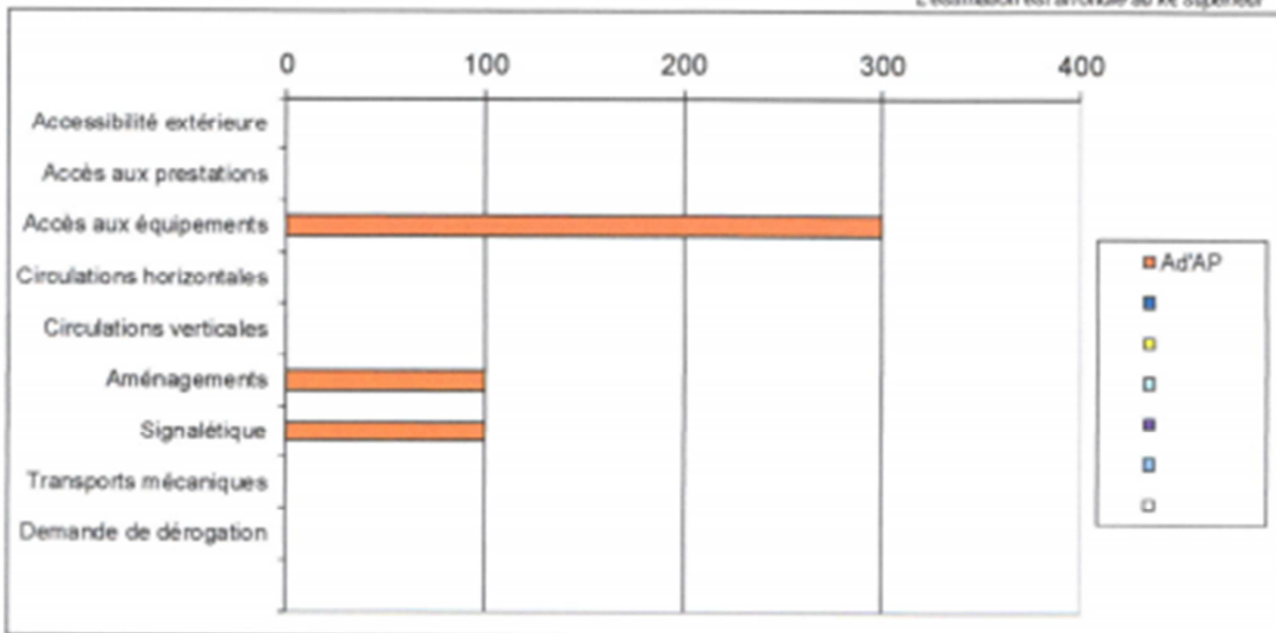


Estimation financière

ESTIMATION FINANCIERE DES TRAVAUX DE MISE EN ACCESSIBILITE:

1 000 €

L'estimation est arrondie au k€ supérieur



ECHEANCE	Commentaires :	Estimation (€)
<i>Ad'AP</i>	Travaux prévus suivant la validation de l'Ad'AP	500
	sans ECHEANCE	

Actions de mise en accessibilité	Commentaires :	Estimation (€)
Accessibilité extérieure	Cheminement extérieur, stationnement, accès à l'établissement	
Accès aux prestations	Accueil, zone de vente, public assis, chambres, etc.	
Accès aux équipements	Cabines, caisses, commandes, etc.	300
Circulations horizontales	Cheminement intérieur horizontal, portes	
Circulations verticales	Escaliers	
Aménagements	Eclairage, sols, acoustique, etc.	100
Signalétique	Sorties de secours, panneaux indicatifs, etc.	100
Transports mécaniques	Ascenseurs, tapis roulants, escaliers mécaniques, etc.	
Demande de dérogation	Selon CCH, article R.111.19.10	
	sans Actions de mise en accessibilité	

Annexe 5: Questionnaire sur l'accessibilité des cabinets médicaux

I- CARACTÉRISTIQUES DU CABINET MÉDICAL :

1- Vous êtes :

- Locataire des locaux
- Propriétaire des locaux

2- Vous exercez :

- Zone rurale
- Zone semi-rurale
- Zone urbaine

3- Votre cabinet est situé :

- Dans votre maison
- Dans une copropriété
- Dans un local professionnel individuel
- Au rez-de chaussée
- À l'étage

4- Année de construction de votre cabinet médical ? =

5- Partagez-vous le cabinet :

- Avec d'autres médecins ?
 - Non
 - Oui Si Oui, combien ? =
- Avec des professionnels de santé
 - Non
 - Oui Si Oui, combien ? =

II – DIAGNOSTIC ACCESSIBILITÉ

6- Avez-vous des travaux de mises aux normes à réaliser (selon l'audit fait) ?

- Non = merci de passer au chapitre III
- Oui Si Oui : Quel est le montant estimatif de ces travaux ? = €

7- Comment évaluez-vous le coût des travaux :

- Pas du tout Acceptable
- Peu acceptable
- Acceptable
- Très Acceptable

8- Allez-vous réaliser les travaux préconisés ?

- l'intégralité
- qu'une partie
- aucun des travaux préconisés
- ne sait pas encore

9-si vous ne réaliserez aucun ou qu'une partie des travaux préconisés

- Quels travaux n'allez-vous pas réaliser=
- Pourquoi ? =

10- Allez-vous déposer une demande de dérogation ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas encore

11- si vous déposez une demande de dérogation, pouvez-vous préciser le type de dérogation (plusieurs réponses possibles) :

- Préservation du patrimoine architectural (bâtiment classé)
- Impossibilité technique liée à l'environnement ou à la structure du bâtiment
- Disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences
- Refus par l'assemblée générale des copropriétaires des travaux de mise en accessibilité
- Refus de votre propriétaire si vous êtes locataire
- Je ne connais pas encore les motifs de dérogation pour me prononcer ▪ Autre, précisez :

12- Le diagnostic réalisé vous aura-t-il été ?

- Très peu utile
- Peu utile
- Utile
- Très utile

13- êtes-vous satisfait du diagnostic réalisé ?

- Très insatisfait
- Insatisfait
- satisfait
- Très satisfait

14- pouvez-vous nous indiquer 1 ou 2 éléments qui vous semblent pertinents au Niveau des travaux qui vous sont préconisés ?

-
-

15- Pouvez-vous nous indiquer les 2 éléments qui vous semblent les moins Pertinents voire disproportionnés, au niveau des travaux qui vous sont préconisés ?

-
-

16- Avez-vous l'impression que les travaux préconisés ont une pertinence par Rapport aux besoins de vos patients ?

- Oui
- Non

17- Si vous réalisez des travaux de mises aux normes, pensez-vous :

- Que ces patients accèderaient plus facilement à votre cabinet ? ▪ Oui ▪ Non

- Que cela faciliterait leur prise en charge ? ▪ Oui ▪ Non

III – VOTRE REGARD PAR RAPPORT À LA LOI :

18- Votre cabinet en 2018 :

- Sera aux normes
- Sera peut-être aux normes
- Ne sera pas aux normes, sauf si ma demande de dérogation est acceptée
- Ne sera pas aux normes, car je ne souhaite pas faire les travaux
- Autre, précisez :

19- Votre cabinet n'est pas aux normes en 2018, que faites-vous ?

- Je reste dans mon cabinet actuel
- J'avance mon départ à la retraite lorsque l'on tentera de m'imposer la réalisation des travaux
- Je change de cabinet :
 - En restant dans la même zone d'exercice
 - En changeant de zone d'exercice
- Je change d'activité
- Autre :

20- Les difficultés pouvant être rencontrées pour votre mise aux normes peuvent être d'ordre (plusieurs réponses possibles) :

- Economique
- Technique
- Pratique : manque d'information sur la loi et des démarches à accomplir
- Humaines : désaccord avec d'autres personnes :
 - Avec les autres personnes de votre cabinet
 - Avec le syndicat de copropriété
 - Le propriétaire
 - Autre :

21- Selon vous, la mise en application de la loi est :

- Bonne dans son principe et réaliste dans son application
- Bonne dans son principe mais non réaliste dans son application
- Mauvaise dans son principe et non réaliste dans son application

22- pour l'accessibilité des handicapés au généraliste, par rapport à la mise aux normes des cabinets, diriez-vous que régler les problèmes de distance, de transport en commun, de démographie médicale, de freins financiers d'accès est :

- Plus important
- Aussi important
- Moins important

IV – VOTRE ACTIVITÉ

23- Avez-vous dans votre patientèle des personnes en situation de handicap ?

- Non
- Oui Si Oui
 - Quel(s) type(s) de handicap :
 - Ces patients se déplacent-ils à votre cabinet ? ▪ Oui ▪ Non
 - Si cela s'avère nécessaire, allez-vous (ou seriez-vous prêt) à effectuer des visites à domicile pour des personnes en situation de handicap ?
 - Oui ▪ Non

24- Avez-vous déjà refusé un patient dans votre cabinet du fait de son handicap ?

- Oui
- Non

25- Avez vous déjà perdu des patients souffrant d'un handicap car votre cabinet n'était pas accessible

- Oui
- Non

26- Des patients vous ont –ils fait la remarque sur des difficultés d'accessibilité à votre cabinet ?

- Oui
- Non

V – REGARD SUR LE HANDICAP

27- De quelle affirmation vous sentez-vous la plus proche :

- on doit venir en aide à la personne handicapée lorsqu'elle en a besoin
- Tous les Hommes doivent être libres de circuler en tout lieu

28- Quand on évoque l'handicap, à quel type d'handicap pensez-vous spontanément ?

- Moteur
- Visuel
- Auditif
- Cognitif
- Autre précisez :

28- De quelle affirmation vous sentez-vous le plus proche (classer de 1 à 4, 1 la plus proche ; 4 la moins proche)

La personne ne peut pas atteindre votre cabinet parce que :

- elle est paraplégique
- elle ne peut pas marcher
- il y a des escaliers
- on ne se préoccupe pas de l'accès aux bâtiments

29- De quelle affirmation vous sentez-vous le plus proche :

- les aménagements à réaliser doivent être spécifique pour chaque catégorie de personne (ex un transport spécialisé pour les déficients visuels , une annonce sonore spécifique pour les malentendants..)
- les aménagements à réaliser doivent être conçus pour tous, sans restrictions et sans qu'il y ait de cibles particulières

VI – DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Age :

Sexe : ▪ Homme ▪ Femme

Département d'exercice : ▪ Aisne ▪ Oise ▪ Somme

Avez-vous un exercice particulier ?

- Oui
- Non
- ↳ Si Oui lequel ? :

L'ACCESSIBILITE DES CABINETS DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS POUR LA PERSONNE HANDICAPEE AU REGARD DES NORMES REGLEMENTAIRES : ETAT DES LIEUX, ATTITUDE DES MEDECINS

INTRODUCTION : Le cabinet médical du médecin généraliste est un établissement recevant du public de type 5. Il est soumis à la législation sur l'accessibilité des personnes en situation de handicap. Face aux normes d'accessibilité comment les cabinets et les médecins généralistes picards se situent ils ?

METHODES : nous avons interrogé par questionnaire les médecins généralistes picards dont le cabinet avait fait l'objet d'un audit par une société agréée, financé par l'union régionale des médecins libéraux de Picardie. Cet audit a eu lieu en Janvier 2015. Le questionnaire a été recueilli entre Juin et Septembre 2015.

RESULTATS 166 questionnaires valides ont été reçus soit 38 % des médecins ayant fait l'audit. La population des répondants n'est pas représentative des généralistes picards.

97.6 % des cabinets ne sont pas actuellement aux normes et 60.9 % ne le seront probablement toujours pas en 2018 sauf dérogation. Les points majeurs de non-conformité sont les sanitaires et les cheminements intérieurs. Les obstacles principaux à la mise aux normes sont techniques 70.5 % et économiques 77.7%. Face à cette situation 70,2% demanderont une dérogation, 32,1% envisagent de faire les travaux partiellement et 7,5% de les faire totalement. En cas de non-conformité en 2018 ou de refus de dérogation 29,5 % envisagent d'attendre et 31,3% d'anticiper un arrêt d'activité.

DISCUSSION A la différence de l'esprit de la loi, la majorité des médecins ont une vision intégratrice et non inclusive de la personne handicapée. Ils perçoivent les réglementations comme inadaptées par rapport à leur patientèle handicapée et à leur pratique du soin. Ce qui implique la non-adhésion

CONCLUSION L'optimisation de l'accessibilité des handicapés au cabinet du généraliste exige souplesse, pragmatisme des normes et prise en compte des coûts engendrés. Cela passe aussi par une formation permettant une réflexion du médecin sur la notion de handicap

INTRODUCTION: The general physician office's is a public access building fifth category. He is subject to the legislation of disabled people accessibility.

METHODS: We ask by survey general physician in PICARDIE WHOSE office's had been the subject of an audit by a licensed company and financed by "Union Médicale des Médecins Libéraux de Picardie". The audit took place in January 2015; the survey collect was between June and September 2015.

RESULTS: 166 valid questionnaires had been whether 38% of doctor which had the audit. The population of respondents is not representative of general physician of Picardie. 97,6% of offices are not comply with standards, 60,9% of them will probably not comply in 2018 unless of exemption. Major observations of non-compliance are toilets and interiors pathways. The key barriers are economic (77,7%) and technical (70,5%). Faced with this situation, 70,2% will request a derogation, 32,1% will realize a part of works, 7,5% envisage to do all of works. In the event of non-conforming in 2018 or rejection of the derogation, 31,3% will anticipate the cessation of their activity, 29,5% will expect

DISCUSSION: Unlike the spirit of law, the most of physicians have an integrative not an inclusive approach of disability. They perceive the regulation inadequate to the needs of their patients as well as the practice of their care which explain the non-adhesion.

CONCLUSION: the optimisation of medical office requires flexibility of standards, to take into account the cost of works and in addition of improving knowledge about disabled people.

Mots clefs : handicap - accessibilité – Médecine générale – attitudes - Picardie