université de BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016 Thèse n° 197

Thèse présentée pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le mardi 13 décembre 2016

par Mlle Anne Elisabeth Alphonsa MECHERIKUNNEL
née le 20 novembre 1985 à Colombes (92)

ESTIMATION PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU NIVEAU D'ACCESSIBILITE DE LEUR CABINET AUX PERSONNES HANDICAPEES : ENQUETE MENEE A LA REUNION DE FEVRIER A AVRIL 2016

Président :	Monsieur le Professeur Bernard GAY
Directeur de thèse :	Monsieur le Docteur Philippe GOMARD
Rapporteur :	Monsieur le Docteur Patrick GAILLARD
Membres du jury :	Monsieur le Professeur Jean Marc FRANCO Monsieur le Docteur Patrick GAILLARD Madame le Docteur Fatmah TIMOL Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE Monsieur le Docteur Philippe GOMARD

LISTE DES ABREVIATIONS

Ad'AP	Agenda d'Accessibilité Programmée
ARS	Agence Régionale de Santé
ARS OI	Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CDES	Commission départementale de l'éducation spéciale
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CO	Conseil de l'ordre
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CREDES	Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé
ERP	Établissement Recevant du Public
Hab.	Habitant(s)
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IOP	Installations ouvertes au public
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
NSP	Ne sait pas
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
Score A	Score d'accessibilité estimée = 100%
Score B	Score d'accessibilité estimée ≥ 75%
Score C	Score d'accessibilité estimée < 75%
Score D	Score d'accessibilité estimée = 0%
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
VAD	Visite(s) à domicile

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS....3
I. INTRODUCTION....8
1. Définition des termes de l'étude....9
1.1. Handicap et handicapés....9
1.2. Les Établissements Recevant du Public (ERP)....11
1.3. L'accessibilité, loi du 11 février 2005 et Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP)....11
1.4. Conséquences pratiques....12
2. Justification du choix de l'étude....13
2.1. Incertitudes et problématique....13
2.2. Hypothèses....13
2.3. Objectifs de l'étude....14
II. MATERIEL ET METHODE....15
1. Méthode....16
1.1. Type d'étude....16
1.2. Choix de la population, de la durée et du lieu d'étude....16
1.3. Critères d'inclusion et de non-inclusion....16
1.4. Anonymisation des données....17
1.5. Déroulement de l'enquête....17
1.6. Recueil de données....17
1.7. Analyse des données....18
2. Questionnaire....18
2.1. Élaboration du questionnaire....18
2.2. Première partie du questionnaire : généralités sur le médecin....18
2.3. Deuxième partie du questionnaire : caractéristiques de la patientèle....19
2.4. Troisième partie du questionnaire : concernant l'accessibilité....19
2.4.1. Agenda d'Accessibilité Programmée....19
2.4.2. Accessibilité estimée du cabinet à l'aide de 7 items....20
2.5. Dernière partie : législation et le handicap....20
3. Constitution du score global d'accessibilité....21
3.1. Éléments d'analyse....21
3.2. Barème....21
3.3. Score global d'accessibilité....21
III. RESULTATS....22
1. Période d'inclusion et participation....23
1.1. Recrutement....23
1.2. Échantillon et participation....23
2. Réponses au questionnaire....24
2.1. Première partie : généralités sur le médecin....24
2.2. Deuxième partie : caractéristiques de la patientèle....27
2.3. Troisième partie : concernant l'accessibilité....28
2.3.1. Agenda d'Accessibilité Programmée....28

2.3.2. Estimation de l'accessibilité du cabinet du médecin interrogé....30
2.4. Quatrième partie : concernant l'application de la loi/le handicap....30
3. Analyse de la tendance des réponses au questionnaire....32
3.1. Avertissement au lecteur....32
3.2. Comparaison des populations selon le score d'accessibilité....32
4. Commentaires libres des médecins interrogés....44
IV. DISCUSSION....46
1. Résultats principaux et implication majeure....47
1.1. Résumé des tendances notables....47
1.2. Objectifs de l'étude et implications....47
2. Forces et faiblesses de notre travail....48
2.1. Introduction et choix des objectifs....48
2.2. Chapitre matériel et méthode....49
2.3. Recueil de données....52
2.4. Résultats....53
3. Forces et faiblesses des résultats de quelques auteurs....55
4. Les hypothèses....56
5. Ouverture....57
5.1 Contraintes non-médicales des médecins libéraux....57
5.2 Recours aux aides humaines : secrétariat, prestataire....57
5.3 Démographie médicale....57
5.4 Cumul de contraintes et conséquences....57
6. Propositions....58
6.1 Le médecin face à la loi....58
6.2 Les freins....58
6.3 Améliorer la communication....59
CONCLUSION....62
BIBLIOGRAPHIE....64
ANNEXES....70
Annexe n°1 : Liste des trente types d'ERP....71
Annexe n°2 : Chronologie de la politique du Handicap....72
Annexe n°3 : Le Handicap selon la culture....76
Annexe n°4 : Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité....80
Annexe n°5 : Questionnaire soumis aux médecins généralistes....99
Annexe n°6 : Avez-vous effectué le dépôt de votre Agenda d'Accessibilité Programmée ?....102
Annexe n°7 : Propositions P1 et P2....103
Annexe n°8 : Aides financières disponibles....105
SERMENT D'HIPPOCRATE....107

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Recrutement des médecins de l'étude....25
Mode de passation du questionnaire....26
Pourcentage de médecins ayant répondu au questionnaire selon six tranches d'âge....26
Répartition des médecins interrogés selon leur âge lors de leur 1re installation....27
Répartition des âges en fonction du statut locataire/propriétaire....28
Ancienneté du cabinet : Pourcentage de médecins en fonction de 4 tranches d'années d'ancienneté du cabinet....29
Proportion de médecin ayant déposé leur Ad'AP....30
Investissement en euro estimé par les médecins pour la mise aux normes....31
Impact de l'application de la loi (pourcentage de médecins en fonction de différents items)....33
Difficultés exprimées par les médecins interrogés....33
Pourcentage Homme/Femme selon le score d'accessibilité....35
Pourcentage de médecins exerçant en zone rurale en fonction du score d'accessibilité estimée....36
Pourcentage de médecins interrogés exerçant en groupe en fonction du score d'accessibilité estimée....36
Pourcentage de médecins exerçant au 1er étage en fonction du score d'accessibilité....37
Pourcentage de médecin par score d'accessibilité en fonction de l'ancienneté du cabinet (en années)....38
Nombre de patients déclarés selon le score d'accessibilité....38
Nombre de patients par type de handicap estimé par le médecin interrogé selon son score d'accessibilité....39
Nombre d'handicapés moteurs estimé par les médecins en fonction de leur score d'accessibilité....39
Pourcentage de médecins interrogés ayant déposé leur Ad'AP en fonction de leur score d'accessibilité estimée....41
Nombre d'années d'exercice restant (pourcentage de médecins en fonction de 4 tranches d'années)....42
Pourcentage de médecins n'éprouvant pas de difficultés en fonction de leur score d'accessibilité....43
Pourcentage de médecins répartis selon les 4 groupes d'accessibilité selon les difficultés rencontrées 44
Pourcentage de médecins répartis en 4 groupes d'accessibilité selon la modification ou non de leur approche du handicap depuis l'application de la loi 44
Pourcentage de médecins répartis en 4 groupes d'accessibilité ayant rapporté ou non avoir vécu personnellement un handicap aigu ou chronique....45
Expérience du handicap dans l'entourage....45
Pyramide des âges des médecins généralistes réunionnais en 2014 – source : assurance maladie (57)....56
Pyramide des âges des médecins généralistes interrogés dans notre étude....56
La transmission à l'aide de référents....63

I. INTRODUCTION

1. Définition des termes de l'étude

1.1. Handicap et handicapés

1- le handicap

Le terme de « **handicap** » provient de l'anglais « hand in cap » qui signifie littéralement « main dans le chapeau » [(1)]. Cette expression fait référence au jeu de troc, du XVIIe siècle, consistant à échanger des objets de valeurs différentes [(2)]. Pour compenser cette disparité, de l'argent était déposé dans un chapeau par celui qui recevait l'objet dont la valeur était la plus élevée. L'affaire était conclue si l'autre protagoniste acceptait l'argent déposé dans la coiffe.
En 1754, l'expression est référencée dans le domaine hippique : les meilleurs concurrents se voyaient imposer des poids plus lourds ou des distances plus importantes que les autres, pour compenser les inégalités [(1)].

L'article n°2 de la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapée votée le 11 février 2005 et publiée au Journal Officiel, rappelle la définition du handicap : « Constitue 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 polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Le collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation rappelle dans son référentiel pour les Épreuves Classantes Nationales, *« La personne handicapée : bases de l'évaluation fonctionnelle et thérapeutique »* [(3)], la Classification Internationale du Handicap de 1980. Le modèle proposé alors par le Professeur Philipp Wood définissait le handicap en trois points clé :

- la déficience qui correspond à une altération de la fonction organique, physiologique ou anatomique (aspect lésionnel)
- l'incapacité faisant référence à la réduction totale ou partielle de l'exécution d'une tâche ou d'une action, réduction d'une capacité (aspect fonctionnel)
- le désavantage qui correspond à la perte de participation de l'individu sur les plans sociaux, scolaires ou professionnels (aspect situationnel)

En 2001, l'OMS publie la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, dans laquelle elle présente une classification « des composantes de la santé ». Ce document proposait « un langage uniformisé et normalisé ainsi qu'un cadre pour la description des états de la santé et des états connexes de la santé » [(4)]. Le tableau n°1 du rapport y définit les notions suivantes :

- les fonctions organiques qui correspondent aux « fonctions physiologiques des systèmes organiques » (fonction mentale, sensorielle, cardiaque, psychologique...)
- les structures anatomiques qui « désignent les parties anatomiques du corps, telles que les organes, les membres et leurs composantes »
- l'activité (exécution d'une tâche ou d'une action par l'individu) et la participation (implication de l'individu dans une situation de vie réelle) d'où en découlent les notions de « limitation d'activité » et de « restriction de participation »
- les facteurs environnementaux qui réunissent les facteurs extérieurs, « l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie ».

2- la personne handicapée

François Bloch-Lainé, haut fonctionnaire et ancien inspecteur général honoraire des finances, a réalisé en 1967 une *« Étude du problème général sur l'inadaptation des personnes handicapées »* sur demande de Georges Pompidou. Dans ce rapport, il définit les **personnes handicapées** comme tous « ceux qui subissent par suite de leur état physique, mental ou caractériel, ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des « handicaps », c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières par rapport à la normale, celle-ci étant définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus qui vivent dans la même société ». Il poursuit par « Sont **inadaptés** à la société dont ils font partie les enfants, adolescents, adultes, qui ont, pour des raisons diverses, des difficultés plus ou moins grandes à être et à agir comme les autres. » [(5)] .

Selon le rapport de l'OMS de 2001 [(4)], la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement) ne correspond pas à une classification de personnes, mais à une « classification portant sur les *caractéristiques* de la santé de ces personnes dans le contexte de leur vie individuelle et des influences de leur environnement ». L'objectif est donc de ne plus réduire la personne à son handicap, de sa déficience, de ses limitations d'activité ou même de sa restriction de participation. Il ne faudrait donc plus utiliser le terme de « personne handicapée mentale » mais plutôt de « personne ayant un problème d'apprentissage ».*

3- épidémiologie du handicap

Selon un communiqué de presse publié en juin 2011 par l'Organisation Mondiale de la Santé, plus d'un milliard de personnes dans le monde sont porteuses de handicap et « se heurtent à des obstacles au quotidien » [(6)]. Un cinquième de cette population serait confronté à des difficultés importantes.

En Europe, une personne sur six serait en situation de handicap [(7)]. L'impact socio-économique est considérable. En effet, le taux de pauvreté de cette population est 70 % plus élevé que la population générale ; et ce, en raison d'un accès plus difficile à l'emploi chez les personnes handicapées.

En France, il est difficile d'obtenir des données précises concernant la proportion de personnes porteuses d'un handicap. En effet, selon la *Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie*, le handicap n'entraîne pas toujours de reconnaissance administrative qui pourrait être détectée par des données statistiques [(8)]. Dans son enquête *Handicap-Santé 2008*, l'INSEE fait état de 9,6 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans en situation de handicap [(9)]. Avec le vieillissement démographique, le nombre de personnes âgées dépendantes augmente. Ainsi, à ces 9,6 millions de personnes handicapées, nous pouvons ajouter les 1,2 million de personnes bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Certaines données font état de 12 millions de personnes touchées par un handicap [(10)] et jusqu'à 23 millions en France de personnes concernées par le handicap avec 11 % de personnes présentant un déficit auditif ; 3 % un déficit visuel ; 13,5 % un déficit moteur ; près de 5 % avec un handicap psychique et 2,6 % un handicap intellectuel [(11)].

L'Agence Régionale de Santé Océan Indien dans son dossier Statistiques d'avril 2013 [(12)] fait quant à elle état de 2 139 enfants pris en charge dans les établissements médico-sociaux situés à la Réunion. Les CMPP et les centres d'action médico-sociale précoce ont pris en charge 4 099 enfants. Concernant les adultes handicapés, selon l'ARS OI, la capacité d'accueil a doublé entre 2001 et 2010.

* Par souci de compréhension, nous avons privilégié dans notre étude l'usage de termes utilisés dans le langage courant.

1.2. Les Établissements Recevant du Public (ERP)

Les Établissements recevant du public (ERP) correspondent à « tous les bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels des personnes sont admises, soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque, ou dans lesquels sont tenues des réunions ouvertes à tout-venant ou sur invitation, payantes ou non. » (13)

Il en existe trente types d'ERP Annexe n°1 classés selon deux grandes catégories « établissements installés dans des bâtiments » et « établissements spéciaux ».
Ces ERP sont également répartis en cinq groupes en fonction de la capacité d'accueil, à savoir :

- 1e catégorie : > 1 500 personnes accueillies
- 2e catégorie : > 700 personnes accueillies
- 3e catégorie : > 300 personnes accueillies
- 4e catégorie : < 300 personnes accueillies et plus d'un seuil variable selon le type d'ERP
- 5e catégorie : en dessous de ce seuil variable.

Les cabinets médicaux font généralement partie de la **5e catégorie d'ERP**.

1.3. L'accessibilité, loi du 11 février 2005 et Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP)

L'**accessibilité** a pour but de permettre aux personnes porteuses de handicap d'améliorer leur autonomie et leur participation en agissant sur l'environnement (urbanisme, bâti, transports en commun), la culture (notamment la perception du handicap par les personnes valides et la lutte contre les discriminations), les composantes physiques et organisationnelles (notamment la législation). (14)

Le regard posé par la société sur le handicap a progressivement évolué et a abouti à l'émergence d'une politique de protection et de défense des droits de personnes vulnérables.
Ainsi en 1975, l'ONU adopte la *Déclaration des Droits des Personnes Handicapées* (15), puis en 2008, elle réaffirme l'importance des droits alloués aux personnes handicapées avec la *Convention Internationale Relative aux Droits des personnes handicapées* (16)
Dans l'article 9 de cette Convention Internationale, la question de l'accessibilité des personnes handicapées y est abordée (13) et notamment dans l'alinéa 2-b, où il est question de « faire en sorte que des organismes privés […] prennent en compte tous les aspects de l'accessibilité par les personnes handicapée ».

La politique française en matière de prise en charge du handicap a graduellement évolué depuis le Moyen-âge.Annexe n°2 La notion même de handicap et de personne porteuse de handicap est indissociable du contexte culturel Annexe n°3 ; et la France, avec l'avènement du siècle des Lumières, reste un des pays moteurs de ce changement de mœurs.

Cette dynamique sera progressive et aboutira à la **loi du 11 février 2005** *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* (modifiée par l'ordonnance du 26 septembre 2014). Dans ce texte de loi, les ERP ainsi que les installations ouvertes au public (IOP) se voient dans l'obligation de se mettre en conformité ou de s'engager à le faire (17) .

Les ERP de 5e catégorie sont dans l'obligation d'être accessibles, aux personnes handicapées pour au moins une partie de leur établissement où peuvent être effectuées toutes les prestations. Contrairement aux ERP de 5e catégorie, ceux des catégories 1, 2, 3 et 4 se doivent d'être accessibles pour chaque mètre carré de leur établissement.

Fin 2012, près de deux tiers des ERP n'étaient pas accessibles. Un rapport de mars 2013 maintenait l'échéance à 2015, mais proposait un outil permettant l'accompagnement de ces changements : l'**Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP)**.
Ainsi, chaque responsable de structure (ex. les médecins généralistes) devait donc déposer un Ad'AP en mairie ou à la préfecture. Cet agenda permettait de signaler aux autorités si le responsable de la structure souhaitait faire des travaux (auquel cas, il se devait de préciser son échéancier de travaux) avec un délai maximum de 3 ans pour effectuer les travaux. Il permettait également de demander une dérogation en listant les causes de cette demande. Ce document, correspondant à un formulaire Cerfa, précisait la nature des travaux ainsi que leur coût prévu et était une preuve d'engagement à la réalisation des travaux dans un délai d'un à trois ans.
Le non-dépôt de cet Ad'AP fait encourir à des sanctions (pécuniaires voire pénales) avec une tolérance dans la date de dépôt [(19)].

La Réunion étant un département d'Outre-Mer depuis la loi n°46-451 du 19 mars 1946, a donc le même régime législatif et réglementaire que celui de la métropole (hors adaptation, ce qui n'a pas été le cas dans le cas de la loi du 11 février 2005) [(18)].

1.4. Conséquences pratiques

Les normes d'accessibilité ont été répertoriées dans un guide publié par le ministère des Affaires sociales et de la Santé ainsi que le ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie sous le titre *« Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité – Être prêt pour le 1er janvier 2015 »* [(20)] . Il y est précisé que les normes d'accessibilité doivent être respectées tout au long du cheminement du patient dans l'ERP. Huit points y sont soulignés :

- Stationnement
- Cheminement extérieur ou intérieur
- Entrée/accueil/salle d'attente/salle de soins
- Sanitaires
- Portes
- Escaliers
- Éclairage, signalétique et contraste de couleurs
- Accueil des chiens de guides et des chiens d'assistance Annexe n°3

Il est également indiqué dans ce guide qu'une dérogation à ces travaux de mise aux normes peuvent être demandée pour l'un des trois motifs suivants :

- Impossibilité technique liée à l'environnement ou à la structure du bâtiment
- Préservation du patrimoine architectural
- Disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences

2. Justification du choix de l'étude

2.1. Incertitudes et problématique

En 2010, la Commission européenne a renouvelé son engagement pour une Europe sans barrière à travers sa communication « European Disability Strategy 2010-2020 » [(4)]. L'accessibilité faisait partie des huit champs d'action soulignés par la Commission [(21)]. Or, peu de données en France font état de l'accessibilité des lieux publics ou même des établissements sanitaires.
En plus d'être un enjeu de société majeur, « l'accessibilité pour tous » a une implication directe sur l'activité professionnelle des médecins généralistes français.

Quelques travaux ont mis en évidence l'état d'accessibilité des cabinets de médecine générale en métropole [(22) (23) (24)]. Ainsi, E. DOMARLE-BENOIT a effectué un état des lieux de l'accessibilité des cabinets aux personnes handicapée en 2013 dans la ville d'Arras [(25)]. Les résultats obtenus ont montré que moins d'un tiers des cabinets était considéré comme accessible (20,7 %) et que moins d'un médecin sur deux, n'étant pas aux normes, envisageait de procéder à la mise aux normes du cabinet. Une thèse de 2010, effectuée en Picardie, mettait en évidence des résultats similaires avec 73,5 % des cabinets inaccessibles aux personnes à mobilité réduite [(22)].

Aucune étude n'a fait l'état des lieux à la Réunion. Un contact auprès de la Préfecture de Saint-Denis de la Réunion au début de notre enquête n'avait pas permis d'obtenir les données d'Ad'AP considérées confidentielles. Par ailleurs, aucune étude à notre connaissance ne fait état de l'impact de l'application de cette loi sur le ressenti des médecins généralistes sur leur activité professionnelle.

Quel est l'estimation de l'accessibilité des cabinets de médecine générale par les médecins généralistes installés à la Réunion début 2016 ?

L'Ad'AP ayant dû être déposé en mairie ou à la préfecture avant octobre 2015, nous avons considéré que les médecins étaient déjà informés des normes nécessaires et qu'ils savaient au moins si leur cabinet était aux normes ou ne l'était pas.
Nous avons donc cherché à savoir quel était le score moyen d'accessibilité estimée des médecins généralistes exerçant en libéral à la Réunion à l'aide d'une auto-évaluation.

2.2. Hypothèses

Pour cette étude, nos hypothèses étaient les suivantes :

- ➔ Les médecins ayant des cabinets plus accessibles se sont installés principalement après 2005 et exercent plutôt en cabinet de groupe
- ➔ Les médecins ayant envoyé leur Ad'AP sont ceux ayant un score d'accessibilité plus élevé
- ➔ Les freins sont essentiellement liés au coût financier
- ➔ La principale raison de non-renvoi de l'Ad'AP est l'oubli
- ➔ L'application de cette loi ne modifiera pas l'activité professionnelle des médecins interrogés

2.3. Objectifs de l'étude

L'objectif primaire de notre étude est de **mesurer l'estimation des médecins généralistes installés à la Réunion de l'accessibilité de leur cabinet aux personnes handicapées et l'adaptation aux normes**. Ceci a été effectué à l'aide d'une auto-évaluation permettant d'établir un score d'accessibilité estimée.

Nous avons également souhaité aborder quatre objectifs secondaires qui sont de déterminer :

- ➔ **Les caractéristiques de la population de médecins généralistes ayant renvoyé leur Agenda d'Accessibilité programmée (Ad'AP)**
- ➔ **Les freins à la mise en œuvre des travaux d'accessibilité**
- ➔ **Les raisons de non-renvoi de l'Ad'AP**
- ➔ **L'impact déclaré par les médecins interrogés sur leur activité professionnelle**

II. MATERIEL ET METHODE

1. Méthode

1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et déclarative transversale, non randomisée portant sur l'analyse quantitative d'une auto-évaluation de médecins généralistes libéraux installés à la Réunion. Une observation directe aurait été trop chronophage compte tenu de la largeur de l'échantillon à analyser. En effet, les caractéristiques géographiques de l'île rendaient difficile une étude au sein de chaque cabinet sélectionné sauf si l'échantillon en était restreint. Nous avons opté pour une étude à l'aide d'un questionnaire. Nous avons donc toléré des réponses déclaratives.

Le fait que la date d'envoi de l'Ad'AP (octobre 2015) étant proche du début de l'étude (février 2016), nous sommes partis de l'hypothèse que les médecins étaient déjà sensibilisés à cette question et qu'ils pouvaient y répondre avec un biais de réponse négligeable.
Ce choix d'étude nous a permis de recueillir un échantillon plus élevé.

1.2. Choix de la population, de la durée et du lieu d'étude

Après validation du projet par l'équipe méthodologique du CHU La Réunion, l'étude a porté initialement sur un échantillon de 250 médecins généralistes parmi les 742 recensés et tirés au sort à l'aide d'un programme développé sous Microsoft Excel® et devait se dérouler sur une période de huit semaines. En effet, compte tenu du type d'étude, à savoir descriptive, le nombre de sujets nécessaire à l'enquête ne pouvait être fixé.

Devant la rapidité de la prise de contact des 250 médecins, la population d'étude a été élargie dès la deuxième semaine d'enquête à l'ensemble des cabinets de l'île, soit 477 cabinets.

1.3. Critères d'inclusion et de non-inclusion

L'étude concernant les médecins généralistes installés à la Réunion s'est déroulée du lundi 1er février 2016 au vendredi 1er avril 2016 (soit neuf semaines). Nous avons constitué notre échantillon en intégrant les données du Conseil nationale de l'ordre des Médecins à celles des Pages Jaunes ainsi que les données fournies par le site du réseau Repère.

Un contact auprès de l'Union Régionale des Médecins Libéraux Océan Indien n'a pu aboutir pour l'obtention de leur liste de coordonnées de médecins généralistes.
Les critères d'inclusion étaient donc :

- ✔ Médecin généraliste Thèsé
- ✔ Installé à la Réunion lors de l'enquête

- ✔ Nous n'avons pas inclus les médecins à activité principale autre que la médecine générale du fait de la particularité de leur patientèle qui ne peut être représentative de l'ensemble des patients. De même, les médecins dont le diplôme de médecine du sport était clairement précisé par le conseil de l'ordre n'étaient pas inclus.

Les médecins exerçant essentiellement en maison médicale ou ayant une activité spécialisée (Exemple: médecin-conseil de compagnie d'assurance, gériatre, etc.) étaient exclus de l'enquête.
Pour chaque cabinet médical, le premier médecin « répondant » était sollicité pour répondre à notre questionnaire.

1.4. Anonymisation des données

Dans le but d'anonymiser les données, un identifiant a été attribué à chaque médecin permettant de réaliser le suivi. Les médecins contactés étaient libres de divulguer leur adresse e-mail personnelle en vue d'un retour de notre part en fin d'étude pour communiquer les résultats de notre enquête. Ces données seront détruites en fin d'étude.
Nous avons donc considéré, que du fait de la non-divulgation des données, le caractère éthique de cette étude était conservé.

1.5. Déroulement de l'enquête

L'enquête a débuté le 1er février 2016. L'échantillon initial était de 250 médecins tirés au sort. À la fin des deux premières semaines, l'ensemble des médecins tirés au sort avait été contacté. Le taux de réponse était de 31,2 %.

Malgré deux voire trois relances par médecin, le taux de réponse ayant peu augmenté, nous avons convenu d'élargir l'échantillon à l'ensemble des cabinets de l'île pour la même durée de neuf semaines. Après deux relances, le médecin contacté était considéré comme « non répondant ».

Pour maintenir le caractère aléatoire de notre échantillon, nous avons interrogé le premier médecin apparaissant dans notre base de données. Or, au cours de nos premiers appels, les médecins disponibles n'étaient pas nécessairement les médecins sélectionnés. Nous avons donc convenu d'un seul répondant par cabinet sur la base du volontariat.

Les médecins souhaitant répondre au questionnaire se voyaient proposer trois types de passation :

- Entretien téléphonique
- Face-à-face
- Questionnaire numérique (Google Forms®)

Bien que chronophage, le premier contact téléphonique nous a semblé primordial, car d'une part plus respectueux que l'envoi d'un e-mail groupé et d'autre part permettait au médecin de choisir son mode de réponse.

1.6. Recueil de données

Le recueil de données a été effectué par un investigateur unique lors des entretiens téléphoniques et visuels ou directement par le médecin participant lors de la passation via internet

(Google Forms®). Les réponses obtenues par téléphone étaient directement enregistrées lors de l'entretien sur le logiciel Google Forms®. Quant aux entretiens individuels au cabinet, les réponses étaient répertoriées sur un questionnaire papier puis étaient retranscrites sur le logiciel le jour même.
À la fin de la période d'étude, le questionnaire internet a été bloqué pour ne plus recevoir de réponses.
L'ensemble des données obtenues a été recueilli dans un format fichier Excel® dans le but de permettre une analyse quantitative de ces données. Pour chaque répondant, la première colonne correspondait à son numéro attribué. Ce numéro permettait à l'enquêteur de ne pas relancer les médecins ayant répondu par internet. Chaque ligne correspondait à un médecin répondant et chaque colonne à une question Annexe n°5.

1.7. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée par l'enquêteur et a nécessité des connaissances statistiques de base (moyenne, somme et pourcentage). Les résultats obtenus ont été présentés essentiellement sous la forme de tableaux, histogramme et diagrammes circulaires.
La comparaison des différentes populations déterminées à partir du questionnaire ne peut être extrapolable, car il s'agit d'un échantillon de médecins ayant accepté de répondre au questionnaire.

2. Questionnaire

2.1. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été conçu de manière à convenir aux trois types de passations (par téléphone, lors d'un entretien visuel et par internet).
Il a été réalisé avec le programme Google Forms® permettant de proposer des questions en fonction de la réponse à la question précédente.
Il comportait de quatre parties permettant de caractériser tout d'abord, le médecin et son cabinet ; puis sa patientèle notamment handicapée. La troisième partie concerne l'accessibilité estimée par le médecin de son propre cabinet et enfin la quatrième partie se rapportant aux conséquences de l'application de cette loi avec en ouverture une question permettant de donner la parole aux médecins.
Le questionnaire était composé essentiellement de questions à choix multiple dans le but d'obtenir des résultats quantifiables, mais également quelques questions ouvertes pour affiner les réponses.

2.2. Première partie du questionnaire : généralités sur le médecin

La première partie du questionnaire consistait à décrire les caractéristiques du médecin interrogé avec :

- *Son sexe*
- *Son âge*
- *Son âge lors de la première installation*

- *Son année d'installation dans le cabinet actuel*
- *La localisation du cabinet*
- *Son type d'exercice : seul ou groupe ou en maison médicale (avec nombre de praticiens dans le groupe)*
- *Le type de bâtiment dans lequel il exerce*
- *À quel étage se trouve le cabinet médical*
- *Son statut (propriétaire ou locataire)*
- *L'ancienneté du cabinet*
- *La superficie du cabinet*

2.3. Deuxième partie du questionnaire : caractéristiques de la patientèle

La deuxième partie du questionnaire consistait à décrire les caractéristiques de la patientèle du médecin interrogé avec :

- *Nombre de patients*
- *Nombre de patients présentant un handicap mental et ou psychique*
- *Nombre de patients présentant une cécité*
- *Nombre de patients malvoyants*
- *Nombre de patients présentant une cophose*
- *Nombre de patients malentendants*
- *Nombre de patients utilisant une ou des cannes anglaises ou un déambulateur*
- *Nombre de patients se déplaçant en fauteuil roulant*
- *Nombre de patients grabataires*
- *Nombre de personnes vues en visite à domicile en raison d'un handicap chronique dans les trois derniers mois*
- *Nombre de personnes vues en visite à domicile en raison d'un handicap aigu dans les trois derniers mois*

2.4. Troisième partie du questionnaire : concernant l'accessibilité

Cette partie était divisée en deux sous-parties comportant d'une par des questions sur l'agenda d'accessibilité programmée puis d'autre part l'estimation de l'accessibilité du cabinet du médecin interrogé.

2.4.1. Agenda d'Accessibilité Programmée

Cette sous-partie concernait :

- *Avant l'application de la loi sur l'accessibilité (27 septembre 2015), votre cabinet était-il aux normes ?*

- *Pensez-vous être proche des normes ?*
  → Si oui : - allez-vous faire des travaux ?
  → Si non : - allez-vous faire des travaux ?
  - souhaitez-vous changer de local ?

- *Avez-vous effectué le dépôt de votre Agenda d'Accessibilité Programmée ?*

→ Si non : - pourquoi ?
→ Si oui : - avez-vous fait appel à un professionnel pour évaluer l'accessibilité de votre cabinet ?
- à combien estimez-vous les frais engendrés par les travaux pour votre cabinet ?
- qu'avez-vous déclaré ?
→ si une demande de dérogation a été faite : pour quel motif ?

2.4.2. Accessibilité estimée du cabinet à l'aide de 7 items

Cette sous-partie était constituée de sept items que nous avons considéré comme étant des éléments clé de l'accessibilité des cabinets en médecine générale. Seules les normes mises entre parenthèses dans le questionnaire ont été précisées oralement.

Nous avons choisi ces 7 items qui représentent, de notre point de vue, les points les plus importants de la loi portant sur l'accessibilité des ERP. Nous ne pouvions être exhaustifs compte tenu de la longueur du questionnaire.

Pour chaque item, le médecin se voyait interrogé sur l'estimation qu'il avait de son cabinet comme étant aux normes ou non ainsi que son désir de faire des travaux de mise aux normes.

1) **Parc de Stationnement automobile** (Points de repère : au moins 2 % des places doivent être accessibles - largeur 3.30 m minimum)

2) **Cheminement extérieur** (Pente d'accès < 5 % et largeur > 1.40 m - présence d'un palier de repos - absence d'obstacle/trous/fentes)

3) **Accès/Entrée** (Palier de repos - espace de manœuvre - ressaut < 2 cm - poignées adaptées)

4) **Accueil/Secrétariat** (Dimensions adaptées [hauteur/profondeur/largeur] - aire de manœuvre pour les fauteuils roulants - largeur des portes de 90 cm minimum)

5) **Cheminement intérieur** (Largeur des couloirs/portes - poignées adaptées - signalétique claire)

6) **Sanitaires** (Largeur de porte 80 cm minimum - espace de manœuvre 1.50 m minimum - barre d'appui)

7) **Luminosité/Signalétique/Contrastes de couleur** (Lumens selon l'endroit du cabinet, poignées faciles à manœuvrer avec effort < 5 kg)

2.5. Dernière partie : législation et le handicap

Cette partie s'intéressait aux conséquences estimées par les médecins généralistes interrogés de l'application de cette loi :

- *Combien d'années souhaitez-vous encore travailler ?*
- *L'application de cette loi va-t-elle selon vous impacter sur votre activité professionnelle*

future ?

- *Selon vous, quelles sont les difficultés rencontrées dans l'application de cette loi ?*
- *Cette loi a-t-elle changé votre approche du handicap ?*
- *Avez-vous été/êtes-vous personnellement en situation de handicap* (aigu ou chronique) ?
- *Avez-vous dans votre entourage proche une personne porteuse de handicap ?*

Le questionnaire prenait fin avec un encadré dans lequel la personne interrogée pouvait émettre un commentaire.

3. Constitution du score global d'accessibilité

3.1. Éléments d'analyse

Pour déterminer notre score global d'accessibilité, nous nous sommes basés sur les réponses obtenues à la question : « Pour chacun de ces sept items, vous estimez-vous aux normes ? ».

3.2. Barème

Lors de l'élaboration du questionnaire, nous avons discuté deux méthodes de cotation que l'on a nommées proposition P1 et proposition P2.Annexe n°7
Nous avons opté pour la première proposition (P1) qui permettait d'évaluer uniquement les réponses dont les médecins interrogés étaient sûrs en neutralisant les « ne sait pas ».
Ce mode de calcul consistait à attribuer un point par item aux normes et a contrario, zéro point si l'item concerné n'était pas aux normes. Lorsque l'évaluation de l'item n'était pas possible, la notation se faisait sur un point de moins.

3.3. Score global d'accessibilité

Les notes ainsi obtenues étaient traduites en terme de pourcentage pour pouvoir effectuer une comparaison entre les groupes.
Par souci de clarté, nous avons utilisé les termes suivants :

- ➔ « Score A » correspondant au score d'accessibilité estimée = 100 % (score extrême haut)
- ➔ **« Score B »** correspondant au score d'accessibilité estimée **≥ 70 % (à noter que ce score inclut le score = 100%)**
- ➔ **« Score C »** correspondant au score d'accessibilité estimée **< 70 % (à noter que ce score inclut le score = 0%)**
- ➔ « Score D » correspondant à un score d'accessibilité estimée nul (score extrême bas)

III. RESULTATS

1. Période d'inclusion et participation

1.1. Recrutement

L'étude s'est déroulée sur une période de neuf semaines du premier février 2016 au premier avril 2016.

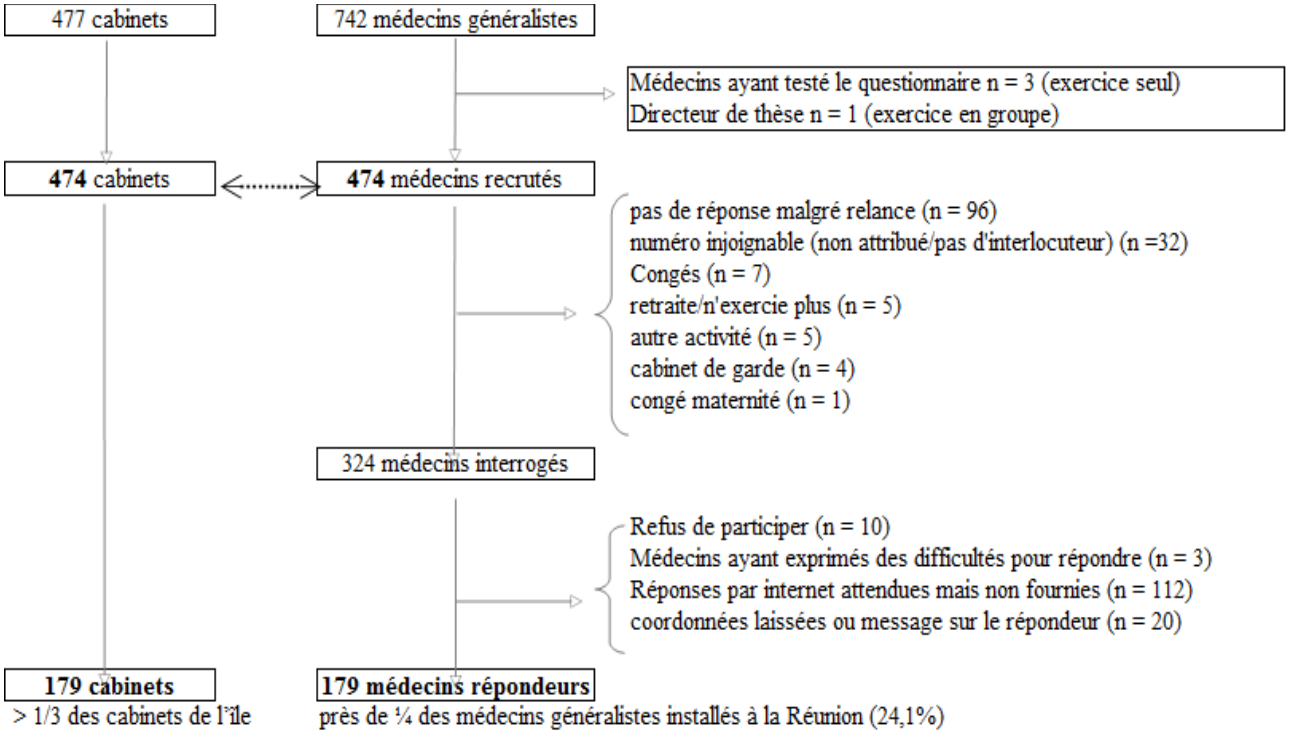


Illustration 1:Recrutement des médecins de l'étude

1.2. Échantillon et participation

Ont été exclus les autres médecins du cabinet et également, les quatre médecins ayant testé au préalable notre questionnaire.

Sur les 477 cabinets réunionnais, nous avons obtenu 179 réponses au questionnaire ce qui correspond à un taux de réponse de plus d'un tiers (37,5 %). Cette enquête a permis d'interroger 24,1 % des médecins généralistes installés à la Réunion au 1er février 2016.

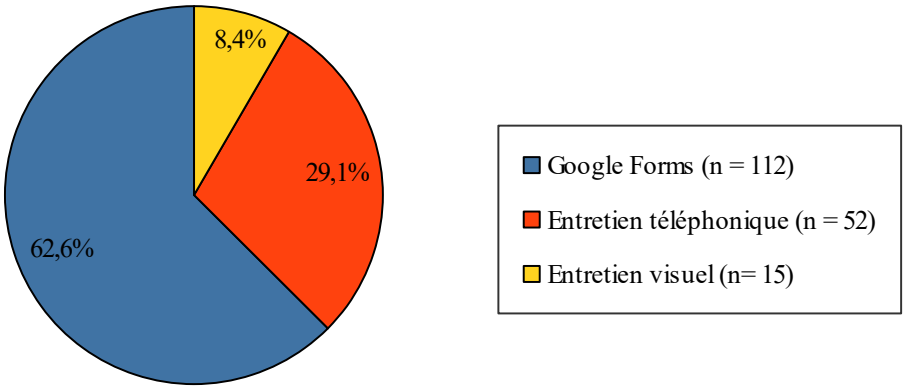


Illustration 2: Mode de passation du questionnaire

2. Réponses au questionnaire

2.1. Première partie : généralités sur le médecin

• **Sexe** :

La proportion d'**hommes** ayant répondu à ce questionnaire était de **72,1 %** (n = **129**) contre **27,9 %** de **femmes** (n = **50**).

• **Âge des médecins interrogés**

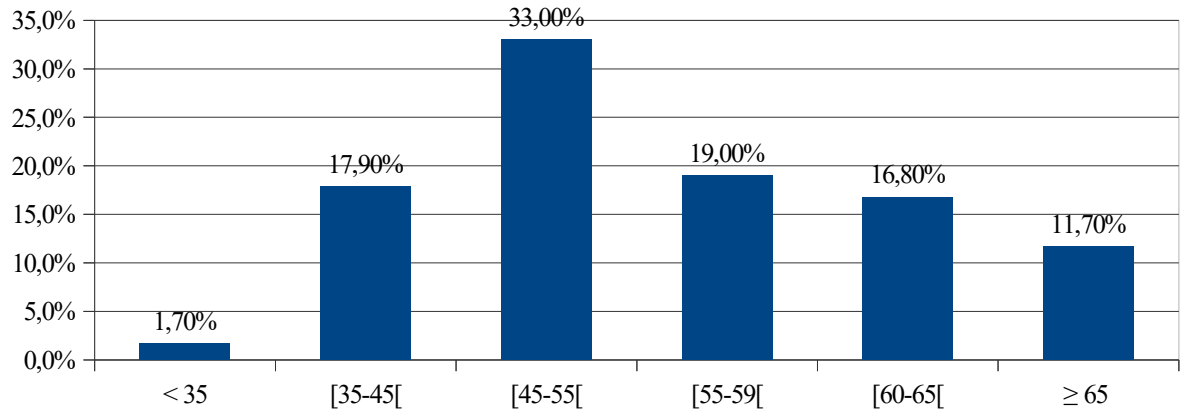


Illustration 3: Pourcentage de médecins ayant répondu au questionnaire selon six tranches d'âge

• **Âge de la 1re installation**

L'âge lors de la première installation d'une majorité des médecins interrogés était inférieur à 35 ans (69,8 % soit n = 125) et 27,9 % (n= 50) entre 35 et 44 ans.

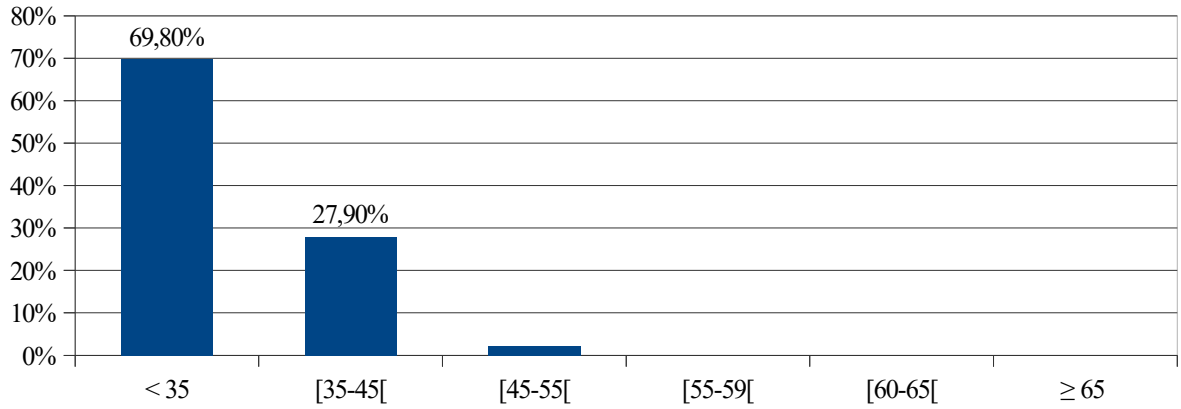


Illustration 4: Répartition des médecins interrogés selon leur âge lors de leur 1re installation

- **Année d'installation dans le cabinet actuel**

< 2005	> 2005
61,5 % soit 110 médecins interrogés	38,5 % soit 69 médecins interrogés

Une majorité des médecins interrogés se sont installés avant 2005 dans le cabinet concerné par l'enquête.

- **Localisation du cabinet**

Rural	Urbain < 10 000 hab.	Urbain > 10 000 hab.
34 (19 %)	47 (26,3 %)	98 (54,7 %)

Plus de la moitié des médecins interrogés sont installés en milieu urbain de plus de 10 000 habitants.

- **Type d'exercice**

Une majorité de médecins interrogés exerçait seul (n = 108 soit 60,3 %) contre 71 ayant un exercice de groupe (39,7 %).
Les cabinets de groupe étaient, en moyenne, formés de deux à trois praticiens (moyenne 2,6).

- **Type de bâtiment**

Les cabinets étaient situés dans des maisons à 37,4 % contre 38 % en appartement. 24,6 % des

médecins interrogés ont répondu « autre ».
Une majorité de médecins interrogés par téléphone ayant répondu « autre » précisait qu'il s'agissait d'un cabinet médical dédié.

Maison	Appartement	Autre
67 (37,4 %)	68 (38 %)	44 (24,6 %)

• **<u>À quel étage se trouve le cabinet médical</u>**

Les cabinets médicaux se situaient essentiellement au rez-de-chaussée pour 169 d'entre eux (soit 94,4 %) contre 10 (soit 5,6 %) au 1er étage.
Aucun médecin interrogé n'a rapporté avoir son cabinet au-delà du 1er étage.

• **<u>Statut</u>** : propriétaire ou locataire

Locataire	Propriétaire
n = 133 (74,3 %)	n = 46 (25,7 %)

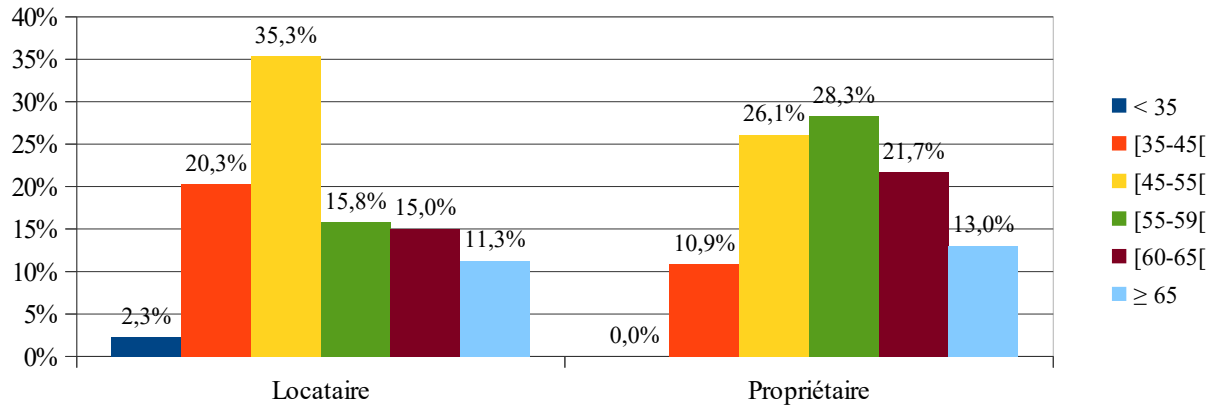


Illustration 5: Répartition des âges en fonction du statut locataire/propriétaire

• **<u>Ancienneté du cabinet</u>**

Les médecins interrogés étaient installés dans 48,6 % des cas dans un cabinet de 10 à 30 ans d'ancienneté.

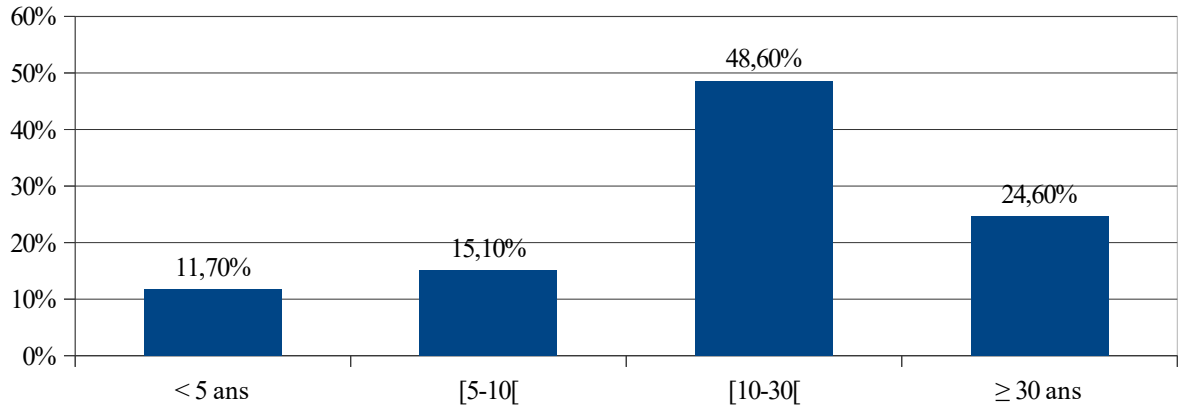


Illustration 6: Ancienneté du cabinet : Pourcentage de médecins en fonction de 4 tranches d'années d'ancienneté du cabinet

• **Superficie du cabinet**

La majorité des médecins ayant répondu à ce questionnaire exerçait dans un cabinet de 50 à 100m² (68,10 %).
43 % déclaraient exercer dans un cabinet de 50 à 75 m² ; 25,10 % dans un cabinet de 75 à 100 m². 15,1 % ont déclaré exercer dans un cabinet dont la superficie était inférieure à 50 m². 14,5 % ont déclaré avoir un cabinet de 100 à 150 m². Et 2,2 % des médecins interrogés ont un cabinet de plus de 150 m².

2.2. Deuxième partie : caractéristiques de la patientèle

• **Nombre de patients**

En moyenne, chaque cabinet comptait **1642** patients par médecin (arrondi à l'unité près). À noter que 31 des répondants ne pouvaient fournir de données chiffrées.

La proportion de personnes porteuses de handicap par cabinet (en fonction du type de handicap) était :

Handicap	Psychique ou mental	Cécité	Malvoyant	Sourd	Malentendant	Canne(s) anglaise(s)/ Déambulateur	FR	Grabataire
Moyenne	24	1,26	18	2,17	12	12	3	6
Proportion moyenne	1,46%	0,08%	1,10%	0,13%	0,73%	0,73%	0,18%	0,37%

- **Dans les trois derniers mois : nombre de personnes vues en VAD en raison d'un handicap chronique**

Les médecins interrogés ont estimé, en moyenne, avoir fait dans les trois derniers mois un peu plus de 17 visites à domicile en raison d'un handicap chronique (17,27).

- **Dans les trois derniers mois : nombre de personnes vues en VAD en raison d'un handicap aigu**

Les médecins interrogés ont estimé, en moyenne, avoir effectué dans les trois derniers mois près de 5 visites à domicile en raison d'un handicap aigu (4,95).

2.3. Troisième partie : concernant l'accessibilité

2.3.1. Agenda d'Accessibilité Programmée

- **Normes du cabinet avant l'application de la loi sur l'accessibilité (27 septembre 2015)**

48,6 % des médecins de l'échantillon ont déclaré estimer que leur cabinet était aux normes avant l'application de la loi sur l'accessibilité contre 40,20 % déclarant que leur cabinet n'était pas aux normes. 11,20 % des médecins interrogés ont répondu ne pas savoir.

- **Avez-vous effectué le dépôt de votre Agenda d'Accessibilité Programmée ?** Annexe n°6

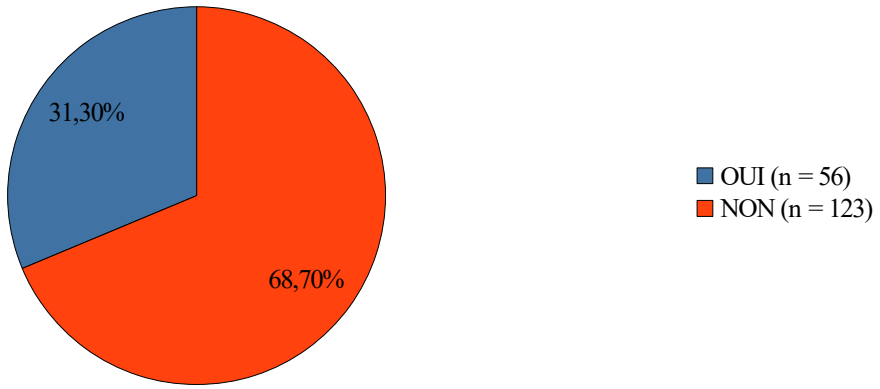


Illustration 7: Proportion de médecin ayant déposé leur Ad'AP

- **Concernant les médecins ayant envoyé leur Ad'AP :**

Parmi les 56 médecins ayant envoyé leur Ad'AP, **27 déclarent être aux normes (48,2 %)**, 18 déclarent devoir effectuer des **travaux sans** avoir recours au **permis de construire** (**32,1 %**).
Sept (soit **12,5 %**) d'entre eux ont effectué une demande de **dérogation** (quatre pour impossibilité technique, un pour disproportion, quatre pour « autre » à savoir : « mon associée est propriétaire », « budget élevé », « refus propriétaire », « déménagement prévu antérieurement »). Trois médecins ont évoqué autre chose (« fait par ma collègue », « il fallait déplacer le mur porteur des toilettes, et je souhaite m'arrêter », « déménagement prévu »).
Un seul médecin a déclaré devoir faire des travaux **avec** demande de permis de construire.

60,7 % de ces médecins (soit 34) ont déclaré avoir fait appel à un professionnel contre 39,3 % (soit 22 médecins) n'ayant pas eu affaire à l'évaluation d'un professionnel.

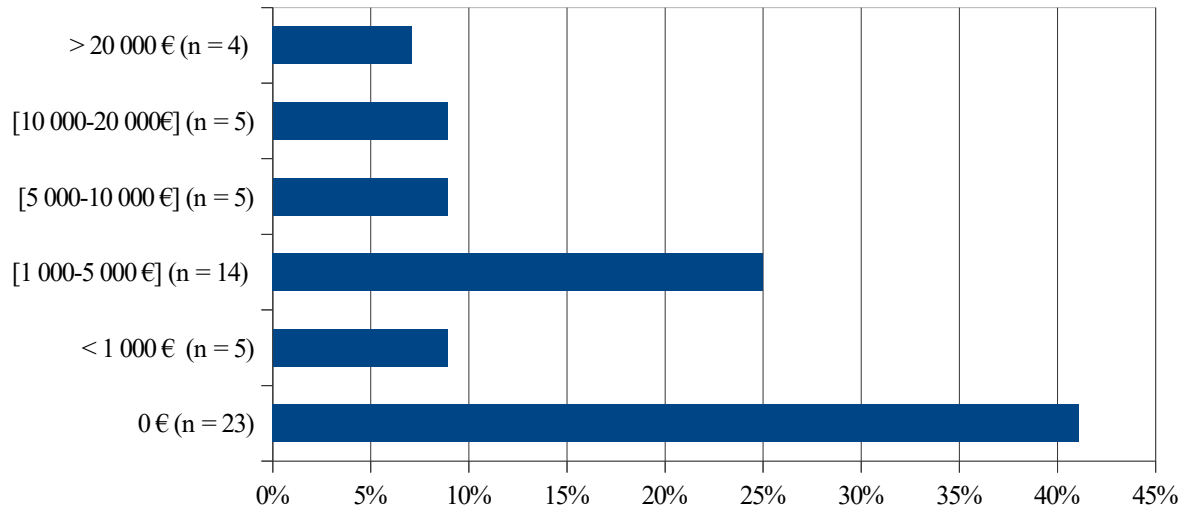


Illustration 8: Investissement en euro estimé par les médecins pour la mise aux normes

- **<u>Concernant les médecins n'ayant pas déposé leur Ad'AP :</u>**

Les raisons évoquées étaient :
- **ne savait pas**/manque d'information/« on ne m'a rien demandé » : n = 42 (**34 %**)
- cabinet **déjà accessible :** n = 25 (**20 %**)
- **manque de compréhension** : pas le temps/trop complexe/trop d'administratif : n = 22 (**17,8 %**)
- **oubli**/négligence : n = 15 (**12,2 %**)
- **statut** : je suis locataire/décision dépend du propriétaire : n = 10 (**8,1 %**)
- **changement de local prévu :** n = 5 (**4 %**)
- **refus :** n = 5 (**4 %**)
- **proche cessation d'activité :** n = 4 (**3,2 %**)
- **fait/probablement fait par un associé :** n = 3 (**2,4 %**)
- **travaux prévus ou en cours :** n = 2 (**1,6 %**)
- **VAD pour les patients chroniques :** n = 2 (**1,6 %**)
- je pensais être exempté : n = 1 (< 1 %)
- contact pris auprès du service technique de la mairie : n = 1(< 1 %)
- **demande de dérogation : n = 1 (< 1 %)**

2.3.2. Estimation de l'accessibilité du cabinet du médecin interrogé

	CABINET AUX NORMES		
	Oui	Non	Je n'en ai pas à disposition ou NSP
STATIONNEMENT	78 (43,6%)	37 (20,7%)	64 (35,8%)
Cheminement extérieur	129 (72,1%)	50 (27,9%)	
Accès/Entrée	128 (71,5%)	51 (28,5%)	
Accueil/Secrétariat	98 (54,7%)	42 (23,5%)	39 (21,8%)
Cheminement intérieur	131 (76,5%)	42 (23,5%)	
SANITAIRES	73 (40,8%)	89 (49,7%)	17 (9,5%)
Luminosité/Signalétique/ Contrastes	74 (41,3%)	43 (24%)	62 (34,6%)

Le **score d'accessibilité estimée moyen** était de **67,1 % .**

	TRAVAUX ENVISAGES		
	Oui	Non	Autre
STATIONNEMENT	19 (11, 3%)	89 (53,3%)	59 (35,3%)
Cheminement extérieur	23 (12,8%)	146 (81,6%)	10 (5,6%)
Accès/Entrée	21 (11,7%)	150 (83,3%)	8 (4,5%)
Accueil/Secrétariat	17 (9,6%)	152 (85,4%)	9 (5,1%)
Cheminement intérieur	18 (10,1%)	154 (86%)	7 (3,9%)
SANITAIRES	30 (16,8%)	137 (76,5%)	12 (6,7%)
Luminosité/Signalétique/Contrastes	24 (13,4%)	140 (78,2%)	15 (8,4%)

2.4. Quatrième partie : concernant l'application de la loi/le handicap

- **Nombre d'années à travailler**

15,1 % des médecins interrogés ont déclaré souhaiter exercer moins de 3 ans, 35,8 % entre 3 et 10 ans, 31,8 % entre 10 et 20 ans et 17,3 % pour une durée supérieure à 20 ans.

- **Impact de l'application de la loi**

Les médecins interrogés ont exprimé à 81,6 % (n = 146) que l'application de cette loi n'aura pas d'impact sur leur activité professionnelle.

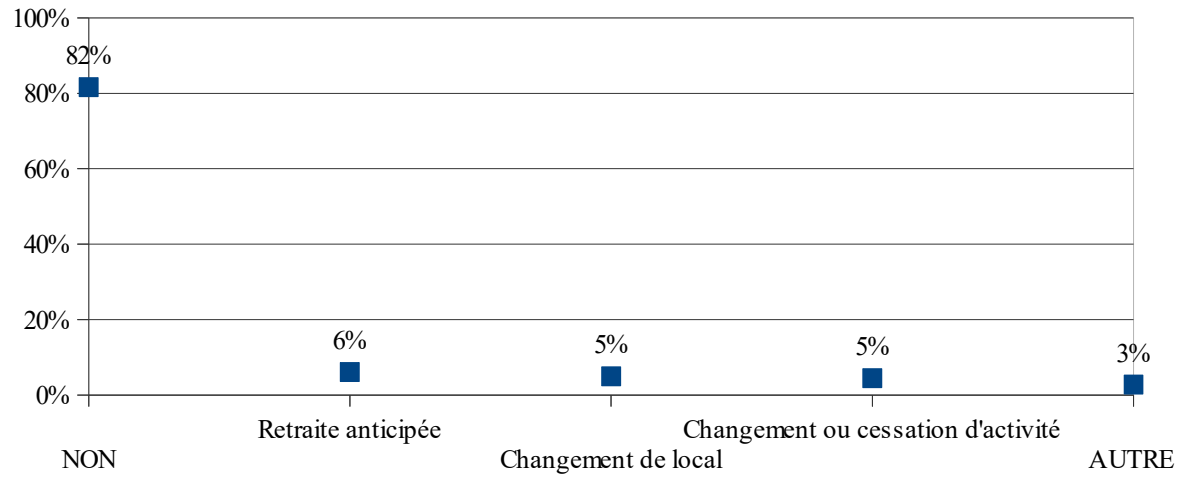


Illustration 9: Impact de l'application de la loi (pourcentage de médecins en fonction de différents items)

- **<u>Difficultés évoquées dans l'application de cette loi</u>**

L'aspect chronophage des démarches administratives ainsi que l'aspect technique de la mise aux normes sont les deux principales difficultés exprimées par les médecins généralistes interrogés. En effet, dans les deux cas, 92 médecins (soit 51,4 % de l'échantillon) rapportaient des difficultés dans l'application de cette loi dues à ces deux aspects.

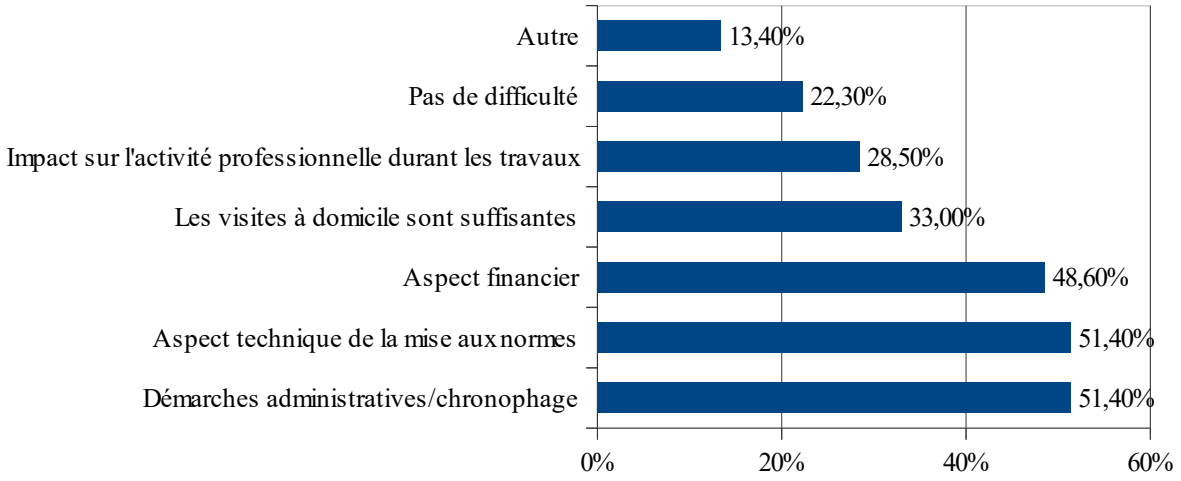


Illustration 10: Difficultés exprimées par les médecins interrogés

- **<u>Changement dans l'approche du handicap</u>**

La majorité des médecins des interrogés (157 soit 87,7 %) n'exprime pas de changement dans leur approche du handicap depuis l'application de la loi Handicap. 12,3 % déclarent que l'application de la loi entraîne une modification de leur approche du handicap.

- **Expérience du handicap (aigu ou chronique) du médecin interrogé**

→ personnelle

Une majorité des médecins interrogés n'a pas déclaré avoir expérimenté une situation de handicap chronique ou aiguë avec 84,9 % (n = 152) contre 15,1 % (n = 27).

→ dans son entourage proche

122 médecins (68,2 %) ont exprimé avoir dans leur entourage une expérience de handicap contre 57 (31,8 %) n'ayant pas dans leur entourage de personnes ayant ou ayant eu de handicap (aigu ou chronique).

3. Analyse de la tendance des réponses au questionnaire

3.1. Avertissement au lecteur

Il est important que le lecteur considère que cette partie correspond à une tendance observée. Elle ne peut pas être extrapolée à l'ensemble des cabinets de la Réunion. En effet, l'échantillon étudié même si conséquent, ne peut être représentatif de l'ensemble des médecins généralistes installés à la Réunion, car le questionnaire a été rempli sur la base du volontariat. Ainsi, les 179 médecins ayant répondu à ce questionnaire sur l'ensemble des 477 cabinets réunionnais contactés (comportant 742 médecins) nous permettent de définir une tendance dans le but de caractériser les deux populations étudiées (score d'accessibilité < 70 % vs > ou = à 70 %).

3.2. Comparaison des populations selon le score d'accessibilité

- **Proportion score C versus score B**

Ainsi, nous avons obtenu la répartition de l'échantillon suivant :

- 96 des médecins interrogés ont obtenu un score d'accessibilité déclarée ≥ 70 % correspondant au groupe « score B », soit 53,6 %
- 83 des 179 médecins interrogés ont obtenu un score d'accessibilité déclarée < 70 % correspondant au groupe « score C », soit 46,4 % de l'échantillon

A noter que pour les scores extrêmes, nous avons obtenu les résultats suivants :

- 44 des médecins interrogés ont obtenu un score d'accessibilité déclarée de 100 % = score A, soit 24,6 % de l'échantillon
- 8 médecins interrogés se déclaraient non aux normes correspondant à un « score D », soit 4,5 % de l'échantillon.

NB : le score B (≥ 70 %) inclut le score A (= 100%) ; de même que le score C (< 70 %), inclut le score D (= 0%).

- **Sexe**

Dans le groupe B (score ≥ 70 %), on constate que la **proportion de femmes est plus importante** que dans le groupe C (score < 70 %) avec **35,4 %** vs 19,3 %. Cette différence s'annule lorsque l'on compare les extrêmes avec des répartitions homme-femme semblables dans les deux groupes : score D (0 %) comportant 62,5 % d'homme pour 37,5 % de femme contre respectivement 63,6 % et 36,4 % dans le groupe score A (100 %).

	Score B		Score C	
	n	%	n	%
Homme	62	64,6%	67	80,7%
Femme	34	35,4%	16	19,3%
total	96	100,0%	83	100,0%

Illustration 11: Pourcentage Homme/Femme selon le score d'accessibilité

- **Âge des médecins interrogés**

La répartition des âges est plus homogène dans le groupe B que dans le groupe C. Les médecins ayant répondu à ce questionnaire et dont le score d'accessibilité était nul, étaient âgés de 45 à 59 ans. Pour ceux dont le score était de 100 %, la répartition était plus étalée.

- **Âge de la première installation**

L'âge lors de la première installation était plutôt semblable pour les deux catégories de médecins (dont les scores d'accessibilité étaient de < 70 % et ≥ 70 %)

		Score global d'accessibilité							
		Score D (0%)		Score C (<70%)		Score B (≥70%)		Score A (100%)	
Âge du médecin	< 35 ans	0	0,0%	2	2,4%	1	1,0%	0	0,0%
	entre 35 et 44 ans	0	0,0%	11	13,3%	21	21,9%	9	20,5%
	entre 45 et 54 ans	5	62,5%	29	34,9%	30	31,3%	14	31,8%
	entre 55 et 59 ans	3	37,5%	17	20,5%	17	17,7%	12	27,3%
	entre 60 et 64 ans	0	0,0%	11	13,3%	19	19,8%	7	15,9%
	> ou = à 65 ans	0	0,0%	13	15,7%	8	8,3%	2	4,5%

- **Année d'installation dans le cabinet actuel**

Les médecins ayant estimé leur cabinet moins accessible (groupe C < 70 %) se sont installés à 76 % avant 2005 (24 % s'étant installés après cette date). En revanche dans le groupe B (score d'accessibilité ≥ 70 %) la différence est moins importante : 52,1 % installés avant 2005 et 47,9 % installés après 2005.

- **Localisation du cabinet**

Une tendance ressort de l'analyse du lieu d'exercice des médecins. Un score d'accessibilité élevé semble inversement proportionnel à l'exercice en milieu rural : 22,9 % des médecins ayant un score C (< 70 %) exercent en milieu rural contre 15,6 % ayant un score B (≥ 70 %).
Le fait d'exercer en milieu urbain ou semi-urbain ne semble pas engendrer de différence notable.

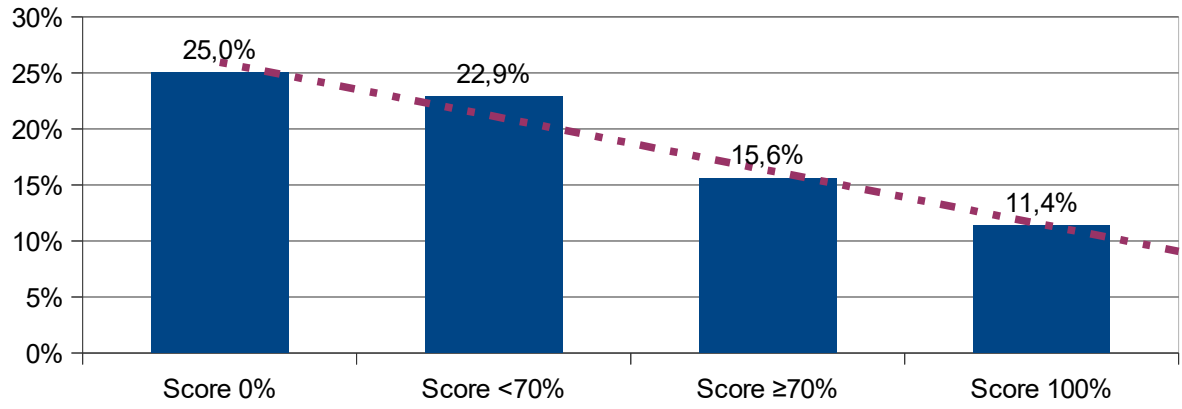


Illustration 12: Pourcentage de médecins exerçant en zone rurale en fonction du score d'accessibilité estimée

- **<u>Type d'exercice</u>**

Travailler en **groupe** semble être un facteur augmentant le score d'accessibilité estimée par les médecins interrogés.

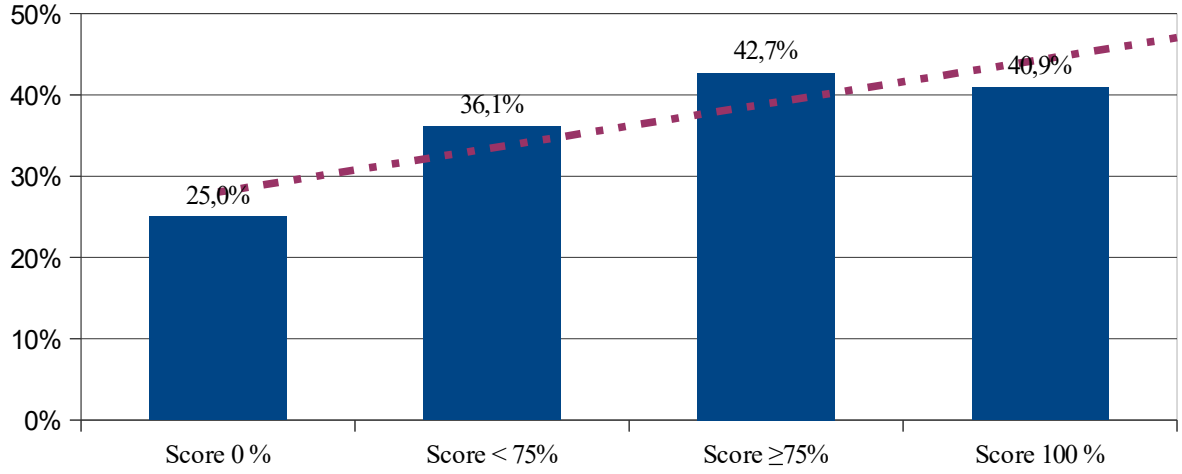


Illustration 13: Pourcentage de médecins interrogés exerçant en groupe en fonction du score d'accessibilité estimée

Avec 42,7 % de médecins ayant un score d'accessibilité estimée à plus de 70 % exerçant en groupe contre 36,1 % pour les médecins ayant un score inférieur à 70 % ; la tendance se confirme pour les scores extrêmes avec respectivement 40,9 % du groupe score d'accessibilité à 100 % contre 25 %

pour ceux ayant un score nul à exercer en cabinet de groupe.

- **Type de bâtiment**

Le type de bâtiment dans lequel exercent les médecins ne semble pas être un élément ayant une influence sur le score d'accessibilité estimée contrairement à l'étage où se trouve le cabinet. En effet, la courbe de tendance indique que plus le score est élevé, moins le pourcentage de médecins exerçant au 1er étage est élevé.

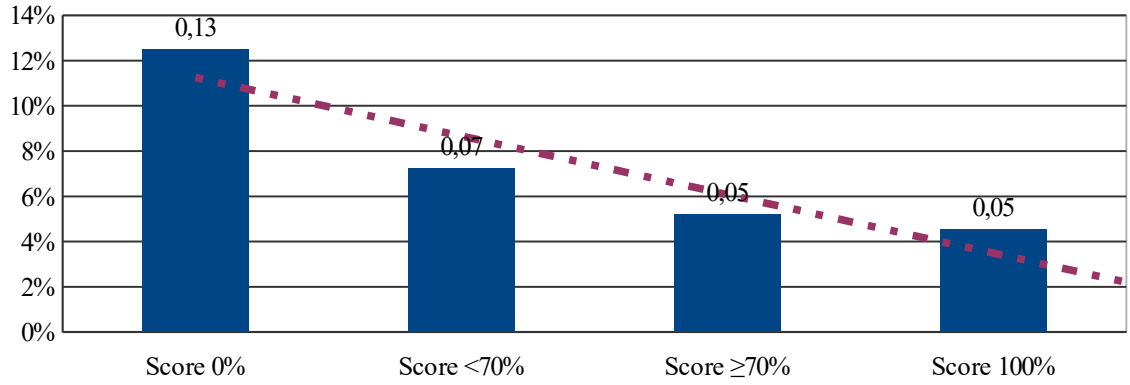


Illustration 14: Pourcentage de médecins exerçant au 1er étage en fonction du score d'accessibilité

- **Statut**

Le statut propriétaire/locataire ne semble pas influencer le score d'accessibilité estimée par les médecins, car les proportions sont superposables pour les quatre catégories.

	Score D (0%)	Score C (<70%)	Score B (≥70%)	Score A (100%)
LOCATAIRE	75,0%	77,1%	71,9%	75,0%
PROPRIETAIRE	25,0%	22,9%	28,1%	25,0%

- **Ancienneté du cabinet**

L'ancienneté du cabinet semble corrélée avec un score d'accessibilité faible. En effet, 77 % (n = 37) des médecins exerçant dans des cabinets plus récents (≤ 10 ans) estiment leur cabinet accessible à plus de 70 %. Tandis que seuls 45 % (n= 59) des médecins ayant un cabinet depuis au moins 10 ans estiment leur score d'accessibilité supérieur ou égal à 70 %.

Ancienneté de votre cabinet	Score D (0%)		Score C (< 70%)		Score B (≥ 70%)		Score A (100%)	
< 5 ans	0	0,0%	5	6,0%	16	16,7%	10	22,7%
entre 5 et 10 ans	0	0,0%	6	7,2%	21	21,9%	12	27,3%
entre 10 et 30 ans	5	62,5%	45	54,2%	42	43,8%	15	34,1%
> 30 ans	3	37,5%	27	32,5%	17	17,7%	7	15,9%

Illustration 15: Pourcentage de médecin par score d'accessibilité en fonction de l'ancienneté du cabinet (en années)

- **Superficie du cabinet**

La superficie du cabinet ne semble pas influer sur l'accessibilité estimée par les médecins interrogés.

Superficie de votre cabinet	Score D (0%)		Score C (< 75%)		Score B (≥ 75%)		Score A (100%)	
< 50m²	2	25,0%	17	20,5%	10	10,4%	7	15,9%
50-75m²	3	37,5%	38	45,8%	39	40,6%	18	40,9%
75-100m²	3	37,5%	19	22,9%	26	27,1%	9	20,5%
100-150m²	0	0,0%	8	9,6%	18	18,8%	8	18,2%
> 150m²	0	0,0%	1	1,2%	3	3,1%	2	4,5%

- **Nombre de patients**

Le nombre de patients déclarés par les médecins ayant un score d'accessibilité C (< 70 %) est supérieur (n = 1880) à celui des médecins ayant un score B (≥ 70 %) (n = 1434).

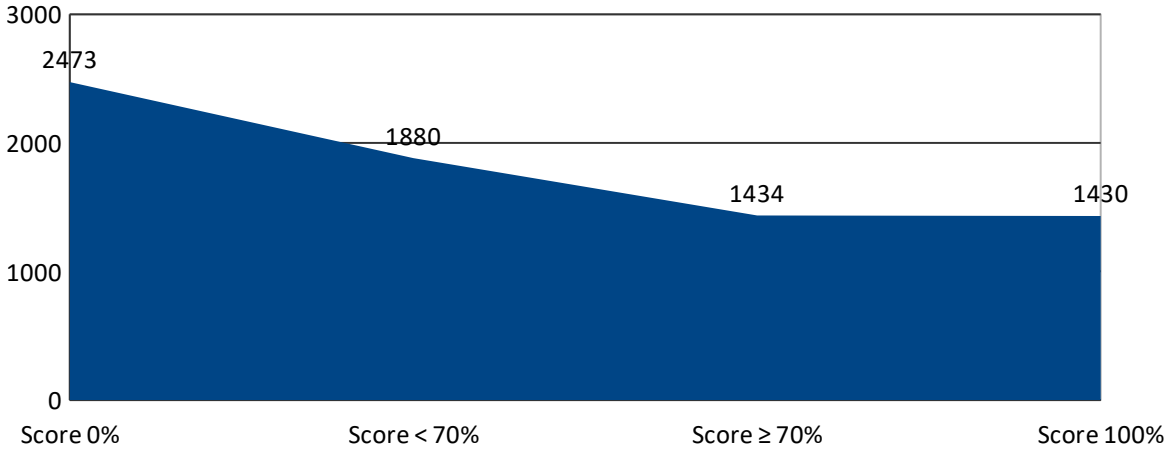


Illustration 16: Nombre de patients déclarés selon le score d'accessibilité

Concernant l'estimation du nombre de patients présentant un handicap, on notera que hormis pour la

cécité, plus le score d'accessibilité estimée est bas et plus le nombre de patients atteints du handicap est bas.

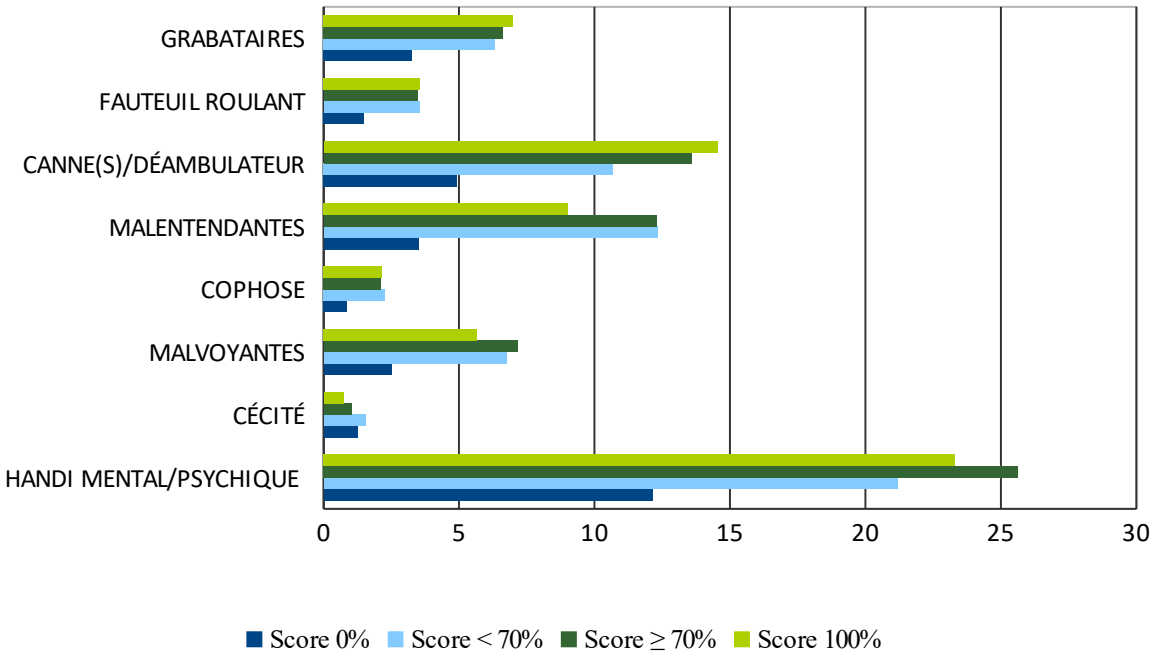


Illustration 17: Nombre de patients par type de handicap estimé par le médecin interrogé selon son score d'accessibilité

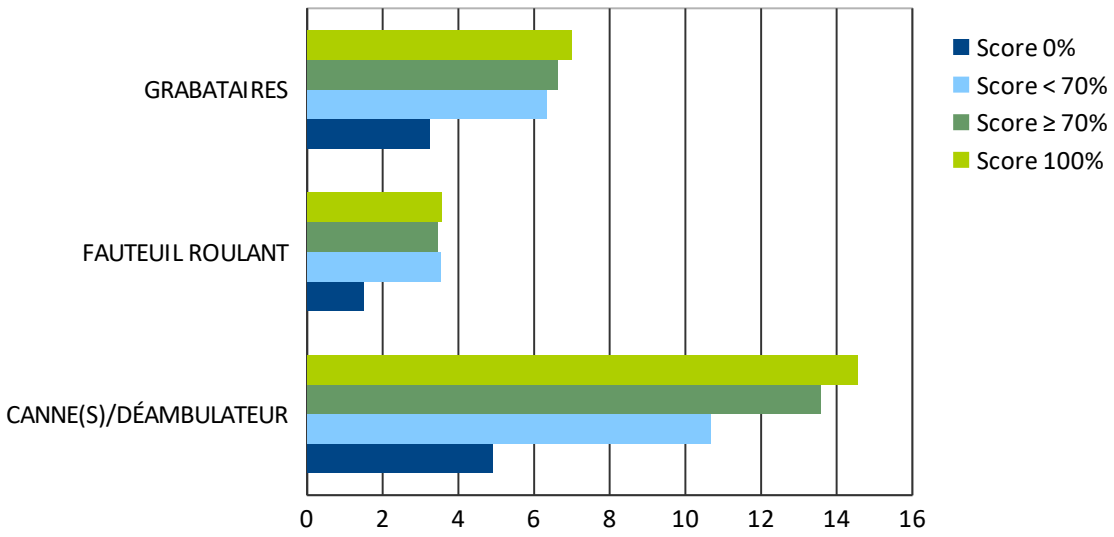


Illustration 18: Nombre d'handicapés moteurs estimé par les médecins en fonction de leur score d'accessibilité

- **Dans les trois derniers mois : nombre de personnes vues en VAD en raison d'un handicap chronique ou aigu**

Peu de différence entre les quatre groupes concernant les visites à domicile.

- **Normes du cabinet avant l'application de la loi sur l'accessibilité (27 septembre 2015)**

Une proportion plus importante de médecins n'ayant pas déposé leur Ad'AP estimait avoir leur cabinet aux normes avant septembre 2015 (49,6 % contre 46,4 %)

		Accessibilité estimée du cabinet avant Septembre 2015			
		oui	non	nsp	total
Dépôt de l'Ad'AP oui	n =	26	28	2	56
	%	46,4%	50,0%	3,6%	
Dépôt de l'Ad'AP non	n =	61	44	18	123
	%	49,6%	35,8%	14,6%	
total		87	72	20	179

➔ **Avez-vous effectué le dépôt de votre Agenda d'Accessibilité Programmée ?**

dépôt Ad'AP	Score 0%	Score < 75 %	Score ≥ 75%	Score 100%
OUI	25,0%	28,9%	33,3%	34,1%
NON	75,0%	71,1%	77,1%	65,9%

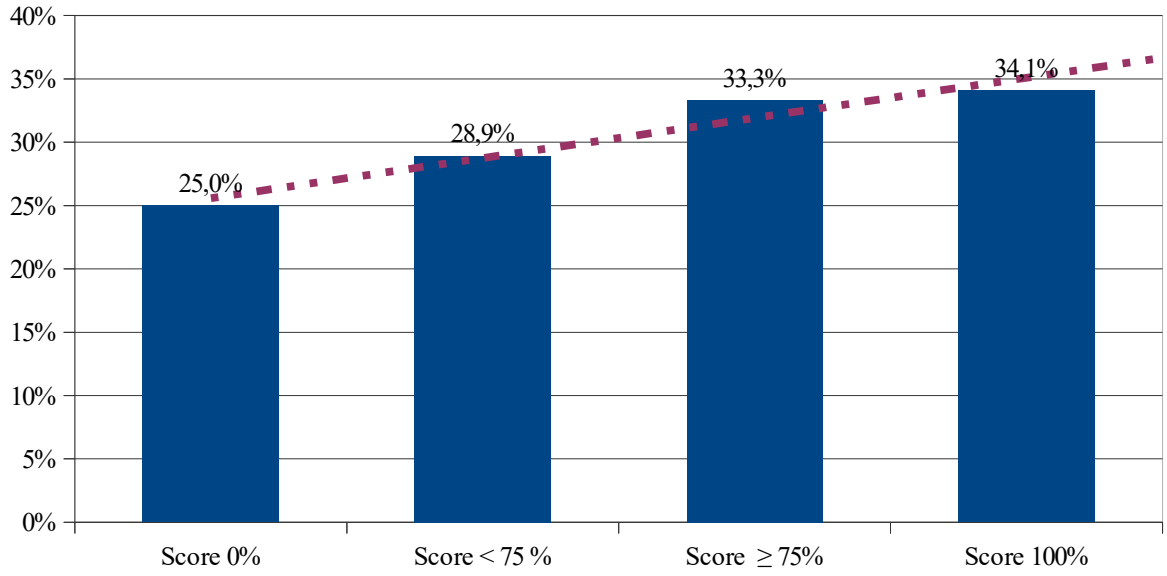


Illustration 19: Pourcentage de médecins interrogés ayant déposé leur Ad'AP en fonction de leur score d'accessibilité estimée

- **Nombre d'années à travailler**

	n	%
Score 0%	0	0%
Score < 70%	18	66,7%
Score ≥ 70%	9	33,3%
Score 100%	0	11,1%

Le tableau ci-dessus, indique les proportion de médecins souhaitant poursuivre leur activité pour une durée de moins de trois ans.
Nous constatons donc que ces médecins ont principalement un score d'accessibilité estimée inférieur à 70 % (en moyenne à 66,7 %) contre 33,3 % d'entre eux ayant un score ≥ 70 % (dont 11,1 % avec un score = 100 %).

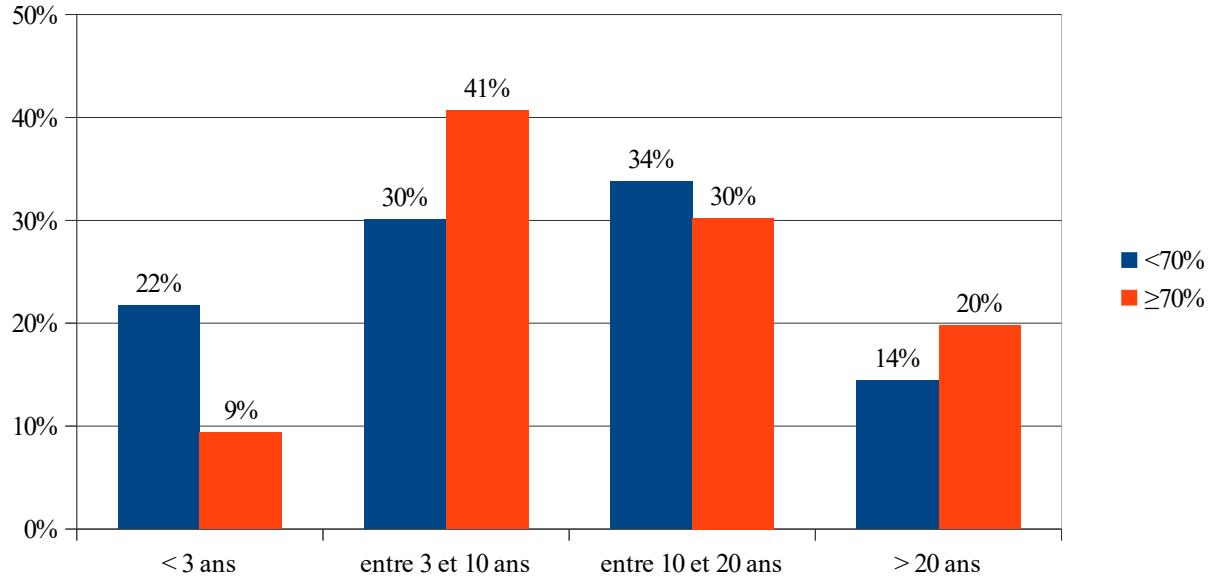


Illustration 20: Nombre d'années d'exercice restant (pourcentage de médecins en fonction de 4 tranches d'années)

- **Impact de l'application de la loi**

SCORE D'ACCESSIBILITE	0%	<70%	≥70%	100%
NON	87,5%	73,5%	88,5%	90,9%
Changement ou cessation d'activité professionnelle	12,5%	7,2%	2,1%	0,0%
Changement de local prévu	0,0%	8,4%	2,1%	2,3%
Retraite anticipée	0,0%	8,4%	4,2%	2,3%
Augmentation de la patientèle notamment handicapée	0,0%	1,2%	2,1%	4,5%
Passage au salariat	0,0%	1,2%	1,0%	0,0%
NSP	0,0%	1,2%	1,0%	0,0%
autre*	0,0%	7,2%	5,2%	0,0%

* < 70 % - Aménagement du cabinet
- C'est une bonne chose pour les gens !
- Augmentation de la patientèle mais pas souhaitée par le médecin
- Toutes ces contraintes stupides et onéreuses ne me donne qu'une envie : tout liquider et quitter la France
- Si on m'oblige, je ferme le cabinet
- Pas de changement si on ne m'oblige pas a faire un emprunt important

* ≥ 70 % - Non car notre cabinet est accessible...
- Non, je me suis mis aux normes
- si je dois avoir un nouveau cabinet, je serai aux normes
- éventuellement au salariat mais pas directement lié à cette loi
- selon la pression administrative

Le groupe dont le score d'accessibilité estimée est inférieur à 70 % est celui évoquant le moins d'impact lié à l'application de la loi (73,5 % contre respectivement 87,5 % ; 88,5 % et 90,9 % pour ceux des scores à 0 % ; ≥ 70 % et 100 %).

Le groupe dont le score est nul, outre l'absence d'impact, estime pour 12,5 % que le changement ou cessation d'activité professionnelle est envisageable (contre 7,2 % pour ceux du groupe < 70 % et 2,1 % pour le groupe ≥ 70 %). À noter qu'aucun des médecins interrogés ayant un score d'accessibilité estimée à 100 % n'a évoqué le changement ou la cessation d'activité comme étant une possibilité.

- **Difficultés évoquées dans l'application de cette loi**

La proportion de médecins n'éprouvant pas de difficulté du fait de l'application de la loi augmente plus leur score d'accessibilité est élevé.
À l'inverse, plus le score diminue et plus les difficultés sont évoquées (cf graphique 3-5 n°2).

SCORE D'ACCESSIBILITE	0%	<70%	≥70%	100%
Je n'éprouve pas de difficulté	0,0%	10,8%	32,3%	43,2%
Démarches administratives et aspect chronophage	75,0%	60,2%	43,8%	36,4%
Aspect technique	50,0%	56,6%	46,9%	38,6%
Aspect financier	62,5%	54,2%	44,8%	38,6%
Impact durant les travaux	62,5%	39,8%	20,8%	15,9%
VAD suffisantes	62,5%	42,2%	26,0%	34,1%
Impact sur l'activité professionnelle durant les travaux	25,0%	14,5%	11,5%	4,5%

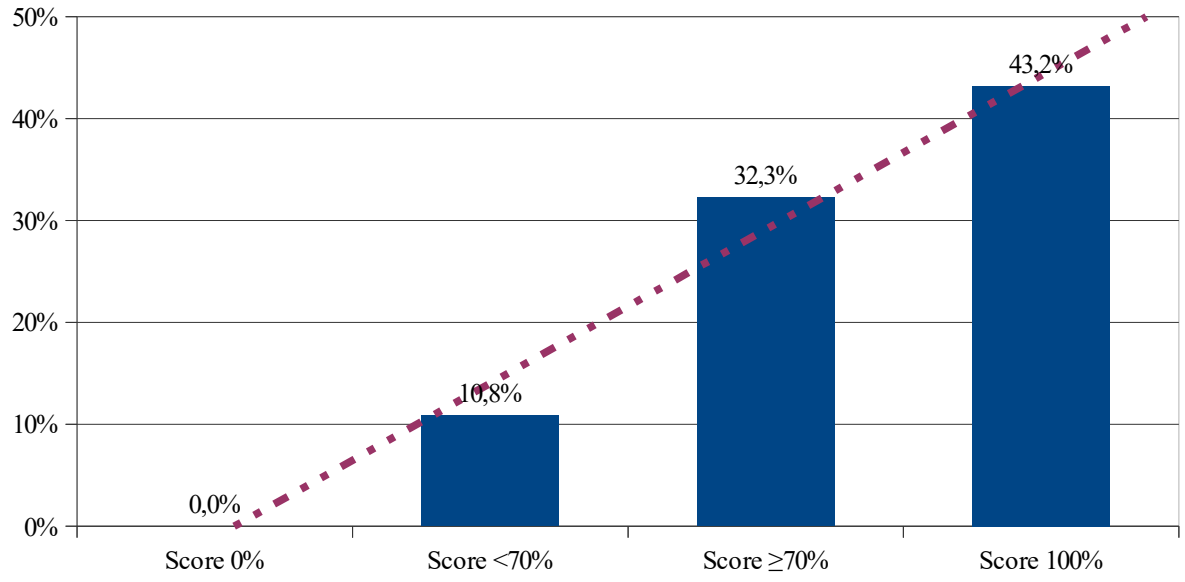


Illustration 21: Pourcentage de médecins n'éprouvant pas de difficultés en fonction de leur score d'accessibilité

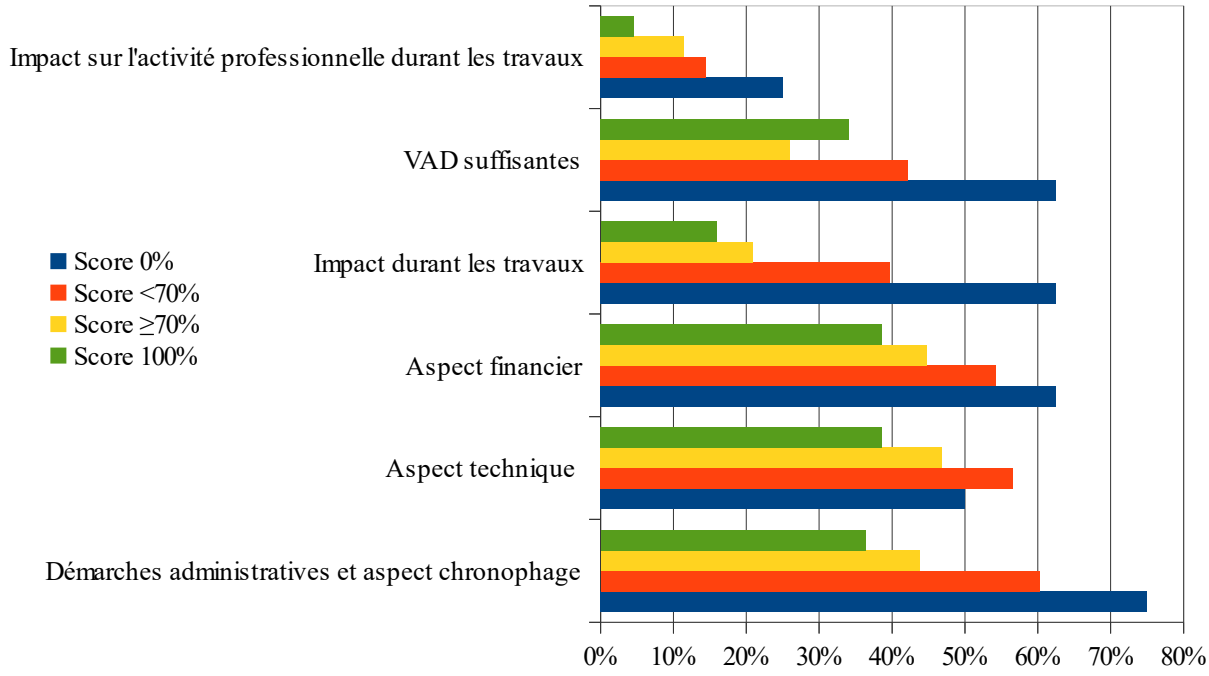


Illustration 22: Pourcentage de médecins répartis selon les 4 groupes d'accessibilité selon les difficultés rencontrées

- **<u>Changement de l'approche du handicap</u>**

Il existe peu de variation dans les proportions de médecins généralistes selon les scores d'accessibilité estimée concernant l'approche du handicap.

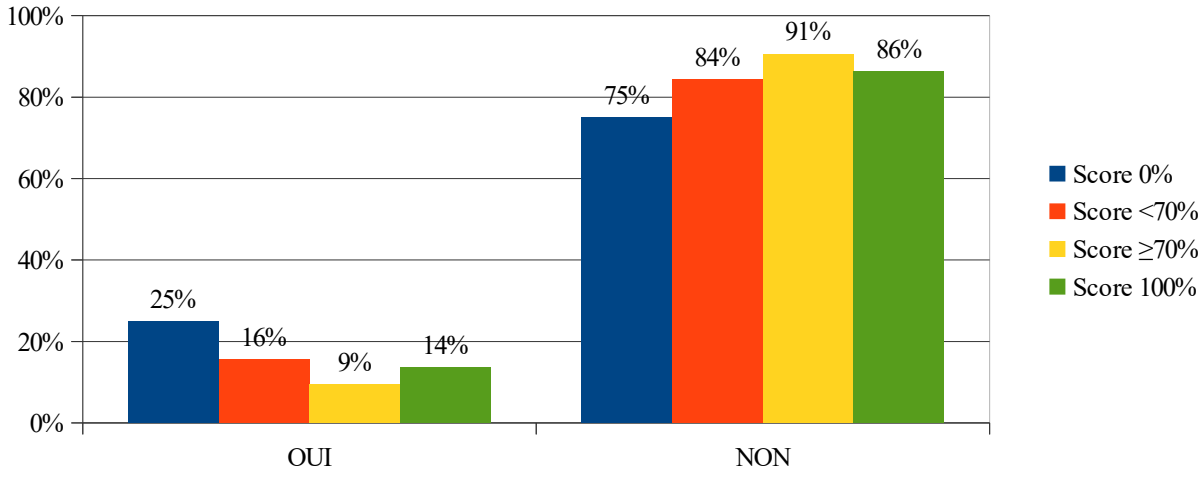


Illustration 23: Pourcentage de médecins répartis en 4 groupes d'accessibilité selon la modification ou non de leur approche du handicap depuis l'application de la loi

- **<u>Expérience du handicap (aigu ou chronique) du médecin interrogé</u>**

→ personnelle

La proportion de médecins généralistes interrogés ayant vécu une situation de handicap semble indépendante du score d'accessibilité estimée. Il ne semble pas exister de lien entre le vécu d'une situation de handicap et l'accessibilité du cabinet.

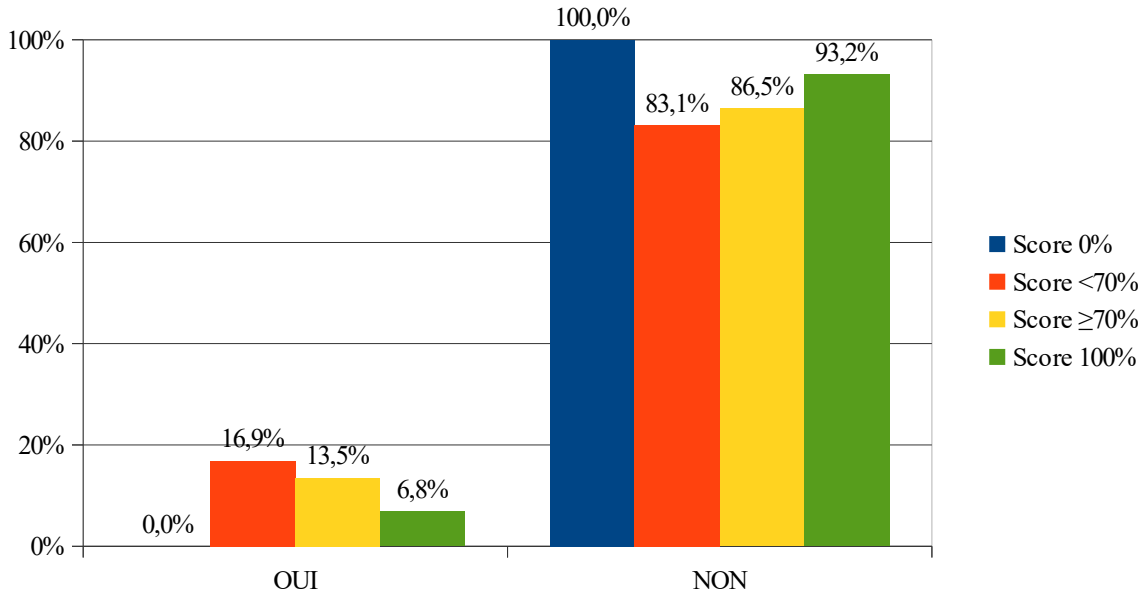


Illustration 24: Pourcentage de médecins répartis en 4 groupes d'accessibilité ayant rapporté ou non avoir vécu personnellement un handicap aigu ou chronique

→ dans son entourage proche

De même, il ne semble pas exister de lien entre l'expérience dans l'entourage d'une situation de handicap et l'accessibilité du cabinet.

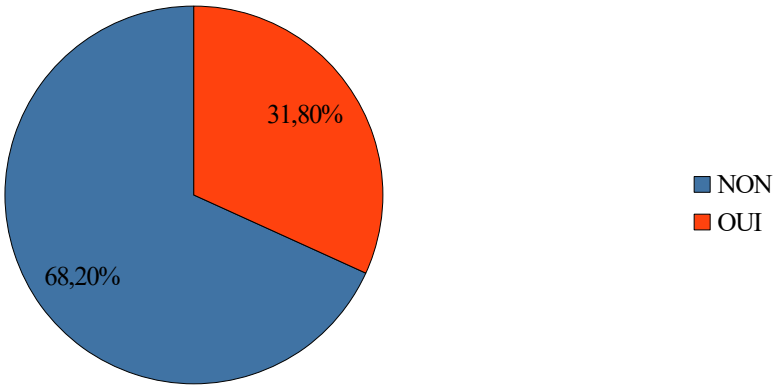


Illustration 25: Expérience du handicap dans l'entourage

4. Commentaires libres des médecins interrogés

En fin de questionnaire, nous avions laissé aux médecins interrogés la possibilité de s'exprimer librement sur ce sujet. Voici les 19 réponses obtenues selon cinq thématiques :

1. MESURES INUTILES/DISPROPORTIONNEES entre coût (financier, moral, de temps) et bénéfice apporté :

- « J'ai donné des chiffres très approximatifs. Pour l'accessibilité : **beaucoup trop compliqué, cher et chronophage**. Je n'ai pas fait mes études pour m'occuper de telles stupidités. Même si nous n'étions pas aux normes (au centimètre près), nos **patients handicapés avaient un accès facile à notre cabinet** et pouvaient aller aux toilettes... »

- « Pour les personnes handicapées, les **visites à domicile sont prévues pour cela ;** la mise aux normes **n'apportera rien de plus à la patientèle** »

- « Les patients handicapés qui viennent au cabinet sont **pris en charge en priorité** lorsqu'ils viennent le matin (sans rendez-vous) sinon je leur propose un rendez-vous sur les plages "sur rendez-vous" l'après-midi. »

- « Il est évident que la très très grande majorité des personnes handicapées sont **vues à leur domicile** ..Bon courage... »

- « Trop de contraintes pour **peu de patients concernés** des normes pondues par des fonctionnaires »

- « En 6 ans **pas un seul vrai handicapé n'a utilisé mes toilettes** qui sont aux normes ! »

- « Cette loi me paraît **disproportionnée** dans ses décrets d'application, augmente de façon significative les coûts de construction, que de temps et d'argent perdu pour un **intérêt général à la marge**, comparé à l'importance de la transition énergétique par exemple concernant la mobilisation de travaux de rénovation, mais le lobbying, la bien-pensance et le politiquement correct semble rendre myopes les décideurs. »

2. MESURES INCOHERENTES : rendre accessible d'abord accessibles la voirie et services de l'État et/ou autres services privés

- « il faudrait surtout questionner les **spécialistes** car pour nos patients ainsi que les ambulanciers ça changerait la vie! Quand je vois un ORL, un ophtalmo et un cardio au 1er étage, c'est pas évident pour nos patients! Je pense que **les médecins généralistes sont plus adaptés que les spécialistes**. »

- « Les **bâtiments publics doivent être aux normes pour recevoir »**

- « Parler d'accessibilité des cabinets médicaux alors que les **trottoirs ne sont** même **pas accessibles** aux personnes valides et/ou en fauteuil roulant est déplacé... »

- « on nous oblige à des normes mais à l'extérieur, la **mairie ne rend pas la voie publique accessible »**

- « Cette disposition est à prévoir uniquement **pour des nouveaux locaux**. »

3. PAS ou PEU DE TRAVAUX PREVUS/PEU CONCERNÉ

- « À noter que je suis officiellement installée seulement depuis 3 mois, alors je n'ai pas encore les données chiffrées concernant les nombres de patients handicapés..... Le cabinet date de moins de 10 ans, et est **globalement aux normes**. Bon courage pour votre étude. Cordialement »

- « Nous avons fait un diagnostic d'accessibilité. Nous avons **peu de travaux à faire. »**

- « **achat de local neuf** prévu **non en rapport** avec la loi. »

4. FAVORABLE A CETTE LOI

- « **Je suis d'accord avec cette loi**, mais la mise aux normes de mon cabinet est **impossible car il est trop petit**. »

- « Mon cabinet est **accessible** pour les ambulances/services d'urgences etc. **Je suis sensibilisée** car je dois **chercher régulièrement des kiné accessibles** pour mes patients... »

5. AUTRES

- « Cela **changera mon approche de l'État**! »

- « Il me semble que le cabinet est accessible mais je peux me tromper, il n'y a pas eu de diagnostic à ce niveau. **A qui s'adresser??? Quel montant devra être engagé? Y a t il des aides prévues? »**

IV. DISCUSSION

1. Résultats principaux et implication majeure

1.1. Résumé des tendances notables

En comparant le groupe B (score ≥ 70 %) au groupe C (score < 70 %), les résultats suivants sont les plus notables :
- La proportion de femmes est plus importante dans le groupe B que dans le groupe C
- La proportion de médecins installés avant 2005 est moins importante dans le groupe B que dans le groupe C
- La proportion de médecins exerçant en milieu rural est moins élevée dans le groupe B (15,6 %) que dans le groupe C (22,9 %)
- La proportion de médecin du groupe B (42,7 %) exerçant en groupe est plus élevée que dans le groupe C (36,1 %)
- La proportion de médecin du groupe B exerçant au premier étage est moins importante que dans le groupe C
- Le nombre de patients déclarés est plus important dans le groupe C (1 880 patients) que dans le groupe B (1 434 patients) contrairement à l'estimation du nombre de patients handicapés
- La proportion de médecins du groupe B ayant déposé leur Ad'AP (33,3 %) est discrètement supérieure à celle du groupe C (28,9 %)
- La proportion de médecin souhaitant cesser leur activité dans moins de 3 ans est plus élevée dans le groupe C (66,7 %) que dans le groupe B (33,3 %)
- Une plus importante proportion de médecins du groupe B (88,5 %) a déclaré que l'application de cette loi n'aura pas d'impact sur leur activité professionnelle par rapport au groupe C (73,5 %).
- La difficulté liée à l'application de cette loi la plus fréquemment déclarée dans le groupe C est l'aspect chronophage & démarches administratives (60,2 %) tandis que dans le groupe B l'aspect technique est la première difficulté évoquée (46,9 %).

1.2. Objectifs de l'étude et implications

Notre étude a permis de répondre à l'objectif primaire qui était de déterminer *l'estimation de l'accessibilité des cabinets de médecine générale à la Réunion par les médecins eux-mêmes* à l'aide d'un score d'accessibilité que nous avons établi.
Le **score d'accessibilité moyen** estimé par les médecins interrogés était de **67,1 %**. Aussi, **53,6 % des médecins interrogés ont obtenu un score d'accessibilité estimée ≥ 70 %**.
Cette enquête nous a permis d'explorer ce thème pour la première fois sur le département de la Réunion.

Notre étude a également permis de répondre à nos quatre objectifs secondaires :
- *Caractériser les médecins généralistes ayant renvoyé leur agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP).* La proportion de médecins interrogés ayant renvoyé leur Ad'AP a tendance à augmenter parallèlement au score d'accessibilité estimée.
- *Hiérarchiser les freins à la mise en œuvre des travaux d'accessibilité :* La difficulté évoquée le plus fréquemment dans le groupe score < 70 % était l'importance des démarches administratives et l'aspect chronophage ; tandis que dans le groupe ≥ 70 % l'aspect technique apparaissait comme le principal frein.
- *Déterminer la proportion de médecins n'ayant pas renvoyé leur Ad'AP ainsi que les raisons de ce non-renvoi.* Dans l'échantillon étudié (n = 179), 123 médecins ont déclaré ne pas avoir

renvoyé leur Ad'AP soit 68,7 %. Les quatre grandes causes de ce non-renvoi sont par ordre de fréquence : méconnaissance de la loi/manque d'information (34 %), cabinet déjà accessible (20 %), manque de compréhension (17,8 %), oubli/négligence (12,2 %).

- *Déterminer l'impact déclaré par les médecins interrogés sur leur activité professionnelle*. Parmi les médecins interrogés, 81,6 % (n = 146) ont déclaré que l'application de cette loi n'aura pas d'impact sur leur activité professionnelle contre 6 % envisageant une retraite anticipée, 5 % projetant un changement de local, 5 % envisageant de changer ou de cesser leur activité.

Ces résultats indiquent que malgré une estimation de l'accessibilité plutôt correcte peu de médecins interrogés ont envoyé leur Ad'AP.
Le non-renvoi de l'Ad'AP est dû, selon les médecins interrogés, à un manque de connaissances et/ou compréhension de la loi. Nous pouvons donc nous interroger sur :

- Les moyens de communication utilisés envers les médecins et entre les médecins
- Les outils pratiques à mettre en place pour palier ce problème de communication
- Les aides pratiques à proposer aux médecins pour éviter cette complexité

Nous aborderons ces trois points les parties 5 et 6 (ouverture et propositions).

2. Forces et faiblesses de notre travail

2.1. Introduction et choix des objectifs

> généralités
Nous avons décidé de ne pas aborder les évolutions législatives en matière d'accessibilité aux personnes handicapées en France ou dans le monde afin de ne pas surcharger notre introduction. Toutes ces informations ont été divulguées en annexe (annexes 2 et 3).

> objectif primaire
L'objectif initial était de mesurer l'accessibilité des cabinets de médecine générale des médecins installés à la Réunion et non une perception. Nous avions penser à tord que l'impact du déclaratif serait « compensé » par le caractère objectif des questions posées : êtes-vous aux normes ? (oui/non/NSP).
Or, étudier une variable par une auto-évaluation ou une estimation implique d'emblée des biais inhérents tels que le biais d'auto-complaisance. Ce biais d'auto-complaisance a été décrit en 1975 par Lee Ross et Dale T. Miller sous le terme de « self-serving bias » [(26)] Par ce biais, la personne interrogée essaie d'améliorer son image et de plaire à l'investigateur.
Ce choix méthodologique par rapport à l'objectif et à la question initiale de recherche n'était donc pas adapté.

> objectifs secondaires
Les objectifs secondaires choisis sont au nombre de quatre ce qui semble important pour une thèse de médecine générale.
Concernant le nombre de médecins ayant renvoyé leur Ad'AP, cette donnée devrait être fournie par la préfecture de Saint-Denis. Au début de cette enquête, nous n'avions pu avoir accès à cette information.
Nous pouvons supposer que la proportion de médecins répondant à notre questionnaire et ayant renvoyé leur Ad'AP peut être sur évaluée par auto-complaisance. Quant au groupe de médecins ne l'ayant pas envoyé, le risque est d'être sous-estimé par désirabilité sociale.

Concernant le deuxième objectif qui était de hiérarchiser les freins à la mise en œuvre de cette loi, nous nous sommes basés sur la fréquence à laquelle les médecins interrogés les citaient. Il aurait été intéressant, mais plus long, de proposer à chaque médecin de hiérarchiser lui-même chaque proposition.
Le troisième objectif secondaire aurait pu apparaître comme un complément au premier à savoir caractériser les médecins ayant envoyé leur Ad'AP.
Enfin le quatrième objectif secondaire concernant la répercussion de la loi sur la pratique médicale correspond également à un recueil de données déclaratives. Son impact est assez modeste sur le plan méthodologique d'autant qu'il s'agit de questions à choix multiples. Il aurait été plus adapté de recourir pour cet objectif à une question ouverte avec une approche qualitative.

2.2. Chapitre matériel et méthode

> sur le choix du sujet
Le choix d'étudier l'accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes porteuses de différents types de handicap était probablement assez ambitieux de notre part. En effet, les précédentes thèses effectuées sur ce sujet, portaient principalement sur un seul type de handicap. Les Thèses de E. DORMALE-BENOIT à Arras [(25)], celle de D. Bernard Bourdon portent sur le handicap moteur [(24)] , quant à la Thèse de doctorat en psychologie de N. BALTENNECK en 2010 porte sur le handicap visuel [(27)] . Les références sur le handicap auditif sont discrètement moins fréquentes [(28)] .
Le projet d'aborder l'ensemble des handicaps en un seul travail, bien qu'ambitieux, a entraîné des imprécisions et un choix d'étude de faible niveau de preuve.

> sur le type d'étude
La principale faiblesse de notre travail, comme nous l'avons souligné précédemment, est le type d'étude choisi. En effet, il s'agit d'une étude déclarative avec un niveau de preuve faible (grade C des recommandations et niveau de preuve 4).
Nous avons utilisé ce mode déclaratif pour permettre aux médecins de s'exprimer et émettre leur opinion. Nous souhaitions privilégier l'échange à l'évaluation technique.

> sur l'échantillon :
Nous n'avons pas souhaité interroger les 742 médecins recensés pour deux raisons : la première étant liée au risque d'obtenir des réponses redondantes pour les trois premières parties du questionnaire pour les médecins appartenant à un même cabinet et la seconde étant que sur les deux premières semaines d'enquête, il a fallu deux voire trois relances auprès du secrétariat pour obtenir la réponse d'un médecin. Opter pour une enquête auprès de tous les médecins aurait entraîné une sollicitation du secrétariat ou des médecins répondants trop importante.
Dans le but d'augmenter l'adhésion à notre projet et d'obtenir un nombre de sujets importants, nous avons pris pour échantillon un médecin par cabinet. Au lieu d'interroger les 742 médecins généralistes recensés, nous nous étions basés sur l'échantillon de 477 médecins (un médecin pour chacun des 477 cabinets de l'île). La sélection du médecin volontaire a pu entraîner un biais de sélection ou de recrutement, car basé sur le pur volontariat. Ainsi, en se basant sur des réponses uniquement fournies par une participation volontaire, nous avons un problème de fiabilité des données et de représentativité de l'échantillon.
Notons tout de même, concernant l'échantillon, que l'un des points forts de notre étude est d'avoir été menée sur un secteur large correspondant à un département entier et de couvrir l'ensemble du territoire par notre enquête.

> sur les modes de passation ou d'administration :
Afin d'augmenter le recrutement, nous avons proposé trois modes de réponses possibles (entretiens téléphoniques, face-à-face ou par internet). Bien que cette étude ait été menée par un seul examinateur, les passations téléphoniques ou visuelles pourraient avoir engendré des biais de réponse ou d'interprétation.
Ainsi certaines imprécisions du questionnaire étaient clarifiées oralement. Par exemple, devant les difficultés à la question « à combien estimez-vous le nombre de patients que vous avez ? » , des médecins interrogés souhaitaient des précisions (en comptant les enfants ?, sur AMELI ? En tout ? Avec mon associé ou sans?). Une réponse standard a été apportée verbalement à savoir le nombre de patients recensés sur le site AMELI (ce qui était précisé sur le questionnaire internet, mais ne pouvait être accentué dans le questionnaire internet par la suite).
Cependant, cette adaptabilité nous a probablement permis d'augmenter notre échantillon, mais également d'avoir un premier contact avec le médecin.

> sur la durée de l'étude et les relances :
La durée de notre étude (neuf semaines) a permis d'obtenir un nombre important de réponses. Aussi, le fait de s'être fixé deux relances par cabinet nous a permis un recrutement plus large.
Les relances téléphoniques ont été de deux pour la plupart des médecins. Or cela a pu entraîner une gêne dans l'exercice de médecins déjà contraints quotidiennement à des demandes téléphoniques.

> sur le nombre de sujets
Nous avons vu antérieurement que l'intérêt principal de notre travail réside dans l'étendue de la zone étudiée à savoir un département. Malgré un nombre de réponses correct (179 réponses), le taux de participation s'est révélé plutôt faible avec 37,5 % de répondants. Ce taux de réponse peut témoigner aussi de la difficulté à aborder ce sujet avec les médecins généralistes.

> sur le questionnaire
- temps d'exécution :
Le questionnaire a été testé sur trois médecins généralistes et le temps d'exécution semblait convenable. Or en pratique, au cours de la passation par mode téléphonique, quelques médecins ont exprimé leur impatience, mais aucun n'a écourté l'entretien. Cela interroge sur le nombre de médecins qui n'ont pas répondu entièrement au questionnaire par la voie internet du fait de sa longueur ou de sa complexité. Ce qui représenterait également un biais de recrutement.
Par ailleurs, la troisième partie du questionnaire a finalement apporté un éclairage assez modeste et aurait probablement dû être supprimée. En effet, elle s'est avérée d'une part peu contributive quant à notre problématique de recherche et d'autre part demandait un effort de mémorisation plus important pour le médecin et donc une durée d'entretien plus longue.

- problèmes de compréhension et de mémorisation :
Certaines questions, notamment celles relatives à la patientèle et aux nombres de patients présentant un handicap, nécessitaient de faire appel à des souvenirs. Le biais de mémorisation peut être à l'origine d'un manque de précision que nous avons tenté de compenser en effectuant des moyennes lorsque les réponses obtenues étaient des intervalles.

- effet d'influence :
Pour améliorer la participation, nous avons proposé l'administration du questionnaire par entretiens visuels en face-à-face ayant probablement pour conséquence un effet d'influence avec des réponses « socialement désirables ». Aussi, certaines questions peuvent être considérées comme touchant à des données sensibles (ex. : avez-vous/êtes-vous en situation de handicap aigu ou chronique?). Certaines réponses ont pu être influencées par la crainte d'un manque d'anonymat (notamment lors

des entretiens visuels ou téléphoniques).
Nous avions cependant essayé de rassurer les répondants en leur indiquant dès le début du questionnaire que toutes les données étaient anonymisées (un numéro par répondant).

- dilution des informations et induction :
Le quatrième chapitre relatif à l'application de la loi est composé de questions à choix multiples entraînant tout d'abord une dilution des informations. Il aurait été intéressant de proposer une hiérarchisation des réponses. Aussi, ces questions à choix multiples ont probablement induit des réponses.

> sur le score d'accessibilité

➔ Élaboration du score

Nous avons proposé un score d'accessibilité que nous avons nous-même établi. De notre point de vue, ce score englobait les principaux points relatifs à l'accessibilité des cabinets.
L'outil utilisé à cet effet était un questionnaire dont les réponses obtenues ont permis d'établir un score que nous avons nous-même conçu. Les sept items choisis correspondaient à sept points que nous avons jugés essentiels dans cette loi et pertinents quant à la pratique libérale.
Pour rappel, les sept items étaient :

1) Parc de Stationnement automobile : points de repère : au moins 2% des places doivent être accessibles - largeur 3.30m minimum
2) Cheminement extérieur : pente d'accès < 5% et largeur > 1.40 m - présence d'un palier de repos - absence d'obstacle/trous/fentes
3) Accès/Entrée : palier de repos - espace de manœuvre - ressaut < 2 cm - poignées adaptées
4) Accueil/Secrétariat : dimensions adaptées [hauteur/profondeur/largeur] - aire de manœuvre pour les fauteuils roulants - largeur des portes de 90 cm minimum
5) Cheminement intérieur : largeur des couloirs/portes - poignées adaptées - signalétique claire
6) Sanitaires : largeur de porte 80 cm minimum - espace de manœuvre ≥ 1.50 m - barre d'appui
7) Luminosité/Signalétique/Contrastes de couleur : lumens selon l'endroit du cabinet, poignées faciles à manœuvrer avec effort < 5 kg

Pour établir cette liste d'items, nous nous sommes basés sur le guide « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité – Être près pour le 1er janvier 2015 » élaboré par la délégation ministérielle à l'accessibilité. Cependant, certains points ont pu manquer dans le questionnaire : ex. la présence d'une table d'examen électrique dans la salle d'examen, des fauteuils adaptés aux patients, un pèse-personne adapté aux personnes obèses. Ces différents critères ne font pas partie des obligations légales, mais marquent l'intégration de la personne handicapée dans la société.

➔ Barème de notation

Le choix du barème peut être également discuté. Nous avons souhaité noter chaque médecin uniquement sur des critères que l'on pouvait étudier.
L'explication, concernant le cheminement nous ayant amené à proposer ce score d'accessibilité, peut avoir été assez complexe. C'est pour cette raison que nous avons consacré l'intégralité de l'annexe 7 à ce sujet. Il est possible que malgré toute notre bonne volonté, la clarification n'ai pas été suffisante.
Lors de l'étude des résultats, nous avions comparé deux propositions de barème P1 et P2 Annexe n°7.
Le score moyen obtenu lors de l'analyse des réponses par la proposition P1 était de 67,1 % tandis que le score moyen d'accessibilité obtenu avec la proportion P2 était de 64,3 %. Devant des moyennes semblables, nous sommes restés sur la proposition P1 qui était la proportion initiale à

savoir un barème allant d'une note sur 3 à une note sur 7 rapportée en pourcentage.

2.3. Recueil de données

➔ **Extrapolation**

Les médecins interrogés étaient des médecins issus d'une liste établie en couplant le registre du conseil de l'ordre des médecins OI ainsi que les pages jaunes. Or les médecins ayant répondu à ce questionnaire ont été volontaires. Nous ne pouvons donc pas extrapoler ces résultats à l'ensemble des médecins généralistes libéraux de la Réunion.

➔ **Un seul examinateur**

Le fait d'avoir qu'un seul examinateur pour le recueil des données permet d'avoir un biais d'examinateur moindre et est l'une des forces de ce travail.

➔ **Certaines données sensibles**

Concernant le nombre de patients présents dans la patientèle de chaque médecin, notre étude fait état de **1 642** patients par médecin (arrondi à l'unité près). Or d'après les données statistiques fournies par l'Assurance Maladie pour l'année 2014 concernant la patientèle, les médecins généralistes exerçant à la Réunion avaient **2 242 patients**. [29] On constate donc un différentiel de 600 patients qui peut être justifié par une sous-estimation devant l'absence dans certains cas d'indicateur. Nous pouvons supposer également qu'il s'agisse d'une sous-estimation par discrétion ou humilité.
Nous n'avons malheureusement pas pu obtenir de valeurs de référence quant aux différents types de handicap par patientèle.

Concernant les questions sur le vécu personnel du médecin interrogé par le handicap ou dans son entourage, nous pensions obtenir une sous-estimation des réponses.
Or, selon les données de l'OMS, au moins une personne sur sept serait touchée par le handicap (1 milliard sur une population en 2007 estimée à 7 milliards). Ce qui correspondrait à un nombre supposé de 26 médecins sur le 179 ayant répondu à ce questionnaire. Dans notre étude, 27 médecins ont déclaré avoir été ou être en situation de handicap. Ce nombre correspond à la moyenne évoquée par l'OMS, alors que nous pensions obtenir une sous-estimation de ce nombre par crainte des répondants d'un défaut d'anonymisation des données ou que l'investigateur soit un futur collègue. Ce résultat obtenu tend à crédibiliser les réponses obtenues ainsi que leur caractère reproductible.

Nous avons pu voir dans le chapitre Résultat que 40,2 % des médecins interrogés estimaient leur cabinet non-conforme aux normes. Ce qui ne semble pas influer sur l'approche du handicap déclarée par les médecins. En effet, il est assez étonnant de noter que 157 d'entre eux (soit 87,7 %) déclarent que cette loi n'a pas d'impact sur leur approche du handicap.

Concernant le pourcentage de médecins estimant leur cabinet non-conforme aux normes, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il s'agisse d'une réponse « honnête » et peu influencée par le biais de complaisance. En effet, il semble probable que les médecins savent les failles que présente leur cabinet au regard de la législation, et qu'ils n'ont pas eu de gène à l'exprimer (réponse « avouable »).

Concernant le peu d'influence sur l'approche du handicap, nous pouvons évoquer deux pistes de réponse : la première étant que la question pu être perçue de manière négative voire inquisitrice par les médecins ; car, en cas de réponse positive, cela pouvait sous-entendre qu'avant la loi, le

médecin concerné avait une « mauvaise » approche du handicap et que seule la loi aurait été à l'origine d'une amélioration de cette approche (faisant du médecin un acteur « passif »). L'autre piste pourrait être la difficulté de communication entraînant l'image d'une loi perçue comme hostile comme a pu le suggérer la réponse d'un médecin « ça change mon approche de l'État ! ».

2.4. Résultats

➔ **Statistiques de base**

Pour effectuer l'analyse des réponses au questionnaire, nous avons eu recours à des méthodes de calculs statistiques basiques (sommes, moyennes, pourcentage). En effet, sur les conseils avisés du Professeur Salamon de l'unité de méthodologie de Bordeaux, les résultats de notre échantillon ne pouvaient être généralisés à l'ensemble des médecins généralistes (base du volontariat et absence de randomisation). Les tests statistiques n'étaient donc pas applicables pour extrapoler ces résultats.

➔ **Risques de confusion**

Lors de la présentation des résultats, nous avons décrit les résultats bruts obtenus. Or il existe des facteurs de confusions qu'il serait intéressant de déterminer pour l'analyse de ces résultats. Ainsi, le critère de confusion « exerçant en cabinet de groupe » n'a pas été intégré dans la description des autres résultats. En effet, il aurait fallu apparier les médecins selon ce critère notamment pour s'affranchir du biais de confusion.

➔ **Interprétation globale des résultats et validité interne**

Nous avons donc vu à travers ce chapitre, bien que notre étude soit novatrice et pertinente dans sa question de recherche, que nos résultats ne concernent qu'un échantillon de répondants non tirés au sort. Les volontaires pouvaient être plus sensibilisés à cette thématique. Outre les biais évoqués, les résultats obtenus restent fiables et indiquent une tendance qu'il serait intéressant de confirmer par une étude de niveau de preuve supérieur.

➔ **Données démographiques :**

En 2016, l'INSEE fait état de 102 299 omnipraticiens dont 44,4 % de femmes et 68 503 ayant un exercice libéral ou mixte [30]. La densité médicale en France métropolitaine pour la médecine générale est au 1e janvier 2016 de 132,1 médecins pour 100 000 habitants. [31]
Selon les données de l'ARS OI, sur les 1 103 médecins généralistes en activité à la Réunion au 1e janvier 2012, la proportion de femmes chez les médecins généralistes étaient de 33 % (367 femmes pour 736 hommes). 72 % d'entre eux (789) avaient un exercice libéral. [32]
Dans notre étude, la proportion de femmes interrogées était de 27,9 % (n = 50) contre 72,1 % d'hommes (n = 129). Ces résultats semblent coïncider avec les données démographiques de la Réunion avec près d'un tiers de femmes pour deux tiers d'hommes.

En 2013, la moyenne d'âge des médecins généralistes était de 50 ans avec 16 % de médecins de moins de 40 ans et 20 % dont l'âge était supérieur ou égal à 60 ans. [33]
Nous avons utilisé les données de l'Assurance Maladie pour effectuer une pyramide des âges afin de la comparer aux données récoltées dans notre étude.
Le graphique obtenu avec les données 2014 de l'Assurance Maladie portant sur les médecins généralistes de la Réunion est le suivant :

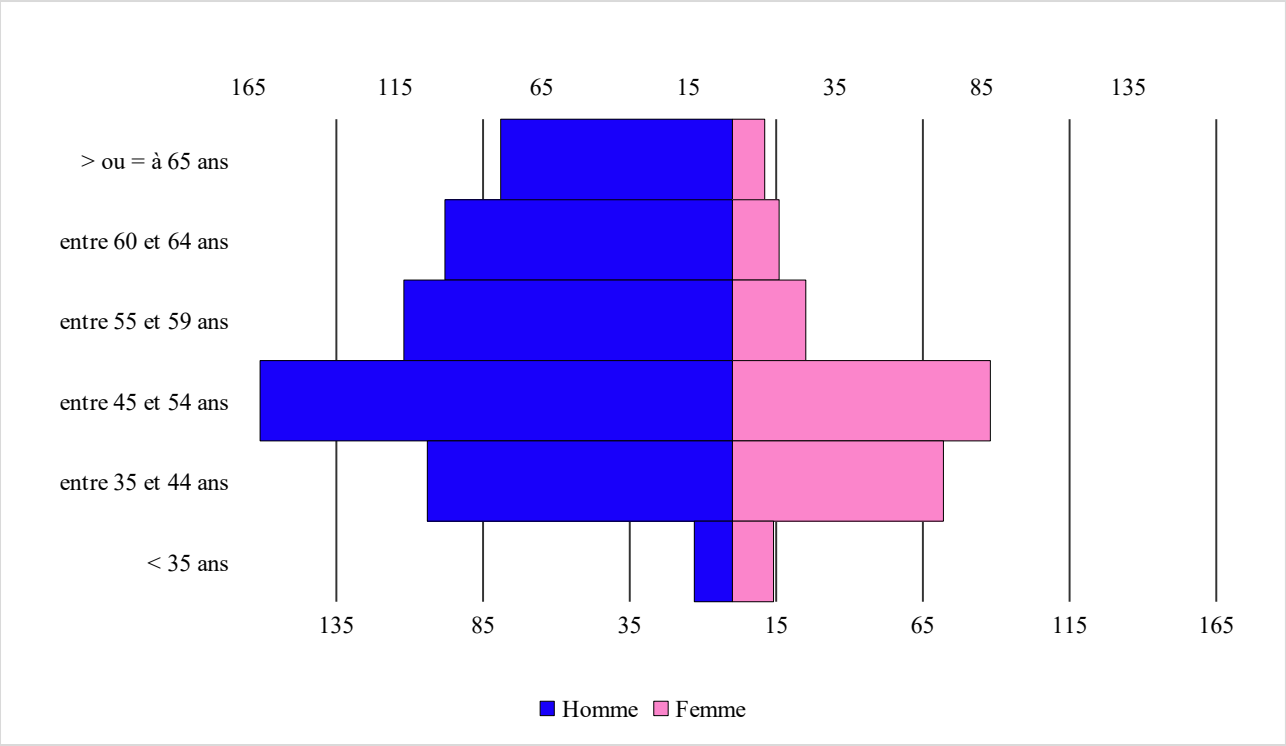


Illustration 26: Pyramide des âges des médecins généralistes réunionnais en 2014 – source : assurance maladie [57]

Nous avons appliqué le même procédé aux résultats dans notre étude, ce qui nous a permis d'obtenir la pyramide des âges suivante :

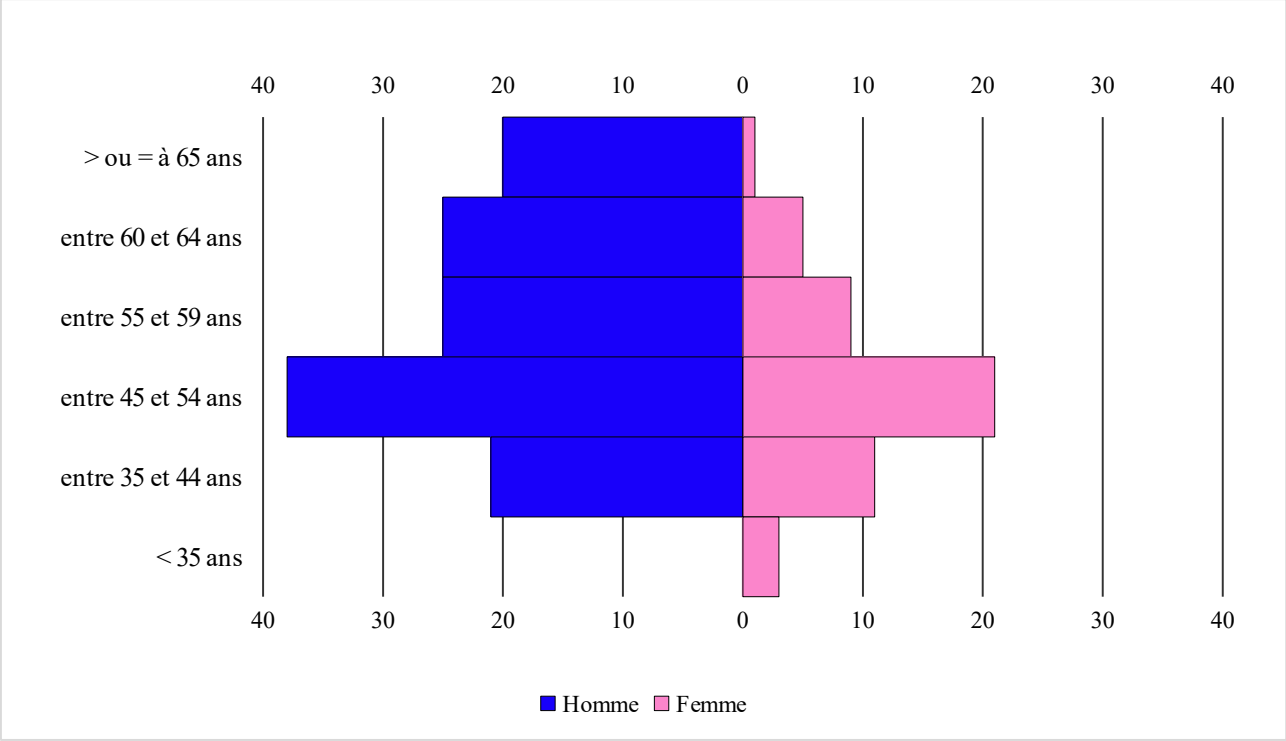


Illustration 27: Pyramide des âges des médecins généralistes interrogés dans notre étude

Ces deux graphiques semblent concordants, ce qui renforce la cohérence de nos résultats.

3. Forces et faiblesses des résultats de quelques auteurs

➔ Taux d'accessibilité dans les autres départements

Dans le département de la Loire, l'étude de LACHAT J-C menée en 2010 fait état de 88,8 % de cabinets de médecine générale non-accessibles aux personnes en situation de handicap moteur. [34] Ces résultats étaient confirmés dans la ville d'Arras par l'étude d'E. DOMARLE-BENOIT avec 20,7 % des cabinets considérés comme accessibles (79,3 % des cabinets considérés comme non-accessibles).
D. BERNARD-BOURDON, fait état de 3,1 % de cabinets accessibles sur les 32 cabinets évalués en Loire-Atlantique dans son étude menée en 2012 avec en moyenne 2,9 critères remplis sur les 6 items étudiés (stationnement, cheminement extérieur, cheminement intérieur horizontal, cheminement intérieur vertical, sanitaires et table d'examen) [24].
Ces résultats sont vus à la baisse en 2015 avec l'étude de A. BOUSQUET, mettant en évidence 0,9 critère rempli sur 6 étudiés sur l'ensemble des cabinets étudiés [35] .

Selon notre étude, 44 des médecins interrogés ont obtenu un score d'accessibilité déclarée de 100 % = score A (soit 24,6 % de l'échantillon) ce qui pourrait se rapprocher des résultats de E. DOMARLE bien que les données ne soient pas complètement comparables.

➔ Concernant l'accessibilité visuelle

Dans son étude menée en 2012 auprès des médecins généralistes du Loir-et-Cher, Y. MOTTAZ fait état d'un seul cabinet sur les 30 locaux étudiés accessibles aux personnes à handicap visuel (soit un taux d'accessibilité à 3,3 %). L'auteur souligne que bien que la méthodologie consistant à se rendre dans les cabinets tirés au sort soit la plus appropriée, des critères de subjectivité ont pu biaiser les résultats en sous ou sur-évaluant des résultats [36] .

➔ Taux d'accessibilité et enquête d'opinion

L'étude conduite par A. HIGUE de février à juin 2014 auprès des cabinets de médecine générale de Bordeaux propose une comparaison de l'accessibilité déclarée des cabinets à l'accessibilité observée de ces mêmes cabinets. [37]
Sur les 146 cabinets interrogés, l'auteure a obtenu les valeurs suivantes :

	Accessibilité déclarée (n/%)	Accessibilité observée (n/%)
Accessibilité fauteuil roulant	85 (58 %)	15 (10 %)
Accessibilité aux malvoyants	105 (72 %)	95 (65 %)

Cette différence était justifiée par l'auteure par l'existence d'un biais de prévarication. Ce biais correspond au fait que l'enquêté cherche à plaire ou à l'inverse à provoquer l'enquêteur par ses réponses.
Lors de notre choix méthodologique, nous pensions d'une part que l'existence d'une telle différence pouvait être due à une **méconnaissance de la loi** par les médecins eux même. Notre postulat était que la date butoir étant passée, les médecins devaient être sensibilisés aux normes et savoir au moins si leur cabinet était aux normes ou ne l'était pas.
Il se peut que nous nous soyons mépris sur cette différence entre accessibilité estimée et accessibilité avérée.

D'autre part, compte tenu de la période de notre étude (après la date butoir d'envoi de l'Ad'AP), l'objectif de notre étude n'était pas d'effectuer un recensement pour la préfecture des cabinets aux normes ou non. Les données sont restées anonymes.
Il est toutefois probable, comme le souligne A. HIGUE [38], que les réponses obtenues soient réactionnelles et subjectives, car le sujet reste délicat voire épineux.

➔ **Cohérence globale des résultats et validité externe :**

- Accessibilité

Dans son étude menée à Arras, E. DOMARLE-BENOIT a attribué un score d'accessibilité noté sur 16 points aux 29 cabinets de l'échantillon étudié. La moyenne obtenue à ce score était de 10,172 sur 16. Pour comparer cette valeur au score moyen d'accessibilité obtenu dans notre étude (67,11 %) qui était en pourcentage, nous avons procédé à un simple produit en croix. Le score moyen d'accessibilité obtenu par E. DOMARLE était de 63,57 % ce qui fait un différentiel de 3,5 %.
Il serait intéressant de confirmer ces résultats par une étude sur le terrain avec randomisation de l'échantillon.

- Agenda d'accessibilité programmée

Selon le Ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer, il est état de 154 566 Ad'AP reçus et enregistrés au 1er mai 2016, portant sur 402 046 ERP. Des demandes de prorogation du délai de dépôt de l'Ad'AP portant sur 89 985 ERP ont été formulés [19] .

Aucune donnée à notre connaissance n'a été rapportée sur le taux de renvoi de l'Ad'AP à la Réunion. Nous avions eu un premier contact fin 2015 avec le correspondant accessibilité du département de la Réunion qui nous avait fait part, qu'aucune publication de données statistiques n'était prévue avant avril 2016. Nous avons recontacté le service à la fin de notre enquête pour effectuer une comparaison de nos résultats sans succès.

4. Les hypothèses

Concernant l'objectif primaire de notre étude, il serait intéressant qu'une étude aux cabinets même des médecins généralistes soit menée donc sur le terrain. Cela permettrait d'affiner le score d'accessibilité et de permettre une comparaison avec d'autres départements.
Concernant les caractéristiques des médecins ayant renvoyé leur Ad'AP, il faudrait effectuer une nouvelle étude descriptive, mais cette fois avec un tirage au sort qui permettrait d'extrapoler les résultats obtenus et s'affranchir du biais de volontariat.
Concernant les freins à la mise en œuvre des travaux, il serait intéressant de compléter notre étude par une étude qualitative. Notre étude tend à montrer qu'il existe un lien entre le score d'accessibilité estimée et le frein évoqué plus fréquemment. Ces résultats peuvent laisser à penser que les médecins s'estimant moins accessible peuvent croire que leurs démarches administratives soient plus longues que ceux dont le score est ≥ 70 %.
Les raisons évoquées du non-renvoi sont principalement une méconnaissance de la loi/mal compréhension ou un oubli. Nous avons pris contact avec le Conseil de l'ordre des médecins OI en fin d'enquête. Un mail a été envoyé à la liste des médecins généralistes de la Réunion bien avant la date butoir. Aucun courrier ou relance n'a été effectué. Il serait intéressant d'effectuer une étude portant sur les moyens de communication à disposition des médecins.

5. Ouverture

5.1 Contraintes non-médicales des médecins libéraux

Effectuer cette thèse sur une thématique de médecine générale avait pour but de souligner les problématiques non-médicales et relationnelles que doivent affronter les médecins au quotidien. Ce travail ne reflète pas les échanges avec mes confrères sur les conditions d'exercice de la médecine de ville.
Le profil du médecin traitant a progressivement changé notamment depuis les années 70. S'il était avant un notable ayant très souvent sa femme pour secrétaire à la gestion des démarches administratives, son visage se féminise.

5.2 Recours aux aides humaines : secrétariat, prestataire

En 2014, l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) Médecins de Rhône-Alpes a mené une enquête auprès de 11 116 médecins libéraux toutes spécialités confondues et exerçant en Rhône-Alpes. Sur les 1 941 réponses (taux de réponses de 28 %), les médecins interrogés ont pour 45 % d'entre eux un secrétariat, 24 % utilisent le télé-secrétariat. Les médecins ayant un usage mixte (secrétariat + télé-secrétariat) représentent 7 % de cet échantillon et sont essentiellement des spécialistes.
L'étude recense 23,5 % de médecins dans une « autre situation » (notamment sans secrétariat ou pour 16 % d'entre eux avec une aide bénévole). Ces médecins isolés se doivent donc de gérer les rendez-vous seuls, mais aussi l'accueil de la patientèle ainsi que l'archivage des dossiers [39] .

5.3 Démographie médicale

En 2004, le CREDES (Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé) devenu l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé) avait conduit une étude sur l'Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Cette enquête relevait qu'un médecin sur cinq arrêtait son activité libérale en cours de carrière [40] .

5.4 Cumul de contraintes et conséquences

Il est important de ne pas minimiser l'impact des contraintes administratives qui pèsent sur les médecins et qui altèrent par conséquent leur qualité d'exercice.
En effet, les litiges administratifs, judiciaires ou ordinaux (subis ou provoqués) font partie des cinq marqueurs de risque de suicide chez les médecins mis en évidence par Y. Leopold dans son étude sur série vauclusienne en 2006 [41] [42] .
Les quatre autres sont :

- ✔ Conduites addictives (alcool et médicaments essentiellement)
- ✔ Divorce
- ✔ Difficultés financières (dont retard de paiement des cotisations CO ou CARMF)
- ✔ Maladie (physique ou mentale)

D'après K LAMARCHE dans son étude Suicides et Tentatives de suicides chez les médecins 2009, résumant les publications sur les suicides des médecins depuis 1963, « les médecins présentent plus de pensées suicidaires, moins de tentatives de suicide, mais plus de suicides que la population générale » [43] [44].

Avec une profession en mal de reconnaissance qui se féminise et un alourdissement de la charge de travail du fait de la pénurie de médecins notamment en zone rurale, des mesures de prévention doivent être envisagées en amont.

6. Propositions

6.1 Le médecin face à la loi

De manière plutôt fataliste, nous pourrions voir cette loi comme une nouvelle contrainte « dura lex sed lex ». Or il ne s'agit pas là de stigmatiser les personnes handicapées ni d'opposer handicapés aux gérants d'ERP et encore moins d'opposer les médecins aux autorités législatives.

La France a dû mettre en place une législation en faveur de l'accessibilité aux personnes handicapées pour rattraper le retard qu'elle a dans leur intégration par rapport à d'autres pays d'Europe. En effet, dans les pays scandinaves, l'accessibilité des bâtis date du 20e siècle [45]. Il n'était donc pas nécessaire pour ces pays d'ajouter une loi pour une notion déjà mise en place.
L'Union européenne ayant recommandé à ces membres l'intégration de cette minorité invisible, la France se doit de mettre en application des lois datant de plus de 10 ans.
Il n'est donc pas pertinent dans notre travail de discuter l'intérêt ou non de l'application de cette loi.

Notre réflexion se porte donc sur les moyens qui permettraient d'améliorer l'accessibilité des cabinets de médecine générale. Les résultats de notre étude ainsi que des autres études menées à ce sujet indiquent que les principaux freins à la mise aux normes sont :

- Le manque de temps
- Les démarches administratives
- L'aspect technique de la mise aux normes
- L'aspect financier

Ces freins font que cette loi apparaît plus comme une contrainte pour les médecins libéraux. Outre ces freins évoqués, les défauts de communication et d'aide semblent être les éléments justifiant cette inertie et ce sentiment de « ras-le-bol » évoqué par certains.
Le non-renvoi de l'Ad'AP est dû principalement, selon les médecins interrogés, à un manque de connaissances et/ou compréhension de la loi ou a un oubli.

6.2 Les freins

Concernant les **freins**, voici quelque pistes de réflexion :

- <u>Manque de temps et démarches administratives chronophages</u>

Le manque de temps pourrait être minimisé en simplifiant les démarches administratives ce qui a déjà été tenté par le gouvernement en proposant aux médecins un document Cerfa et un report de date. L'Ad'AP avait également pour but de simplifier les démarches et de clarifier la mise aux normes.

Une aide individuelle via une plate-forme téléphonique pourrait être un outil permettant de faciliter les démarches et d'aider les médecins pas à pas.
Des démarches via internet auraient pu également être un gain de temps en validant directement par internet l'Ad'AP.

- Aspect technique de la mise aux normes

Bien que le guide fourni et établi par le guide par les ministères de la Santé et de l'Écologie avec la contribution de l'Ordre national des médecins « Les locaux professionnels de santé : réussir l'accessibilité - Être prêt pour le 1er janvier 2015 » soit simple d'usage, la liste des obligations est importante. Il aurait peut-être été intéressant de proposer une hiérarchisation des obligations avec un délai différent pour chacun en priorisant par exemple l'accessibilité extérieure. Dans sa thèse de médecine générale A. HIGUE (38) souligne qu'un cabinet accessible n'a de sens si l'accessibilité extérieure n'est pas aux normes.

Sur le site du gouvernement, un outil d'auto diagnostic du niveau d'accessibilité de son ERP est proposé (46). Cela offrait la possibilité aux médecins d'effectuer une auto évaluation de l'accessibilité de leur cabinet. Cet outil a probablement été sous-exploité par les médecins généralistes interrogés. Dans la « rétrospective 2015 en matière d'accessibilité », il est précisé qu'au 1er décembre 2015, 100 000 Ad'AP avaient été déposés malgré les 848 016 visiteurs sur le site dédié aux Ad'AP en 2015 (47) .

- Aspect financier

Toujours sur le site du Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer Annexe n°8, il est précisé différentes aides financières mises à disposition des responsables d'ERP tant pour le diagnostic que pour la réalisation de travaux de mise aux normes.

6.3 Améliorer la communication

Concernant le manque de connaissances et/ou compréhension de la loi, un des médecins interrogés m'a fait part de son ressenti. D'après lui, cette méconnaissance de la loi serait liée à un manque de communication des autorités à ce sujet. Il serait donc intéressant d'optimiser les moyens de communication utilisés envers les médecins et entre les médecins. Pour cela, nous avons étudié les pistes suivantes :

> en amont :

L'internat est l'un des derniers moments propices pour se réunir autour d'un enseignant. En effet, les études de médecine sont des études exigeantes avec valorisation de la réussite individuelle lors des concours (première année et concours de l'internat). Il serait judicieux après ce concours de favoriser le travail d'équipe ainsi que l'entraide. Renforcer ce sentiment de cohésion en favorisant les forums d'internes permettrait de modifier les tendances individualistes du libéral.

> via les modes de communication :

Le principal risque est de surcharger d'informations les médecins libéraux qui doivent sélectionner au quotidien des données (ex. décrypter le discours d'un patient pour en saisir l'essence permettant de poser un diagnostic, synthétiser un compte-rendu pour en retenir l'essentiel sans omettre le moindre détail, etc.).
Une option pourrait de faire un premier palier de sélection d'information par les secrétaires.

➔ **Internet**

Internet peut être un outil intéressant avec le risque de surcharger d'informations le médecin. En effet, en surchargeant le médecin, ce dernier aura tendance à ne pas lire ou à sélectionner une partie des informations.
Lorsque les **mails d'alerte** sont ponctuels, ils peuvent être un outil intéressant pour transmettre une information. De manière plus didactique, l'objet des mails pourrait être de trois couleurs différentes selon le degré d'urgence ou d'importance :

- Fond vert : importance faible ou délai long
- Fond orange : importance moyenne ou délai moyen
- Fond rouge : information importante ou délai court/urgent

La fréquence des mails pourrait être fixée à un message tous les mois ou tous les 2 mois.

➔ **Les forums médicaux**

Les forums médicaux peuvent être également des sources d'information pérennes où le médecin pourra à la demande retrouver les informations qu'il cherche. De même, une plate-forme internet en libre accès pourrait être un outil intéressant.

➔ **La communication par téléphone**

Ceci semble être un mode de communication plutôt inadapté pour une transmission de connaissance ou de données notamment concernant les démarches administratives. En effet, les **appels** téléphoniques représentent une gêne tant pour les médecins [48] que pour le patient [49].
L'envoi de **SMS** pourrait être une alternative intéressante. En effet, à défaut de donner toute l'information nécessaire, ce message pourrait orienter vers un lien internet où l'information complète serait dispensée.

➔ **La transmission lors de communication face-à-face**

Outre l'exercice de groupe que semble être un facteur de meilleure connaissance de la loi (taux de renvoi de l'Ad'AP plus important chez les médecins exerçant en groupe que seul), l'adhésion à un syndicat permet de se réunir essentiellement autour de thème d'actualité.
La participation à des réunions, colloques, congrès est à la portée de tous médecins, mais dépend essentiel de son implication, de son emploi du temps et de l'intérêt qu'il porte à la thématique.
Ce mode de communication nécessite une bonne organisation et un emploi du temps le permettant.

➔ **La transmission à l'aide de référents**

Nous avons donc réfléchi à un mode de communication qui permettrait à l'information de circuler des autorités vers les médecins généralistes. Ce mode de communication nécessiterait peu d'implication personnelle de l'ensemble des médecins généralistes.
Il s'agit là, à l'instar des délégués de classe que nous avions au collège ou au lycée, d'élire un médecin généraliste référent par ville ou commune. Chaque de l'Ordre départemental des médecins se verrait communiquer avec un certain nombre de référents « de terrain », à qui il transmettrait les informations nécessaires.
Chaque référent aurait à charge de transmettre l'information selon le mode de communication choisi (mail, rendez-vous, téléphone). Cela permettrait d'augmenter l'échange et l'entraide entre les médecins en favorisant les rencontres.

Cette participation serait facultative pour les médecins généralistes. Toutefois, il faudrait réfléchir au mode de rémunération du médecin référent qui prendrait de son temps pour informer ses collègues. Un financement de l'État pourrait être justifié.

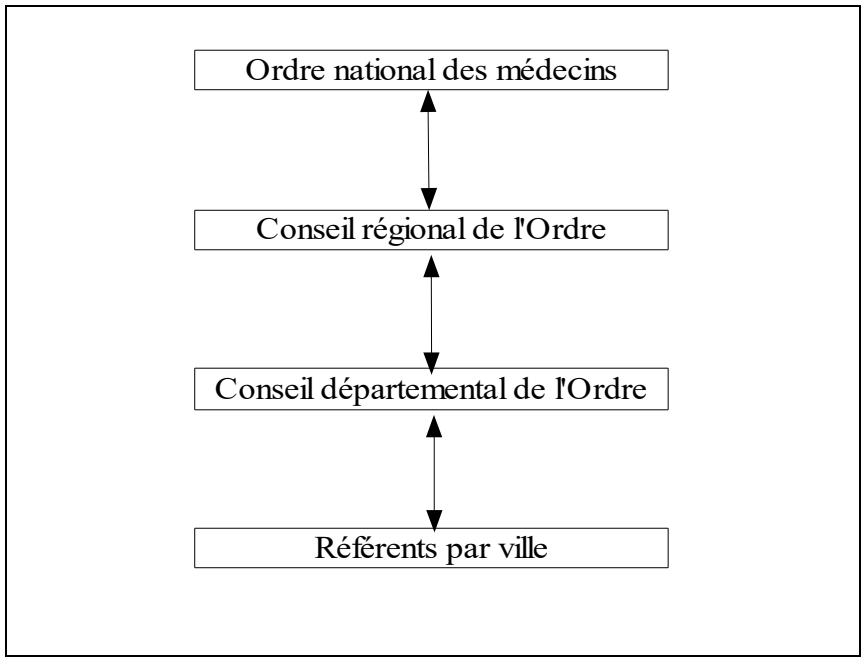


Illustration 28: La transmission à l'aide de référents

> Valoriser l'exercice de la médecine

Une campagne de valorisation de la profession médicale a été lancée pour la première fois par l'Ordre des médecins en octobre 2015. Cette campagne avait pour objectif de « rassembler la profession médicale autour d'un message de fierté, permettant de traduire la relation patient-médecin, et de mettre en avant l'engagement du corps médical au quotidien, son expertise et son dévouement qui font de lui un acteur de progrès au service de la société ». Il est important de valoriser cette profession qui a pour belle vocation le service et l'aide à autrui.

CONCLUSION

Comme explicité à travers de ce travail, la loi du 11 février 2005 donnait dix ans aux ERP pour se rendre accessibles. L'Agenda d'accessibilité programmée, tenant lieu d'outil d'aide à la mise aux normes, devait être déposé avant octobre 2015 par tous les ERP.
Nous avons souhaité par cette étude donner la parole aux médecins généralistes exerçant à la Réunion, en soulignant les problématiques non-médicales et relationnelles que doivent affronter les médecins au quotidien.

Notre étude a relevé un faible renvoi de l'Ad'AP ainsi qu'une probable sur-estimation de l'accessibilité des cabinets. Les méthodes de communication et d'information vis-à-vis et entre médecins ainsi que les aides pratiques pour pallier la complexité des démarches administratives sont des pistes à explorer.
Le manque de temps pourrait être minimisé en simplifiant les démarches administratives ainsi qu'en apportant une aide individuelle.
Il aurait peut-être été intéressant de proposer une hiérarchisation des obligations (avec éventuellement un délai différent pour chacun) en priorisant par exemple l'accessibilité extérieure.

Il serait intéressant d'optimiser les moyens de communication utilisés envers les médecins et entre les médecins dès l'internat puis tout au long du parcours professionnel. Une proposition pourrait être d'avoir recours à des « référents de terrain » par ville ou commune permettant un relais entre les différentes institutions et lutter contre l'isolement professionnel.
Par ailleurs, la valorisation de la profession reste un pivot central pour améliorer la communication médecin/malade, mais aussi médecin/autorités sanitaires.

Nous regrettons le caractère déclaratif de notre étude qui laisse peu de place à l'extrapolation. Nous soulignerons toutefois qu'il s'agit là d'un premier travail réalisé sur l'accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées à la Réunion.

Il serait intéressant d'effectuer, outre une étude de terrain non déclarative, un focus groupe pour déterminer quels modes de communication permettrait aux médecins de rester informés sans être surchargés d'informations.

BIBLIOGRAPHIE

1. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. HANDICAP, subst. masc. In. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/etymologie/handicap

2. Online Etymology Dictionary. handicap (n.) [Internet]. Disponible sur: http://www.etymonline.com/index.php?term=handicap

3. Cofemer. Item 115 La personne handicapée : bases de l'évaluation fonctionnelle et thérapeutique. [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.cofemer.fr/article.php?id_article=880

4. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé [Internet]. 2001. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42418/1/9242545422_fre.pdf?ua=1

5. F. Bloch-Lainé. Etude du problème général sur l'inadaptation des personnes handicapées. La Documentation Française; 1969.

6. Organisation Mondiale de la Santé. Plus d'un milliard de personnes handicapées se heurtent à des obstacles quotidiens. 9 juin 2011; Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/disabilities_20110609/fr/

7. European Commission. European Disability Strategy 2010-2020: A Commitment to a Barrier-Free Europe [Internet]. 2010. Disponible sur: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:en:PDF

8. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. 2015 Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-chiffres-cles-01-06-2015-1.pdf

9. Institut national de la statistique et des études économiques. Population handicapée [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F037

10. Talentéo. [Rétrospective 2015] 2015: les chiffres clés du handicap [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.talenteo.fr/chiffres-handicap-2015/

11. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Données statistiques [Internet]. 2012. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/sante-handicap/france/statistiques.asp

12. Agence de Santé Océan Indien. Handicap à La Réunion: une offre d'accueil en augmentation mais insuffisante [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/Etudes_et_publications/ETUDES_ET_STAT/Dossier_Stat/DS7_VD.pdf

13. Ministère de l'Environnement, de l'Energie et de la Mer. Etablissements recevant du public (ERP) [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.developpement-durable.gouv.fr/Etablissements-recevant-du-public,13420.html

14. Ministère de l'Environnement, de l'Energie et de la Mer. Définitions: L'accessibilité [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.developpement-durable.gouv.fr/L-accessibilite,11721.html

15. United Nations. Declaration on the Rights of Disabled Persons [Internet]. 1975. Disponible sur: http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RightsOfDisabledPersons.aspx

16. Organisation des Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif [Internet]. Disponible sur: http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413

17. Sénat. Ratifier l'ordonnance relative à l'accessibilité pour les personnes handicapées [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.senat.fr/espace_presse/actualites/201505/ratifier_lordonnance_relative_a_laccessibilite_pour_les_personnes_handicapees.html

18. Légifrance. Collectivités d'Outre-mer de l'article 73 de la Constitution (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Mayotte) [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Guide-de-legistique/III.-Redaction-des-textes/3.6.-Application-et-applicabilite-des-textes-outre-mer/3.6.4.-Collectivites-d-Outre-mer-de-l-article-73-de-la-Constitution-Guadeloupe-Guyane-Martinique-La-Reunion-Mayotte

19. Ministère de l'Environnement, de l'Energie et de la Mer. Accessibilité [Internet]. Disponible sur: http://www.developpement-durable.gouv.fr/-Accessibilite-.html

20. Ministère des affaires sociales et de la santé. Les Locaux des professionnels de santé: réussir l'accessibilité [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Reussir_accessibilite.pdf

21. Deloitte Consulting. Study on the socio-economic impact of new measures to improve accessibility of goods and services for people with disabilities [Internet]. Disponible sur: http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=14842&langId=en

22. Berniere G. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées : état des lieux en Picardie. Th D Méd, Amiens, Université de Picardie; 2010.

23. Cuny-Besson la perceptionM. Evaluation de l'accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées et à mobilité réduite. [Toulouse]: Université Paul Sabatier; 2010.

24. Bernard Bourdon D. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées : étude auprès des 34 cabinets du secteur de garde de Clisson. 2012.

25. Domarle-Benoit E. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite: état des lieux sur la ville d'Arras. Th D Méd, Lille 2; 2013.

26. Dale T. Miller, Michael Ross. Self-Serving Biases in the Attribution of Causality: Fact or Fiction? [Internet]. 1975 p. 13. Report No.: Vol. 82, No. 2, 213-225. Disponible sur: http://web.mit.edu/curhan/www/docs/Articles/biases/82_Psychological_Bulletin_213_(Miller).pdf

27. Baltenneck N. Se mouvoir sans voir. - Incidences de l'environnement urbain sur la perception, la représentation mentale et le stress lors du déplacement de la personne aveugle [Internet]. Université Lyon 2; 2010. Disponible sur: http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2010/baltenneck_n#p=71&a=TH.3.

28. Degoulange A. Evalutaion de l'accessibilité de la médecine générale aux sourds du Poitou-Charentes [Internet]. Université de Poitiers; 2014. Disponible sur: http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/92b0392e-c042-4293-8009-dc82c5e18f10

29. Assurance maladie. Données statistiques sur la patientèle des professionnels de santé libéraux [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/patientele/patientele-des-medecins.php

30. Institut national de la statistique et des études économiques. Médecins suivant le statut et la spécialité en 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102

31. Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS DPB. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 - atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

32. Service Etudes et Statistiques Direction de la Strategie et de la Performance - Agence de Sante Ocean Indien. Les professions de santé à Mayotte et à la Réunion [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/Etudes_et_publications/ETUDES_ET_STAT/Dossier_Stat/dossier-statistiques_web.pdf

33. Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS DJ-FR. La démographie médicale en région DOM-TOM [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/dom_tom_2013.pdf

34. Lachat J-C. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite dans le département de la Loire. Faculté de médecine de Saint-Etienne; 2010.

35. Bousquet A. Accessibilite des cabinets de medecine generale aux personnes handicapees État des lieux des cabinets de deux villes du val-de-marne [Internet]. Université Paris 6; 2015. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/bousquet-these.pdf

36. Mottaz Y. Accessibilité des cabinets des médecins généralistes du Loir-et-Cher aux handicapés visuels [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2012_Medecine_MottazYann.pdf

37. Accessibilité extérieure des cabinets médicaux : étude descriptive des 177 cabinets de médecine générale de Bordeaux - document [Internet]. [cité 30 sept 2016]. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01247988/document

38. Allissia Higue. Accessibilite exterieure des cabinets medicaux : etude descriptive des 177 cabinets de medecine generale de Bordeaux [Internet]. faculte de Bordeaux; 2015. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01247988/document

39. Union régionale des professionnels de santé Médecins de Rhone-Alpes. Vos pratiques et besoins en matière de secrétariat médical [Internet]. 2014. Disponible sur: http://urps.preprod-mcifrance.com/medias/content/files/publications/2014-07-10-urps-med-ra-syntheseenquetesecretariat-medical-1439450771.pdf

40. Lucas-Gabrielli V. & Sourty-Le Guellec M.J. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001) [Internet]. 2004. Disponible sur: http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes81.pdf

41. Leopold Y. Le suicide des Medecins - Expression ultime du burn-out ? [Internet]. 2006. Disponible sur: http://www.fmfpro.org/IMG/ppt/Le_suicide_des_Medecins.ppt

42. Leopold Y. Le suicide, étape ultime du Burn Out ? [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/BURN_OUT_DR_LEOPOLD_.pdf

43. Institut national de la statistique et des études économiques. Taux de mortalité par cause de décès et par sexe dans l'Union européenne en 2013 [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=CMPTEF06210

44. Lamarche K. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins [Internet]. 2009. Disponible sur: http://psyfontevraud.free.fr/memoires/suicide-medecin-LAMARHE-2009.pdf

45. Madouche M. Etude comparative des politiques du handicap dans plusieurs pays européens [Internet]. 2006. Disponible sur: http://www.besancon.fr/gallery_files/site_1/346/9074/13829/etudecomparative.pdf

46. Ministère de l'Environnement, de l'Energie et de la Mer. Outil d'autodiagnostic du niveau d'accessibilité de son ERP [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.developpement-durable.gouv.fr/Outil-d-autodiagnostic-du-niveau-d.html

47. Ministère de l'Environnement, de l'Energie et de la Mer. Rétrospective 2015 en matière d'accessibilité [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.developpement-durable.gouv.fr/Retrospective-2015-en-matiere-d.html

48. Guillaume J, Vallée J, Bonnefond H, Charles R. Appels téléphoniques au cours de la consultation de médecine générale Revue de morbi-mortalité en groupe d'analyse de pratiques. Médecine. 1 janv 2013;9(1):41-6.

49. Van Ballenberghe pedrosa J. L'appel téléphonique au cabinet du médecin généraliste : point de vue des patients [Internet]. 2015. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195905/document

50. Direction de l'information légale et administrative. Chronologie, La politique du handicap [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/chronologie/

51. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Conférence nationale du handicap (CNH) [Internet]. 2016. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/conference-nationale-du-handicap-cnh/article/conference-nationale-du-handicap-cnh_2016

52. Cabinet de Ségolène Neuville. Présentation de l'ordonnance accessibilité en Conseil des ministres - Dossier de presse [Internet]. 2014. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier-de-presse-accessibilite-2.pdf

53. MINISTÈRE DU LOGEMENT, DE L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES ET DE LA RURALITÉ. Arrêté du 24 décembre 2015 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des bâtiments d'habitation collectifs et des maisons individuelles lors de leur construction [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000031692481

54. Charles Gardou. Le handicap au risque des cultures - Variations anthropologiques. ERES. 2014.

55. Government-wide Section 508 Accessibility Program. Section 508 Law [Internet]. 1998. Disponible sur: https://www.section508.gov/section508-laws

56. Journal Le Monde. Les Brésiliens plus gros consommateurs de chirurgie esthétique devant les Etats-unis [Internet]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2014/08/03/les-bresiliens-plus-gros-consommateurs-de-chirurgie-esthetique-devant-les-etats-unis_4466389_3222.html

57. Assurance maladie. Démographie médicale: répartition selon le sexe et l'âge [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/age-et-sexe.php

ANNEXES

Annexe n°1 : Liste des trente types d'ERP

Source gouvernementale fournie par le Ministère de l'Environnement, de l'Energie et de la Mer. Disponible en ligne sur : http://www.developpement-durable.gouv.fr/Etablissements-recevant-du-public,13420.html (13)

1/ Établissements installés dans un bâtiment

- J : Structures d'accueil pour personnes âgées ou personnes handicapées
- L : Salles d'auditions, de conférences, de réunions, de spectacles ou à usage multiple
- M : Magasins de vente, centres commerciaux
- N : Restaurants et débits de boissons
- O : Hôtels et pensions de famille
- P : Salles de danse et salles de jeu
- R : Établissements d'enseignement, colonies de vacances
- S : Bibliothèques, centres de documentation
- T : Salles d'exposition
- U : Établissements sanitaires
- V : Établissements de culte
- W : Administrations, banques, bureaux
- X : Établissements sportifs couverts
- Y : Musées

2/ Établissements spéciaux

- PA : Établissements de plein air
- CTS : Chapiteaux, tentes et structures itinérants ou à implantation prolongée ou fixes
- SG : Structures gonflables
- PS : Parcs de stationnement couverts
- OA : Hôtels-restaurants d'altitude
- GA : Gares accessibles au public
- EF : Établissements flottants ou bateaux stationnaires et bateaux
- REF : Refuges de montagne

Annexe n°2 : Chronologie de la politique du Handicap

Résumé effectué à partir des différentes sources gouvernementales[50] [51] [52] [53]
Ainsi que le livre coécrit par Charles Gardou et des chercheurs des 5 continents « Le handicap au risque des cultures »[54]

I. DU MOYEN-AGE au DEBUT du XIXe siècle : charité puis peur puis assistanat

C'est avec l'apparition des premiers « Hôtels-dieu » au Moyen-âge, sous l'influence chrétienne, que s'amorce le début de la prise en charge des personnes handicapées. Ces structures correspondaient essentiellement à des centres permettant l'accueil et la protection des indigents et des infirmes. Plusieurs encycliques soulignaient le rôle de l'Église et de ses membres dans la prise en considération (par « charité chrétienne ») des pauvres, mais aussi des « pauvres d'esprit » appelés encore « faibles d'esprit ».

À ce courant de charité fait place, à partir du XIVe siècle, à une attitude de méfiance voire de défiance fondée sur la peur. Ces exclus sont mis à l'écart par crainte (« la peur prend le dessus sur cette attitude charitable »).

C'est par la suite sous l'influence de Louis XIV, qui ordonne par l'édit royal du 24 février 1670 la construction de l'Hôtel des Invalides, que sont revues les conditions de prise en charge des mutilés de guerre.

Le siècle des Lumières lancé en Europe au XVIIIe siècle, ayant pour objectif de lutter contre l'obscurantisme, reprendra par la suite la question des conditions de vie notamment des laissés-pour-compte. Diderot publiera en 1749 sa « Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient », évoquant son entretien avec l'aveugle de Puiseaux. Outre le fait qu'il y aborde une vision matérialiste en dévoilant sa position athéiste, il y critique la notion même de sensation ainsi que l'appréhension sensible du monde qui entoure l'individu.

L'autre fait marquant de la fin du XVIIIe siècle reste probablement la promulgation en 1790 par l'Assemblée constituante du principe de devoir d'assistance par la Nation.

Le début du XIXe siècle est marqué à nouveau par l'intérêt porté aux pathologies mentales grâce à l'intervention notamment de l'aliéniste français Esquirol.

En 1889, le Congrès de l'assistance a lieu et aboutit en 1905 à la promulgation de la loi d'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

La fin du XIXe siècle est également marquée par la promulgation de la loi sur les accidents du travail impliquant une indemnisation de la part de l'employeur.

II. Début XXe : droit à la réparation

Le début du XXe siècle est marqué par la Première Guerre mondiale. Cela oblige à repenser la prise en charge des blessés de guerre et aboutit à la création d'un barème d'évaluation des handicaps en vue d'une indemnisation par pension d'invalidité suite à la Première Guerre mondiale.

Plus tard, la loi du 26 avril 1924 imposera aux entreprises de recruter des mutilés de guerre. L'objectif étant à la fois d'abaisser la charge que pèsent les mutilés pour l'État et de leur permettre une stabilité sur les plans économiques, moraux et sociaux.

Par la suite est créée en 1933 par André Trannoy atteint de poliomyélite, l'Association des Paralysés de France (APF). Reconnue d'utilité publique, cette association compte actuellement près de 28 000 adhérents.

Le XXe siècle est aussi marqué par la Seconde Guerre mondiale au cours de laquelle le

Conseil national de la Résistance projette un « plan complet de sécurité sociale ». Cette réflexion aboutira à la création en 1945 de la Sécurité sociale.
Puis en 1949, l'allocation de compensation aux grands infirmes travailleurs est créée avec la promulgation de la loi du 2 août 1949.
Le décret du 29 novembre 1953 crée les commissions départementales d'orientation des infirmes pour la reconnaissance de l'aptitude au travail ou la possibilité d'une rééducation professionnelle.
En 1957, la loi 57-1223 du 23 novembre est promulguée. C'est dans cette loi, portant sur le reclassement professionnel, qu'apparaît le terme de « travailleur handicapé ».

1975 est une année majeure en faveur des personnes handicapées avec tout d'abord la *loi 75-534* du 30 juin 1975 avec notamment les axes de travail suivants :
- prévention et dépistage des handicaps
- obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés
- reconnaissance du handicap à des commissions départementales distinctes :
> pour les jeunes de 0 à 20 ans (CDES : commission départementale de l'éducation spéciale)
> pour les adultes (**COTOREP** : commission technique d'orientation et de reclassement professionnelle).

Aussi, le 9 décembre 1975 est adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies de la **déclaration des droits des personnes handicapées**. Cette démarche sera suivie de l'adoption le 12 mars 1981 de la "Charte européenne des handicapés" par l'Assemblée européenne à Strasbourg.

III. Fin des années 1980 : l'intégration des personnes handicapées

Cette intégration des personnes handicapées se fait notamment par la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 marquant l'obligation pour les entreprises de plus de 20 salariés d'embaucher 6 % de travailleurs handicapés.
Le 9 décembre 1989, la **Charte sociale européenne** du Conseil de l'Europe engage les États membres à prendre les mesures nécessaires **en vue de garantir aux personnes handicapées l'exercice du droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté**. Et en juillet 1991, la loi en faveur de l'**accessibilité aux personnes handicapées** des locaux d'habitation, des lieux de travail et des **installations recevant du public** est publiée au Journal Officiel.
Le 4 novembre 1993, le guide barème, s'inspirant de la classification internationale des handicaps de Wood, instaure huit grandes catégories de déficiences :

- déficiences intellectuelles et difficultés du comportement
- déficiences du psychisme
- déficiences de l'audition
- déficiences du langage et de la parole
- déficiences de la vision
- déficiences viscérales et générales
- déficiences de l'appareil locomoteur
- déficiences esthétiques

L'année suivante, l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) dénonce les insuffisances du système de prise en charge des autistes en France et propose la création de « schémas régionaux d'action » élaborés par les préfets de région. Cela aboutit à l'adoption en avril 1995 d'un plan d'action consacré aux personnes autistes.
Deux ans plus tard, en mars 1997, le président de la République Jacques Chirac, qualifiera de « véritable honte pour notre pays l'incapacité dans laquelle nous sommes de faire face au problème de l'accessibilité des lieux publics et des moyens de transport par les handicapés », et il dénoncera

« une sorte de refus culturel des techniciens », ajoutant que la France est « très en retard par rapport à la plupart des grands pays du monde » (commentaire sur la communication en Conseil des ministres sur le programme d'action en faveur des handicapés).
Et en octobre 1997, est reconnu dans le traité d'Amsterdam, le problème de discrimination fondée sur le handicap. Le traité inclut un article général concernant la non-discrimination et confère à l'Union le pouvoir d'agir dans le domaine du handicap.

IV. Années 2000 : de la non-discrimination à l'intégration par l'accessibilité

Le XXIe siècle est marqué par le renforcement en 2001 du plan « Handiscol » mis en place en 1999 par un dispositif d'assistance aux familles et aux écoles rencontrant des difficultés.
Il faut attendre 2002 pour pouvoir bénéficier des indemnisations pour les handicapés congénitaux « nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance » et pouvoir obtenir la fin de la « jurisprudence Perruche » (arrêt de la Cour de cassation du 17 novembre 2000 permettant à un enfant né handicapé à la suite d'une erreur de diagnostic médical de demander une indemnité au titre du préjudice subi).
En 2003, la loi relative aux assistants d'éducation est promulguée soulignant le rôle des assistants d'éducation qui remplissent des missions d'aide à l'accueil et à l'intégration scolaires des élèves handicapés et bénéficient d'une formation spécifique pour assurer leurs fonctions.
L'année 2004 est marqué par la création d'une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) chargée de contribuer au financement d'actions favorisant l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes. Cette caisse finance notamment la **prestation de compensation personnalisée** ainsi qu'une partie du coût de l'**allocation personnalisée d'autonomie** (APA). Elle est en partie financée par une contribution versée par les employeurs sur le produit du travail effectué durant la journée de solidarité.

Bien évidemment, la **loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** introduit, quant à elle pour la première fois, dans le code de l'action sociale et des familles, une définition du handicap inspirée de la classification internationale du handicap.
La loi prend désormais en compte les quatre familles de handicap :

- moteur
- sensoriel
- cognitif
- psychique

Elle concerne également les personnes à mobilité réduite, y compris de manière temporaire ; et pose le principe selon lequel « toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus de tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté » (c'est **l'accessibilité universelle** = **l'accès « à tout pour tous »**)
D'autre part, sont mis en place deux dispositifs complémentaires :

- La **compensation du handicap** (en particulier par la prestation de compensation du handicap)
- L'**obligation d'accessibilité** du cadre bâti, les transports publics, la voirie et l'espace public, les moyens de communication publique en ligne, l'exercice de la citoyenneté et les services publics

Nous rappelons ici que cette loi donnait 10 ans aux établissements recevant du public (ERP) pour se rendre accessibles.

L'année 2005 sera également marquée en août par la création de 800 postes d'assistants d'éducation et le recrutement de 8 000 emplois vie scolaire, destinés à exercer des fonctions d'auxiliaires de vie scolaire (AVS) dans le cadre de la loi handicap du 11 février 2005, pour l'intégration scolaire de 4 à 5 000 enfants handicapés en maternelle à la rentrée 2005.
Le 5 mars 2007 est votée la loi sur la protection juridique des majeurs en recentrant les efforts de la justice sur les personnes majeures rendues vulnérables par la vieillesse et le handicap, et dégageant les magistrats du traitement social des personnes en difficulté, confié au département.
En **novembre 2009** est créé le **Comité interministériel du handicap**, placé auprès du Premier ministre et chargé notamment de définir, coordonner et évaluer les politiques conduites par l'État en direction des personnes handicapées. Le comité se substitue à la délégation interministérielle aux personnes handicapées.

Fin *2012*, à trois ans de l'échéance, un peu plus de 30 % de ces établissements étaient accessibles. Face à ce constat, le Gouvernement a décidé de relancer la dynamique de mise en accessibilité de la société avec notamment une mesure majeure : la création des Agendas d'Accessibilité Programmée (Ad'AP).

Puis c'est le 2 **mars 2013** que la sénatrice Claire-Lise Campion remet un **rapport sur l'accessibilité des personnes handicapées au logement, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces publics** au Premier ministre. Ce rapport valide le maintien de l'échéance de 2015 de l'accessibilité en France et propose d'accompagner cette décision en déployant sur l'ensemble du territoire des Agendas programmées de mise en accessibilité (Ad'AP).

Sur le plan législatif, l'année 2014 est marquée par la promulgation de la loi visant à harmoniser les délais de prescription des infractions prévues par la loi sur la liberté de la presse du 29 juillet 1881, commises en raison du sexe, de l'orientation ou de l'identité sexuelle ou du **handicap**.

Le Conseil des ministres présente en avril 2014 un projet de loi habilitant le gouvernement à recourir à une ordonnance pour compléter la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
Le 9 mai 2014 est promulguée la loi permettant le don de jours de repos à un parent d'un enfant gravement malade. Ce texte autorise un salarié à "renoncer anonymement et sans contrepartie", avec l'accord de l'employeur, à des jours de repos au bénéfice d'un autre salarié de l'entreprise ayant la charge d'un enfant âgé de moins de vingt ans atteint d'une maladie, d'un handicap ou d'un accident rendant indispensable une "présence soutenue".
En septembre de la même année, une ordonnance sur la mise en accessibilité des ERP, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées est promulguée. Le texte simplifie et explicite les normes d'accessibilité.
La conférence nationale du handicap annonce en décembre 2014 une série de mesures touchant de nombreux aspects du handicap : des MDPH à l'inclusion scolaire, en passant par l'emploi ou l'accessibilité numérique.
Le 24 décembre 2015, un arrêté simplifie les normes d'accessibilité existantes.
Aussi, l'arrêté du 23 mars 2016 revoit certaines dispositions de la loi concernant l'accessibilité des personnes handicapées dans les bâtiments d'habitation collectifs et individuels neufs, ou faisant l'objet de travaux de rénovation ou d'un changement de destination. Le texte indique que dans les deux derniers cas, l'espace de manœuvre (initialement d'au moins 1,50 m) doit laisser la possibilité de demi-tour.

Annexe n°3 : Le Handicap selon la culture

Le regard porté sur le handicap est intimement lié au contexte culturel. Nous avons vu dans l'Annexe 2 l'évolution du regard porté sur le handicap et sur les personnes handicapées en France à travers l'évolution de la législation. Qu'en est-il dans les autres cultures ?
Selon Michel Foucault, le regard porté sur le handicap est lié au contexte culturel et sa perception en est toujours apprise et non spontanée. Il existe même, outre cette transmission culturelle, une transmission sociale.
Nous retracerons dans cette annexe les principales particularités de six régions du monde que nous avons choisi d'évoquer en nous appuyant sur l'ouvrage de **Charles Gardou « *Le handicap au risque des cultures* »**(54). Nous verrons donc successivement la vision du handicap dans la culture américaine du nord, brésilienne, sénégalaise , norvégienne, allemande. Nous terminerons cet exposé par la culture réunionnaise.
L'objectif de cette annexe est de retracer les grandes lignes des caractéristiques du handicap à travers les régions citées.

I. Le handicap dans la culture américaine du nord

« L'**autonomie** est incontestablement devenue un bien commun ». Voilà la première phrase de Charles Gaucher et Francine Saillant pour évoquer la « perspective autonomiste » ancrée dans la culture nord-américaine. L'autonomie est plus qu'un objectif, il est un droit de base défendu par le mouvement de défense des droits des personnes handicapées.
Après l'essor des sciences de la réadaptation et biomédicales lors de la seconde moitié du XXe siècle, se regroupent les personnes en marge de la société, les « indigents » (terme évoqué dans la loi de 1921 au Québec) ou des « invalides » (employé lors de la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels). C'est au décours de cette prise de conscience qu'est utilisé, au Québec, le terme de handicapé dérivé de l'anglais *handicap*.
À la fin des années 60, le mouvement philosophique de « vie autonome » (Independent Living) prend de l'ampleur en réclamant une réhabilitation et une autonomisation des individus. Cette mouvance a pour objectif fondateur la valorisation et la promotion de l'autonomie de tout individu sans distinction.
À travers ce chapitre, le **modèle culturel sourd** des années 70 au Québec est décrit et apparaît comme contradictoire avec les autres mouvements de personnes handicapées. En effet, certains militants « voient dans cette entreprise de désinstitutionnalisation un acte de dislocation des solidarités sourdes, qui mène justement à une perte d'autonomie » bien loin du but recherché.
En 1973, le ***Rehabilitation Act*** est apparaît comme un tournant majeur dans la prise de position de l'État en faveur des droits des personnes handicapées. En effet, cette loi fédérale prône la non-discrimination des personnes handicapées notamment dans le domaine de l'emploi et évoque également l'accessibilité des services publiques ayant recours aux technologies électroniques et informatiques aux personnes handicapées.(55) Cette avancée majeure dans la défense des droits des personnes handicapées est considérée comme l'une des « premières actions concrètes aux États-Unis, entraînant le Canada dans son sillage [...] ». Il est important de souligner que cette revendication de « personnes handicapées » en Amérique du Nord fait partie d'une mouvance plus large menée par l'ensemble des **minorités** notamment le mouvement des femmes, le « mouvement gay contemporain » (révolte de Stonewall Inn à New York en 1969) ainsi que les minorités ethniques.
Enfin pour décrire ce changement de mœurs, les auteurs proposent l'expression de « **modèle**

autonomiste collectiviste », car ayant pour objectif de « ne pas séparer les désirs d'émancipation des individus et des groupes des formes politiques qui se font critique du libéralisme ».

II. Le handicap dans la culture brésilienne

D'après Suely Marques, 15 % de la population brésilienne est touchée par un handicap avéré. Or malgré une **législation** en faveur des personnes handicapées, la réalité est toute autre avec une accessibilité médiocre dans la plupart des villes. Les droits restent « précaires en dépit des lois édictées ». L'auteur souligne que les personnes handicapées vivant au Brésil sont confrontées à deux faits culturels : les préjugés et l'idéal esthétique.

Ces **préjugés** stigmatisent et ancrent les personnes handicapées à une symbolique négative qui au regard de la société ne pourraient pas jouer de rôle « utile ». Pour souligner ces propos, Marques cite Jairo da Silva, une personne porteuse d'une cécité « En vérité, lorsqu'une personne aveugle se marie, il est habituel de voir l'entourage stupéfait, y compris les membres de sa famille. On la voit comme un être asexué, qui ne peut ni ne doit avoir des rapports conjugaux. S'il a un enfant, la stupéfaction est exponentielle ».

Le **diktat de l'esthétique** est un élément primordial pour appréhender le handicap dans la culture brésilienne. En effet, en 2013, les Brésiliens sont devenus les plus gros consommateurs de chirurgie esthétique devançant les Etats-Unis. 1,49 million d'interventions ont été enregistrées en 2013 dans les hôpitaux et cliniques brésiliens. En 2011, 43 809 rhinoplasties y ont été effectuées.(56) Cette « préférence culturelle » fait ressurgir l'histoire brésilienne et la condition des Noirs à l'époque de l'esclavage qui étaient considérés comme « un être inférieur atteint de déficiences ».

Mais malgré ces difficultés, les Brésiliens font face à l'adversité et à cette « tragédie familiale » que représente le handicap pour compenser les lacunes de droits précaires. Ainsi, c'est au sein d'une famille patriarcale que le **rôle de la mère** est primordial pour le maintien de l'équilibre et assurer, faire valoir les droits.

Notons également que foi, croyances et pratiques magiques font partie intégrante de la culture brésilienne. « **Croyances et pratiques religieuses** fonctionnent comme une quête de réponses aux imperfections et limites du corps ou de l'esprit et, plus globalement, aux vicissitudes quotidiennes ; comme une recherche de sens face à l'expérience éprouvante du handicap. »

III. Le handicap dans la culture sénégalaise

La première phrase que nous propose Aliou Sèye dans ce chapitre consacré au Sénégal résume la violence subie presque docilement par les personnes porteuses de handicap : « Au Sénégal, la dépréciation des personnes handicapées, réduites à la **mendicité**, se trouve renforcée par un ordre social et un ordre symbolique qui n'en font qu'un. »

L'auteur souligne que la mendicité est le moyen recouru par les personnes handicapées pour ne pas être à la charge de leur famille, et même pour conserver leur dignité ; mais il nécessite à la personne de quitter sa terre et sa famille pour se rendre à Dakar « la capitale du Sénégal mais aussi de la mendicité ». Mais dans l'adversité, la **solidarité** prend un rôle capital au sein de ces communautés.

Dans ce pays, le handicap renvoie également à une autre identité, à un isolement social, à une « **lèpre sociale** » qui fait référence à la mise à l'écart par la société des lépreux et plus globalement des personnes considérées comme handicapées.

Cette mendicité, liée à un sentiment de fatalité, est entretenue par l'aumône ancrée dans la culture traditionnelle et par les dogmes de l'Islam ; c'est une « stratégie adaptative ». Ce fatalisme repose

sur l'idée que la situation amenant ces personnes handicapées à mendier serait liée à des fautes commises, tels des péchés à expier.
On notera également que dans cette **culture traditionnelle**, des peurs ancestrales prédominent toujours : la sorcellerie, le maraboutage, la peur de transgresser l'interdit lié à l'animal totem. L'exclu est mis à l'écart et **délaissé des politiques publiques**, mais reste craint.

IV. Le handicap dans la culture norvégienne

Les pays nordiques apparaissent dans de nombreux domaines comme des précurseurs et des pionniers. Les auteurs E. Engebretsen, B. Johnsen, B. Kirkebaek et I. Markussen nous rappellent au début du chapitre que la Norvège a été marquée par des idéaux d'**eugénisme** fondés sur des théories et la crainte de la dégénérescence.
À l'issue de la Seconde Guerre mondiale, l'État prend conscience des dangers d'une politique visant à tout prix à lutter contre cette « **dégénérescence** ». Et c'est à la fin des années 1950 que se développe le « principe de normalisation » souhaitant « rompre avec la culture de l'institution et ouvrir la société à tous par la proximité et la visibilité, deux concepts déterminants ».
La législation norvégienne s'est tournée vers la promotion d'un « **système éducatif inclusif** » dès les années 80. Le principe d'inclusion apparaît même dans le programme national de 1987. Or les auteurs évoquent plutôt une « **intégration ségrégative** », car malgré ce désir de lutter contre les institutions et favoriser l'intégration scolaire d'enfants ayant des difficultés d'apprentissage, il persiste un décalage entre la pratique et les objectifs officiels. En effet, d'après une étude citée dans ce chapitre, « 34 % des élèves n'étaient présents que cinq heures par semaine, et parfois bien moins, dans la classe ordinaire dont ils relevaient officiellement. »
Au fur et à mesure, cette société initialement fondée sur le bien-être de sa population est devenue une « **société de l'audit** » sous l'impulsion des pouvoirs politiques en vue de détecter précocement et de répondre aux manquements à la législation. Le risque encouru étant que « la notion de droit est menacée d'être réduite à des aspects techniques et bureaucratiques ; par déconnexion de l'expérience individuelle. » Est-ce là les effets secondaires d'une politique de contrôle pour l'équité à tout prix ?

V. Le handicap dans la culture allemande

Influencée par le siècle des Lumières, l'Allemagne a développé jusqu'au XIXe siècle des principes humanistes. Puis sous l'impulsion de l'industrialisation et l'urbanisation, des bouleversements sociaux ont vu le jour notamment avec l'exode rural.
Le **Troisième Reich** prônant le bien du peuple avant tout, jugeait la grandeur d'un individu sur des « critères raciaux et d'utilité sociale ».
Suite à la Seconde Guerre mondiale, le pays marque sa **volonté de rompre avec les idéaux** antérieurs. Mais il faudra attendre **1973** avec la recommandation du Comité allemand de l'éducation refusant « un système d'éducation spécialisé fermé » et réclamant « une multiplication des interactions entre les élèves handicapés et non handicapés ». Cela marque alors le début d'une modification de l'approche du handicap. Aussi, en **1993**, le président de la République Richard von Weiszäcker déclara à Bonn « **Il est normal d'être différent**. Il n'y a pas de norme pour être *humain*. Certaines personnes sont aveugles ou sourdes, d'autres ont des difficultés d'apprentissage, un handicap mental ou physique – mais il y a aussi des personnes qui n'ont aucun sens de l'humour, des éternels pessimistes, des hommes et des femmes asociaux et violents. Concevoir le handicap comme une simple différence doit être notre but à tous. »

Par la suite, l'Allemagne sera influencée par le message international notamment avec le traité d'Amsterdam en 1997, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne en 2000 et la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées en 2006 dont l'application prendra effet en mars 2009.
Malgré ces avancées législatives, les personnes handicapées restent les plus touchées par le chômage et sont parfois victimes de violences pointant du doigt « une **animosité latente** » dans la société allemande. Une ombre plane donc dans ce contexte de crise économique sur la croissance de la précarité qui touchera en premier les plus fragiles de la société.

VI. Le handicap dans la réunionnaise

Nous avons choisi d'aborder la culture réunionnaise en conclusion de cette annexe pour souligner toute la diversité et la richesse culturelle de cette île. La prise en charge des personnes en situation de handicap à la Réunion se heurte à une incompréhension due aux différences culturelles entre les familles (traditionnelles) et les soignants/professionnels (souvent, de culture européenne).
Le visage réunionnais est métissé. Il est « comor » (originaire de Mayotte ou des Comores), « kaf » ou « cafre » (originaire d'Afrique subsaharienne), « malbar » (originaire du Sud de l'Inde, généralement hindou), « malgass' » (malgache) ; « sinoi » (chinois), « yab » (cette appellation fait référence aux créoles blancs « des hauts » de l'île), « zarab » (originaire du Nord de l'Inde – Gujarat, de confession musulmane), « zoreil » (d'origine métropolitaine) ou même « zoréol » (enfant né à la Réunion dont un des parent est « zoreil »). De part ces origines diverses, la Réunion est brassée de croyances et cultures variées.
L'auteur Jacques Brandibas, reprend dans ce chapitre les idées de George P. Murdock selon lesquelles le handicap, à la Réunion, serait lié à trois grandes familles étiologiques : mystiques, animistes et magiques.
Selon l'**étiologie mystique**, la maladie et ici, le handicap, serait secondaire à un acte ou une expérience de la personne elle-même. L'individu serait à l'origine de son mal.
Selon l'**étiologie animiste**, la défaillance serait due à « l'action directe d'une entité surnaturelle » (esprit, démon, djinn, etc.). Cette étiologie semble être prépondérante à la Réunion.
Les **étiologies magiques** font quant à elles références à l'action d'une tierce personne porteuse du « mauvais œil » par jalousie, malveillance ou convoitise. Elle agirait par le biais, notamment, de la sorcellerie.
Dans ce contexte complexe, le professionnel se doit de procéder à une « décentration culturelle » pour favoriser la relation avec les patients ainsi que leur famille et lutter contre ce clivage culturel.

Annexe n°4 : Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité

Source : http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Reussir_accessibilite.pdf

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

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

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

1. Stationnement

1.1. Principe général



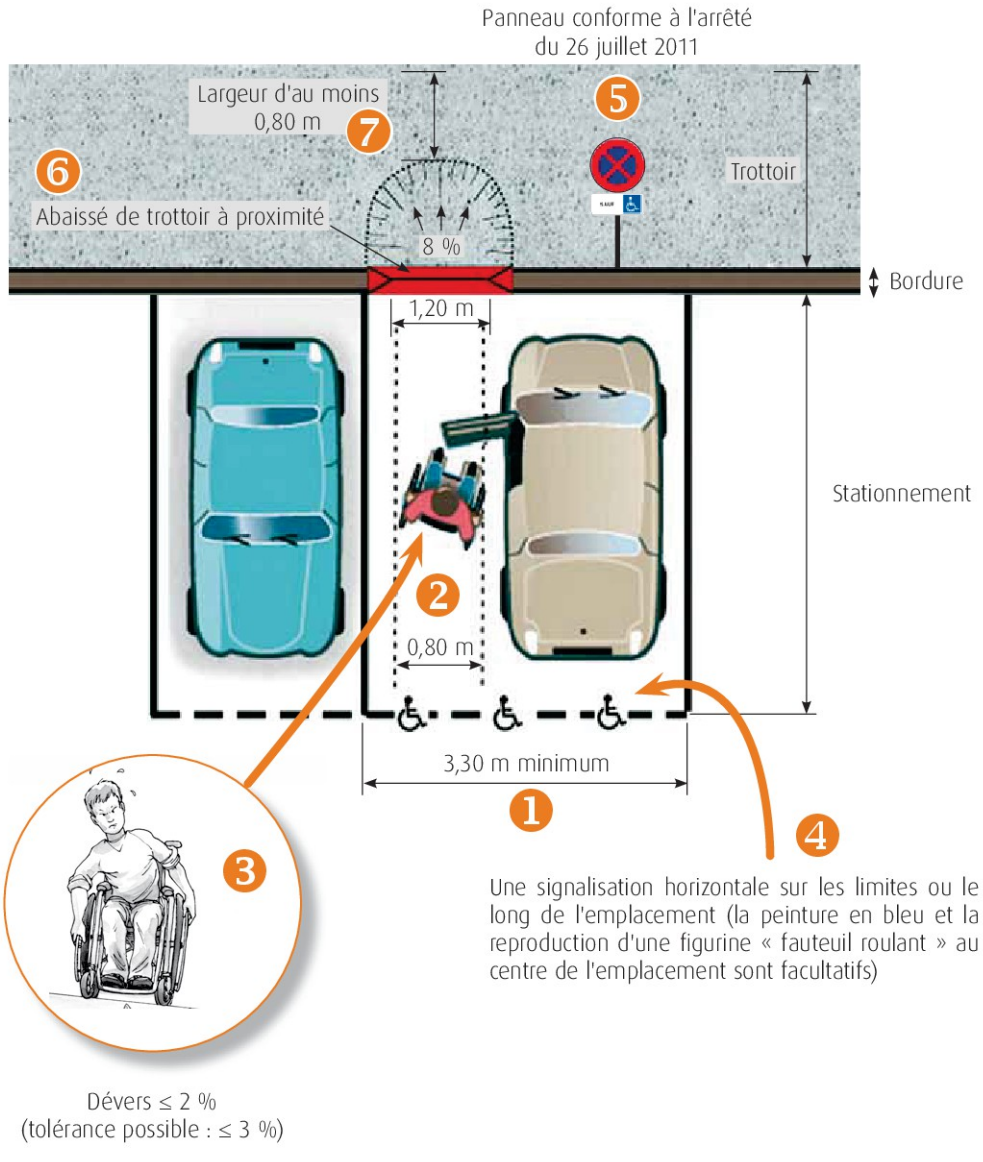
Si un parking ouvert au public est rattaché à votre local, celui-ci doit comporter une ou plusieurs places de stationnement adaptées pour les personnes handicapées et réservées à leur usage. Cette obligation vaut que le parking soit intérieur ou extérieur.

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

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

	Nombre de places réservées / nombre total de places (Si stationnement prévu)	Localisation des places réservées	Repérage des places réservées
Établissement Recevant du Public	2 % (pour le public)	• Proche de l'entrée ou de l'ascenseur	• Signalisation verticale • Marquage au sol
		• Reliées par un cheminement accessible	
Voirie	2 %	Uniformément réparties sur le territoire communal	• Signalisation verticale • Marquage au sol

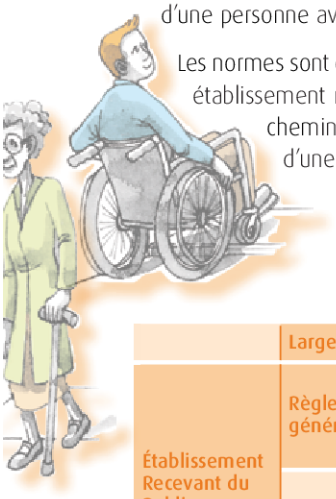
1.2. Signalisation et règles d'aménagement : 7 points de vigilance



2. Cheminement extérieur ou intérieur

2.1. Principe général

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



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

	Largeur minimale d'un cheminement (extérieur et intérieur)			
	Règle générale	Tolérances possibles (rétrécissement ponctuel)	Atténuations (en cas de contraintes structurelles)	Motifs de dérogations mobilisables
Établissement Recevant du Public (le local)	1,40 m	1,20 m ≤ largeur ≤ 1,40 m	0,90 m ≤ largeur ≤ 1,20 m	• Impossibilité technique • Préservation du patrimoine architectural • Disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences pour l'ERP
Bâtiment d'habitation collectif où est installé le local (les parties communes de l'immeuble d'habitation)	1,20 m	0,90 m ≤ largeur ≤ 1,20 m	Largeur ≥ 0,90 m	• Impossibilité technique • Préservation du patrimoine architectural • Disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leurs conséquences

2.2 - Les points de vigilance à respecter pour un cheminement

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

Règles relatives aux pentes (extérieur et intérieur) :

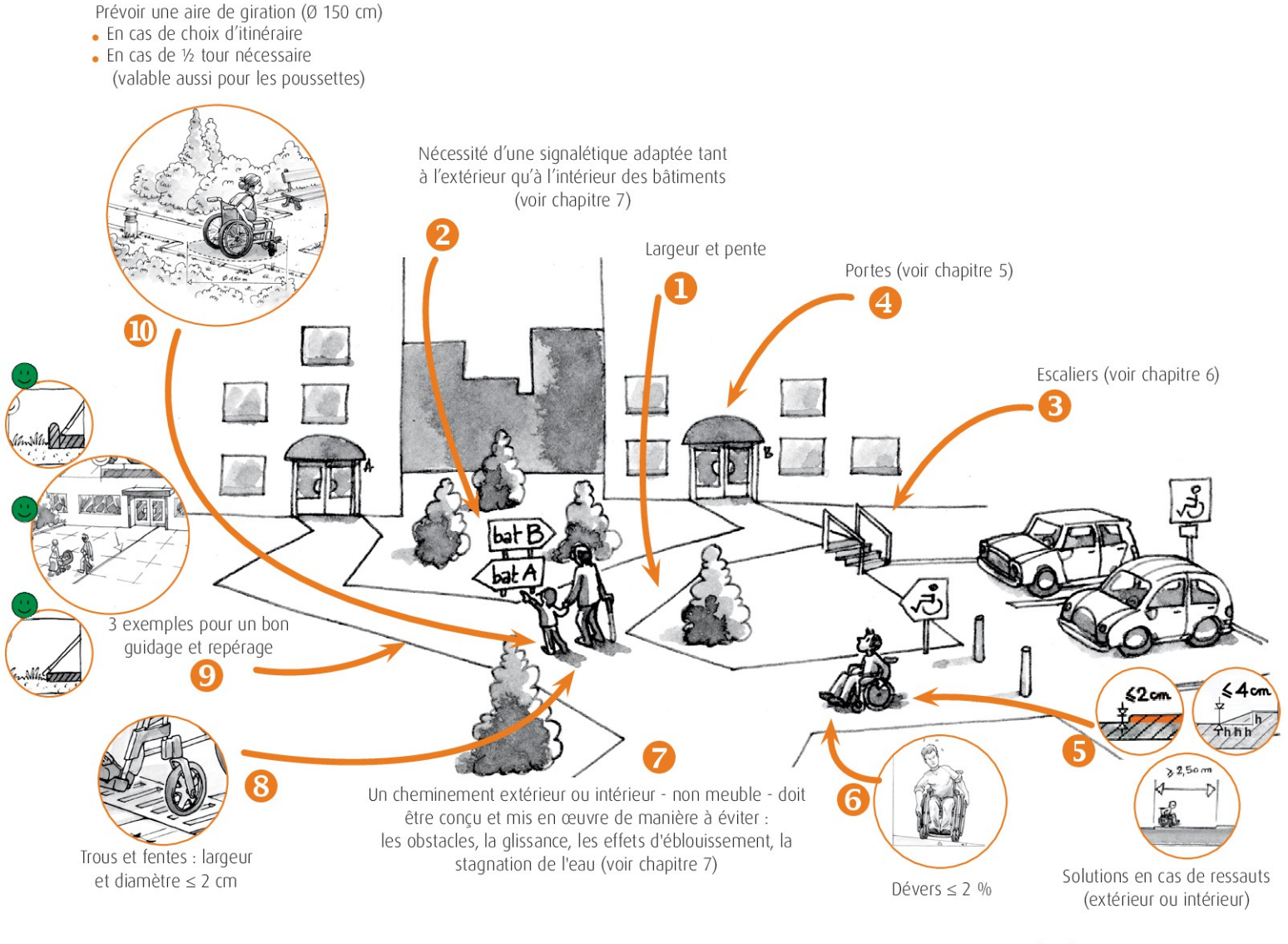
	Règle générale*	Sur de courtes distances	Atténuations possibles (en cas de contraintes structurelles)	Motifs de dérogations mobilisables
Établissement Recevant du Public Règles identiques pour les bâtiments d'habitation collectifs	≤ 5 %	≤ 8 % sur une distance inférieure à 2 m Ou ≤ 10 % sur une distance inférieure à 0,50 m	≤ 6 % au lieu des 5 % de la règle générale Ou ≤ 10 % sur une distance inférieure à 2 m Ou ≤ 12% sur une distance inférieure à 0,50 m	• Impossibilité technique • Préservation du patrimoine architectural • Disproportion manifeste

Si la pente est supérieure à 4 %, un palier de repos est nécessaire tous les 10 m et il est préconisé d'installer un élément de protection pour éviter les chutes liées à la rupture de niveau. Si cette rupture est de plus de 40 cm, cette protection est obligatoire.

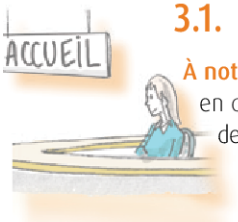
Dans tous les cas, un palier de repos (120 cm x 140 cm) est à prévoir en haut et en bas de chaque plan incliné afin de permettre à toute personne à mobilité réduite de souffler.

Ces paliers sont horizontaux (au dévers près). Ils se comprennent en dehors de tout débattement de porte.

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

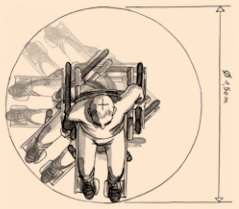
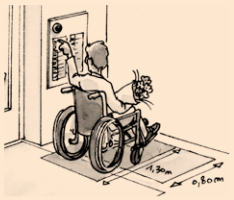

Prévoir une aire de giration (Ø 150 cm)
• En cas de choix d'itinéraire
• En cas de ½ tour nécessaire
(valable aussi pour les poussettes)
Nécessité d'une signalétique adaptée tant à l'extérieur qu'à l'intérieur des bâtiments (voir chapitre 7)
Largeur et pente
Portes (voir chapitre 5)
Escaliers (voir chapitre 6)
bat B
bat A
3 exemples pour un bon guidage et repérage
Trous et fentes : largeur et diamètre ≤ 2 cm
Un cheminement extérieur ou intérieur - non meuble - doit être conçu et mis en œuvre de manière à éviter : les obstacles, la glissance, les effets d'éblouissement, la stagnation de l'eau (voir chapitre 7)
Dévers ≤ 2 %
≤ 2 cm
≤ 4 cm
h
h h h
≥ 2,50 m
Solutions en cas de ressauts (extérieur ou intérieur)

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

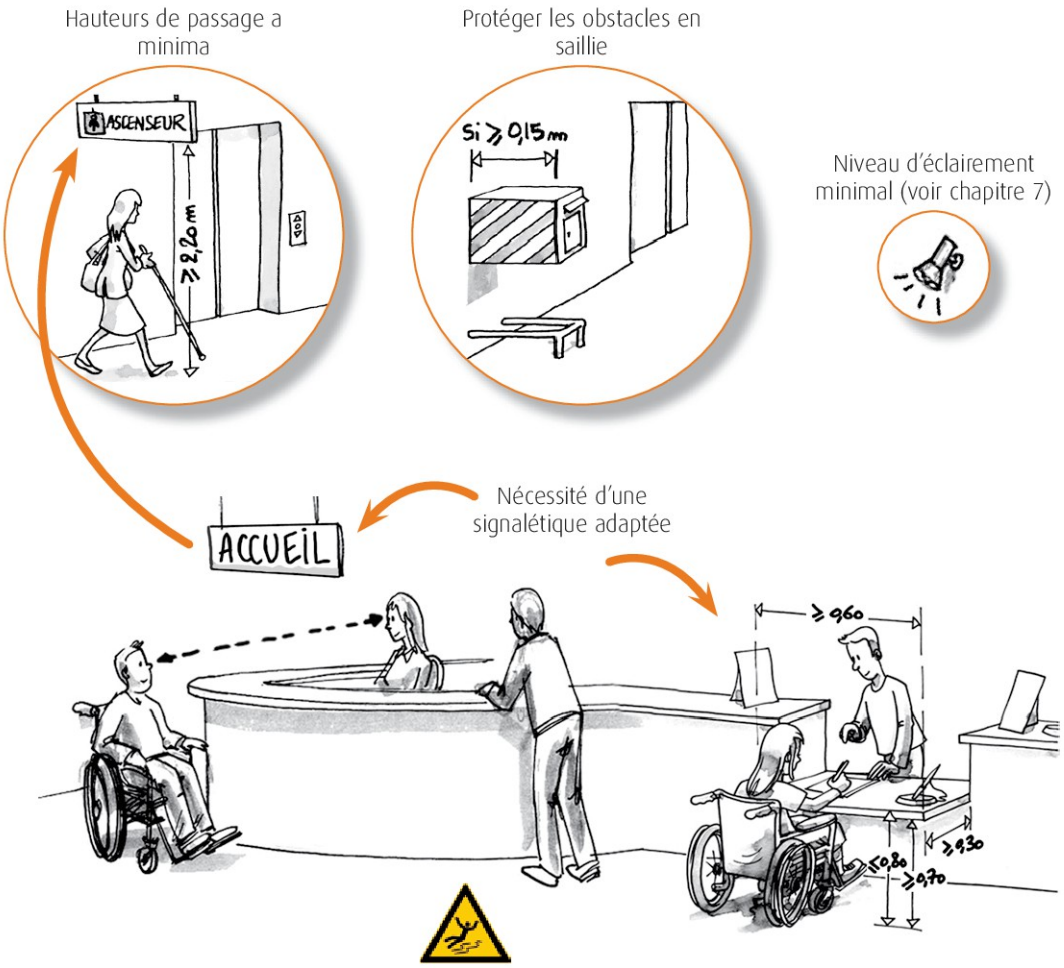


3.1. Principe général

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

Type d'espace	Caractéristiques dimensionnelles	Lieux d'installation
Le palier de repos : Il permet à une personne debout mais à mobilité réduite ou à une personne en fauteuil roulant de se reprendre, de souffler.	Le palier de repos s'insère en intégralité dans le cheminement. Il correspond à un espace rectangulaire de dimensions minimales **1,20 x 1,40 m** Il est horizontal au dévers près. Paliers de repos 	• En haut et en bas de chaque plan incliné. • De part et d'autre de chaque porte automatique coulissante.
L'espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour (aire de giration) : Il permet la manœuvre du fauteuil mais aussi d'une personne avec une ou deux cannes. Il permet de s'orienter différemment ou de faire demi-tour.	L'espace de manœuvre reste lié au cheminement mais avec une exigence de largeur correspondant à **Ø 1,50 m** 	• Dans chaque cabinet d'aisances adapté ou, à défaut, en extérieur devant la porte • Dans chaque cabine de déshabillage adaptée d'un ERP. • Il est recommandé d'en installer un en chaque point d'un cheminement où un choix d'itinéraire est donné à l'usager : devant un accueil, dans une salle d'attente, dans un cabinet de consultation, devant les ascenseurs...
L'espace d'usage : Il permet le positionnement du fauteuil roulant ou d'une personne avec 1 ou 2 cannes pour utiliser un équipement ou un dispositif de commande ou de service.	L'espace d'usage est situé à l'aplomb de l'équipement, du dispositif de commande ou de service. Il correspond à un espace rectangulaire de **0,80 x 1,30 m** horizontal 	• Devant chaque équipement ou aménagement : interphones/ visiophones, boîtes aux lettres, dispositifs de commande des parties communes, plans de travail adaptés, salle d'attente,... • Dans chaque cabinet d'aisances (voir chapitre 4) • Dans chaque salle d'eau...

3.2. Points de vigilance à respecter :



Dimension et règles d'accessibilité des portes

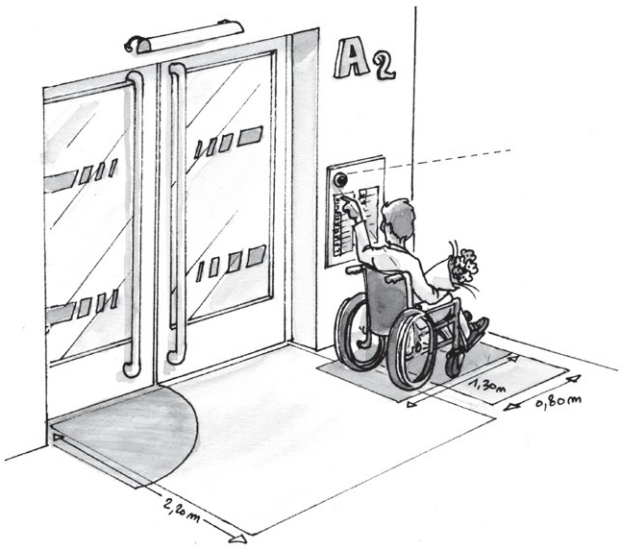
Sol non glissant, non réfléchissant, sans obstacle à la roue et veiller à une bonne largeur de cheminement

Aménagement à prévoir pour les personnes âgées et autres personnes à mobilité réduite

3.3. Points particuliers

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

- 0,90 m ≤ H ≤ 1,30 m,
- Installation d'une caméra,
- Il peut être équipé d'une boucle magnétique (Pour communication audio au profit des personnes malentendantes),
- Si dévérouillage électrique de la porte, le signal indiquant ce dévérouillage doit être sonore et visuel.



4. Sanitaires

4.1. Principe général



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

Dans les ERP existants, lorsque l'on est confronté à des contraintes de structure impactant la solidité du bâtiment, l'aménagement d'un cabinet d'aisances accessible n'est pas exigé pour chaque sexe. Dans ce cas, le cabinet d'aisance aménagé pour les personnes handicapées doit être accessible directement depuis les circulations communes.

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

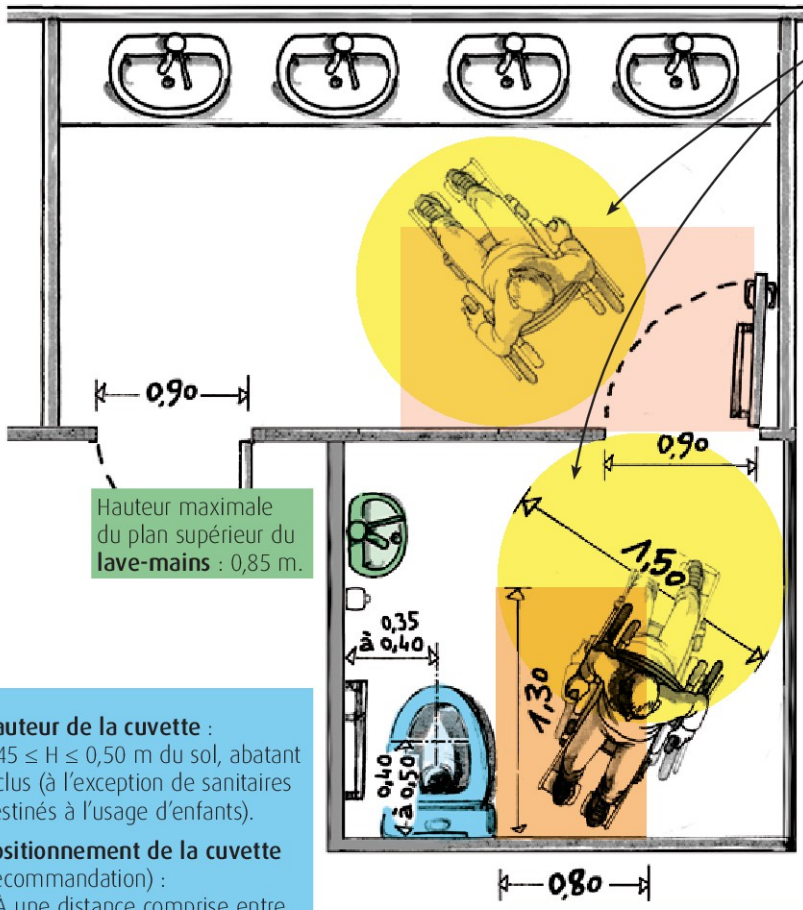
Extrait du règlement sanitaire départemental du Calvados (version de mars 2011 : « *Dans les établissements ouverts ou recevant du public doivent être aménagés, en nombre suffisant et compte tenu de leur fréquentation, des lavabos, des cabinets d'aisance et urinoirs. (...)* »

4.2. Les points de vigilance à respecter

Le sanitaire adapté doit avoir a minima :

- Une porte de **0,90 m**,
- Une barre de rappel horizontale située sur la porte,
- Un espace d'usage (**1,30 m x 0,80 m**) hors débattement de la porte,
- Un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour (ou aire de giration **Ø 1,50 m**) ou, à défaut, en extérieur devant la porte,
- Un lave-mains (**H maxi 0,85 m et 0,70 m sous équipement**) à 0,40 m minimum de l'angle rentrant du mur ou de tout obstacle.

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



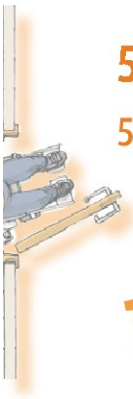
Espace de maœuvre de porte.
(voir chapitre 5)

Hauteur maximale du plan supérieur du **lave-mains** : 0,85 m.

Hauteur de la cuvette :
0,45 ≤ H ≤ 0,50 m du sol, abatant 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 ≤ H ≤ 0,80),
- À une distance comprise entre 0,40 et 0,50 m du mur où est adossée la cuvette.

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



5. Portes

5.1. Principe général

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

1er point

La largeur de portes

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

- Largeur de porte ≥ 0,90 m
- Passage utile ≥ 0,83 m

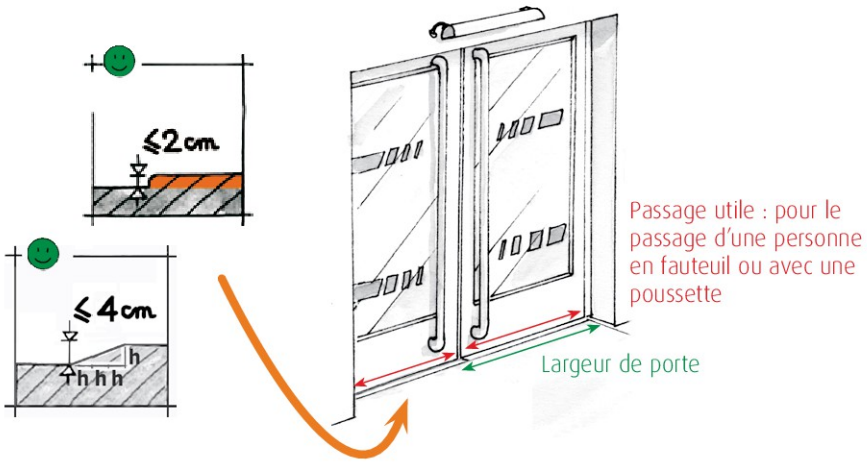
Une tolérance est admise en cas de présence de contraintes techniques pour les ERP existants :

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

* Pour les ERP accueillant plus de 100 personnes : prévoir des portes d'une largueur de 140 cm minimum.

Pour un bâtiment d'habitation collectif, les portes situées sur les parties communes doivent avoir une largeur de 0,90 m (largeur utile 0,83 m).

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



2e point

Nécessité de prévoir un espace de manœuvre de porte

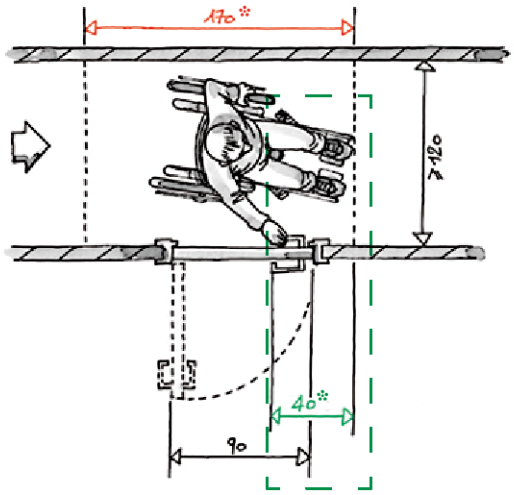
De part et d'autre de chaque porte, il faut prévoir d'intégrer un espace de manœuvre de porte, lequel correspond à un rectangle de même largeur que le cheminement mais dont sa longueur va varier selon le type de porte :

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

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

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

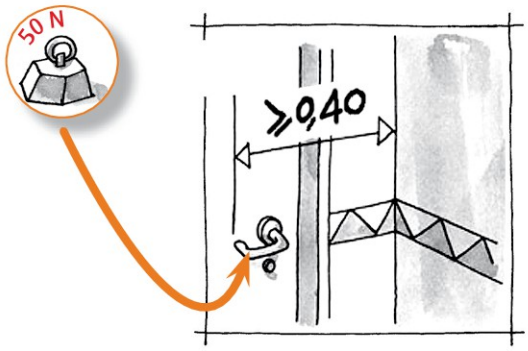
S'il existe des contraintes techniques dans un ERP ou un bâtiment d'habitation collectif existant, cette exigence de 40 cm peut ne pas être respectée.



5.2. Points particuliers à respecter

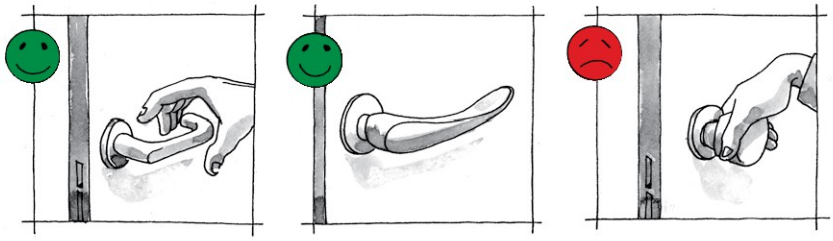
Points de vigilance à respecter

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

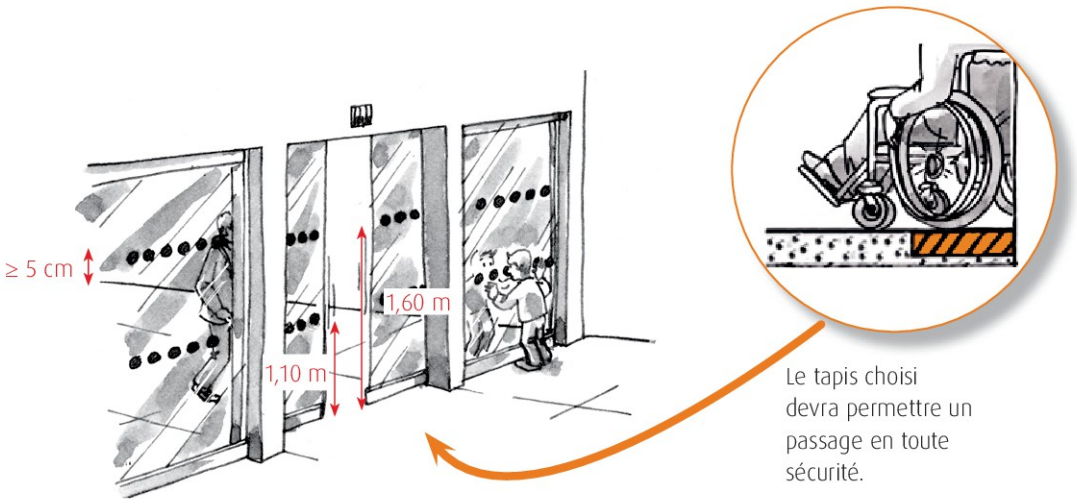


Choisir des poignées faciles à manœuvrer

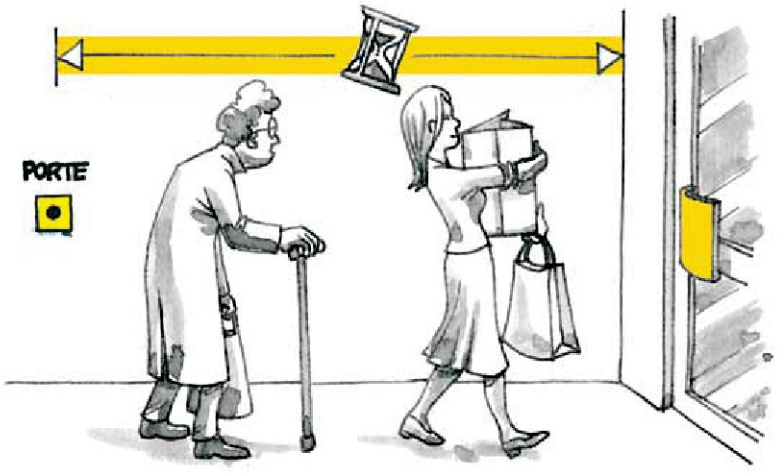
Les poignées que l'on peut manœuvrer en laissant « tomber la main » sont celles qui conviennent le mieux.



Si portes vitrées, prévoir des éléments de repère



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



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



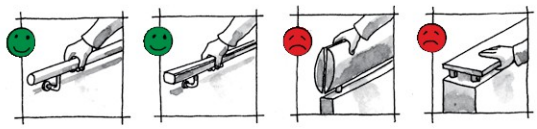
6. Escaliers

6.1. Principe général

		Hauteur des marches (≤ en cm)	Profondeur de la marche (giron) (≥ en cm)	Largeur entre mains courantes (en cm)	Nombre de mains courantes
Établissement Recevant du Public (= le local)	Règle générale	16	28	120	2
	ERP existants en cas de contraintes techniques impactant la solidité du bâtiment	17	28	100	1
Bâtiment d'habitation collectif (= les parties communes de l'immeuble d'habitation)	Parties communes	17	28	100 (80 pour les bâtiments existants en cas de contraintes techniques impactant la solidité du bâtiment)	2

6.2. Huit points particuliers à respecter

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



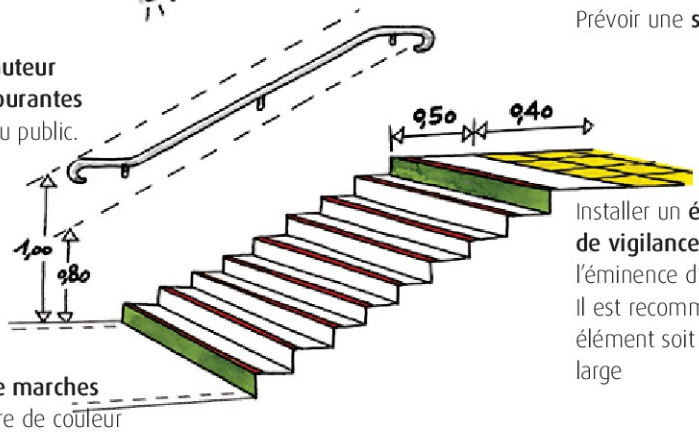
Prévoir des valeurs d'éclairement adaptées



Sortie

Prévoir une **signalisation adaptée**

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



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

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

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



Cas des escaliers hélicoïdaux :

La largeur minimale du giron doit être mesurée à 50 cm du mur extérieur.



7. Éclairage, signalétique et contraste de couleurs

7.1. Principe général d'un éclairage adapté

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

	Valeurs réglementaires d'éclairement 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

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

7.2. Principe général d'une signalétique adaptée*

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



Tableau indicatif

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

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

* Dans le respect des éventuelles dispositions des codes professionnels.

7.3. Principe général du respect des contrastes de couleurs

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

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

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

** une personne handicapée mentale risque d'être paniquée dans un local uniformément de la même couleur.*



Tableau indicatif présentant le contraste en pourcentage entre différentes couleurs

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

Contraste acceptable — Contraste insuffisant — Cas limite

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

Annexe n°5 : Questionnaire soumis aux médecins généralistes

1. Première partie: Généralités sur le médecin

La première partie du questionnaire consistait à décrire les caractéristiques du médecin :

- ***sexe***
- ***âge*** (<35 ans, [35-44], [45-54], [55-64], >65 ans)
- ***âge lors de la première installation*** (<35 ans, [35-44], [45-54], [55-64], >65 ans)
- ***année d'installation dans le cabinet actuel*** (<2005, >2005)
- ***localisation du cabinet*** (rural, urbain < 10 000 hab., urbain > 10 000 hab.)
- ***type d'exercice*****:** seul ou groupe ou en maison médicale (avec nombre de praticiens dans le groupe)
- ***type de bâtiment*****:** maison/immeuble/autre
- ***à quel étage se trouve le cabinet médical*** (sous-sol/RDC/ 1er étage/≥ 2e étage/autre)
- ***statut***: propriétaire ou locataire
- ***ancienneté du cabinet*****:** (< 5 ans, [5-10], [10-30], > 30ans)
- ***superficie du cabinet*** (< 50m², [50-75], [75-100], [100-150], >150m²)

2. Deuxième partie: caractéristiques de la patientèle

La deuxième partie du questionnaire consistait à décrire les caractéristiques de la patientèle du médecin interrogé avec:

- *nombre de patients*
- *nombre de patients présentant un handicap mental et ou psychique*
- *nombre de patients présentant une cécité*
- *nombre de patients malvoyantes*
- *nombre de patients présentant une cophose*
- *nombre de patients malentendants*
- *nombre de patients utilisant une ou des cannes anglaise ou un déambulateur*
- *nombre de patients se déplaçant en fauteuil roulant*
- *nombre de patients grabataires*
- *dans les 3 derniers mois: nombre de personnes vues en VAD en raison d'un handicap chronique*
- *dans les 3 derniers mois: nombre de personnes vues en VAD en raison d'un handicap aigu*

3. Troisième partie: concernant l'accessibilité

Cette partie était divisée en deux sous parties comportant d'une par des questions sur l'agenda d'accessibilité programmée puis d'autre par l'estimation de l'accessibilité du cabinet du médecin interrogé.

1. Ad'AP

Cette sous partie concernait:

- ***Avant l'application de la loi sur l'accessibilité (27 septembre 2015), votre cabinet était-il aux normes?*** (oui/non/NSP)

- ***Pensez-vous être proche des normes?***
  - ✔ Si oui: allez-vous faire des travaux? (oui/non)
  - ✔ Si non: allez-vous faire des travaux? (oui/non) et souhaitez-vous changer de local? (oui/non)
- ***Avez-vous effectué le dépôt de votre Agenda d'Accessibilité Programmée?*** (oui/non)
  - ✔ Si oui:
    - avez-vous fait appel à un professionnel pour évaluer l'accessibilité de votre cabinet? (oui/non)
      - à combien estimez vous les frais engendrés par les travaux pour votre cabinet? (aucun investissement, < 1 000 €, [1 000-5 000 €], [5 000-10 000 €], [10 000-20 000€], > 20 000 €)
      - qu'avez-vous déclaré? (cabinet normes/pas de travaux envisagés; pas aux normes mais sans demande de permis de construire; pas aux normes avec demande de permis de construire; pas aux normes mais demande de dérogation)
        - ➔ si demande de dérogation: nouvelle question sur le motif de dérogation recouru (impossibilité technique lié à l'environnement ou à la structure du bâtiment; préservation du patrimoine architectural; disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences; refus des co propriétaires; autre)
  - ✔ Si non: pourquoi?

2. Estimation de l'accessibilité du cabinet du médecin interrogé = 7 items d'accessibilité

1) **Parc de Stationnement automobile** (points de repère: au moins 2% des places doivent être accessible - largeur 3.30m minimum)
   - ✔ aux normes? (oui/non/je n'en ai pas)
   - ✔ travaux de mise au norme prévus? (oui/non/NSP)
2) **Cheminement extérieur** (pente d'accès < 5% et largeur > 1.40 m - présence d'un palier de repos - absence d'obstacle/trous/fentes)
   - ✔ aux normes? (oui/non)
   - ✔ travaux de mise au norme prévus? (oui/non/autre)
3) **Accès/Entrée** (palier de repos - espace de manœuvre - ressaut < 2 cm - poignées adaptées)
   - ✔ aux normes? (oui/non)
   - ✔ travaux de mise au norme prévus? (oui/non/autre)
4) **Accueil/Secrétariat** (dimensions adaptées [hauteur/profondeur/largeur] - aire de manœuvre pour les fauteuils roulants - largeur des portes de 90 cm minimum)
   - ✔ aux normes? (oui/non/je n'ai pas de secrétariat)
   - ✔ travaux de mise au norme prévus? (oui/non/autre)
5) **Cheminement intérieur** (largeur des couloirs/portes - poignées adaptées - signalétique claire)
   - ✔ aux normes? (oui/non)
   - ✔ travaux de mise au norme prévus? (oui/non/autre)
6) **Sanitaires** (largeur de porte 80 cm minimum - espace de manœuvre 1.50 m minimum - barre d'appui)
   - ✔ aux normes? (oui/non/je n'en ai pas à disposition du public)
   - ✔ travaux de mise au norme prévus? (oui; non: je souhaite condamner mes sanitaires déjà existants; non: je suis aux normes; non: je n'avais pas de sanitaires et ne

souhaite pas en créer; autre)

7) **Luminosité/Signalétique/Contrastes de couleur** (lumens selon l'endroit du cabinet, poignées faciles à manœuvrer avec effort < 5 kg)
   - ✔ aux normes? (oui/non/NSP)
   - ✔ travaux de mise au norme prévus? (oui/non/autre)

4. Quatrième partie: Position du médecin interrogé sur la législation et au handicap

Cette partie s'intéressait aux conséquences estimées par les médecins généralistes interrogés de l'application de cette loi:

- ***Combien d'années souhaitez-vous encore travailler?*** (< 3 ans, [3-10 ans], [10-20 ans], > 20 ans)
- ***L'application de cette loi va-t-elle selon vous impacter sur votre activité professionnelle future?*** (non; augmentation de la patientèle notamment handicapée; changement de local prévu; changement ou cessation d'activité professionnelle; retraite anticipée; passage au salariat; autre)
- ***Selon vous, quelles sont les difficultés rencontrées dans l'application de cette loi?*** (je n'éprouve pas de difficulté; démarches administratives/chronophage; aspect technique de la mise aux normes; aspect financier; impact sur l'activité professionnelle durant les travaux; les visites à domicile sont suffisantes; autre)
- ***Cette loi a-t-elle changée votre approche du handicap?*** (oui/non)
- ***Avez-vous été/êtes-vous personnellement en situation de handicap*** (aigu ou chronique)? (oui/non)
- ***Avez vous dans votre entourage proche une personne porteuse de handicap?*** (oui/non)

Le questionnaire prenait fin avec un encadré pour la personne interrogées pouvait émettre un commentaire.

Annexe n°6 : Avez-vous effectué le dépôt de votre Agenda d'Accessibilité Programmée ?

OUI	NON
n = 56 (31,3%)	**n = 123 (68,7%)**
<u>→ *Qu'avez-vous déclaré ?*</u> n = 27 (**48,2 %**): **aux normes** n = 18 (**32,1 %**): **travaux SANS demande de permis de construire** n = 7 (**12,5 %**): demande de **dérogation** (4 pour impossibilité technique, 1 pour disproportion, 4 pour « autre »[1]) n = 3 (**5,4 %**): « **autre** »[2] n = 1 (**1,8 %**): **travaux AVEC demande de permis de construire.**	<u>→ *Pourquoi?*</u> - **ne savait pas**/manque d'information/« on ne m'a rien demandé »: n = 42 (**34 %**) - cabinet **déjà accessible**: n = 25 (**20 %**) - **manque de compréhension** : pas le temps/trop complexe/trop d'administratif: n = 22 (**17,8 %**) - **oubli**/négligence: n = 15 (**12,2 %**) - **statut** : je suis locataire/décision dépend du propriétaire: n = 10 (**8,1 %**) - **changement de local prévu**: n = 5 (**4 %**) - **refus**: n = 5 (**4 %**) - **proche cessation d'activité**: n = 4 (**3,2 %**) - **fait/probablement fait par un associé**: n = 3 (**2,4 %**) - **travaux prévus ou en cours**: n = 2 (**1,6 %**) - **VAD pour les patients chroniques**: n = 2 (**1,6 %**) - je pensais être exempté: n = 1 (< 1 %) - contact pris auprès du service technique de la mairie: n = 1(< 1 %) - demande de dérogation: n = 1 (< 1 %)
<u>→ *À combien estimez-vous les frais?*</u> - aucun investissement = 23 (41,1 %) - < 1 000 € = 5 (8,9 %) - [1 000-5 000 €] = 14 (25 %) - [5 000-10 000 €] = 5 (8,9 %) - [10 000-20 000€] = 5 (8,9 %) - > 20 000 € = 4 (7,1 %)	
<u>→ *Avez-vous fait appel à un professionnel?*</u> - OUI: 39,3 % (22) - NON: 60,7 % (34)	

Annexe n°7 : Propositions P1 et P2

Voici le cheminement nous ayant permis de choisir entre deux propositions de barème pour établir le score d'accessibilité programmée estimée par les médecins généralistes.

Cette comparaison a été effectuée lors de l'analyse des résultats concernant les sept items d'accessibilité.

Pour rappel, les sept items choisis étaient :

1) Parc de Stationnement automobile*
2) Cheminement extérieur
3) Accès/Entrée
4) Accueil/Secrétariat*
5) Cheminement intérieur
6) Sanitaires*
7) Luminosité/Signalétique/Contrastes de couleur*

Les items suivis d'une astérisque correspondent à des items « non-évaluable » lorsque le médecin interrogé répondait « ne sait pas » ou ne pas être concerné (ex. pas de parking).

➔ Proposition P1

La proposition P1 correspondait à une notation sur 3 à 7 items. En effet, si le cabinet ne comportait pas de parking, nous notions sur un critère de moins. De la même manière, s'il n'y avait pas de sanitaires ou de secrétariat, nous le notions sur un item de moins à chaque critère non-évaluable. Aussi, si les normes visuelles (luminosité/signalétique/contrastes de couleurs) ne pouvaient être jugées par le médecin, la note était également sur un item de moins. Les notes obtenues allaient de **0/3 à 7/7**.

➔ **En d'autres termes, dans la division permettant d'obtenir le score d'accessibilité rapporté en pourcentage, le diviseur se voyait retrancher un point à chaque critère « non-évaluables ».**

Pour clarifier notre propos, nous avons choisi les trois exemples suivants :

Exemple 1 : Le médecin n'ayant ni parking, ni secrétariat, mais des sanitaires et ne se disant « pas aux normes » pour l'item n°7, ce dernier était noté sur 5 items (pas sur les items n° 1 et 4).
Exemple 2 : Le médecin ayant un parking et un secrétariat, mais pas de sanitaires et répondant « ne sait pas » pour l'item n°7, était également noté sur 5 (sa note allant de 0/5 à 5/5).
Exemple 3 : Le médecin n'ayant ni parking, ni secrétariat, ni sanitaires et répondant « ne sait pas » pour l'item n°7, était alors noté sur 3 (sa note allant de 0/3 à 3/3).

Chaque note était alors rapportée à un pourcentage pour permettre la comparaison entre les résultats.

➔ Proposition P2

La proposition P2 correspondait à une note sur 14. En effet, chaque item était noté sur deux points.

Deux points étaient donnés lorsque le médecin se disait aux normes, mais aucun s'il ne s'estimait pas aux normes pour l'item en question. Pour les quatre items particuliers (n°1, n°4, n°6 et n°7), si le cabinet ne comportait pas de parking, le médecin recevait un point. De la même manière, s'il n'y avait pas de sanitaires ou de secrétariat, nous lui attribuions un point. Aussi, si les normes visuelles (luminosité/signalétique/contrastes de couleurs) ne pouvaient être jugées par le médecin, un point était donné. Les notes allaient donc de **0/14 à 14/14**.

➔ **En d'autres termes, dans la division permettant d'obtenir le score d'accessibilité rapporté en pourcentage, le diviseur restait constant (= 14) mais le dividende se voyait attribuer :**

- + 1 point à chaque critère « non-évaluable ».
- 0 point si « non conforme aux normes »
- + 2 points si « conforme aux normes »

Pour reprendre les trois exemples précédemment cités, les médecins obtenaient les notes suivantes :
Exemple 1 : Le médecin n'ayant ni parking, ni secrétariat, mais des sanitaires et ne se disant « pas aux normes » pour l'item n°7, ce dernier obtenait une note allant de 6/14 (s'il n'était pas aux normes pour les items n°2, 3 et 5) à 12/14 (s'il était aux normes pour les items n°2, 3 et 5).
Exemple 2 : Le médecin ayant un parking et un secrétariat, mais pas de sanitaires et répondant « ne sait pas » pour l'item n°7, obtenait également une note allant de 6/14 (s'il n'était pas aux normes pour les items n°2, 3 et 5) à 12/14 (s'il était aux normes pour les items n°2, 3 et 5).
Exemple 3 : Le médecin n'ayant ni parking, ni secrétariat, ni sanitaires et répondant « ne sait pas » pour l'item n°7, obtenait également une note allant de 4/14 (s'il n'était pas aux normes pour les items n°2, 3 et 5) à 10/14 (s'il était aux normes pour les items n°2, 3 et 5).

Chaque note était alors rapportée à un pourcentage pour permettre la comparaison entre les résultats.

➔ Comparaison entre les deux propositions

Lors de l'étude des résultats, nous avions comparé ces deux propositions de barème. Le score moyen obtenu lors de l'analyse des réponses par la proposition P1 était de 67,1 % tandis que le score moyen d'accessibilité obtenu avec la proportion P2 était de 64,3 %. Devant des moyennes semblables, nous sommes restés sur la proposition P1 qui était la **proportion initialement prévue dans le protocole d'étude** à savoir un barème allant d'une note sur 3 à une note sur 7 rapportée en pourcentage.

Annexe n°8 : Aides financières disponibles

sources : **http://www.developpement-durable.gouv.fr/Quelles-sont-les-aides-financieres.html**
Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer
Document publié le 22 septembre 2014 et mis à jour le 10 août 2016

I. Financement de l'état des lieux de l'ERP au regard des obligations d'accessibilité

- Professionnels de santé : Banque Populaire PACA offre 300 diagnostics
- De nombreuses CCI subventionnent la réalisation de diagnostic d'accessibilité par des professionnels agréés : contactez votre CCI.
- Les chambres des métiers et de l'artisanat (tout comme les CCI) disposent de personnels formés capables de réaliser des pré-diagnostics.
- Des organisations professionnelles ont mis en place des dispositifs similaires telles :
  - l'Union nationale des professions libérales (UNAPL)
  - la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)
  - etc.

II. Financement des travaux d'accessibilité

➢ Secteur Économie sociale et Solidaire (ESS)
- Crédit à taux privilégié du Crédit coopératif

➢ Secteur privé
- Fonds d'intervention sur les services, l'artisanat et le commerce (FISAC) :
  - Subvention de 30 % des travaux de mise en accessibilité (base légale : Décret n° 2015-542 du 15 mai 2015 pris pour l'application de l'article L. 750-1-1 du code de commerce)
  - Appel à projets 2015 : date limite de dépôt
    - 30 octobre 2015 pour les opérations individuelles en milieu rural
    - 29 janvier 2016 pour les opérations collectives
  - Appel à projets 2016 : date limite de dépôt
    - 28 octobre 2016 pour les opérations individuelles en milieu rural
    - 30 janvier 2017 pour les opérations collectives

- Aides spécialisées « accessibilité » des collectivités territoriales aux structures privées (liste non exhaustive) :
  - Région Île de France : *Pacte rural*
  - Département d'Ille-et-Vilaine : *CAP 35*
  - Département du Morbihan : *Accessibilité Commerce*
  - Communauté de Communes du Val d'Essonne : *subventions pour les travaux d'accessibilité des Personnes à Mobilité Réduite en faveur des commerces du Val d'Essonne*
  - Communauté de communes de l'Abbevillois : *Rénovation et mise en accessibilité des vitrines*
  - Ville de Grenoble : *FAARE*
  - Pour plus de renseignements, adressez-vous à la CCI ou à la CMAde votre région.

- Structures touristiques : aides régionales ou départementales à la labellisation "Tourisme et Handicap"
- Fonds européens : rappel : des fonds européens (FEDER, FEADER dont le programme LEADER, FSE) ne peuvent être utilisés que si les travaux subventionnés prennent en compte les besoins des personnes handicapées et donc l'accessibilité.
- Accès aux prêts bancaires (liste non exhaustive) :
  - Banque Populaire : prêt Express Socama pour l'Accessibilité
  - LCL
  - Interfimo, le financier des professions libérales
- Restauration : Prêt Bpifrance (accès direct au site spécifique "prêt restauration")
- Hôtellerie : Prêt Bpifrance

➢ Secteur associatif

- Réduction d'impôts : pour les dons versés à des associations ou des fondations reconnues d'utilité publique agréées par le ministre chargé du budget dont l'objet est culturel, en vue de subventionner la réalisation de travaux de conservation, de restauration ou d'accessibilité de monuments historiques classés.

➢ Secteur public

- Prêts à taux préférentiel de la CDC
  - Prêt au secteur public local : taux de 1.75 %
  - Prêt croissance verte : taux de 1.50 % (travaux d'accessibilité éligibles s'ils sont réalisés concomitamment à des travaux "développement durable")

- Dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR) : Note d'information du 22 janvier 2015 relative aux opérations prioritaires pour la répartition de la dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR) en 2015.
  - contactez votre préfecture
- Locaux à usage mixte "salariés / usagers" : fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)
- Subventions publiques :
  - Subventions départementales aux communes et aux intercommunalités : contactez votre département
  - Subventions régionales aux collectivités sur les opérations d'intérêt régional : contactez votre région
  - Fonds de soutien à l'investissement local pour les collectivités
    Fonds européens : rappel : des fonds européens (FEDER, FEADER dont le programme LEADER, FSE) ne peuvent être utilisés que si les travaux subventionnés prennent en compte les besoins des personnes handicapées et donc l'accessibilité.
- Installations sportives : Centre national de développement du sport (CNDS)
- Bibliothèques municipales ou départementales de prêt : dotation globale de décentralisation (DGD)
- Fondations
  - Fondation pour les monuments historiques
- Dotation d'action parlementaire des Sénateurs
- Réserve parlementaire des Députés

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Title : Estimation by General Practitioner of the accessibility of their offices to Disable People: Survey in Reunion Island from February to April 2016

ABSTRACT

Introduction: In France, all the Public Receiving Establishments (PRE) had to be accessible to disable people by October 2015. The directors of each PRE had to send to the prefecture or the city hall an official document (called Programmed Accessibility Agenda - PAA) proving their engagement to upgrade their office. What about accessibility of general practitioners' (GPs) offices in Reunion Island, and did the GP sent this PAA ?
The main objective of our study is to determine the perception of the Reunion Island GPs on the accessibility of their own officies with an accessibility score. The other objectives are: to characterise the GPs who sent their PAA, determine the causes of non-return, the obstacles to upgrade the building and the declared impact on their professional activity.

Method: A descriptive quantitative survey, using a questionnaire. Inclusion criteria: GP practicing in Reunion Island from February to April 2016. Participation rate 24.1%.

Results: The average of the estimated Accessibility score was 67.1% (179 responses). 96 doctors (53.6%) had a score ≥ 70% (group B) vs 83 (46.4%) with a score <70% (group C). 123 doctors (68.7%) did not return their Agenda. 33.3% from the group B have deposited their Agenda vs 28.9% in group C.
76% of group C were installed before 2005. 22.9% work in rural areas against 15.6% in Group B.
88.5% of Group B stated that this law will have no impact on their professional activity vs 73.5% in Group C.
Main difficulty in law enforcement: time-consuming aspects/administrative procedures (60.2%) in group C; technical aspect is raised to 46.9% in group B.
Main causes of non-return of Agenda : ignorance of the law (34%; n = 42), office already available (20%; n = 25), lack of understanding of the law (7.8% ; n = 22) and forgetfulness (12.2%; n = 15).

Discussion : A few GPs stent their PAA and they probably overestimate the accessibility of their own office. The methods of communication and information to and between physicians as well as practical help to palliate the complexity of the administrative procedures are ways to be explored.

Keywords : Architectural accessibility, Disability, Physician's offices, General Practitioners, Reunion

Université de Bordeaux

MECHERIKUNNEL Anne Thèse n° 197

Date de soutenance : le 13/12/2016
109 pages – 18 tableaux – 26 figures.

Titre : Estimation par les médecins généralistes du niveau d'accessibilité de leur cabinet aux personnes handicapées : enquête menée à la Réunion de février à avril 2016

RESUME

Introduction : La loi du 11 février 2005 donnait dix ans aux établissements recevant du public (ERP) pour se rendre accessibles. Un Agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP) devait être déposé avant octobre 2015 par tous les ERP, en signe d'engagement à la mise aux normes. L'objectif principal de notre étude est de déterminer l'estimation des médecins généralistes réunionnais sur l'accessibilité aux personnes handicapées et l'adaptation aux normes de leurs cabinets. Les objectifs secondaires sont de caractériser les médecins ayant déposé leur Ad'AP, déterminer les causes de non-renvoi, les freins à la mise aux normes ainsi que l'impact déclaré sur l'activité professionnelle.

Méthode : Étude transversale descriptive et déclarative, à l'aide d'un questionnaire adressé aux 477 cabinets de l'île de la Réunion de février à avril 2016.

Résultats : Nous avons obtenu 179 réponses (taux de réponse : 37,5 %). Le score d'accessibilité estimée moyen était de 67,1 %. 96 médecins ont obtenu un score ≥ 70 % (groupe B) contre 83 avec un score < 70 % (groupe C).
68,7% des médecins interrogés n'ont pas renvoyé leur Ad'AP. 33,3 % des médecins du groupe B ont déposé leur Ad'AP vs 28,9 % dans groupe C.
Les quatre principales causes de non-renvoi de l'Ad'AP sont : méconnaissance de la loi (34 %), cabinet déjà accessible (20 %), manque de compréhension de la loi (7,8 %) et l'oubli (12,2 %).
La principale difficulté liée à l'application de loi est l'aspect chronophage des démarches (60,2 %) pour le groupe C et l'aspect technique pour le groupe B (46,9 %).
87,7 % déclarent que l'application de la loi n'entraînera pas de changement dans leur approche du handicap.

Discussion : Notre étude a relevé un faible renvoi de l'Ad'AP ainsi qu'une probable sur-estimation de l'accessibilité des cabinets. Les méthodes de communication, d'information et les aides pratiques mises à disposition des médecins, pour pallier la complexité des démarches administratives, sont des pistes à explorer.

Mots-clés : Accessibilité architecturale, Handicap, Cabinets médicaux, Médecine générale, Réunion

Discipline : Médecine Générale

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R.
U.F.R. des sciences médicales - Université Bordeaux II - Victor Segalen - 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex France