



HAL
open science

Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes en situation de handicap moteur : étude descriptive menée dans le onzième arrondissement de Paris

Cécile Berard

► **To cite this version:**

Cécile Berard. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes en situation de handicap moteur : étude descriptive menée dans le onzième arrondissement de Paris. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-03676658

HAL Id: dumas-03676658

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03676658v1>

Submitted on 20 Jun 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 59

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes en
situation de handicap moteur : étude descriptive menée dans le
onzième arrondissement de Paris

Présentée et soutenue publiquement
le 27 avril 2017

Par

Cécile BERARD

Née le 16 janvier 1986 à Paris 10ème

Dirigée par Le Docteur Nada Delot El Fakhri

Jury :

M. Le Professeur Alain Lorenzo Président

M. Le Professeur Pascal Astagneau

M. Le Professeur émérite Philippe Van Es

M. Le Docteur Didier Girard

M. Le Docteur Nada Delot El Fakhri



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
LISTE DES ABREVIATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
CHAPITRE 1 : CHIFFRES ET DEFINITION.....	9
1.1 HANDICAP MOTEUR.....	9
1.2 ACCESSIBILITE.....	10
1.3 LEGISLATION ET REGLEMENTATION	11
CHAPITRE 2 : OBJECTIFS.....	14
PREMIERE PARTIE : MATERIEL ET METHODES.....	16
CHAPITRE 1 : RECHERCHE PRELIMINAIRES A L'ETUDE	16
CHAPITRE 2 : CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	16
2.1 TYPE D'ETUDE	16
2.2 CHOIX ET TYPE DE POPULATION.....	17
CHAPITRE 3 : METHODE	17
3.1 ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	17
3.2 DEROULEMENT DE L'ENQUETE	21
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS	22
CHAPITRE 1 : TAUX DE PARTICIPATION.....	22
CHAPITRE 2 : CARACTERISTIQUES DES MEDECINS PARTICIPANTS	23
2.1 AGE.....	23
2.2 DUREE D'INSTALLATION	24
2.3 CESSATION D'ACTIVITE	25
CHAPITRE 3 : L' ACCESSIBILITE	26

3.1 L'ACCESSIBILITE EXTERIEURE	26
3.2 L'ACCESSIBILITE INTERIEURE	27
3.3 L'ACCESSIBILITE GLOBALE.....	28
3.4 L'ACCESSIBILITE SELON LE TYPE D'ACTIVITE	29
CHAPITRE 4 : LEGISLATION ET FREINS RESENTIS PAR LES PRATICIENS	29
4.1 CONNAISSANCE DU CADRE LEGAL.....	29
4.2 TRAVAUX DE MISE AUX NORMES DES CABINETS.....	31
4.3 PRINCIPAUX FREINS RESENTIS PAR LES PRATICIENS.....	32
4.4 CESSATION D'ACTIVITE ET RECRUTEMENT DE FUTURS MEDECINS.....	37
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	38
CHAPITRE 1 : CRITIQUE DE LA METHODE ET LIMITES DE L'ETUDE	38
1.1 CRITIQUE DU QUESTIONNAIRE	38
1.2 CRITIQUE DU RECUEIL DES DONNEES	40
1.3 ECHANTILLON CHOISI ET COMPARAISON A D'AUTRES ETUDES ANTERIEURES	42
CHAPITRE 2 : DISCUSSIONS DES RESULTATS	51
2.1 LA DENSITE MEDICALE.....	51
2.2 L'AGE DES PRATICIENS	51
2.3 L'ETAT D'ACCESSIBILITE	52
2.4 CONNAISSANCES LEGALES	54
2.5 VOLONTE D'AMELIORATION	55
CHAPITRE 3 : FREINS/ HYPOTHESES DE FACTEURS S	56
CHAPITRE 4 : PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS	61
4.1 INTRODUCTION.....	61
4.2 VERS UNE MEILLEURE INFORMATION DES MEDECINS.....	62
4.3 VERS UNE AUGMENTATION DE LA CREATION DES MAISONS ET POLES DE SANTE.....	62
4.4 RISQUE DE DESERTIFICATION MEDICALE.....	65

CONCLUSION.....	67
BIBLIOGRAPHIE	70
ANNEXES	74
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE	74
ANNEXE 2 : LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES MEDECINS.....	78

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur LORENZO, président du jury

Je suis très honorée de vous avoir comme président de mon jury de thèse et je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté ce rôle. Merci du temps que vous m'avez consacré.

A Monsieur le Professeur ASTAGNEAU,

Vous avez spontanément et gentiment accepté de participer à l'aboutissement de mon travail en temps que Professeur de Santé Publique. Veuillez recevoir l'expression de toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur émérite VAN ES

Je vous remercie d'avoir d'accepter de participer à mon jury de thèse de médecine générale, discipline qui je le sais vous tient à cœur. Je vous en suis très reconnaissante.

A Monsieur le Docteur GIRARD

Vous avez été présent lors de mon stage de premier niveau en cabinet de ville, ainsi je voulais que vous participiez à mon jury de thèse. Vous m'avez permis d'apprécier, d'aimer la médecine générale plus qu'aucune autre discipline. Vous m'avez appris la patience, la volonté d'apprendre toujours plus. Vous m'avez conforté dans ma conviction de l'aspect humaniste de la médecine, et pour cela, vous représentez une véritable source d'inspiration.

A Madame le Docteur DELOT, directrice de thèse

Je suis reconnaissante de tout ce que tu as fait pour moi ces derniers mois. Tu étais présente dès mon stage de premier niveau en médecine libérale et tu es toujours à mes côtés. Tu as eu le courage de supporter mes moments de doute et de m'encourager. Ta présence et ta disponibilité m'ont été précieuses, ton exigence et ton souci du détail m'ont incitée à approfondir ma réflexion à travers cette thèse. Tu as été une directrice formidable et je t'en remercie. Je serais toujours reconnaissante de ce que tu as fait pour moi.

A tous ceux qui ont accepté de participer à mon étude, à l'ensemble des médecins généralistes du 11^{ème} arrondissement de Paris, pour leur temps, pour leurs

annotations et leurs réflexions sur mon sujet de thèse. Un remerciement particulier au Docteur ESCALIER qui m'a proposé spontanément de me rencontrer pour discuter de mon sujet. Votre aide m'a été précieuse.

A ma famille, à mes parents

Papa, maman, vous avez toujours été là depuis dix ans pour me soutenir pendant ces longues études. A ma sortie du lycée, vous étiez surpris par mon choix pour la médecine. Mais vous y avez cru malgré tout, des fois plus que moi-même. Vous m'avez supporté malgré mon stress, mes joies et mes peines, ce qui n'est pas une mince affaire. C'est aujourd'hui grâce à vous que j'y suis arrivée.

Un grand merci à ma grand-mère qui a toujours été présente pour moi avec sa joie de vivre et sa bonne humeur. Merci à mon frère que j'adore. Merci à Julien et Marie-Pierre, mes parrain et marraine qui sont aux petits soins avec moi depuis ma naissance.

A Adrien,

Tu es toujours là pour me soutenir et m'encourager. Tu me dis souvent que « l'on forme une équipe » et il est vrai que tu es un très bon coéquipier. Tu as participé à cette thèse à ta façon, avec le mérite de m'avoir supportée dans mes moments de doute et de stress... comme un excellent anxiolytique !

A mes amis,

Milène, sans toi, je pense que ces études de médecine auraient été bien plus fades. On rigole, on se soutient et on s'aide au quotidien. Tu es devenue au fil du temps une véritable amie, une alliée. On rit, on s'amuse, on s'échange nos doutes et nos joies sans jamais se juger et c'est bien ça l'amitié.

Sophie, merci d'être présente à mes côtés. Toujours des tonnes de choses à se raconter autour d'un café. Je t'adore.

Merci à Olivia et Lise, mes amies de sixième qui le resteront encore très longtemps.

Marion ma cousine chérie, Pauline, Irène, Estelle, Sarah, Fanny, Marie et Anna : merci d'être présentes à mes côtés. Vous êtes de véritables soupapes qui me permettent de me changer les idées et de partager les bons comme les mauvais moments de la vie.

A mes anciens co-internes, Karine, Antoine, et Alessandra : vous avez été des bouffées d'oxygène pendant ces années d'internat.

A Ségolène et Aude pour leurs soutiens et leur présence.

LISTE DES ABREVIATIONS

Ad'AP : Agenda d'accessibilité programmée

ARS : Agence régionale de la santé

CIH : Classification Internationale du Handicap

DDT : Direction départementale du territoire

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, et de l'Evaluation et des Statistiques

ERP : Etablissement recevant du public

HAS : Haute autorité de santé

FEMASIF : Fédération des Maisons et des Pôles de Santé d' Ile de France

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ONM : Ordre national des médecins

OPAC : Office public de l'habitat, d'aménagement et de construction

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels des Santé

SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation

WONCA : World organization of National Colleges, Academies and academic associations of General Practitioners

INTRODUCTION

A travers le monde, plus d'un milliard de personnes présentent un handicap sous une forme ou une autre, soit environ 15% de la population mondiale, et entre 110 et 190 millions de personnes adultes ont des difficultés importantes sur le plan fonctionnel (1).

En France, 12 millions de français sur 65 millions sont touchés par un handicap. Parmi eux, 13,4% ont une déficience motrice (2). Ces chiffres du handicap sont en hausse notamment en raison du vieillissement de la population, de l'augmentation du nombre de personnes atteintes d'affections chroniques et des améliorations dans les méthodologies utilisées pour mesurer le handicap. Ainsi, les handicapés ont moins accès aux services de santé et ont donc des besoins en soins de santé qui ne sont pas satisfaits. Le rapport rédigé par l'IRDES en juin 2015 tente d'effectuer un panorama global de l'accès aux soins courants des personnes en situation de handicap en France à partir des données de l'enquête Handicap-Santé Ménages menée par la DRESS et l'INSEE en 2008 (3). Ce rapport composé de deux tomes, l'un centré sur les ménages, l'autre sur les personnes handicapées résidant en institution, porte sur trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et quatre actes de dépistage et de prévention (dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, du cancer colorectal et vaccination contre l'hépatite B). L'objectif est d'évaluer les écarts de recours à ces actes selon la situation de ces personnes face au handicap. Les résultats montrent que les limitations fonctionnelles entravent le recours aux soins primaires et aux actes de dépistage de façon significative.

CHAPITRE 1 : CHIFFRES ET DEFINITION

1.1 HANDICAP MOTEUR

Une première classification, la CIH (Classification Internationale du Handicap) a été créée en 1980, à l'aide du modèle du Docteur Philip Wood pour définir le handicap en 3 points généraux : la déficience, l'incapacité et le désavantage(4).

En 2001, une révision de la CIH est proposée par l'OMS afin de préciser le rôle des facteurs environnementaux dans la situation de handicap, et d'affirmer que l'invalidité résulte d'une interaction entre les possibilités d'un individu et son environnement (5).

La CIH laisse ainsi la place à la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé), et est adoptée par 200 pays à travers le monde. Elle se compose de quatre catégories distinctes : la fonction organique, la structure anatomique, l'activité de participation et les facteurs environnementaux.

Cette nouvelle classification a permis de mettre en avant les facteurs environnementaux et propose une nouvelle définition du handicap : « est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises »(5-7).

La nouvelle définition donnée par la loi française du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté réaffirme la

dimension sociale et environnementale du handicap. Le handicap est défini (8) par « 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. »

Un handicap moteur (ou déficience motrice) recouvre l'ensemble des troubles (troubles de la dextérité, paralysie, ...) pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer de position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes).

Les personnes limitées dans leurs activités nécessitent plus souvent un recours aux soins que les personnes sans limitation. En moyenne sur 1 an, elles rencontrent 12 fois le médecin contre 5,8 pour les personnes sans limitation d'activité. Les personnes souffrant de handicap présentent d'avantage de problèmes de santé que celles non handicapées du fait de leurs besoins spécifiques et des pathologies associées à leur handicap (9).

1.2 ACCESSIBILITE

A l'initiative de la Délégation Interministérielle aux Personnes Handicapées (DIPH), une définition a été donnée à l'accessibilité. « L'accessibilité permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire supprimant, les discordances entre les capacités, les besoins et les souhaits d'une part, et les

différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement d'autre part. L'accessibilité requiert la mise en œuvre des éléments complémentaires, nécessaires à toute personne en incapacité permanente ou temporaire pour se déplacer et accéder librement et en sécurité au cadre de vie ainsi qu'à tous les lieux, services, produits et activités. La société, en s'inscrivant dans cette démarche d'accessibilité, fait progresser également la qualité de vie de tous ses membres »(10).

Un environnement adapté et accessible se doit donc de compenser tout ou partie du handicap, dans l'optique de rendre à ces patients une partie de l'autonomie perdue.

1.3 LEGISLATION ET REGLEMENTATION

La loi 2005-102 du 11 février 2005 (8) pour «l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées», fixe le principe d'une accessibilité généralisée, intégrant tous les handicaps, qu'ils soient d'ordre physique, visuel, auditif ou mental. Tous les domaines de la vie sont concernés : vie citoyenne, déplacements, logement, scolarisation, emploi et formation, culture, loisirs, santé, etc. La loi prévoit notamment la mise en accessibilité du cadre bâti, de la voirie, des espaces publics et des transports et attribue donc de nouvelles obligations aux décideurs et acteurs de la construction.

Ainsi suite à la promulgation de cette loi, la notion d'accessibilité pour tous est réaffirmée et ce notamment pour les personnes en situation de handicap moteur et concerne un million d'Établissements Recevant du Public (ERP). La société tente

ainsi de proposer un environnement adapté et accessible à chacun et ce quelque soit sa situation d'autonomie.

Le décret du 17 mai 2006, fixe un délai de mise en conformité au 1er janvier 2015 pour l'aménagement d'un espace accessible dans les cabinets libéraux existants, classés en ERP de 5ème catégorie (11,12).

Après examen par le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées puis par le conseil interministériel du Handicap en septembre 2013, un assouplissement de la loi est voté, avec proposition de création d'un objectif intermédiaire en 2015 : l'Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad' AP) (13,14). Ce projet, destiné à mieux accompagner les acteurs concernés par la loi, engage les médecins de ville à adapter leurs cabinets ou à défaut à déposer un Ad' AP avant le 27 septembre 2015.

Le cas échéant, les médecins seront passibles de pénalités, qui restent toutefois encore mal définies. La loi ne prévoit pas de commission de financement des travaux de mise aux normes. En revanche, il est prévu un recrutement de 500 «Ambassadeurs de l'accessibilité » (15), destinés à informer et orienter les professionnels (tous secteurs confondus) dans leur démarche d'accessibilité.

Le code de la construction et de l'habitation de 2006, mis à jour en 2009, art R. 111-18-1,(12) considère comme accessible aux personnes handicapées « tout bâtiment d'habitation collectif ou tout aménagement lié à un bâtiment permettant à un habitant ou à un visiteur handicapé, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer et de communiquer. Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des autres publics ou, à défaut, présenter une qualité d'usage

équivalente ». L'obligation d'accessibilité porte notamment sur les circulations communes intérieures et extérieures, une partie des places de stationnement automobile, les logements, les ascenseurs, les locaux collectifs et leurs équipements.

Cependant des **dérogations** (16) existent concernant les cabinets médicaux préexistants :

- L'impossibilité technique.
- La préservation du patrimoine architectural.
- Les conséquences excessives sur l'activité professionnelle.
- Le refus de la copropriété.

Les établissements qui ne déposent pas d'agenda d'accessibilité programmée et ne respectent pas leurs obligations d'accessibilité seront passibles de **sanctions**. La loi L.152-4, publiée dans le Code de Construction et d'habitation le 5 août 2015 (17), stipule en effet qu'en cas de non-respect des dispositions, le contrevenant peut s'exposer à :

- la fermeture administrative de son cabinet
- un délit pénal de discrimination en raison du handicap : le refus de délivrer une prestation du seul fait du handicap du patient est passible d'une amende maximale de 75 000 euros et de 5 ans d'emprisonnement.

- des sanctions pénales en cas de non respect des règles de construction : le non respect des obligations d'accessibilité est passible d'une amende maximale de 45000 euros et de 6 mois d'emprisonnement en cas de récidive.

CHAPITRE 2 : OBJECTIFS

Dix ans après ces textes de lois, et bien que les mentalités aient quelque peu évolué, de nombreux efforts restent à faire. C'est notamment le cas pour les médecins généralistes dont le rôle défini par la WONCA (18) est d'être le médecin de chaque patient, indépendamment de leur âge, de leur maladie, et toujours dans le respect de leur autonomie.

Par ailleurs, bien que les URPS d'Île de France aient présenté un "plan d'action handicap" en 2013 (19), aucune étude n'a été menée pour évaluer la mise en norme des cabinets médicaux et ainsi en déduire les facteurs s.

A travers l'observation des cabinets médicaux du 11^{ème} arrondissement de Paris, choisi pour sa densité en population d'une part (arrondissement le plus peuplé de la capitale (20,21)) et pour sa densité médicale d'autre part (densité des omnipraticiens du 11^{ème} = 10.1/10000 habitants, contre 10,2 pour l'ensemble de Paris(21)), nous souhaitons évaluer sur cet échantillon la mise en norme des cabinets d'une part, et les facteurs pouvant limiter l'applicabilité de ces critères d'autre part, afin de proposer des pistes de réflexion pour l'avenir.

L'objectif principal de cette étude est de dresser un état des lieux de l'accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes en situation de handicap moteur en milieu urbain, à plus de 10 ans de la promulgation de la loi de 2005 et à 1 an du délai maximum de la création des agendas d'accessibilité programmée (Ad' AP).

Les objectifs secondaires sont d'étudier l'applicabilité de ces critères en pratique, le ressenti et l'implication des professionnels face à cette loi, et de recenser les principaux freins à la mise aux normes reconnus par les médecins généralistes libéraux.

PREMIERE PARTIE : MATERIEL ET METHODES

CHAPITRE 1 : RECHERCHE PRELIMINAIRES A L'ETUDE

Pour établir les objectifs de l'étude et déterminer ainsi la trame du questionnaire, nous avons effectué des recherches bibliographiques sur internet en utilisant pubmed, google et le catalogue du SUDOC.

Les définitions du handicap moteur, de l'accessibilité, du soin primaire ainsi que les textes de lois et les éléments de démographie médicale ont aussi dû être exploités.

CHAPITRE 2 : CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE

2.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive par observation directe et déclarative, menée dans tous les cabinets des médecins généralistes du 11ème arrondissement de Paris, afin d'évaluer l'accessibilité physique des cabinets médicaux aux personnes en situation de handicap moteur.

2.2 CHOIX ET TYPE DE POPULATION

Cette enquête descriptive a été réalisée auprès des 97 cabinets de médecine générale du 11^{ème} arrondissement de Paris où exercent 122 médecins généralistes libéraux (2 médecins étant décédés récemment et un en arrêt maladie prolongé).

Ont été exclus de l'étude les professionnels exerçant au sein d'organismes type «SOS médecins», les médecins exerçant dans le même cabinet qu'un confrère préalablement interrogé et les praticiens en arrêt maladie prolongé.

La liste des médecins a été établie d'après les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins, intégrées à celles issues des Pages Jaunes.

CHAPITRE 3 : METHODE

3.1 ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le concept de personnes à mobilité réduite est large tant il comprend aussi bien les troubles sensoriels, que visuels et moteurs. Cette étude ne s'est intéressée qu'aux troubles moteurs à savoir les personnes se déplaçant en fauteuil roulant, en déambulateur, avec une canne, une poussette ou encore les personnes âgées.

Nous avons privilégié les questions à choix multiples afin de faciliter le remplissage et de réduire le temps de réponse des praticiens. Par ailleurs, cette méthode permet d'obtenir des données facilement exploitables pour évaluer les résultats de notre étude. Ce questionnaire ne comporte qu'une seule question ouverte pour permettre

aux médecins de donner leur avis concernant la problématique de l'accessibilité physique des cabinets de ville et les normes qui leur sont imposées.

Le questionnaire a été anonymisé dans le respect du praticien afin d'obtenir un maximum de réponses.

Le questionnaire est composé de trois parties. (Annexe 1)

A/ Généralités

La première partie du questionnaire s'est intéressée aux caractéristiques générales des médecins interrogés.

- leur âge
- leur temps d'installation en libéral
- l'année prévue de leur cessation d'activité
- leur type d'installation (seul ou en collaboration)

B/ Les critères d'accessibilité physique

Les critères d'accessibilité ont été établis d'après les recommandations de la circulaire interministérielle du 30 novembre 2007 (22) réévaluée le 13 décembre 2014 dans l'arrêté publié par le ministère du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité (23).

Nous avons inclu le critère de la position de la table d'examen et la présence de toilettes adaptées, bien que ne faisant pas partie des critères légalement obligatoires pour les ERP de 5ème catégorie, nous pensons qu'ils sont importants pour l'examen clinique et le confort des personnes à mobilité réduite.

L'accessibilité a été étudiée dans la logique de l'ordre de cheminement d'un patient venant de l'extérieur du cabinet pour atteindre le bureau du médecin et la salle d'examen.

L'accessibilité extérieure a été évaluée selon :

- l'existence d'une ou plusieurs places de stationnement adaptées aux personnes handicapées à proximité du cabinet.
- l'existence d'un cheminement facilement accessible pour une personne en fauteuil roulant depuis la voirie jusqu'à l'entrée du cabinet (largeur et pente).
- la position de l'interphone accessible à une personne en fauteuil roulant (<1m30).
- la présence ou non du cabinet au rez de chaussée et le cas échéant la présence d'un ascenseur aux normes concernant son ouverture de porte, sa profondeur et la hauteur des commandes.

L'accessibilité intérieure du cabinet à été évaluée selon :

- la largeur de la porte (>0.8m).
- la présence d'espaces de manœuvre suffisants dans l'enceinte du cabinet (2,20x1, 40 m pour les portes à tirer et 1,70x1, 40 m pour les portes à pousser).

- l'existence de marches à l'intérieur du cabinet.
- la présence d'une table d'examen facilement accessible (motorisée ou accessible sans marche-pieds).
- la présence de toilettes adaptées.

Ces deux derniers critères ont été inclus bien que ne faisant pas partis des critères légaux. Nous avons choisi d'inclure ces deux critères car ils permettent d'évaluer l'accessibilité complète pour une personne à mobilité réduite lors de son cheminement à l'intérieur du cabinet de médecine générale avec le confort que cela implique. Leurs interprétations seront dans un premier temps incluses puis exclues des résultats.

C/ La législation et les freins à son application

A plus de dix ans de la promulgation de la loi et à un an du délai maximal du dépôt par les médecins d'une demande d'Ad' AP, nous voulions évaluer d'une part le respect de la mise en conformité et d'autre part les principaux freins pouvant être ressentis.

La mise en conformité a été évaluée sur :

- la connaissance des praticiens concernant les Ad 'AP
- les modifications effectuées et/ou programmées pour la mise aux normes de leur cabinet.

Concernant les freins ressentis à la mise en conformité, une question à choix multiples leur a été proposée afin d'évaluer les facteurs s à la mise aux normes.

- Le coût de la mise aux normes.
- L'impossibilité technique de procéder à la mise en accessibilité.
- La difficulté liée aux contraintes de la conservation du patrimoine architectural.
- Les répercussions potentielles que les travaux peuvent entraîner sur l'activité principale (travaux réduisant la taille de la salle d'examen par exemple).
- Refus de la mise aux normes par la copropriété.

Les médecins pouvaient par ailleurs préciser les autres freins ressentis pouvant faire entrave à la mise en conformité dans le cadre d'une question ouverte et nous donner leur avis concernant cette législation.

3.2 DEROULEMENT DE L'ENQUETE

Le recueil des données s'est déroulé entre les mois d'avril et juin 2016. Un questionnaire est envoyé aux médecins libéraux par courrier avec une enveloppe timbrée de réponse. En cas d'absence de réponse nous les avons contactés par téléphone pour pouvoir les rencontrer ou pour savoir la raison de leur non réponse ou encore pour pouvoir remplir ensemble par téléphone le questionnaire afin d'obtenir un taux de réponse satisfaisant.

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS

CHAPITRE 1 : TAUX DE PARTICIPATION

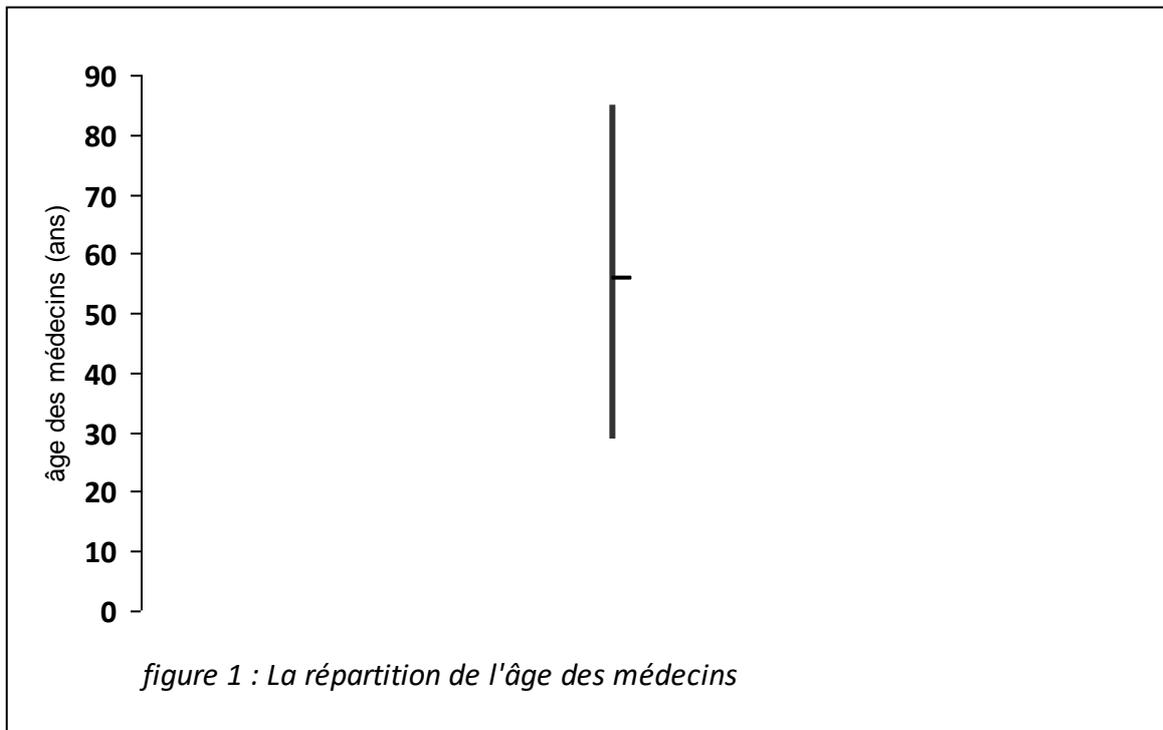
58 questionnaires ont pu être exploités sur les 97 envoyés, le taux de participation à cette étude est donc de 60%.

28 praticiens n'ont pas souhaité participer à l'enquête, le principal argument invoqué était le manque de temps, et 11 n'ont finalement pas remis leurs réponses après trois sollicitations de notre part.

CHAPITRE 2 : CARACTERISTIQUES DES MEDECINS PARTICIPANTS

2.1 AGE

Le plus jeune médecin interrogé avait 29 ans et le plus âgé 85 ans. Les médecins ayant participé à l'étude avaient une moyenne d'âge de 55,9 ans pour une médiane à 59,5 ans et un écart-type de 12,21.



2.2 DUREE D'INSTALLATION

Parmi l'échantillon, leur temps d'installation en libéral était au minimum de 1 an et au maximum de 57ans. La moyenne de durée d'installation des médecins était de 23,74 ans pour une médiane à 26 ans et un écart type de 13,4.

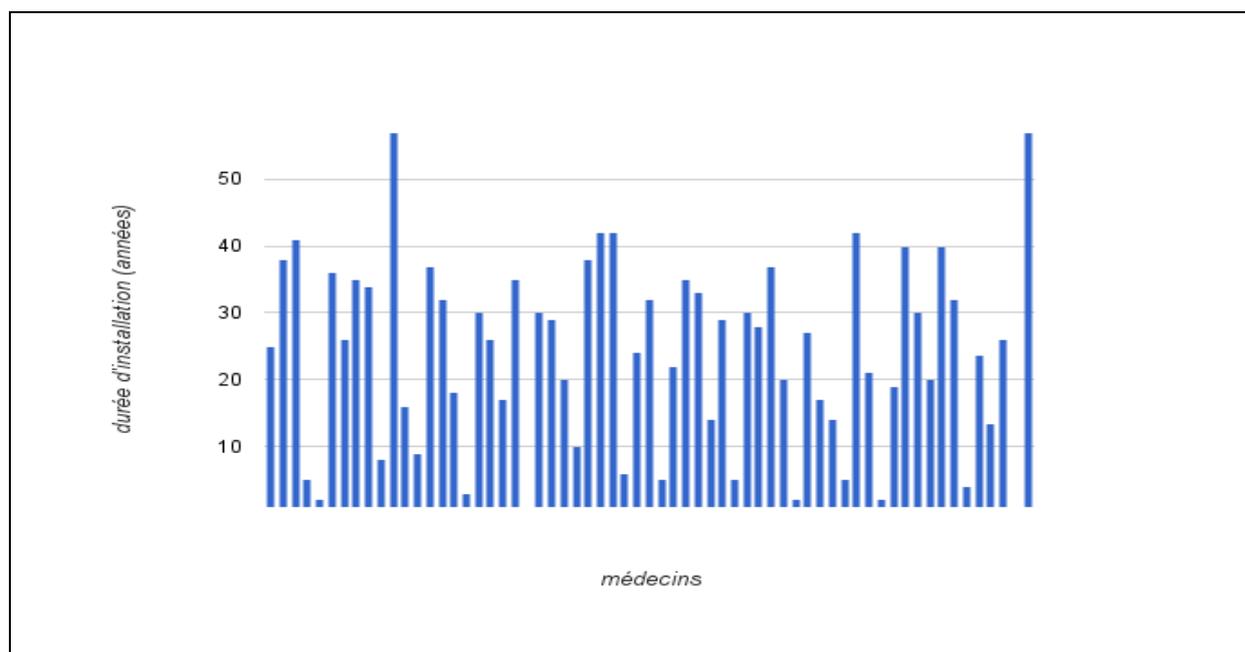
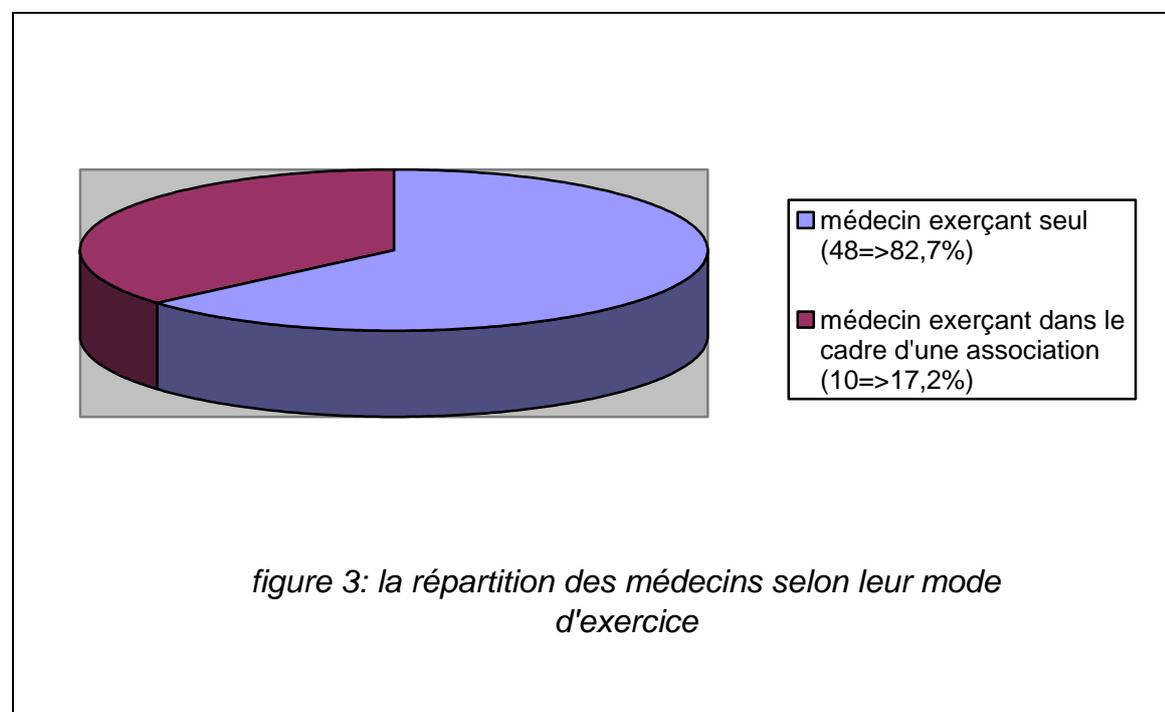


figure 2: durée moyenne d'installation des médecins étudiés

2.3 CESSATION D'ACTIVITE

L'année de cessation d'activité était en moyenne en 2023 avec un écart type de 7,74. Parmi les questionnaires recueillis 32%, soit 19 médecins n'avaient pas encore d'idée concernant leur cessation d'activité.

Parmi eux, 10 (soit 17,2%) exerçaient dans le cadre d'une association avec un professionnel médical ou paramédical, alors que 48 (soit 82,7%) exerçaient seuls dans leur cabinet.



CHAPITRE 3 : L' ACCESSIBILITE

3.1 L'ACCESSIBILITE EXTERIEURE

Selon les critères choisis la conformité de l'accessibilité extérieure a pu être évaluée.

Les résultats figurent dans le tableau suivant :

	conforme	non conforme
stationnement	39,6%(23)	60,3%(35)
cheminement extérieur	53,4%(31)	46,6%(27)
interphone	62,1%(36)	37,9%(22)
rez-de-chaussée ou ascenseur aux normes	56,9%(33)	43,1%(25)
ensemble des critères présents	31,1%(18)	68,9%(40)

Figure 4 : Accessibilité extérieure du cabinet

3.2 L'ACCESSIBILITE INTERIEURE

Selon les critères choisis la conformité de l'accessibilité intérieure a pu être évaluée.

Les résultats figurent dans le tableau suivant :

	conforme	non conforme
largeur des portes	72,4%(42)	27,6%(16)
espaces de manoeuvres suffisants	58,6%(34)	41,4%(24)
absence de marche	13,8%(8)	86,2%(50)
table d'examen (motorisée ou accessible sans marchepied)	25,8%(15)	74,2%(43)
toilettes adaptées	20,7%(12)	79,3%(46)
ensemble des critères	18,9%(11)	81,1%(47)

Figure 5 : Accessibilité intérieure

3.3 L'ACCESSIBILITÉ GLOBALE

En regroupant et en se penchant sur l'ensemble des données, seul 2 cabinets sur les 58 étudiés (soit 3,5%) présentent une accessibilité complète pour les personnes en situation de handicap moteur.

Si l'on retire les deux critères « table d'examen » et « accessibilité des toilettes » qui ne font pas partie des critères obligatoires dans les textes de lois, le nombre de cabinets dans le 11^{ème} arrondissement de Paris conformes aux critères définis par la loi est de 12 (soit 20,7%).

Présence des critères : « table d'examen » et « accessibilité des toilettes »	Conformité globale	Non-conformité globale
oui	2 (3,5%)	56 (96,5%)
non	12 (20,7%)	46 (79,3%)

figure 6 : Accessibilité globale selon les critères choisis et selon les critères légaux

3.4 L'ACCESSIBILITE SELON LE TYPE D'ACTIVITE

Parmi les médecins ayant répondu à notre étude, seulement 10 exercent en collaboration avec un ou plusieurs médecins, soit 17,2% des cabinets étudiés.

Après calcul de l'accessibilité extérieure, seuls quatre d'entre eux présentent l'ensemble des critères soit 40% des cabinets en collaboration. Les six médecins ne répondant pas aux critères de conformité ont un cabinet présent à l'étage avec un ascenseur non adapté.

Pour l'accessibilité intérieure ils sont cinq à présenter l'ensemble des critères requis, soit 50% des cabinets qui travaillent au sein d'une collaboration.

Lors de la prise en compte de l'accessibilité globale, quatre cabinets sur dix sont totalement accessibles soit 40% des cabinets en collaboration.

CHAPITRE 4 : LEGISLATION ET FREINS RESSENTIS PAR LES PRATICIENS

4.1 CONNAISSANCE DU CADRE LEGAL

En ce qui concerne leur connaissance du cadre légal et notamment des Ad' AP, sur les 58 praticiens interrogés, 41 (soit 70,7%) ont répondu connaître le texte de loi de 2005 régissant l'accessibilité dans les ERP de 5ème catégorie. 17 médecins généralistes (29,3 %) ne connaissaient pas le texte de loi en vigueur.

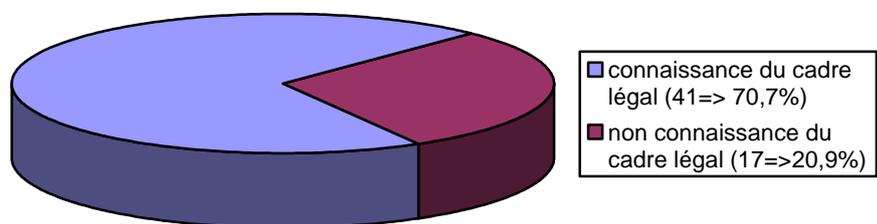
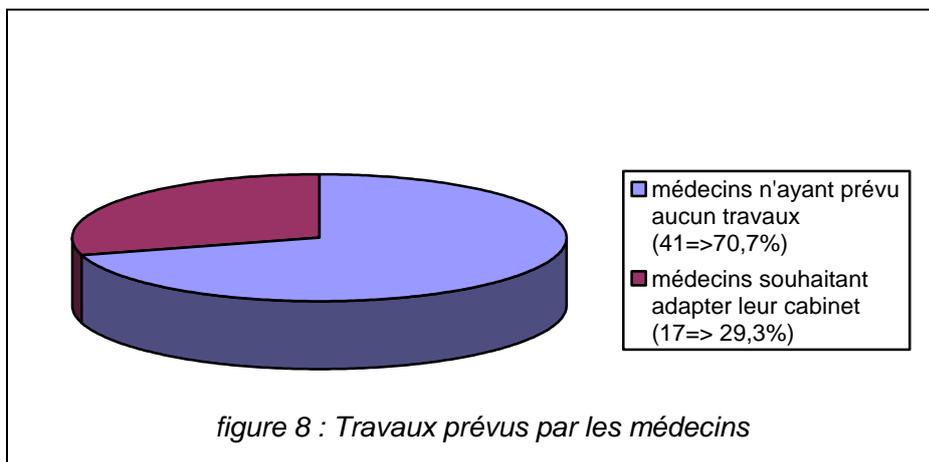


figure7 : Connaissance du cadre légal par les médecins

4.2 TRAVAUX DE MISE AUX NORMES DES CABINETS

Selon notre étude, 41 (70,7%) des médecins interrogés n'avaient pas prévu de travaux pour modifier nécessairement leur cabinet.

Parmi les 17 médecins (29,3%) souhaitant adapter leur cabinet au cadre légal, 5 avaient déjà effectué des travaux, 9 les avaient programmés et 3 n'avaient à ce jour fait aucune démarche.

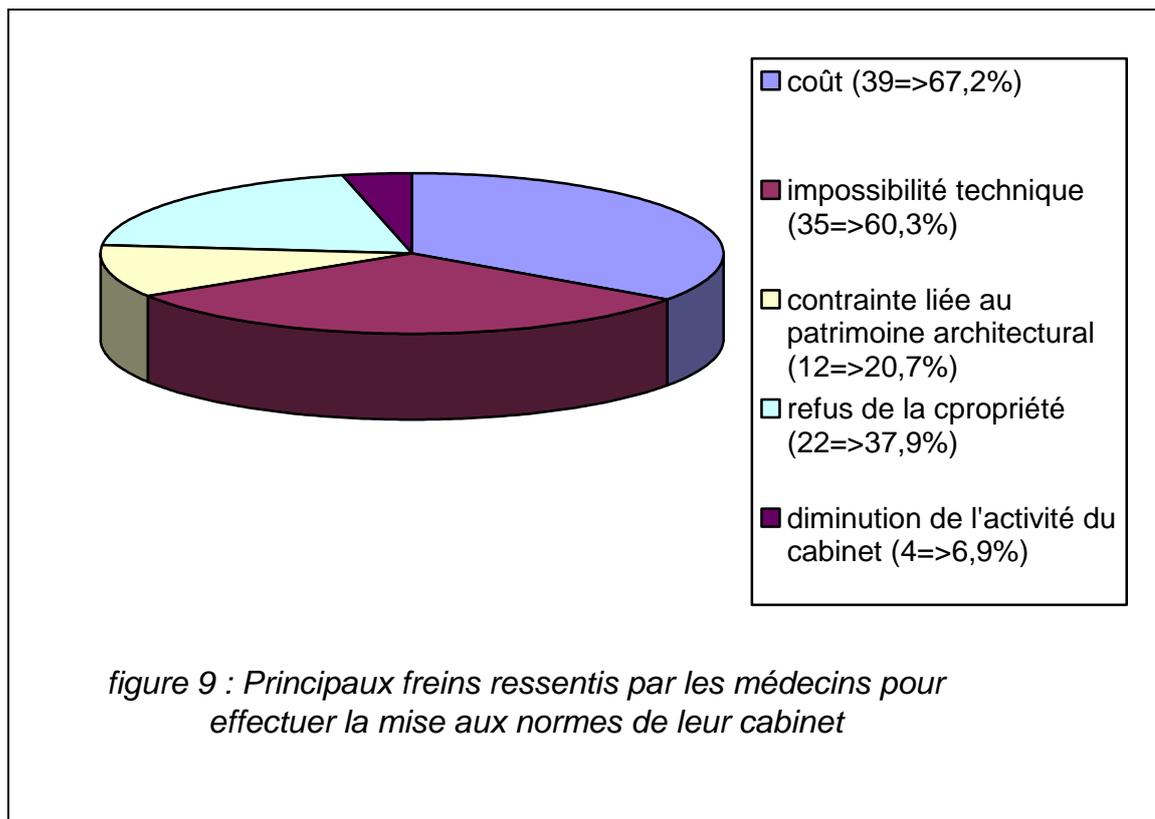


4.3 PRINCIPAUX FREINS RESSENTIS PAR LES PRATICIENS

⇒ La question à choix multiples a permis de dresser un état des lieux des freins ressentis par les médecins interrogés. Les principaux freins évoqués par les praticiens pour la mise aux normes de leurs cabinets sont les suivants :

- **Le coût** est évoqué par 67,2% (39 médecins) des médecins interrogés. Un médecin souligne que : « le coût de ces travaux est totalement exorbitant ».
- **L'impossibilité technique** est évoquée par 60,3 %(35 médecins) des médecins de notre étude. Les freins sont principalement la présence de murs porteurs, des locaux trop petits ou encore l'impossibilité de mettre en place un ascenseur du fait de l'étroitesse de la cage d'escalier. Comme le souligne un médecin « il est impossible d'avoir dans mon immeuble une cage d'escalier suffisamment large pour envisager la construction d'un ascenseur ».
- Pour 20,7% (12 médecins) d'entre eux, la contrainte est liée au **patrimoine architectural** de Paris qui représente avec ses immeubles haussmanniens et ses trottoirs étroits une difficulté supplémentaire pour l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite. Comme le souligne un médecin « comment est-il possible d'adapter un cabinet alors que l'immeuble n'est nullement adapté ? »
- Par ailleurs, 37,9 % (22 médecins) des médecins soulignent qu'il existe un risque de non mise en conformité liée au **refus de la copropriété**.

- La **diminution de l'activité du cabinet** a été évoquée par 6,9 % (4 médecins) des médecins interrogés avec le risque de fermer à terme le cabinet du fait du manque d'accessibilité défini par la loi.



⇒ Dans la réponse ouverte, les retours les plus significatifs par leur redondance ou leur particularité ont été les suivants :

- **Les lourdeurs administratives :**

- « Beaucoup de temps passé à faire des choses non rémunérées, administratives... »
- « C'est une bonne idée dans l'absolu, mais contrainte supplémentaire étourdissant le fonctionnement d'un cabinet médical »

- **La visite à domicile** comme mesure de substitution et l'activité en centre de santé est souvent mise en avant par les médecins comme seconde solution :

- « Les médecins généralistes effectuant des déplacements aux domiciles des patients ne devraient pas être concernés ».
- « Les médecins faisant des visites à domicile devraient être exemptés de ces modifications ».
- « C'est un faux problème, je compense le manque d'accessibilité de mon cabinet par des visites à domicile ».

- **La consultation multi-sites** est également évoquée par certains médecins :

- « Je travaille à mi-temps dans un centre de santé, mes patients handicapés me consultent là-bas ».

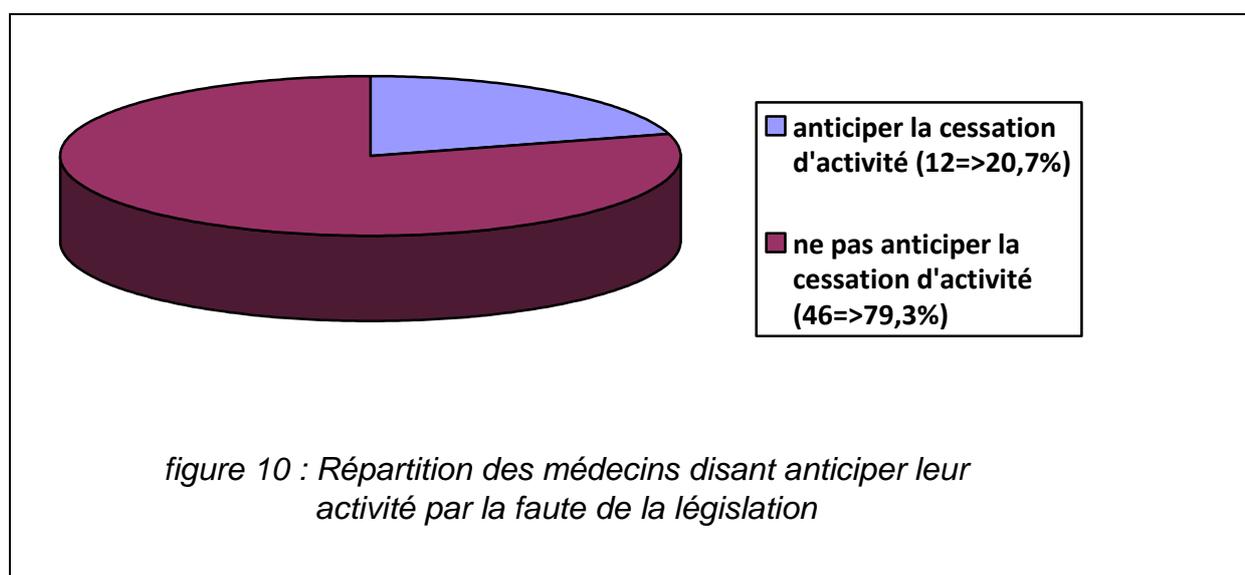
- Nous avons rencontré une réelle souffrance, qu'elle se manifeste par de la crainte, de l'abattement devant l'ampleur de la tâche, ou par de l'incompréhension des exigences vis-à-vis de la législation :
 - Il s'agit « d'accumulation excessive de nouvelles normes, que cette mesure va dans le bon sens mais que celle-ci va finir d'achever la médecine libérale ».
 - Un médecin écrit que « même si l'accessibilité aux handicapés est importante, il existe bien d'autres choses qui le sont aussi » et conclut qu' « il y a beaucoup d'hypocrisie et de discours de surface concernant les lois actuelles ».
 - Un médecin s'offusque : « que l'état donne l'exemple, ce qui n'est pas le cas. Bel exemple de politique spectacle mensongère ».
 - « On fait un très beau métier, il faut simplement nous laisser l'exercer, sans ajouter sans arrêt des contraintes, que les politiques eux-mêmes n'appliquent pas ».
 - « D'autres cabinets médicaux peuvent être créés par la collectivité pour recevoir les personnes à mobilité réduites et en fauteuil roulant. Nous n'avons pas à assurer seuls, en libéral, cette contrainte ».
 - « Je trouve cette problématique complètement « débile » à l'image de la politique gouvernementale dans d'autres

domaines. Quand j'ai un patient handicapé, je me déplace à domicile ! Que le gouvernement commence par mettre aux normes ses propres bâtiments : mairies, collectivités territoriales, centre des impôts...avant de « chercher des poux » aux médecins et qui n'aura qu'un seul effet : diminuer encore le nombre de cabinets médicaux à Paris ».

- Un médecin conclut par : « c'est un problème de plus en plus décourageant pour les médecins généralistes ».

4.4 CESSATION D'ACTIVITE ET RECRUTEMENT DE FUTURS MEDECINS

Parmi les 58 médecins interrogés, la problématique de l'accessibilité les amène pour 20,7% (12 médecins) d'entre eux à envisager une cessation plus précoce de leur activité. A contrario, 79,3% (46 médecins) déclarent ne pas anticiper leur cessation d'activité libérale faute de locaux adaptés.



Un médecin souligne que « si la législation reste obtuse telle qu'elle l'est, il envisagera une cessation d'activité » et qu'il ressent « une grosse inquiétude concernant le devenir de la médecine générale dans le 11^{ème} arrondissement de Paris ».

Pour 70,7% (41 médecins), il s'agit cependant d'un frein important pour trouver une succession éventuelle ou pour le recrutement de nouveaux médecins dans leurs locaux.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

A travers cette étude, nous avons pu répondre à l'objectif principal qui était d'évaluer l'état d'accessibilité des cabinets de médecine générale dans le 11eme arrondissement de Paris aux personnes à mobilité réduite, 10 ans après la promulgation de la loi de 2005 et 2 ans avant le délai fixé pour l'application de leur Ad'AP (l'agenda d'accessibilité programmé).

Les objectifs secondaires, qui étaient d'évaluer l'applicabilité des critères de mise aux normes et d'en recenser les principaux freins, ont pu être également atteints.

Malgré un taux de réponse satisfaisant de 60%, il faut toutefois prendre du recul pour critiquer la méthodologie et pouvoir envisager des pistes de discussion pour l'avenir de la médecine libérale en milieu urbain.

CHAPITRE 1 : CRITIQUE DE LA METHODE ET LIMITES DE L'ETUDE

1.1 CRITIQUE DU QUESTIONNAIRE

Nous avons choisi d'effectuer un questionnaire constitué dans sa grande majorité de questions à choix multiples ce qui nous a permis d'obtenir un taux de réponses satisfaisant du fait de sa rapidité de remplissage, argument essentiel pour un médecin généraliste.

Cette méthodologie nous a également permis d'obtenir des données facilement exploitables sur le plan statistique afin de comparer les différents cabinets des médecins libéraux.

Toutefois, ce type de questionnaire ne permet pas de recueillir des données qualitatives pouvant être plus représentatives car s'adaptant à chaque spécificité des différents cabinets.

La question ouverte concernant l'avis des praticiens sur les normes imposées et leurs remarques éventuelles n'apporte pas de données exploitables notamment sur le plan statistique mais permet néanmoins de recueillir les avis de ces médecins sur la législation actuelle.

La question sur la présence d'une table d'examen adaptée (motorisée ou accessible sans marchepieds) et celle concernant la présence de toilettes adaptées ont été incluses dans notre questionnaire bien que ne faisant pas parties des obligations légales nécessaires aux ERP de 5ème catégorie. L'absence de ces deux questions permet d'obtenir un taux plus important de cabinets conformes en regard du texte de loi (20,7% versus 3,5% en incluant ces deux critères).

Par ailleurs il aurait été intéressant d'apporter une question sur le nombre de personnes handicapées suivies par les médecins généralistes libéraux interrogés et de savoir si éventuellement ces derniers se déplaçaient à domicile en cas de nécessité. En effet, les visites à domiciles ont été évoquées par un bon nombre de médecins dans la question ouverte.

Par ailleurs, il aurait été intéressant de prendre en compte le ressenti des patients face à ces problèmes d'accessibilité, à savoir s'ils les perçoivent comme un

problème pour l'accès aux soins. Seraient-ils prêts à se déplacer chez leur médecin une fois la mise aux normes du cabinet ? Le libre choix du médecin traitant est-il entravé par le fait que seulement certaines structures leur soient à ce jour accessibles ?

1.2 CRITIQUE DU RECUEIL DES DONNEES

Nous avons choisi de contacter les médecins initialement par courrier postal avec enveloppe timbrée de réponse ce qui nous a permis de recueillir un certain nombre de questionnaires. Cette méthodologie a été choisie car le contact avec les cabinets médicaux est difficile du fait des secrétariats téléphoniques. Nous voulions ainsi éviter de solliciter de façon intempestive les médecins déjà très occupés. Cependant, nous avons dû solliciter dans un second temps les médecins par téléphone afin de recueillir des réponses supplémentaires.

Une autre stratégie aurait été de se déplacer sur rendez-vous dans les différents cabinets afin de rencontrer les médecins et de recueillir des données objectives. Car les critères d'accessibilité de l'étude n'ont pas été vérifiés sur place et sont uniquement déclaratifs, la justesse de ces résultats est donc dépendante des déclarations des médecins interrogés.

Par ailleurs, nous avons pu discuter par téléphone avec certains médecins et rencontrer un praticien qui nous avait recontactés. Nous avons pu constater une grande disparité dans l'implication des médecins et dans leur intérêt concernant la problématique de l'accessibilité chez les personnes handicapées motrices. Cette disparité et ces différences d'intérêts ne figurent pas dans les résultats de l'étude.

Un médecin nous a recontactés pour nous rencontrer : il était démuni face à la loi sur l'accessibilité et ressentait une réelle désinformation concernant cette dernière.

Comme il nous expliquait « je n'ai reçu que très peu d'informations sur ce sujet, il m'a fallu de moi-même « aller à la pêche aux informations » ». Le manque d'accès aux personnes handicapées de son cabinet médical ne pouvait être pallié du fait d'un refus de mise en norme par la copropriété. Comme bon nombre de médecin, il se déplaçait chez ses patients à mobilité réduite lors de son temps imparti aux visites à domicile. Il nous expliquait « je ne comprends pas pourquoi les médecins qui se déplacent au domicile des patients le nécessitant ne seraient-ils pas exonérés de cette loi ? ».

Certains médecins contactés par téléphone nous ont expliqué leurs ressentiments concernant cette loi : ils évoquaient le fait que beaucoup de bâtiments publics ne respectaient pas la mise aux normes, que la politique actuelle était bien trop rigide à leur encontre alors qu'en cas de nécessité ils se proposaient de se déplacer aux domiciles des patients le nécessitant.

Par ailleurs, 28 médecins n'ont pas voulu participer par faute de temps le plus souvent, et ont refusé par téléphone de nous répondre.

Deux d'entre eux m'ont fait part de leurs craintes que ces données ne soient utilisées à leur dépend par la sécurité sociale avec la peur d'être pénalisés.

Un médecin m'a expliqué avoir fait toutes les démarches avec tout ce que cela comporte, en embauchant un architecte pour effectuer le projet, en gaspillant beaucoup d'énergie et d'argent pour aboutir finalement à un projet refusé par la

Mairie de Paris. Excédé par cette problématique, ce dernier ne souhaitait pas répondre à notre questionnaire.

1.3 ECHANTILLON CHOISI ET COMPARAISON A D'AUTRES ETUDES ANTERIEURES

Cette étude se concentre uniquement sur les 97 cabinets de médecine générale du 11^{ème} arrondissement de Paris, milieu urbain par excellence dont l'architecture à travers des locaux de moins grande taille, des rues plus étroites et la présence de monuments historiques peut interférer avec les travaux de mise aux normes des cabinets de ville. Il aurait été intéressant d'effectuer d'autres études dans différents arrondissements de Paris afin d'augmenter la puissance de nos résultats.

Par ailleurs il est intéressant d'observer les différences avec d'autres études précédemment réalisées depuis la promulgation de la loi de 2005.

- L'étude **DEMOMED 75** (24), menée en 2013, avait pour objectif d'analyser précisément l'offre de soins libérale de premier recours à Paris d'une part et d'évaluer sa potentielle évolution à 2 et 5 ans d'autre part. Cette étude, menée dans trois départements universitaires de médecine générale parisiens, a montré que 31 % des cabinets n'étaient pas accessibles, 26 % accessibles partiellement et 43% accessibles en totalité. Les deux critères d'accessibilité déclaratifs étaient : la situation du cabinet (rez-de-chaussée ou à l'étage avec ascenseur) et la possibilité d'accès aux locaux en fauteuil roulant.

- Une étude menée dans le département de la Loire par Jean-Christophe LACHAT sur l'accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite dans le **département de la Loire** a fait l'objet d'une thèse soutenue à Saint Etienne en 2010 (25). Il s'agit d'une étude prospective par envoi d'un questionnaire à tous les médecins du département couplée à une enquête prospective par envoi ciblé d'un questionnaire à un échantillon de patient à mobilité réduite (individus en fauteuil roulant, personnes âgées, enfant en poussette). Seulement 11,2 % des cabinets médicaux sont entièrement accessibles aux personnes à mobilité réduite. Par ailleurs cette étude montrait une différence significative pour l'accessibilité selon le milieu d'exercice (21,1 % en milieu rural vs 6,7 % en ville avec $p < 0.05$).
- Une étude menée à **Toulouse** en 2010 par Mélanie CUNY-BESSON a fait l'objet d'une thèse concernant l'évaluation de l'accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées et à mobilité réduite (26). Il s'agit d'une étude déclarative descriptive effectuée en janvier 2010, menée auprès de 117 médecins généralistes de Midi-Pyrénées. L'étude montre que seuls deux cabinets sont accessibles aux personnes handicapées et à mobilité réduite selon les critères choisis. Par ailleurs, l'étude réalisée met en évidence que peu de médecins connaissaient cette loi (32,5%). D'autre part, les cabinets de groupe sont plus accessibles à 79,75% que les cabinets d'exercice individuel (60,5%). Cependant, 54,7% des cabinets devraient être accessibles en 2015. Les freins à la mise en accessibilité des cabinets médicaux libéraux étaient : le coût financier, l'aspect technique, les départs à

la retraite proches (31.8%), et surtout la possibilité d'examiner les patients handicapés et à mobilité réduite à domicile. Un développement de l'information auprès des généralistes et des aides financières paraissent indispensables pour obtenir l'accessibilité souhaitée dans les délais prévus.

- La thèse de Delphine BERNARD BOURDON sur l'accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées a été soutenue à Nantes en 2012 (27). Il s'agit d'une étude descriptive transversale, menée de juin à octobre 2011 auprès de 32 cabinets médicaux du secteur de garde de Clisson au sein du **département de Loire-Atlantique**, territoire rural. Sur les 32 cabinets médicaux visités, 1 seul remplit tous les critères d'accessibilité étudiés (le stationnement, le cheminement extérieur, la circulation intérieure horizontale, verticale, les sanitaires et la table d'examen (note 0 si un seul critère manquait et 1 si tous les critères étaient présents)). La moyenne est de 2,9 critères accessibilité sur 6. Si on s'intéresse aux critères légaux architecturaux, en excluant le résultat table d'examen le résultat est identique avec une moyenne de 2.4 critères accessibles sur 5 (soit un cabinet accessible).
- Une autre étude, menée dans la ville d'**Arras** en 2012 par DOMARLE-BENOIT, s'est intéressée à l'accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite (28). Il s'agit d'une étude descriptive menée de mai à décembre 2012 auprès de 38 praticiens libéraux. 29 médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude, soit un taux de participation de 76,3%. Les 29 cabinets de l'échantillon se sont vus attribuer un score

global d'accessibilité sur 16 points. La moyenne de ce score était de 10,172 et la médiane de 10 pour un écart type de 3,241.

- L'étude menée dans le secteur de Villeurbanne et dans le 3eme arrondissement de Lyon par Alix HILLEN en 2014, a également fait l'objet d'une thèse sur notre sujet (29). Il s'agit d'une étude prospective, descriptive par observation directe et déclarative, menée de janvier à février 2014. Sur les 11 cabinets libéraux étudiés, 84 questionnaires ont pu être exploités soit un taux de participation de 76%. Le résultat de cette étude montre que 7 cabinets sur les 84 étudiés (8%) présentent une accessibilité complète pour les personnes en situation de handicap moteur. En excluant le critère « table d'examen accessible », qui ne fait pas partie des obligations légales, le nombre de cabinets conformes aux critères définis par la loi est de 11 (soit 13%).

- Enfin, une étude, menée par Allissia HIGUE en 2014 dans la ville de **Bordeaux**, s'est intéressée uniquement à l'accessibilité extérieure des cabinets médicaux (30). Il s'agit d'une étude descriptive transversale menée de février 2014 à juin 2014 auprès de 177 cabinets (regroupant 254 médecins généralistes. 18 cabinets de médecine générale sur 177 (10,2%) répondent à l'ensemble des critères d'accessibilité extérieure. L'accessibilité est plus rare dans les quartiers anciens et historiques, alors qu'elle ne semble pas être influencée, en ville, par le fait d'être installé seul ou en groupe.

En regard de ces résultats et de ceux de notre étude menée dans le 11^{eme} arrondissement de Paris, nous constatons qu'il existe une réelle similarité avec les études antérieures. Bien que celles-ci varient selon les critères inclus et la méthodologie utilisée, il existe globalement une très faible proportion de cabinets accessibles aux personnes à mobilité réduite.

- L'accessibilité globale est plus importante dans l'étude DEMOMED que dans notre étude (43% vs 20,7%). Nous ne pouvons que difficilement transposer ces résultats à ceux de notre étude car nos critères choisis étaient bien plus nombreux et restrictifs dans le calcul du score d'accessibilité globale des cabinets de médecine générale. Dans notre étude seuls 20,7% des cabinets sont accessibles en excluant les deux critères « table d'examen » et « présence des toilettes adaptées » contre 3,5% en incluant ces deux derniers.
- L'accessibilité globale est de 20,7% (3,5% en incluant les critères « table d'examen » et « présence de toilettes adaptées ») dans notre étude contre une accessibilité de globale de 13% (8% en incluant le critère « table d'examen ») dans le secteur de Villeurbanne / 3^{eme} arrondissement de Lyon.
- L'accessibilité extérieure est de 31,1% dans notre étude, plus importante que celle constatée dans la ville de Bordeaux qui est de 10,2%
- L'accessibilité globale est de 3% (soit 1 cabinet sur 32 est accessible) dans le secteur de Garde de Clisson en Loire Atlantique, ce qui est comparable aux 3.5% retrouvé dans notre étude (en incluant les critères « table d'examen » et « présence de toilettes adaptées »)

- L'accessibilité globale étudiée dans le département de la Loire retrouve 11,2% d'accessibilité globale avec des critères retenus différents de ceux choisis lors de notre étude. Elle s'abaisse à 6,7 % en prenant en compte le secteur urbain seul et se rapproche ainsi des données retrouvées dans notre étude.
- L'étude menée à Toulouse retrouve également une très faible proportion de cabinets totalement accessibles avec 2% des cabinets de ville évalués comme accessibles aux handicapés moteurs.

Le tableau récapitulatif suivant permet de comparer les résultats des études ci-dessous citées à ceux de notre étude :

	<u>Etude de l'accessibilité globale</u>	Etude de l'accessibilité extérieure uniquement
11^{ème} arrondissement de Paris (2016)	-critères légaux : 20,7% -critères « toilettes » et « table d'examen adaptée » : 3,5%	31,1%
Etude DEMOMED 75 (2013)	43%	
Villeurbanne et le 3 ^{ème} arrondissement de Lyon (2014)	-critères légaux : 13% -critères « toilettes » et « table d'examen adaptée » : 8%	
Bordeaux (2014)		10,2%
Secteur de Garde de Clisson (Loire Atlantique) (2012)	3%	
Département de la Loire (2010)	11,2%	
Toulouse (2010)	2%	

Par ailleurs d'autres similitudes existent avec ces précédentes études : notamment en ce qui concerne l'accessibilité des cabinets de groupe et les freins constatés :

- Comme dans l'étude menée dans la région de Toulouse, nous constatons qu'il existe une meilleure accessibilité pour les cabinets de groupes que pour les cabinets individuels.
- Peu d'études ont étudié les freins à la mise en accessibilité des cabinets médicaux :
 - L'étude menée dans le département de la Loire a montré une différence significative de l'accessibilité selon le secteur urbain ou rural (21,1% vs 6,7% en ville). Il existe probablement un frein lié à l'architecture et au cadre de vie qui entrave l'accessibilité des cabinets.
 - L'étude menée à Lyon /Villeurbanne retrouve les mêmes freins et facteurs s à la mise en accessibilité que la nôtre mais dans des proportions différentes :
 - Le coût financier représente un frein 67,2% des médecins de notre étude vs 14% dans l'étude menée à Lyon/Villeurbanne.
 - Les difficultés techniques liées à l'infrastructure sont de 60,3% dans notre étude vs 40% à Lyon/Villeurbanne.

- Le manque d'information représente 20,9% des médecins interrogés lors de notre étude vs 63% lors de l'étude menée à Lyon/Villeurbanne.
- Même si nous n'avons pas quantifié le pourcentage de praticiens du 11^{ème} arrondissement de Paris effectuant des visites à domiciles, bon nombre de médecins ont évoqué cette mesure de substitution. Celle-ci apparaît également à Lyon/Villeurbanne où 50% des médecins déclarent effectuer des visites aux domiciles des patients le nécessitant. Comme dans notre étude, même si nous l'avons pas quantifié, il semble exister une part importante de médecins généralistes qui se déplacent aux domiciles des patients qui le nécessitent.
- Le nombre de départ à la retraite est évalué à 31,8% en 2010 à Toulouse. Notre étude montre que l'année de cessation d'activité est en moyenne en 2023 (avec un écart type de 7,74). Il existe ainsi une dynamique en faveur d'une décroissance du nombre de médecins généralistes, et ce quelque soit leur secteur d'exercice.

CHAPITRE 2 : DISCUSSIONS DES RESULTATS

2.1 LA DENSITE MEDICALE

Selon l'INSEE (31) la population légale en vigueur dans le 11^{ème} arrondissement de Paris est de 155 267 en 2016.

D'après notre étude la densité de médecins généralistes dans cet arrondissement, hors homéopathes et acupuncteurs, est de 7,5 médecins pour 10 000 habitants (122 médecins). Cette donnée semble superposable à celle de l'atlas de la démographie médicale de janvier 2016 (20) dans le 11^{ème} arrondissement où on dénombrait en moyenne 8.4 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants dans un bassin de vie. Cette variation s'explique notamment par le décès de 2 médecins en 2016, de départ en retraite par ailleurs et par les critères d'exclusion utilisés dans notre étude (acupuncteurs et homéopathes notamment).

2.2 L'AGE DES PRATICIENS

En ce qui concerne l'âge des médecins, la moyenne d'âge dans notre échantillon était de 55,9 ans, avec une médiane de 59,5ans.

D'après l'Ordre des Médecins, réuni en juin 2016 (32) le taux de médecins en Ile de France, toute spécialité confondue, de plus de 60 ans est de 30.4% tandis que les médecins de moins de 40 ans sont de 17%.

D'après la DRESS, l'âge moyen des médecins généralistes en Ile de France est de 53.1 ans (33) en 2016.

Une des hypothèses pour expliquer cette différence est le départ à la retraite des médecins, l'arrêt maladie prolongé de l'un d'eux et les 2 décès récents. Par ailleurs, les critères d'exclusions (acupuncteurs et homéopathes) peuvent également avoir contribué à cet écart de résultat.

2.3 L'ETAT D'ACCESSIBILITE

Selon les critères correspondant aux normes légales, seuls 20,7 % des cabinets sont accessibles. Si on ajoute les critères de la table d'examen et des toilettes accessibles, seulement 3,5% des cabinets étudiés sont accessibles. Après lecture des réponses obtenues à la question ouverte, mais non exploitables statiquement, nous avons pu constater qu'il existe une différence entre la notion d'accessibilité des cabinets telle qu'elle est entendue par la majorité des praticiens et l'accessibilité définie par le cadre légal, selon les critères dictés. La plupart des généralistes étaient en effet surpris par la rigidité de ces critères.

- ⇒ L'accessibilité extérieure est mauvaise puisque dans notre étude, seuls 31,1% des cabinets sont conformes pour l'ensemble des critères retenus. La thèse réalisée dans la ville de Bordeaux en 2015 (30), s'est intéressée uniquement à l'accessibilité extérieure des cabinets des généralistes. Sur les 177 cabinets étudiés, seuls 18, soit 10.2% possédaient toutes les caractéristiques de conformité légale concernant l'accessibilité extérieure, ce qui va dans le sens de notre

étude. Ce faible taux de conformité peut s'expliquer par le fait que l'étude a été réalisée exclusivement en milieu urbain, avec une majorité de cabinets se situant dans des immeubles pour la plupart bâtis avant 2005.

- ⇒ Concernant la circulation dans l'enceinte du cabinet et la salle d'examen, 18.9% des cabinets étudiés sont accessibles. Mais il faut noter que ce taux aurait été plus important si on avait exclu les critères de conformité de la table d'examen d'une part et des toilettes d'autre part. Les études précédentes ne font pas de distinctions entre accessibilité extérieure et intérieure, il est donc difficile d'établir une comparaison.

Il est intéressant de comparer les résultats de notre étude à d'autres. Nos chiffres sont comparables aux autres études réalisées en milieu urbain. L'étude réalisée en 2014 dans le 3^{ème} arrondissement de Lyon et dans la ville de Villeurbanne au sein de 84 cabinets libéraux (29), a montré que 8% des cabinets étaient accessibles. Une autre étude réalisée en secteur urbain en 2010 à Toulouse a montré que seulement 0.6 % des cabinets étaient réellement accessibles (26). Mais ces derniers chiffres sont à mettre en relation avec le faible échantillon analysé d'une part et au fait que les praticiens avaient encore 5 ans pour effectuer les modifications nécessaires à la mise en conformité d'autre part. Une étude réalisée en milieu semi rural dans le secteur de garde de Clisson en 2011 (à proximité de Nantes) a analysé 32 cabinets parmi lesquels 1 seul (3.1 %) (27) était considéré comme accessible conformément à la loi. Cependant, il s'agissait d'un très faible échantillon faisant craindre un biais de sélection important.

Il existe de réelles similitudes entre ces différents résultats montrant que la mise aux normes des cabinets est difficile quelque soit le lieu d'exercice. Cependant, il faut rester prudent dans la comparabilité et l'analyse de ces derniers car la méthodologie et les critères de conformité inclus diffèrent selon les études.

Cette disparité semble refléter la complexité des normes exigées et surtout le manque d'information et de formation des praticiens à ce sujet.

2.4 CONNAISSANCES LEGALES

Notre étude montre que la plupart des praticiens ont une connaissance incomplète de la législation concernant l'accessibilité des cabinets médicaux aux personnes handicapées motrices. En effet, 17 médecins généralistes soit 29.3 % admettaient méconnaître le texte de loi en vigueur et notamment la création des Ad' AP. Ce taux semble être en progression puisqu'en 2014 à Lyon seuls 11% des médecins interrogés se sont dit informés de la mise en place des Ad' AP et de leur délai de mise en application (29).

Cette méconnaissance, à 10 ans de la promulgation de la loi est à mettre en perspective avec le manque de temps de l'ensemble des médecins généralistes déjà confrontés à une lourde charge de travail mais aussi du fait du manque d'information reçue par les médecins généralistes concernant l'évolution permanente de cette législation.

La formation des acteurs de santé à la prise en charge des personnes handicapées est un élément essentiel du rapport publié en 2013 par le ministère des affaires

sociales et de la santé, également appelé « rapport JACOB » (34). Ce rapport proposait d'instaurer des stages d'une quinzaine de jours, ainsi que des modules de formation spécifiques dans les cursus de formations médicales. Malgré cela, les professionnels de santé ne restent que très insuffisamment préparés à accueillir et à prendre en charge des personnes handicapées motrices comme le souligne notre étude et ce en premier lieu du fait d'un manque d'informations et de formations évidents.

2.5 VOLONTE D'AMELIORATION

Selon notre étude, 41 (70,7%) des médecins interrogés n'avaient pas prévu de travaux pour modifier leur cabinet en dépit de leur manque d'accessibilité.

Parmi les 17 médecins (29,3%) souhaitant adapter leur cabinet au cadre légal, 5 avaient déjà effectué des travaux, 9 les avaient programmés et 3 n'avaient à ce jour fait aucune démarche.

Ce faible taux de démarches effectuées est à corrélérer d'une part aux nombreuses contraintes architecturales qu'il existe dans des zones urbaines comme Paris et d'autre part au fait que les médecins interrogés, plutôt âgés, ne voient pas l'intérêt d'effectuer des travaux.

CHAPITRE 3 : FREINS/ HYPOTHESES DE FACTEURS S

A travers cette étude, nous avons pu mettre en lumière différents freins ressentis par les médecins généralistes et faisant entrave à la mise aux normes de leurs cabinets. Ceux si sont corrélés au manque d'accessibilité des cabinets de ville en milieu urbain.

La première hypothèse, évoquée par 67,2% des médecins, reste le **coût financier** important des travaux. Les médecins présentent des charges de plus en plus lourdes, et les lois de santé actuelles bien que souhaitant revaloriser le prix fixe de la consultation des médecins généralistes, sont perçues par ces derniers comme des coûts supplémentaires notamment avec l'obligation de mise en accessibilité de leurs cabinets. Dans un communiqué publié le 2 juin 2016, le syndicat des médecins généralistes fait état de la problématique sur l'accessibilité et grâce à leur rencontre avec des représentants du Comité interministériel du Handicap et de la Délégation ministérielle à l'Accessibilité, une flexibilité partielle a pu être trouvée sur certains points de la loi (35). Le syndicat encourage les médecins à effectuer les travaux recommandés mais cela ne doit pas se faire au détriment de leur activité.

Par ailleurs, la **contrainte liée aux infrastructures** est citée par 60,3% des praticiens participants à notre étude. En effet dans un milieu urbain comme Paris avec son patrimoine architectural et de surcroit dans un arrondissement comme celui choisi lors de notre étude, les constructions anciennes ne manquent pas, avec des

difficultés évidentes à la mise aux normes du fait d'un escalier trop étroit, de la présence d'entresol, d'une porte trop lourde, d'une impossibilité technique à mettre en place un ascenseur ou encore de la présence de marches. Cette impossibilité technique est indépendante de la volonté des généralistes et peut ainsi leur permettre d'obtenir une dérogation.

Un autre frein aux travaux est le **refus** de la mise aux normes par la **copropriété**, qui est évoquée par 37,9 % des médecins interrogés.

La problématique de l'accessibilité extérieure repose également sur les **collectivités**. La présence de places de stationnement réservées aux personnes handicapées, et les facilités de cheminement dans la rue (passages piétons, trottoirs adaptés) dépendent des municipalités et non des médecins libéraux bien que cela entrave la possibilité d'accessibilité aux handicapés moteurs.

On peut également se demander si l'aide apportée aux médecins généralistes dans leurs démarches est suffisante. Car les démarches sont fastidieuses et chronophages pour des médecins bien souvent débordés par leur activité professionnelle. La perte de temps lors de l'élaboration des **démarches administratives** a été évoquée par un grand nombre de médecins lors de la question ouverte, bien que ne figurant pas dans nos statistiques. Dix médecins sur les 58 interrogés (soit 17,2%) ont ainsi évoqué spontanément la lourdeur des tâches

administratives que cela comportait. Celles-ci représentent un réel frein à la difficulté ressentie par les médecins pour aboutir à la mise en conformité de leur établissement.

Par ailleurs il semble exister un **manque d'information** évident sur les lois et les obligations légales que celles-ci comportent. Ainsi, 29.3% des médecins n'ont pas pris connaissance de la nécessité de création d'Ad' AP dont le délai de création maximum était fixé au 27 septembre 2015. Il s'agit d'un sujet d'actualité, en constante évolution, comportant des réformes récentes ainsi que certaines décisions encore floues pour les médecins généralistes déjà très occupés, qui doivent bien souvent effectuer les démarches de recherche par eux-mêmes. Les informations sont perdues entre brochures d'information, bulletins officiels, journaux mais sont difficilement accessibles de façon simple et explicite.

Par ailleurs les médecins déclarent pour la plupart, effectuer des **visites à domicile** pour leurs patients à mobilité réduite. Bien souvent ils estiment que les obligations légales et leurs conséquences importantes pour leur activité (coût, restriction d'activité, difficultés de la mise en norme inhérentes aux impossibilités techniques) sont discordantes avec le bénéfice attendu pour leurs patients. Si le cabinet n'est pas accessible, cela n'est en réalité pas synonyme de défaut de soins pour leurs patients car des mesures de substitution telles que la visite à domicile sont bien souvent effectuées par les médecins libéraux.

Mais n'existe-t-il pas une limite à ces visites ? Les consultations au cabinet étant déjà surchargées, il est compliqué pour les médecins de consacrer un temps trop long à celles-ci. Peu d'étude ont été effectuées sur le temps imparti aux visites par les médecins. Dans un rapport de la DREES publié en mars 2012 (36), ils déclaraient y consacrer 9 demi-journées hebdomadaires. Cependant, les visites médicales représentent une faible proportion de l'activité du médecin généraliste et sont en décroissance.

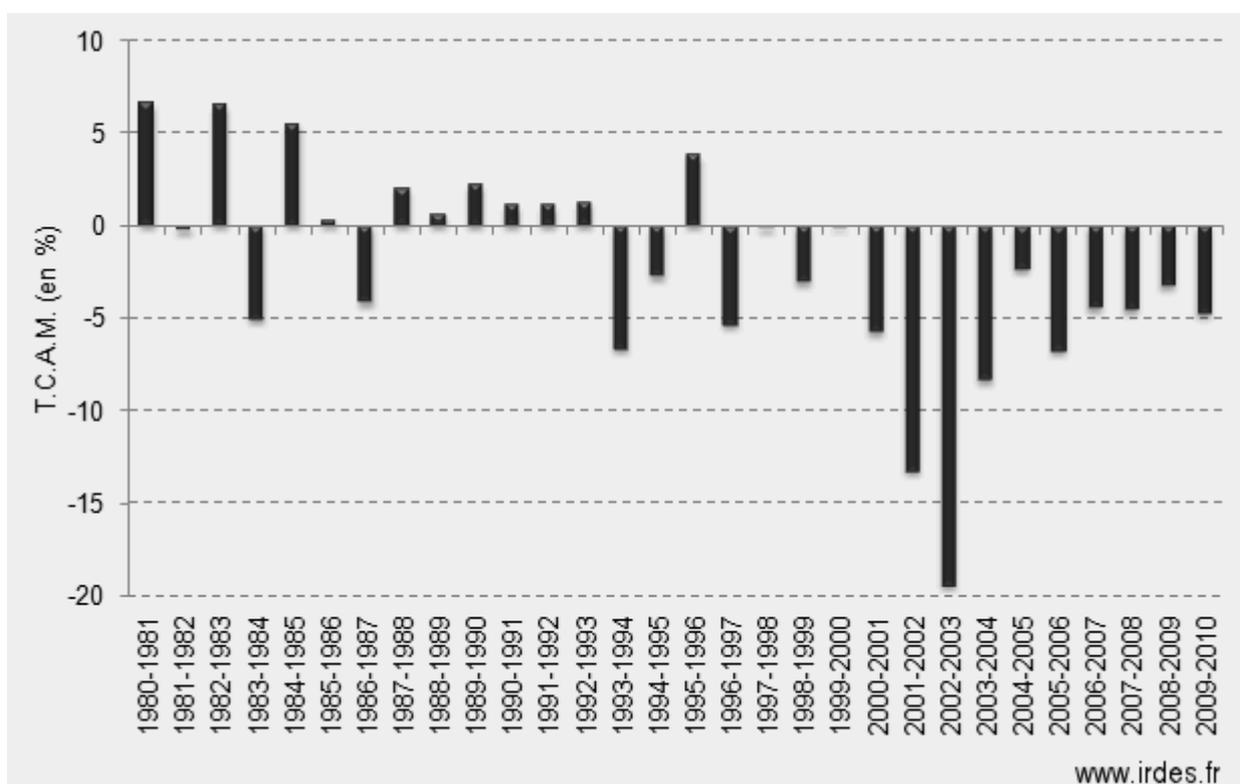


Figure 11 : Évolution des visites de généralistes libéraux en taux d'accroissement annuel moyen (TCAM) d'après l'IRDES.

A ce jour et en regard des témoignages que nous avons pu recueillir, les médecins libéraux souhaitent une plus grande tolérance de la législation concernant les cabinets de ville. Ils souhaitent que leur soient proposées des mesures plus

incitatives (avec des aides financières, une meilleure information) plutôt que punitives (avec les amendes et fermetures de cabinets).

CHAPITRE 4 : PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS

4.1 INTRODUCTION

L'accès aux soins primaires est un droit fondamental. Toute personne, et ce quelque soit son niveau d'autonomie doit pouvoir accéder à la même qualité des soins et ce sans difficulté. La loi pour l'égalité des droits et des chances de 2005 avait pour volonté de renforcer et d'accorder les mêmes droits à tous, dans tous les domaines et notamment dans l'accessibilité des cabinets de médecine générale. Un an après le délai fixé au 27 septembre 2015 de mise en conformité à travers la création des Ad'AP, des efforts restent à faire comme le souligne notre étude.

Cette étude menée auprès des 97 cabinets libéraux du 11eme arrondissement de Paris avait pour objectif principal d'évaluer la mise en conformité des cabinets libéraux. L'enquête montre que très peu de cabinets respectent finalement les réglementations imposées.

Comme nous l'avons vu, les freins sont multiples avec des impossibilités techniques évidentes dans une zone urbaine comme Paris, un coût important laissé à la charge du médecin et enfin des démarches administratives lourdes pour des médecins déjà plus qu'occupés.

L'enjeu est d'améliorer l'intégration sociale et de faciliter la participation pleine et entière des personnes handicapées, mais ceci ne se fera pas sans pallier aux difficultés et aux réticences ressenties par les médecins généralistes.

4.2 VERS UNE MEILLEURE INFORMATION DES MEDECINS

En premier lieu, il existe une réelle désinformation des médecins sur le cadre législatifs et les démarches administratives nécessaires. Le réseau du conseil de l'ordre des médecins de Paris propose d'effectuer un diagnostic d'accessibilité (37) mais il n'existe pas encore à ce jour un réseau parisien dédié intégrant des architectes ou des ergothérapeutes pour faciliter la mise en conformité des cabinets. En Lorraine, le réseau Handi Acces (38) est une association qui présente la particularité de regrouper des organisations représentatives des professionnels de santé (médecins généralistes, dentistes, kinésithérapeute, orthophonistes, infirmières, pharmaciens et orthoptistes), mais aussi d'associations représentatives des patients concernés par ce projet. Il propose de transmettre des informations utiles aux praticiens concernant l'accessibilité de leurs cabinets ainsi qu' une aide d'accompagnement aux médecins pour faciliter les démarches avec par exemple la mise en place d'un plan de travaux. Ce type de réseau n'existe pas en Ile de France et l'on pourrait s'en inspirer pour faciliter les démarches.

4.3 VERS UNE AUGMENTATION DE LA CREATION DES MAISONS ET POLES DE SANTE

Par ailleurs, on assiste de plus en plus à l'émergence de maisons de santé parfois pluridisciplinaires (MSP), avec des locaux pouvant être en partie subventionnés par les collectivités, ce qui constitue probablement une solution pour certains futurs praticiens (39). Pour améliorer la qualité de vie des personnes handicapées dans notre société, le respect rigoureux des critères d'accessibilité de la loi du 11 février

2005 paraît indispensable concernant les créations de nouveaux cabinets médicaux. Ainsi depuis une dizaine d'années les pouvoirs publics encouragent le regroupement pluri-professionnel en soins de premier recours sous la forme de maisons ou de centres de santé. Dans le prolongement de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2007 (40), la loi Fourcade en 2011 (41) définit ainsi la MSP comme « une personne morale » constituée entre des personnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Destinées à devenir les « portes d'entrée du parcours de soins » sur le territoire, les MSP se développent rapidement. Selon l'Observatoire de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) (42), il y a aurait plus de 380 maisons de santé recensées par les ARS fin 2013. Cependant, une faible proportion de ces MSP étaient répartie dans les zones urbaines et notamment dans des grandes villes comme Paris comme le souligne l'étude IRDES publiée en septembre 2013 (43). Il existe à ce jour six centres de santé (dont un dans le 11^{ème} arrondissement) et six pôles de santé à Paris (aucun dans le 11^{ème} arrondissement). La FEMASIF (Fédération des Maisons et des Pôles de Santé d' Ile de France) (44) prévoit l'ouverture prochaine de sept centres ou pôles des santé avec des projets actuellement en cours et dont le financement est assuré par les collectivités territoriales et par les Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) national et/ou régional.

Notre étude montre que la difficulté de mise en accessibilité peut constituer un frein à l'installation des futurs généralistes en cabinet de ville. L'étude réalisée en juin 2013 par la revue Concours Médical auprès de 1277 étudiants en médecine tend également à monter l'intérêt de la jeune génération pour les maisons ou pôle de santé. En effet 72 % des médecins et futurs médecins envisagent leur exercice de

demain en cabinet médical de groupe, 73 % en maison de santé pluridisciplinaire et 53 % en pôle de santé (45). Cette tendance s'explique par la volonté de la nouvelle génération de travailler en groupe, de ne pas être isolée face à leurs patients, mais aussi leur permettre d'échanger des connaissances et de travailler dans des structures adaptées à la législation en vigueur et notamment accessibles aux handicapés.

4.4 RISQUE DE DESERTIFICATION MEDICALE

En regard des résultats de notre étude, on pourrait prévoir une désertification de la médecine générale en milieu libéral dans le 11^{ème} arrondissement de Paris. En effet la plupart des médecins du 11^{ème} arrondissement sont proches de la retraite avec une moyenne d'âge de 56 ans. Pour 20.7% d'entre eux, la législation sur l'accessibilité et les difficultés qui en découlent, les amènent à envisager une cessation d'activité plus précoce.

Ceci reflète le risque de désertification médicale à l'échelle nationale. La désertification médicale ne concerne plus seulement les zones reculées.

D'après l'Ordre des Médecins, réuni en juin 2016 (32) le taux de médecins en Ile de France, toute spécialité confondue, de plus de 60 ans est de 30.4% tandis que les médecins de moins de 40 ans sont de 17%. Il existe dans toutes les régions de France et ce malgré les disparités qu'il existe entre elles, une réelle décroissance du nombre de médecins généralistes passant de 97012 en 2007, à 88886 en 2016. Selon l'Ordre National des Médecins et en regard de cette dynamique, le nombre de médecins en 2025 serait de 81455 en France. Tous les territoires sont touchés, milieux ruraux comme citadins. En Ile de France entre 2007 et 2016, la variation du nombre de médecins généralistes est de -18.7% (contre une moyenne nationale de -8%). A ce rythme, on peut estimer que la France aura perdu un quart de ses médecins généralistes (libéraux et en activité mixte) entre 2007 et 2025 (33).

Dans son compte rendu de 2009, la DREES fait état d'une diminution globale de la densité médicale en France (39) : « Entre 2006 et 2030, la population Française devrait croître d'environ 10 %. La densité médicale, c'est-à-dire le nombre de

médecins par habitant, chuterait donc davantage que les effectifs. Pour l'ensemble France métropolitaine et départements d'outre-mer, elle passerait de 327 à 292 médecins pour 100 000 habitants entre 2006 et 2030, diminuant ainsi de 10,6 % pour retrouver son niveau de la fin des années quatre-vingt. Elle atteindrait un point bas en 2020, date à laquelle on compterait 276 médecins pour 100 000 habitants, et ne repartirait à la hausse qu'en 2024 ».

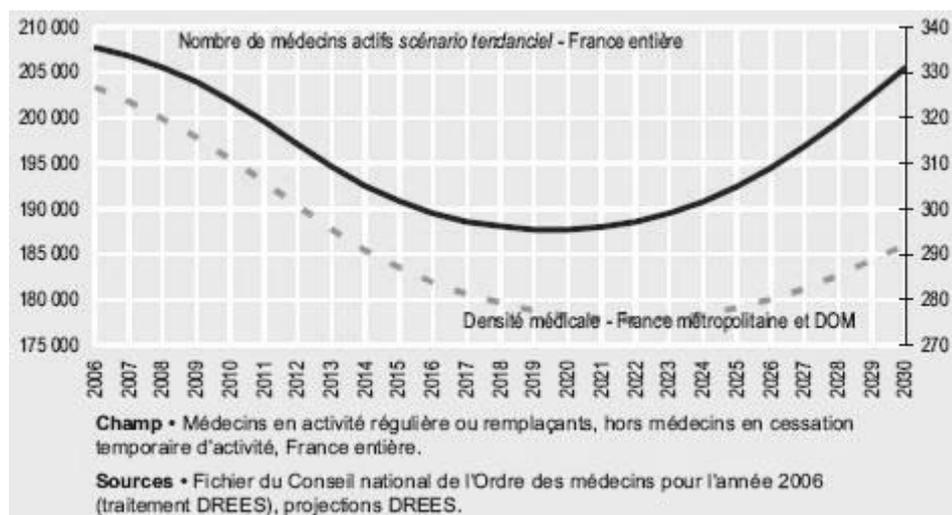


Figure 12 : Nombre et densité de médecins en activité d'après la DREES

De même l'étude DEMOMED 75 (24) estimait que 37% des médecins généralistes du 11^{ème} arrondissement allaient partir à la retraite entre 2013 et 2018. Par ailleurs cette étude montrait que 79% des médecins libéraux (généralistes et spécialistes confondus) n'avaient pas trouvé de successeur pour la reprise de leur cabinet.

CONCLUSION

La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté de 2005 constituait une avancée sociale importante en permettant aux personnes présentant des limitations motrices l'accès aux structures publiques telles qu'elles soient, et en particulier en leur permettant d'accéder aux soins de premier recours.

L'objectif de notre étude était de réaliser un état des lieux de l'accessibilité des cabinets des médecins généralistes dans le 11^{ème} arrondissement de Paris et d'étudier les éventuels freins ressentis à l'égard de cette loi par les praticiens.

Bien que les médecins soient touchés et aient à cœur de préserver l'accès aux soins pour tous, les résultats de notre étude montre une mauvaise accessibilité de leurs cabinets (seulement 20,7% d'accessibilité selon les critères légaux).

La contrainte technique, l'ancienneté du patrimoine architectural, le coût des travaux sont autant de freins limitants l'accessibilité des locaux des médecins généralistes.

D'autres études aboutissent à ce même constat.

Les praticiens sont bien souvent désemparés vis-à-vis de cette problématique, se sentent mal informés et incompris par les législateurs.

L'objectif à terme est d'obtenir un consensus acceptable entre amélioration de la situation sociale des personnes handicapées et adaptation de la médecine libérale déjà menacée par une démographie médicale précaire, des départs à la retraite importants, le vieillissement de la population, et l'augmentation des patients poly pathologiques.

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe un risque global en région parisienne de désertification médicale. Alors comment peut-on y remédier ? Une des solutions est de favoriser l'installation des futurs médecins généralistes.

La Mairie de Paris conjointement avec l'Agence Régionale de Santé, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris, le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins, et les Départements de médecine générale des universités parisiennes, propose en 2015 un plan d'aide pour l'installation des jeunes médecins. Ainsi le projet Paris Med' (46) propose des loyers réduits et une prime d'installation, pouvant aller jusqu'à 15000 euros, dans le but de favoriser l'installation des jeunes médecins. Le 11^{ème} arrondissement de Paris, et notamment le secteur « Charonne », fait partie des zones prioritaires pouvant bénéficier des aides de l'ARS. L'objectif est de tenter de remédier au problème auquel s'expose de plus en plus en plus la région parisienne en matière de désertification médicale et de perte d'attractivité pour les jeunes générations de médecins.

Par ailleurs la construction de maisons, de pôles et de centres de santé paraît parfois représenter à ce jour la solution d'avenir pour que perdure la médecine générale. Mais cela ne constitue-t-il pas un écueil ? Dans ce cas, que fait-on de la médecine de famille telle qu'on l'a toujours connue ? En effet, même si les soins prodigués en maisons de santé sont les mêmes que ceux en cabinet de médecine générale traditionnelle, prendre rendez-vous dans un centre de santé, c'est accepter d'être suivi par un médecin qui peut différer d'une consultation à l'autre. Est-ce la fin de la médecine de famille, avec la perte de la relation médecin/malade ? Faire des centres de santé la norme ne conduit-il pas finalement à la destruction de cette relation que nous cherchons à instaurer en médecine générale, métier que nous avons choisi

avant tout pour la proximité avec le patient et son histoire ? Les normes actuelles tendent à décourager les médecins, qui pourtant n'ont qu'une envie : faire perdurer leur métier, transmettre leur passion et leur engagement vis à vis des patients.

Une réflexion s'impose concernant l'amélioration de l'accessibilité mais ne pourra être faite qu'en harmonie avec les principaux acteurs de la santé

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le handicap. Genève : OMS ; 2011.
2. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
3. IRDES-L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France-Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages ; juin 2015.
4. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIH), 1980.
5. Classification internationale du fonctionnement, du handicap, et de la santé (CIF), OMS, 2001.
6. Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation. 2015.
7. Winance Myriam. La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS, 1980 et 2001. 2008.
8. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
9. Accès aux soins des personnes en situation de handicap -audition publique HAS-octobre 2008.
10. Délégation Interministérielle aux Personnes Handicapées (DIPH), définition de l'accessibilité - 1er décembre 2009 -à retrouver sur www.developpement-durable.gouv.fr.
11. Classification des ERP (Etablissements Recevant du Public) - 19 janvier 2010 -à retrouver sur www.developpement-durable.gouv.fr.
12. Décret n°2006-555 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public, et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation- publié le 17 mai 2006 - à retrouver sur www.legifrance.gouv.fr.
13. Ad'AP (Agenda d'Accessibilité Programmée)- février 2014-Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer - à retrouver sur www.developpement-durable.gouv.fr.

14. Réussir 2015/Rapport CAMPION. Accessibilité des personnes handicapées au logement, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces publics, Premier ministre - publié en mars 2013.
15. Présentation de l'ordonnance d'accessibilité- publié en septembre 2014- à retrouver sur www.developpement-durable.gouv.fr.
16. Dérogations à l'obligation de mise en accessibilité- disponible sur service-public.fr.
17. Sanctions pénales - publié dans le Code de Construction et d'Habitation - L.152-4. le 5 août 2015 - à retrouver sur www.legifrance.gouv.fr.
18. Définition européenne de la médecine générale / médecine de famille - WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) - publiée en 2002 - à retrouver sur www.woncaeurope.org.
19. Plan d'actions Handicap 2013-2015 des dix URPS d'Ile de France - 3 octobre 2013 - rapport à retrouver sur urps-med-idf.org.
20. Atlas de la démographie médicale 2016 - Cartographie - publié par le conseil national de l'Ordre des Médecins le 16 juin 2015 - à retrouver sur www.conseil-national.medecin.fr.
21. Démographie des populations. Densité brute du 11ème arrondissement de Paris - publié par l'INSEE en décembre 2011 - à retrouver sur www.mairie11.paris.fr.
22. Circulaire Interministérielle n° DGUHC 2007-53 relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation - publiée le 30 novembre 2007 - à retrouver sur www.developpement-durable.gouv.fr.
23. Arrêté du 13 décembre 2014 JORF n°0288 / texte n° 49-fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public - Ministère du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité- à retrouver sur www.legifrance.gouv.fr.
24. Etude DEMODED 75. Etude sur la démographie médicale parisienne - restitution des résultats du 28 janvier 2014 à retrouver sur la banque de données en santé publique : www.bdsp.ehesp.fr.

25. LACHAT JC. Thèse d'exercice: Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite dans le département de la Loire. Université Saint-Etienne -2010.
26. CUNY-BESSON M. Thèse d'exercice: évaluation de l'accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées et à mobilité réduite - Toulouse -2010.
27. BERNARD-BOURDON D. Thèse d'exercice: accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées - secteur de Garde de Clisson-Nantes - mars 2012.
28. DOMARLE-BENOIT E. Thèse d'exercice: Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite : ville d'Arras - juin 2013.
29. HILLEN A. Thèse d'exercice: accessibilité des personnes en situation de handicap moteur - Villeurbanne et 3eme arrondissement de Lyon. novembre 2014.
30. HIGUE A. Thèse d'exercice: accessibilité extérieure des cabinets médicaux - étude descriptive des 177 cabinets de médecine générale de Bordeaux - décembre 2015.
31. Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2016 (données statistiques de 2013)- publié par l'INSEE- à retrouver sur www.insee.fr.
32. Débat de l'ordre des Médecins à l'occasion de la présentation de l'Atlas 2016 de la démographie médicale- problématiques de désertification médicale (2 juin 2016).
33. Démographie des médecins - statistiques publiées par la DREES sur la démographie des médecins, élaborées à partir du RPPS - publié le 7 août 2015 par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé - à retrouver sur www.drees.social-sante.gouv.fr.
34. Rapport JACOB - Ministère des Affaires sociales et de la Santé: Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement - publié en 2013 - à retrouver sur www.social-sante.gouv.fr.
35. Accessibilité du cabinet médical - publié par le Syndicat des Médecins Généralistes le 2 juin 2016 - à retrouver sur www.mgfrance.org.
36. DREES - mars 2012- Les emplois du temps des médecins généralistes.
37. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Ville de Paris - accessibilité des cabinets médicaux.

38. Handi-access, réseau de santé - association d'aides pour faciliter l'accès aux soins en Lorraine aux personnes handicapées - à retrouver sur www.handi-access.org.
39. Démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales - publié par la DREES en février 2009- à retrouver sur www.drees.social-sante.gouv.fr.
40. Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.
41. Loi Fourcade / Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - à retrouver sur www.legifrance.gouv.fr.
42. Direction Générale de l' Offre de Soins (DGOS)-instruction relative à l'ouverture de l'observatoire des groupements de coopération sanitaire et de l'observatoire des communautés hospitalières de territoire et à l'évolution de l'observatoire des maisons de santé - publiée le 28 mai 2013 - à retrouver sur www.legifrance.fr.
43. Etude IRDES- Répartition géographique des maisons et pôles des santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux -publiée en septembre 2013.
44. Fédération des Maisons et des Pôles de Santé d' Ile de France (FEMASIF) - cartographie des maisons et des pôles de santé.
45. Revue de littérature : Concours Médical. Etude sur l'installation des futurs médecins. Edition de juin 2013.
46. Paris Med': un projet d'aide à l'installation des professionnels de santé - à retrouver sur www.paris.fr.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Evaluer l'accessibilité des personnes en situation de handicap moteur dans le 11ème arrondissement

1. Quel est votre âge ?

.....
.....

2. Depuis combien d'années êtes-vous installé en tant que médecin libéral ?

.....
.....

3. Quelle est l'année prévue de votre cessation d'activité

.....
.....

4. Vous travaillez :

- Seul En association /collaboration

Concernant l'accessibilité de votre cabinet :

5. Existe t-il une ou plusieurs places de stationnement adaptées aux personnes handicapées, proche(s) de l'entrée de votre cabinet ?

- Oui Non

6. Bénéficiez-vous d'un cheminement facilement accessible pour une personne en fauteuil roulant (largeur et pente) depuis la voirie jusqu'à l'entrée de votre cabinet ?

- Oui Non

7. La position de l'interphone est-il accessible à une personne en fauteuil roulant (<1m30) ?

- Oui Non

8. Votre cabinet est situé :

- Au rez de chaussée A l'étage

9. S'il se situe à l'étage, bénéficiez-vous d'un ascenseur aux normes pour personnes handicapées (ouverture de porte d'une largeur de 0,8m, profondeur d'1,30 m, commandes à hauteur maximale d'1,30 m) ?

- Oui Non

Concernant l'intérieur de votre cabinet :

10. La porte de votre cabinet est-elle suffisamment large (>0.8m) ?

- Oui Non

11. Bénéficie-t-elle d'espaces de manœuvre suffisants (2,20x1,40 m pour les portes à tirer et 1,70x1,40 m pour les portes à pousser)

- Oui Non

12. Existe-t-il des marches à l'intérieur de votre cabinet ?

- Oui Non

13. Votre table d'examen est située :

- A hauteur fixe, accessible par un marchepied
 A hauteur fixe, accessible sans marchepied
 Motorisée
 Autre, précisez :

14. Existe-t-il des toilettes adaptées ?

- Oui Non

Concernant la législation et les éventuels freins à son application :

15. Avez-vous entendu parler de la création des Ad 'AP (agendas d'accessibilité programmée), qui concernent les cabinets situés dans des bâtiments construits avant 2005 ?

- Oui Non

16.Avez-vous déjà apporté et / ou programmé des modifications nécessaires à votre cabinet concernant son accessibilité ?

- Oui Non

Si oui:

- Les modifications ont déjà été faites
 Les modifications sont programmées

17.Quels sont selon vous les principaux freins à la modification de votre cabinet ?

- Le coût de la mise aux normes

- L' "impossibilité technique de procéder à la mise en accessibilité ? (mur porteur, impossibilité" de mettre en place un ascenseur, trottoir trop étroit...)

Si oui, précisez :

- Contraintes liées à la conservation du patrimoine architectural ?

Si oui, précisez :

- Cela entraîne des répercussions importantes sur l'activité principale (travaux réduisant la taille de la salle d'examen....)

Si oui, précisez :

- Refus de la mise aux normes par la copropriété

- Autres freins ressentis

Si oui, précisez :

18.Cela vous amène t-il a anticiper votre cessation d'activité ?

- Oui Non

19.Pensez vous que cette mise aux normes peut être un frein au recrutement de nouveaux médecins ou à une succession éventuelle ?

- Oui Non

20.Avez-vous des remarques à faire concernant cette problématique d'accessibilité physique des cabinets médicaux aux personnes en situation de handicap moteur ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE 2 : LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES MEDECINS

LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT A L'INTENTION DES MÉDECINS DU 11^{ème} ARRONDISSEMENT DE PARIS INCLUS DANS L'ÉTUDE

Cécile BERARD

10 rue Saint Sabin

75011 Paris

tel : 0681080759

mail : berardcecile@hotmail.fr

Chers confrères,

Je prépare actuellement une thèse de médecine générale sur l'accessibilité des cabinets de ville aux handicapés moteurs.

Aussi permettez-moi de vous solliciter afin de recueillir des informations concernant les dispositions actuelles mises en place.

Ce questionnaire est envoyé à l'ensemble des cabinets de médecine générale du 11^{ème} arrondissement (1 questionnaire par cabinet) afin d'évaluer l'accessibilité des cabinets de ville aux personnes présentant un handicap moteur et ainsi rechercher ensemble des solutions à ce problème.

Je vous prie donc de remplir ce questionnaire, dont les réponses resteront anonymes, accompagnant cette lettre (moins de 5 minutes), et vous prie de me le retourner à l'aide de l'enveloppe pré-timbrée jointe.

Je vous remercie par avance de votre participation, et reste à votre disposition pour toute information complémentaire concernant le questionnaire ou les résultats de l'étude.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Cécile BERARD

Titre :

Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes en situation de handicap moteur : étude descriptive menée dans le 11^{ème} arrondissement de Paris

Résumé :

Introduction : L'accessibilité des cabinets médicaux et notamment chez les médecins généralistes est une préoccupation importante depuis la promulgation de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances. Il s'agit d'un problème de santé publique puisqu'en France 12 millions de personnes sont touchées par un handicap. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'accessibilité des cabinets de médecine générale et de déduire les principaux freins faisant obstacles à leur mise aux normes. **Méthode** : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive par observation directe et déclarative, menée dans les cabinets de médecine générale du 11^{ème} arrondissement de Paris. **Résultats** : Le taux de participation était de 60% (58 médecins participants). Seuls 3,5% des cabinets présentaient une accessibilité complète pour les critères choisis. Ils étaient 20,7 % à respecter les critères d'accessibilité légaux. 29,3% des médecins avaient l'intention d'adapter leurs cabinets avec la réalisation de travaux de mise aux normes. Les visites à domicile constituent un moyen de substitution fréquemment évoqué mais les freins à la mise aux normes des cabinets sont multiples. La problématique de l'accessibilité amène 20.7 % des praticiens à envisager une cessation d'activité plus précoce. Par ailleurs pour 70.7% d'entre eux, cela représente un frein au recrutement de médecins pour une succession éventuelle. **Discussion** : Il existe une mauvaise accessibilité globale des cabinets médicaux à plus de dix ans de la promulgation de la loi. Les freins rencontrés sont le manque d'information, le coût financier, et les impossibilités architecturales et techniques. Une meilleure information, la création de pôles et maisons de santé peuvent être des solutions pour pallier au risque de désertification médicale.

Mots clés : Médecine générale, handicap moteur, accessibilité.