

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2012

N° 11

T H È S E

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

par

Delphine BERNARD BOURDON

née le 1^{er} janvier 1982 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 27 mars 2012

**ACCESSIBILITÉ DES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
AUX PERSONNES HANDICAPÉES**

ÉTUDE AUPRÈS DES 34 CABINETS
DU SECTEUR DE GARDE DE CLISSON

Président du jury : Madame le Professeur Brigitte PERROUIN-VERBE
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Patrick DRÉNO
Membres du Jury : Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE
Monsieur le Professeur Pascal DERKINDEREN
Monsieur le Docteur Patrick DRÉNO

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
GÉNÉRALITÉS	6
1. Le handicap.....	6
1.1. Définitions et classifications.....	6
1.2. Notion d'accessibilité	7
2. Évolution de la législation sur l'accessibilité	8
3. Handicap et accès aux soins	10
3.1. Les différents handicaps et les difficultés rencontrées	10
3.2. L'accès aux soins des personnes handicapées.....	11
4. La réglementation pour les cabinets médicaux.....	12
4.1. Classification, obligations et dérogations	12
4.2. Les normes exigées pour les cabinets médicaux	14
MATÉRIEL ET MÉTHODE	23
1. Méthode d'investigation	23
2. Élaboration de la grille d'observation directe	23
3. Description du territoire étudié.....	24
4. Exploitation des données	27
RÉSULTATS	28
1. Caractéristiques des médecins et des cabinets.....	28
2. Stationnement	28
3. Cheminement extérieur	29
4. Cheminement intérieur horizontal.....	30

5. Cheminement intérieur vertical	31
6. Sanitaires	31
7. Table d'examen	32
8. Résultats généraux	33
DISCUSSION	34
1. Concernant l'étude	34
1.1. Originalité.....	34
1.2. Limites et biais.....	34
2. Analyse des résultats	34
3. Comparaison avec d'autres régions	35
4. Les freins possibles à la mise aux normes	36
5. Vers une amélioration de l'accessibilité	37
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	
ANNEXE 1 : Lettre d'information aux médecins du secteur de garde de Clisson	44
ANNEXE 2 : Grille d'observation directe.....	45
ANNEXE 3 : Données obtenues	47
ANNEXE 4 : Plaquette d'information Handi-acces destinée aux médecins	52

FIGURES

Figure 1 : Cotes d'encombrement d'un fauteuil roulant manuel universel occupé	11
Figure 2 : Encombrement de la place de stationnement	14
Figure 3 : Pentes et paliers de repos	15
Figure 4 : Protection en cas de rupture de niveau	16
Figure 5 : Positionnement des interphones	17
Figure 6 : Position des poignées de porte par rapport à un angle rentrant	18
Figure 7 : Espace de manœuvre de franchissement d'une porte	19
Figure 8 : Terminologie d'un escalier	20
Figure 9 : Normes pour les ascenseurs.....	21
Figure 10 : Normes exigées pour les sanitaires.....	22
Figure 11 : Carte géographique situant le secteur de garde de Clisson au sein du département de Loire-Atlantique	24
Figure 12 : Part des cabinets avec un stationnement accessible.....	28
Figure 13 : Part des cabinets avec cheminement extérieur accessible.....	29
Figure 14 : Part des cabinets avec cheminement intérieur horizontal accessible	30
Figure 15 : Part des cabinets avec cheminement intérieur vertical accessible	31
Figure 16 : Part des cabinets avec sanitaires accessibles.....	31
Figure 17 : Part des cabinets possédant au moins une table d'examen à hauteur variable	32
Figure 18 : Diagramme représentant le score d'accessibilité obtenu par les cabinets médicaux sur les 6 critères définis	33

TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des 24 communes du secteur de garde de Clisson	26
Tableau 2 : Résultats des différentes thèses sur l'accessibilité.....	35

INTRODUCTION

En France, près de 12 millions de personnes de plus de 20 ans présentent une déficience, qu'elle soit motrice ou sensorielle (1,2). Il s'agit de personnes malentendantes, malvoyantes ou éprouvant une gêne dans leurs déplacements, que ce soit des personnes en fauteuil roulant, marchant avec un déambulateur ou une canne.

L'OMS propose la définition suivante : « handicap est le terme générique qui désigne les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation » (3) Cette notion prend donc en compte les problèmes de santé (altération d'une fonction organique ou de la structure anatomique), mais également des facteurs contextuels, qui peuvent être personnels (âge, condition physique...) et environnementaux (4,5). Une personne peut ainsi se retrouver handicapée face à un environnement qui n'est pas adapté.

Un cadre législatif a été mis en place avec la loi du 11 février 2005, fondée sur l'égalité des droits et des chances, avec la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (6). Elle reconnaît que « toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus de tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté ». Cette loi donne le droit à chacun d'accéder, de la manière la plus autonome possible, au travail, à la culture, aux loisirs, mais aussi au parcours de santé.

Dans le parcours de soins, le médecin généraliste apparaît comme le médecin de premier recours. Il semble donc indispensable que chacun puisse y accéder facilement, et les cabinets médicaux devront être accessibles à tous au 1^{er} janvier 2015. (6)

Des études ont été réalisées sur l'accessibilité des cabinets de médecine générale dans plusieurs régions de France, avec des résultats très variables. Il nous a semblé intéressant de faire un état des lieux dans notre région, 3 ans et demi avant la mise en application de la loi sur l'accessibilité.

Pour cela, nous avons choisi d'étudier l'accessibilité des cabinets de médecine générale du secteur de garde de Clisson, soit 34 cabinets au total.

GÉNÉRALITÉS

1. Le handicap

1.1. Définitions et classifications

La loi du 11 février 2005 « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » propose la définition suivante : « constitue un handicap 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 ». (6)

Mais avant d'arriver à cette définition, plusieurs concepts nécessitent d'être éclairés.

Le terme handicap est apparu dans le langage usuel au milieu des années 50. (7)

L'une des définitions les plus citées du handicap se trouve dans un rapport écrit par Bloch-Lainé en 1967 : « Sont inaptes à la société dont ils font partie, les enfants, les adolescents et les adultes qui, pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvent des difficultés plus ou moins grandes, à être ou à agir comme les autres [...] » Ils sont « handicapés parce qu'ils subissent par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des handicaps, c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières, par rapport à la normale ; celle-ci étant définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société. » (8,9)

En 1975, les Nations Unies affirment dans le premier article de la Déclaration des Droits des Personnes Handicapées que « le terme « handicapé » désigne toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales. » (10)

Dans les années 1970, un groupe de réflexion animé par le britannique Philip Wood modifie la vision du handicap en distinguant 3 niveaux indépendants des conséquences d'une maladie ou d'un trouble : la déficience, l'incapacité et le handicap. (9,11,12)

- Déficience : désigne les altérations d'une fonction organique ou d'une structure anatomique ; représente la dimension lésionnelle de la maladie.
- Incapacité : désigne la réduction, partielle ou totale, de la capacité à accomplir des fonctions considérées comme normales pour un être humain (par exemple, la communication, le mouvement...); représente la dimension fonctionnelle de la maladie.
- Handicap : désigne le désavantage dont est victime un individu, du fait de sa déficience ou de son incapacité, pour accomplir un rôle social normal ; représente

l'expression sociale de la maladie, c'est-à-dire ses conséquences sociales, culturelles, environnementales et économiques.

Cette approche, dite modèle de Wood, est à l'origine de la « Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages », soit CIH, publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1980.

Une série de travaux a conduit à la publication d'une nouvelle version adoptée en 2001 par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui s'intitule « Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé » ou CIF/CIH-2. (3) Cette nouvelle classification s'appuie sur les notions d'activité et de participation :

- Activité : désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne
- Participation : désigne l'implication d'un individu dans une situation de vie réelle.

Contrairement à la première classification où le terme handicap regroupait toutes les limitations liées à la déficience, à l'incapacité et au désavantage social, cette nouvelle version s'appuie sur des termes moins défectifs. Elle repose sur le fonctionnement, qui est le versant positif de l'activité et de la participation, alors que le handicap en est le versant négatif.

Cette nouvelle classification a également pour avantage de prendre en compte les facteurs contextuels, qui ont une influence sur la participation et les activités. Il s'agit des facteurs environnementaux (environnement immédiat, domicile, lieu de travail...), et personnels (âge, sexe, origine sociale...). La définition du handicap n'est donc plus centrée seulement sur la personne, mais résulte plutôt de la rencontre entre une personne et un environnement qui ne lui est pas adapté.

Nous sommes donc face à 2 approches complémentaires : le modèle « médical » ou « intégratif » où la réduction des handicaps passe par une action sur l'individu, et le modèle « social » ou « participatif » où la réduction du handicap passe par une adaptation de la société.

1.2. Notion d'accessibilité

Cette approche du handicap en fonction de l'environnement nous amène au problème de l'accessibilité.

En effet, selon le modèle dit « participatif », « une personne handicapée dans un aménagement accessible est une personne valide, et inversement une personne valide dans un aménagement non accessible est une personne handicapée.» (13)

En France, depuis 2005, les pouvoirs publics ont donné une définition 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. » (6)

Il s'agit donc de la possibilité d'accéder à un lieu physique, à des informations ou des services, pour tous, avec ou sans handicap, qu'il soit moteur, sensoriel, cognitif ou psychique.

2. Évolution de la législation sur l'accessibilité

La loi du 30 juin 1975, dite Loi d'Orientation en faveur des Personnes Handicapées (14), est le premier texte marquant dans l'histoire de l'accessibilité. Elle stipule que « la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale. » La politique d'intégration des personnes handicapées débute donc avec cette loi. L'objectif est, chaque fois que cela est possible, de les accueillir dans un cadre de vie et de travail ordinaire.

En outre, elle reconnaît le principe d'accessibilité et l'inscrit comme une nécessité : « les dispositions architecturales et aménagements des locaux d'habitation et des installations ouvertes au public, notamment les locaux scolaires, universitaires et de formation, doivent être tels que ces locaux et installations soient accessibles aux personnes handicapées » (14)

Trois ans plus tard, le décret du 9 décembre 1978 (15) régit l'accessibilité de l'espace public. Il fixe des mesures destinées à rendre accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite les installations ouvertes au public existantes et à adapter les services de transport public pour faciliter les déplacements des personnes handicapées. Il est ensuite complété par le décret du 31 août 1999 (16) qui précise les caractéristiques techniques devant être observées pour lever les obstacles limitant l'accessibilité de la voirie aux personnes handicapées (bordures de trottoirs infranchissables, zones de stationnement inadaptées, pentes trop fortes, obstacles difficilement détectables, absence de répétition sonore des feux de signalisation, postes d'appel d'urgence non accessibles...).

Dans le domaine de la construction, c'est d'abord le décret du 1^{er} février 1978 (17) qui fixe les mesures destinées à rendre accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite les installations neuves ouvertes au public. La loi du 13 juillet 1991 (18) rend réellement efficaces les règles d'accessibilité prévues par la loi de 1975 et celle de 1978, puisque les nouveaux établissements recevant du public doivent désormais répondre aux normes

d'accessibilité pour obtenir un permis de construire. De même, elle n'autorise la délivrance d'une autorisation d'ouverture d'un établissement qu'après contrôle du respect des normes en vigueur.

Enfin, le 11 février 2005 est votée la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (6) Cette loi repose sur 3 grands axes (19) :

- le droit à la compensation. Ainsi, la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap par la prestation de compensation, qui permet de couvrir les besoins en aides humaines et techniques, l'aménagement du logement, du véhicule, les aides spécifiques ou exceptionnelles, et les aides animalières.
- « l'accessibilité à tout pour tous », que nous allons détailler.
- la création de Maisons Départementales des Personnes Handicapées. Présentes dans chaque département, elles sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches. Elles fonctionnent comme un guichet unique pour toutes les démarches liées aux diverses situations de handicap.

« L'accessibilité à tout pour tous » regroupe l'accès aux soins, à l'éducation, à l'emploi, au cadre bâti, aux transports et aux nouvelles technologies. (6) Concernant le cadre bâti, l'article 41 modifie le Code de la Construction et de l'Urbanisme, et renforce les exigences en termes d'accessibilité :

- « Les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées, dans les parties ouvertes au public. »
- On voit apparaître la notion de « chaîne de déplacement », c'est-à-dire que l'on doit tendre vers une continuité de l'accessibilité, du domicile au lieu de travail et aux commerces, en passant par les transports et les voiries.
- Tous les handicaps sont pris en compte (physiques, sensoriels, cognitifs et psychiques)
- « Le maître d'ouvrage doit fournir à l'autorité qui a délivré le permis de construire un document attestant de la prise en compte des règles concernant l'accessibilité. »
- Les sanctions en cas de méconnaissance des obligations liées à l'accessibilité lors de la construction sont durcies
- Dans les communes de plus de 5000 habitants, sont créées des commissions communales pour l'accessibilité aux personnes handicapées, qui doivent établir un constat de l'accessibilité dans la commune et proposer des améliorations.
- La formation à l'accessibilité aux personnes handicapées devient obligatoire dans la formation initiale des architectes et des professionnels du cadre bâti.

3. Handicap et accès aux soins

3.1. Les différents handicaps et les difficultés rencontrées

La CIH-2 (3) classe les différentes fonctions de l'organisme en :

- Fonctions mentales
- Fonctions sensorielles et douleur
- Fonctions de la voix et de la parole
- Fonctions des systèmes cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire
- Fonctions des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
- Fonctions génito-urinaires et reproductives
- Fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement
- Fonctions de la peau et des structures

En ce qui concerne les problèmes d'accessibilité, nous allons nous concentrer sur les altérations des fonctions mentales, sensitives et locomotrices.

Le handicap mental peut être lié à une déficience intellectuelle ou psychique. Il peut être congénital (trisomie 21, syndrome d'alcoolisation fœtale...) ou acquis (maladies dégénératives, traumatismes crâniens, accidents vasculaires cérébraux...). Un million de personnes seraient touchées par ce handicap (1). Cela peut être à l'origine de difficultés d'orientation, d'attention, de mémoire, de compréhension, de communication, de contrôle des émotions...

Pour favoriser l'accessibilité à ces personnes, il faut faciliter l'orientation et la compréhension de l'espace, par des informations claires et des pictogrammes, utiliser des volumes, des contrastes et des matériaux pour créer une ambiance réconfortante. (13)

La déficience visuelle correspond à l'inexistence ou à la perte, à des degrés variables, de l'acuité visuelle. 61.000 personnes sont concernées par la cécité, et 1.638.000 sont malvoyantes. (1) En France, les causes principales de cécité sont la rétinopathie diabétique, la cataracte, le glaucome et la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Pour les personnes atteintes de déficience visuelle, la compensation du handicap doit passer par une amélioration de la perception visuelle, à l'aide d'écritures en gros caractères, d'un bon éclairage et de couleurs contrastées au niveau du cheminement. A cela, on peut, de manière facultative, ajouter des informations en braille, des bandes de guidage au sol ou des dispositifs sonores. (13)

La déficience auditive est une perte partielle ou totale du sens de l'ouïe. Trois millions et demi de Français sont concernés, à des degrés divers, dont 60% ont plus de 65 ans. (8) Pour améliorer l'accessibilité, trois mesures sont importantes (13):

- Doubler l'information sonore par une information visuelle, notamment au niveau des systèmes d'alarme ;
- Contrôler l'acoustique des locaux ;
- Prévoir un éclairage de qualité.

La déficience locomotrice est la « conséquence d'une atteinte de gravité variable d'un ou de plusieurs membres ». (8) Elle peut donc être à l'origine de difficultés à la fois pour la mobilité et pour la préhension. Elle concerne une population très large : personnes en fauteuil roulant électrique ou manuel, personnes marchant à l'aide d'une ou deux canne(s) ou d'un déambulateur. Parmi cette grande diversité, c'est l'utilisation d'un fauteuil roulant qui sert de référence pour les normes d'accessibilité. Les textes réglementaires ont été établis en fonction des dimensions d'un fauteuil roulant manuel universel de 75cm de largeur pour 125cm de longueur (figure 1).

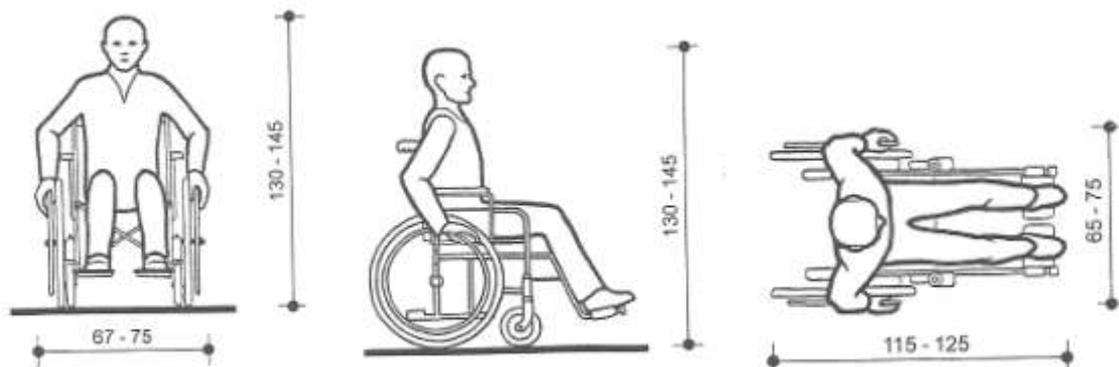


Figure 1 : Cotes d'encombrement d'un fauteuil roulant manuel universel occupé
(tiré de *Handicap et Construction*)

Cet encombrement conditionne la surface nécessaire pour la circulation d'un fauteuil roulant : largeur minimale de 90 cm en approche frontale, aire minimale de 140x140 cm pour le changement de direction de 90°, aire minimale de 140x190 cm pour le changement de direction de 180°, aire minimale de 170x170 cm pour une rotation de 360°. (13)

Concernant la préhension, la loi, basée sur les mesures anthropométriques, considère que les différents objets doivent être placés à une hauteur maximale de 130cm pour être atteints par une personne en fauteuil.

3.2. L'accès aux soins des personnes handicapées

En France, 5,5 millions de personnes déclarent éprouver une gêne dans leurs déplacements à l'extérieur (1).

Les personnes déclarant être limitées dans leurs activités ont un recours aux soins plus fréquent que les personnes non limitées. En moyenne, sur un an, elles rencontrent 12 fois le médecin, alors que les personnes non limitées dans leurs activités le rencontrent seulement 5,8 fois. (20)

Mais selon une enquête réalisée en Ile-de-France, plus d'une personne handicapée sur deux ressent des difficultés d'accès aux soins, liées aux difficultés de transport, à l'accès au cabinet ou au manque d'équipement de ce dernier. (21)

Une autre enquête effectuée dans le cadre du colloque sur la maternité des femmes handicapées montre que sur l'île de France seulement 140 cabinets de gynécologie/obstétrique sur 635 réponses exploitables disposent de bâtiments accessibles et 6 d'une table à hauteur variable. (22)

Or, le principe du libre choix de son médecin est un principe fondamental, rappelé par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé et codifié à l'article L. 1110-8 du Code de la Santé Publique (23) : « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. » Toute personne doit donc avoir la possibilité de se rendre chez le médecin de son choix, sans être limitée par des contraintes environnementales.

Dans le parcours de santé, pour les personnes handicapées comme pour les autres, le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur pour la prise en charge médicale, mais également sociale. (24)

Il apparaît donc nécessaire que les cabinets de médecine générale soient accessibles à tous, et que chaque patient puisse choisir son médecin généraliste sans avoir à prendre en compte des critères architecturaux.

4. La réglementation pour les cabinets médicaux

4.1. Classification, obligations et dérogations

Les cabinets médicaux sont considérés par le Code de la Construction et de l'Habitation (25) comme des établissements recevant du public (E.R.P.) de 5^e catégorie. En effet, les E.R.P. sont classés en 5 catégories en fonction de l'effectif des personnes qui constituent le public:

- 1^{ère} catégorie : au-dessus de 1500 personnes;
- 2^e catégorie : de 701 à 1500 personnes;
- 3^e catégorie : de 301 à 700 personnes;
- 4^e catégorie : 300 personnes et au-dessous à l'exception des établissements compris dans la 5^e catégorie;
- 5^e catégorie : au-dessous de 300 personnes quand l'effectif du public n'atteint pas le seuil fixé par le règlement de sécurité : ce sont les petits commerces, les cabinets médicaux ou d'avocats. (26)

Les E.R.P. existants de la 5^e catégorie ont les obligations suivantes :

- Avant le 1^{er} janvier 2015, une partie du bâtiment ou de l'installation doit respecter les règles d'accessibilité pour offrir l'ensemble des prestations en vue desquelles l'établissement ou l'installation sont conçus, parfois grâce à des mesures de substitution ;
- Cette date est avancée au 1^{er} janvier 2011 pour les nouveaux établissements créés par changement de destination pour accueillir des professions libérales. Le terme

« changement de destination » signifie une modification de la fonction du bâtiment, qui initialement n'était pas destiné à l'exercice d'une profession libérale, mais pouvait être destiné à l'habitation, à l'hébergement hôtelier, aux bureaux, à l'industrie, à l'exploitation agricole ou forestière ou à la fonction d'entrepôt. Chaque destination obéit à des règles d'urbanisme spécifiques. (27)

- La partie considérée du bâtiment doit être la plus proche possible de l'entrée principale et doit être accessible par le chemin principal ;
- Lorsque les travaux de mise en accessibilité sont impossibles du fait de contraintes liées à la solidité du bâtiment (murs, plafonds, planchers, poutres ou poteaux), des solutions sont présentes dans l'arrêté du 21 mars 2007 relatif à l'accessibilité pour les personnes handicapées des E.R.P. existants. (28)

Cependant des dérogations pour les bâtiments existants peuvent être accordées par le préfet dans trois situations (29) :

- Les impossibilités techniques résultant de l'environnement du bâtiment, quand les travaux sont impossibles du fait de la nature du terrain ou de la présence de constructions existantes.
- Les contraintes liées à la préservation du patrimoine architectural, quand le bâtiment est classé ou inscrit, ou lorsqu'il est dans le champ de visibilité d'un monument historique
- La disproportion manifeste, « lorsque les travaux d'accessibilité sont susceptibles d'avoir des conséquences excessives sur l'activité de l'établissement et/ou entraîner une réduction significative de l'espace dédié à l'activité de l'E.R.P., du fait de l'encombrement des aménagements requis et de l'impossibilité d'étendre la surface occupée. L'impact économique du coût des travaux, lorsqu'il est tel qu'il pourrait entraîner le déménagement, une réduction importante de l'activité voire la fermeture de l'établissement, est aussi pris en compte. »

Ces dérogations sont exceptionnelles et ne peuvent être accordées qu'après avis conforme de la Commission Consultative Départementale Sécurité Accessibilité. En ce qui concerne les E.R.P. remplissant une mission de service public, toute dérogation doit s'accompagner de la mise en place de mesures de substitution.

4.2. Les normes exigées pour les cabinets médicaux

Toutes les normes citées ci-dessous sont issues de l'arrêté du 22 mars 2007.

- Stationnement

Pour les établissements recevant du public, 2% de l'ensemble des places doivent être aménagées. Pour un cabinet médical, qui dispose généralement d'un nombre de places de stationnement réduit, au moins une place doit être aménagée.

La place aménagée doit être située à proximité de l'entrée du bâtiment, et doit être signalée par un pictogramme au sol et sur un panneau vertical. Elle doit faire une largeur d'au moins 3,30m pour permettre le transfert d'une personne sur son fauteuil roulant. (Figure 2)

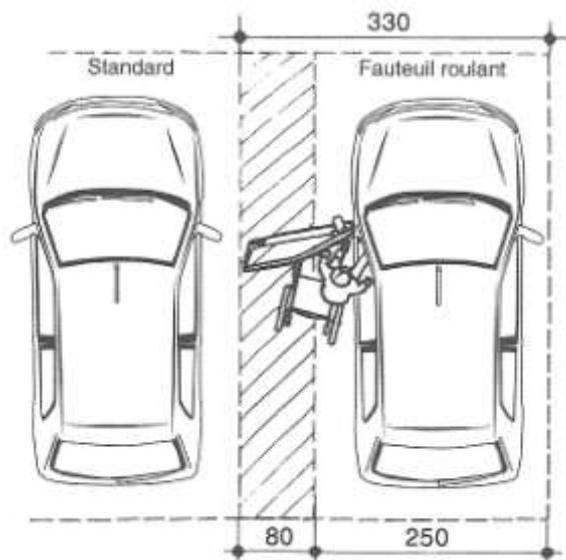


Figure 2 : Encombrement de la place de stationnement
(tiré de *Handicap et construction*)

La place de stationnement doit se raccorder au cheminement d'accès.

- Cheminement extérieur

La largeur du cheminement doit être supérieure ou égale à 1,40m. Des rétrécissements ponctuels sont autorisés mais leur largeur ne doit pas être inférieure à 1,20m, pour permettre le croisement d'un piéton et d'une personne en fauteuil roulant.

Le dévers, c'est-à-dire la pente transversale, ne doit pas excéder 2%. Au-delà de cette pente, le fauteuil roulant est déporté sur le côté et la personne doit compenser pour éviter la dérive du fauteuil.

A chaque dénivellation, une rampe d'accès ou plan incliné doit être installé. Pour être accessible, elle répond à des exigences précises :

- Si la pente est comprise entre 4 et 5%, il doit y avoir un palier de repos tous les 10m.
- Une pente entre 5 et 8% n'est tolérée que sur une distance de 2m.
- Une pente entre 8 et 10% n'est tolérée que sur 0,50m.
- Les pentes de plus de 10% sont interdites.

Les paliers de repos sont des zones horizontales de 1,20x1,40m. On doit en trouver un en haut et en bas de chaque pente. (Figure 3)

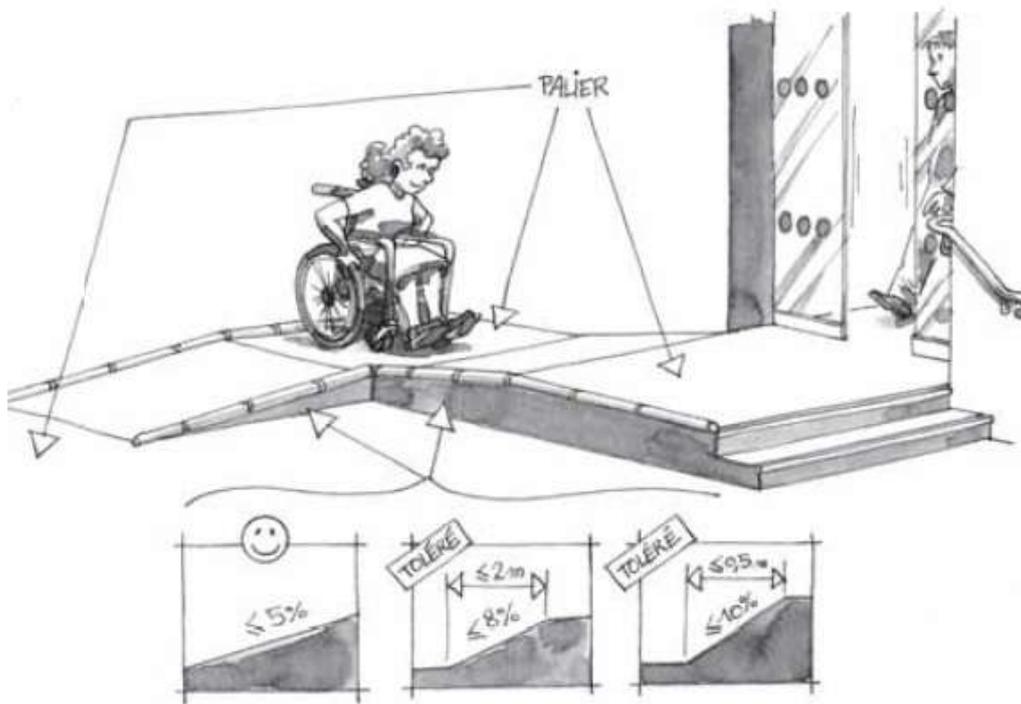


Figure 3 : Pentes et paliers de repos

(tiré de la Circulaire interministérielle 2007-53 du 30 novembre 2007 relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation)

Si des marches sont présentes à côté de la rampe, elles doivent disposer d'une main-courante facilement préhensible, entre 0,80 et 1m de hauteur, qui dépasse la première et la dernière marches. Les marches doivent être antidérapantes.

Pour une circulation aisée en fauteuil roulant ou avec une poussette, le sol ne doit être ni meuble ni glissant et ne présenter aucun obstacle à la roue. Il ne doit pas y avoir de ressaut, trous ou fentes dans le sol de plus de 2cm.

Pour les personnes malvoyantes, il est important que le cheminement ne présente aucun obstacle sur une hauteur de 2,20m, que le sol ne soit pas réfléchissant, que le cheminement soit bien éclairé, et l'entrée facilement repérable. De la même façon, les nez de marches doivent être contrastés pour être facilement repérés.

En cas de rupture de niveau à moins de 0,90m du cheminement, il est nécessaire d'installer un élément pour attirer l'attention d'une personne aveugle ou malvoyante. (Figure 4)

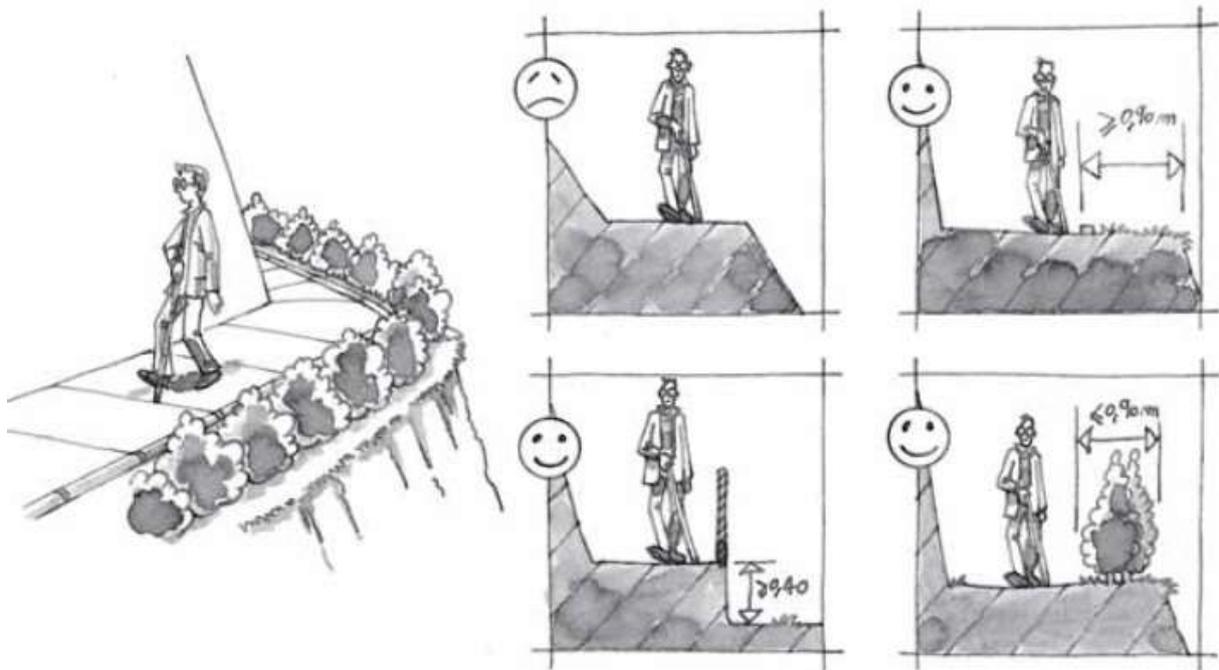


Figure 4 : Protection en cas de rupture de niveau
(tiré de la Circulaire interministérielle 2007-53 du 30 novembre 2007 relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation)

Si l'entrée dispose d'un interphone, il faut qu'il soit placé à une hauteur comprise entre 0,90 et 1,30m, et à plus de 0,40m d'un angle rentrant pour qu'une personne en fauteuil roulant puisse l'atteindre. (Figure 5)

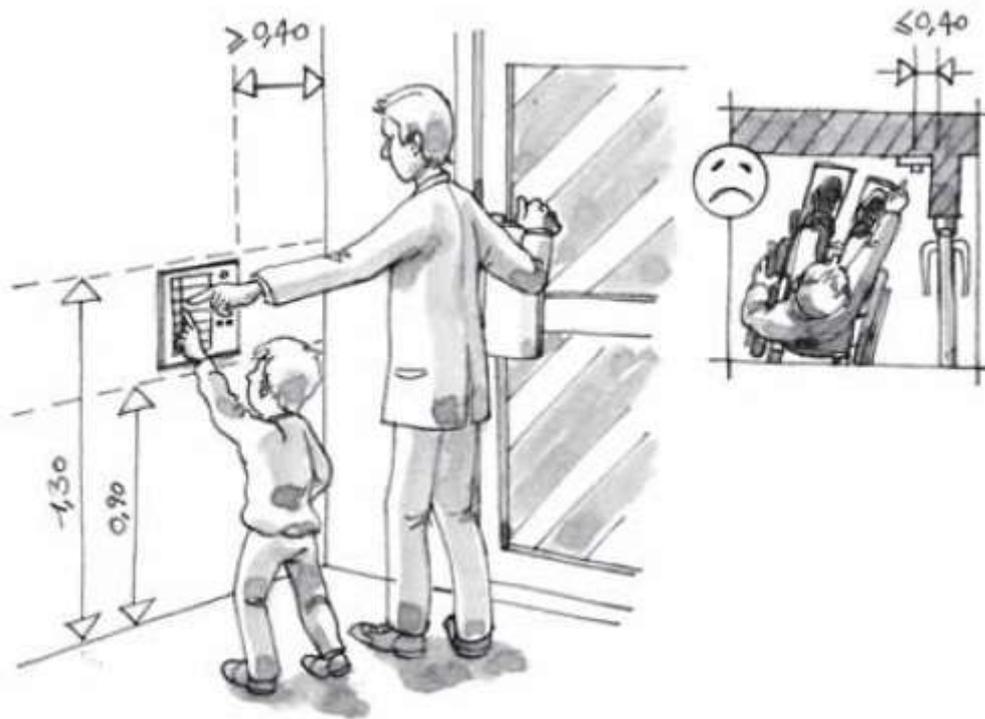


Figure 5 : Positionnement des interphones

(tiré de la Circulaire interministérielle 2007-53 du 30 novembre 2007 relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation)

- Circulations intérieures horizontales

Les exigences sont les mêmes que pour l'extérieur (largeur du cheminement, dévers, pentes...)

Par contre, on retrouve des dispositions supplémentaires, qui concernent les portes. Celles-ci doivent avoir une largeur minimale de 0,90m, pour permettre le passage sans difficulté d'une personne en fauteuil roulant.

Les poignées doivent être situées à plus de 0,40m d'un angle rentrant. (Figure 6)

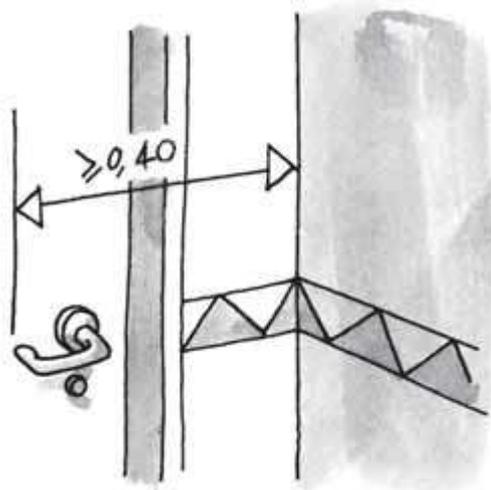


Figure 6 : Position des poignées de porte par rapport à un angle rentrant
(tiré de la Circulaire interministérielle 2007-53 du 30 novembre 2007 relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation)

L'effort pour ouvrir une porte ne doit pas excéder 50 Newtons.

Pour permettre le franchissement d'une porte, une personne en fauteuil roulant nécessite un espace de manœuvre qui varie selon le type d'accès (frontal ou latéral), et selon le sens d'ouverture de la porte (en tirant ou en poussant). Ces dimensions sont notées sur la figure 7.

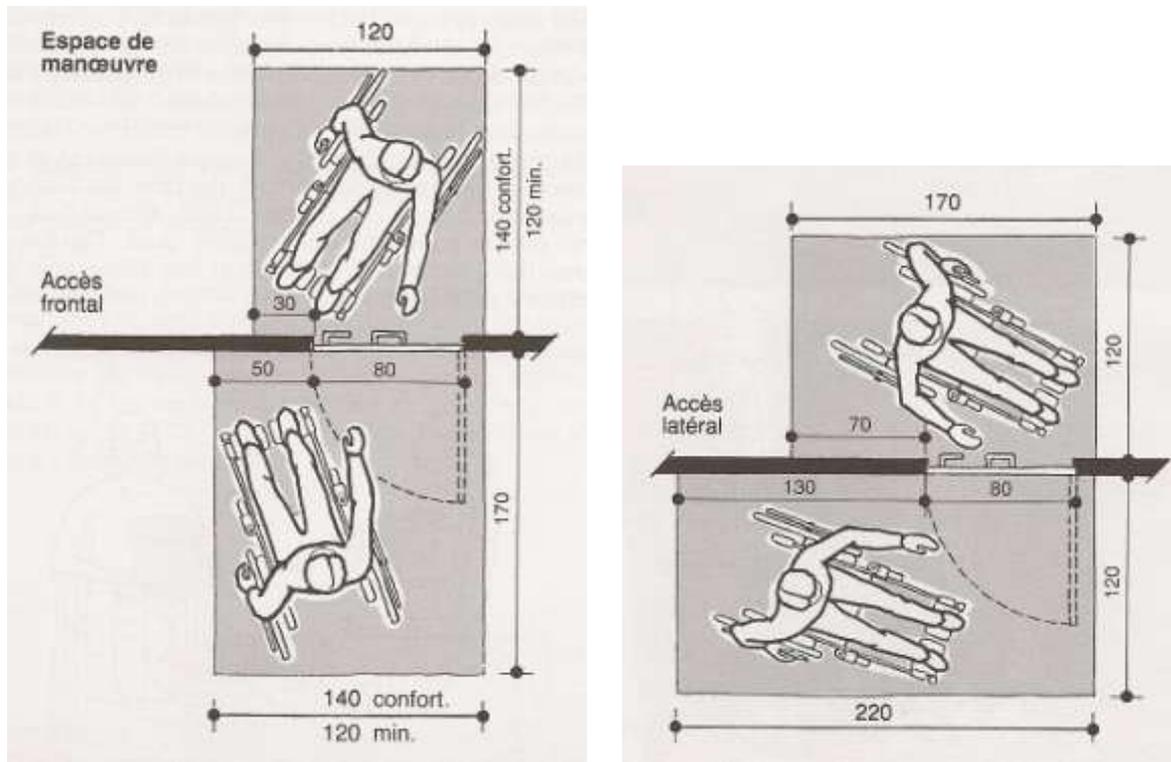


Figure 7 : Espace de manœuvre de franchissement d'une porte
(tiré de *Handicap et construction*)

Enfin, pour les personnes malvoyantes, les portes vitrées doivent être repérables, à l'aide d'éléments contrastés, collés, peints, gravés ou incrustés dans les vitrages.

- Circulations intérieures verticales

De nombreuses personnes à mobilité réduite mais ne se déplaçant pas en fauteuil roulant peuvent être amenées à emprunter un escalier, même s'il existe un ascenseur (par exemple en cas de panne de celui-ci). Il est important que l'escalier présente des caractéristiques d'accessibilité et de sécurité minimales.

La largeur d'un escalier doit être supérieure ou égale à 1,20m pour permettre à des personnes de se croiser. On doit trouver une main-courante de chaque côté, située entre 0,80 et 1m de hauteur, dépassant la première et la dernière marches.

Les marches doivent avoir une hauteur de 16cm maximum, et un giron d'au moins 28cm. (figure 8) La première et la dernière marches doivent être pourvues d'une contremarche d'une hauteur minimale de 10 cm, visuellement contrastée par rapport à la marche. Les nez de marches doivent également être contrastés et antidérapants.

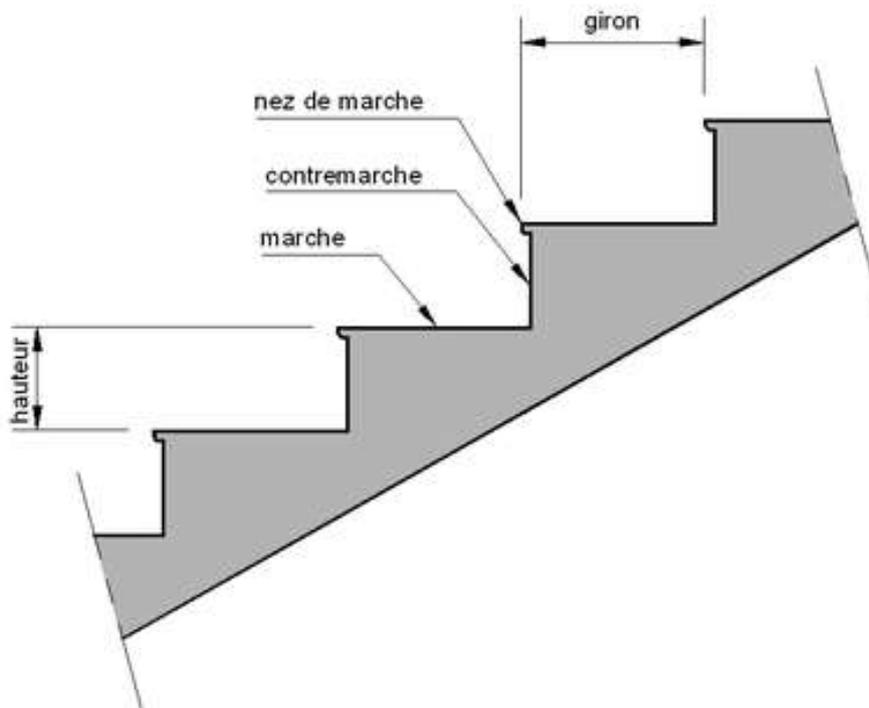


Figure 8 : Terminologie d'un escalier

(tiré de l'article « escalier » sur le site internet Wikipedia à l'adresse suivante :

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Escalier>)

Dans un cabinet médical à étage, un ascenseur est obligatoire « lorsque certaines prestations ne peuvent être offertes au rez-de-chaussée. » (30) Les ascenseurs doivent être conformes à la norme NF EN 81-70 relative à l'«accessibilité aux ascenseurs pour toutes les personnes y compris les personnes avec handicap ». (31) Pour cela, la cabine doit mesurer au moins 1x1,20m, avec une porte coulissante de largeur supérieure à 0,80m. Les commandes doivent être placées à une hauteur de 1,30m maximum, et à plus de 40cm d'un angle rentrant. La présence d'une main-courante est nécessaire pour prendre appui. L'utilisateur doit disposer d'informations sur les mouvements de la cabine, les étages desservis

et le système d'alarme. Un miroir dans la cabine face à l'entrée permet aux personnes déficientes auditives de mieux percevoir l'ouverture des portes, et aux personnes en fauteuil d'observer les obstacles pendant le mouvement de recul pour sortir.

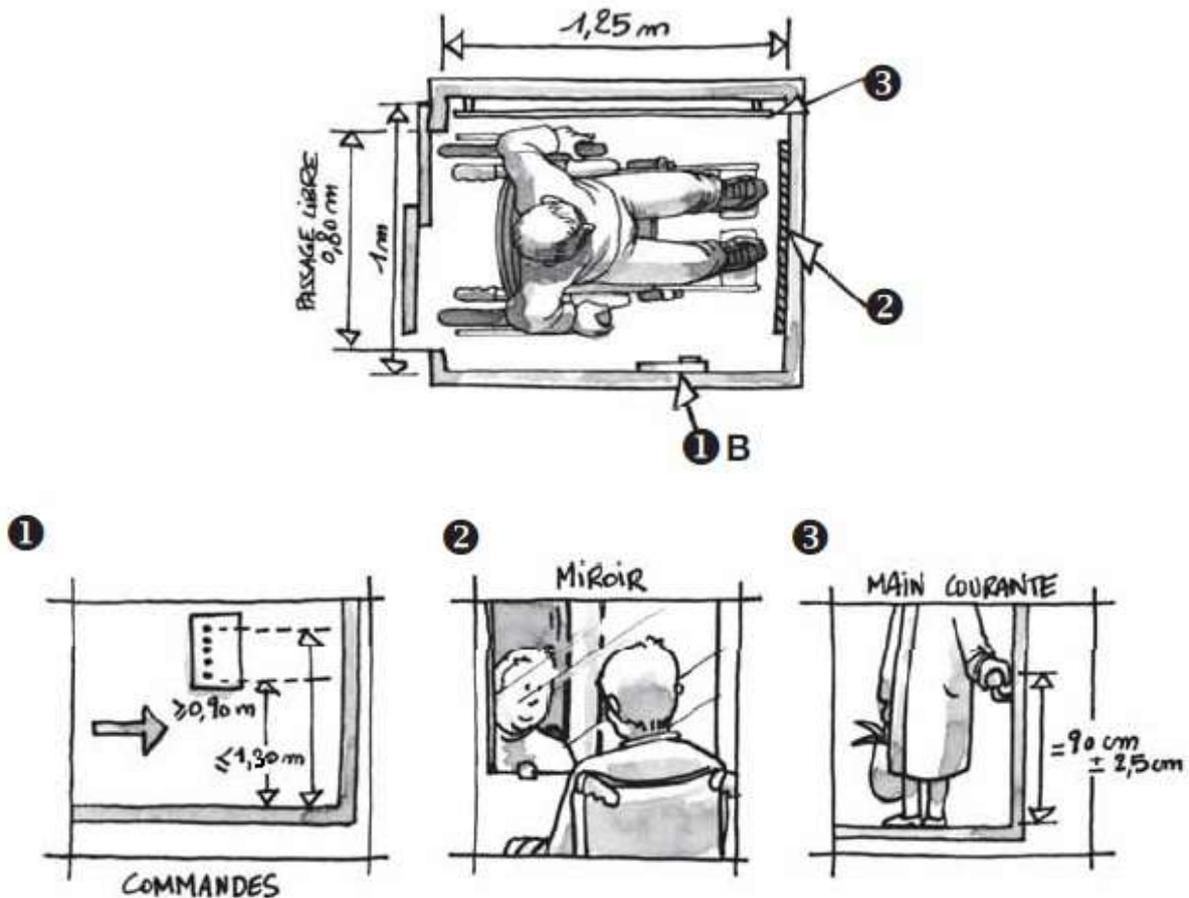


Figure 9 : Normes pour les ascenseurs

(tiré de la Circulaire interministérielle 2007-53 du 30 novembre 2007 relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation)

- Les sanitaires

« Chaque niveau accessible, lorsque des sanitaires y sont prévus pour le public, doit comporter au moins un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées circulant en fauteuil roulant. [...] Ils doivent être installés au même emplacement que les autres. Lorsqu'il existe des cabinets d'aisance séparés pour chaque sexe, un cabinet d'aisance accessible doit être aménagé pour chaque sexe. » (30)

On doit trouver à l'intérieur des sanitaires, ou à défaut à l'extérieur devant la porte, un espace de manœuvre d'1,50m de diamètre pour permettre à une personne en fauteuil roulant de faire demi-tour. Dans les deux cas, on doit également trouver un espace d'usage de 0,80x1,30m, situé latéralement par rapport à la cuvette, permettant le positionnement d'un fauteuil roulant et un transfert sur les toilettes (figure 10).

Pour faciliter les transferts, la cuvette doit être située à une hauteur comprise entre 0,45 et 0,50m, avec une barre d'appui latérale entre 0,70 et 0,80m de hauteur.

Le lavabo ne doit pas excéder 0,85m de hauteur et doit permettre à une personne d'avancer son fauteuil, grâce à un vide sous le lavabo d'au moins 0,30m de profondeur, 0,60m de largeur et 0,70m de hauteur.

Enfin, la commande de chasse d'eau doit être facilement accessible et les divers accessoires (savon, porte-serviettes...) situés à moins d'1,30m de hauteur.

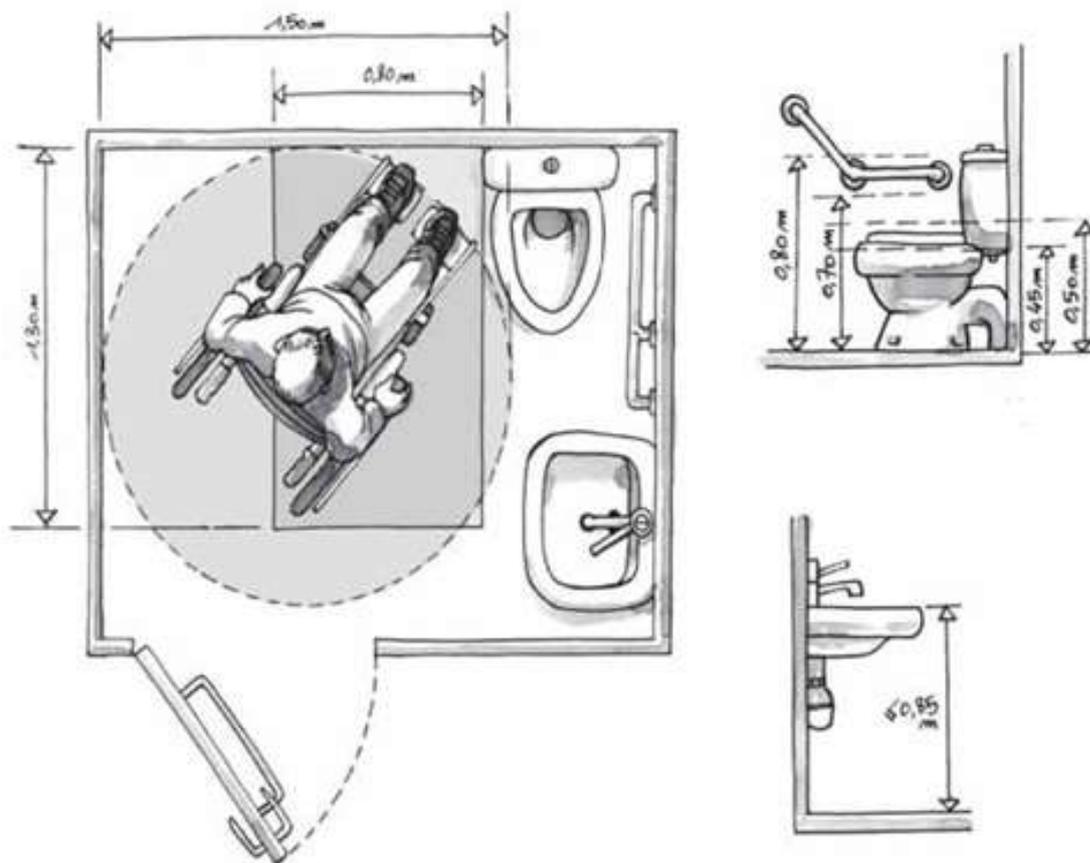


Figure 10 : Normes exigées pour les sanitaires

(tiré de la Circulaire interministérielle 2007-53 du 30 novembre 2007 relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation)

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Méthode d'investigation

Les différentes études sur l'accessibilité des cabinets médicaux ont été réalisées par questionnaires envoyés aux médecins généralistes. Afin de recueillir des données plus complètes et précises, avec un meilleur taux de participation, j'ai choisi de me rendre sur place et de constater directement l'accessibilité de chaque cabinet médical.

Il s'agit donc d'une étude descriptive transversale, menée de juin à octobre 2011. Après avoir contacté les cabinets par courrier (annexe 1) puis par téléphone, je me suis rendue directement sur les lieux. A l'aide d'un mètre, d'un clinomètre et d'un dynamomètre, j'ai rempli une grille d'observation directe (annexe 2).

Pour clarifier, voici quelques définitions :

- Etude descriptive : étude permettant de constater une situation. Contrairement à une étude étiologique, elle ne permet pas de rechercher les causes d'un phénomène.
- Etude transversale : étude mesurant à un moment donné la fréquence d'un phénomène. Des études transversales répétées permettent d'avoir une idée de l'évolution dans le temps.

2. Élaboration de la grille d'observation directe

La grille a été élaborée à partir de l'annexe 3 de l'arrêté du 22 mars 2007 (32), qui définit les critères d'accessibilité des établissements recevant du public.

Ces critères ont été regroupés en 5 catégories :

- Stationnement
- Cheminement extérieur
- Cheminement intérieur horizontal
- Cheminement intérieur vertical
- Sanitaires

Cet arrêté concernant n'importe quel établissement recevant du public, nous avons rajouté un critère, qui n'apparaît pas dans les textes de loi, mais qui est important pour permettre un examen clinique des personnes à mobilité réduite : une table d'examen à hauteur variable.

Cette grille a ensuite été testée dans 3 cabinets médicaux en dehors de la zone d'étude afin de l'ajuster et de la rendre plus facile à utiliser (annexe 2).

3. Description du territoire étudié

Pour une étude par observation directe, il est plus intéressant d'avoir une unité de lieu. J'ai donc choisi d'étudier un secteur médical entier. Le choix s'est porté sur le secteur de garde de Clisson, pour des raisons pratiques de proximité.

Le secteur de garde de Clisson (33) s'étend sur 24 communes au sud-est de la Loire-Atlantique, jusqu'aux frontières de la Vendée et du Maine-et-Loire.



Figure 11 : Carte géographique situant le secteur de garde de Clisson au sein du département de Loire-Atlantique

L'offre médicale de ce secteur comprend :

- Un hôpital local avec 40 lits de moyen séjour, 30 lits de long séjour et 50 lits d'hébergement (34) ;
- 34 cabinets de médecine générale où exercent 61 médecins généralistes (35) ;
- 1 Centre d'Accueil et de Permanence des Soins basé à Clisson (33).

Deux communes sont dépourvues de médecin généraliste.

Commune	Nombre habitants	Superficie en km ²	Population de plus de 60 ans (%)	Nombre de cabinets	Nombre de généralistes
Aigrefeuille sur Maine	2929	14,58	16,6	1	3
Le Bignon	3208	27,54	NC	2	3
Boussay	2621	26,45	21,3	2	3
La Chapelle-Heulin	2898	13,47	13,6	2	2
Chateau-Thébaud	2794	17,64	19,4	1	2
Clisson	6739	11,30	21,0	3	8
Geneston	3429	8,04	12,8	1	3
Gétigné	3360	23,97	20,3	2	3
Gorges	3769	15,77	17,1	2	2
La Haie Fouassière	4223	11,81	15,6	2	3
Haute-Goulaine	5487	20,59	19,0	2	5
Maisdon sur Sèvre	2528	17,45	13,6	1	1
Monnières	1815	9,78	15,2	1	2
Montbert	2945	28,24	17,5	1	1
Mouzillon	2513	16,50	13,7	1	1
Le Pallet	2706	11,75	15,1	1	1
La Planche	2325	24,42	18,2	1	1
La Regrippière	1517	18,17	13,1	1	1
Remouillé	1613	21,38	NC	1	1
Saint-Fiacre-sur-Maine	1172	5,97	17,0	0	0
Saint-Hilaire-de-Clisson	1906	18,43	12,1	1	1
Saint-Lumine-de-Clisson	1832	18,26	14,3	0	0
Vallet	8117	58,96	16,1	3	8
Vieillevigne	3861	51,76	19,5	3	3
TOTAL	76307	492,23		34	61

Tableau 1 : Caractéristiques des 24 communes du secteur de garde de Clisson (36)

Il s'agit d'un territoire majoritairement rural. La population est plus jeune que la moyenne nationale. En effet, le taux de personnes de plus de 60 ans est inférieur à 21,6% (moyenne française).

Nous ne disposons pas de données chiffrées sur le handicap dans ce secteur géographique.

4. Exploitation et analyse des données

Après leur recueil, les données ont été entrées dans un tableur Excel pour être analysées. (annexe 3)

Chaque critère a été apprécié. Il obtenait la note 1 s'il était rempli, 0 s'il n'était pas complètement rempli.

Ainsi, les cabinets médicaux ont été évalués sur le stationnement, le cheminement extérieur, la circulation intérieure horizontale, verticale, les sanitaires et la table d'examen, obtenant une note de 0 si un seul critère manquait, ou de 1 s'ils étaient tous satisfaits.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des médecins et des cabinets

Sur les 34 cabinets concernés, 18 sont des cabinets individuels et 16 sont des cabinets de groupe.

Les cabinets de groupe réunissent de 2 à 5 médecins, avec une moyenne de 2,69 médecins par cabinet.

Les médecins de ce secteur sont majoritairement des hommes : 39 hommes pour 22 femmes.

Après une prise de contact par courrier et téléphone, 2 médecins exerçant seuls ont refusé mon passage. L'étude a donc été menée sur 32 cabinets.

2. Stationnement

Seuls 12 cabinets sur 32 répondent aux critères d'accessibilité concernant le stationnement.

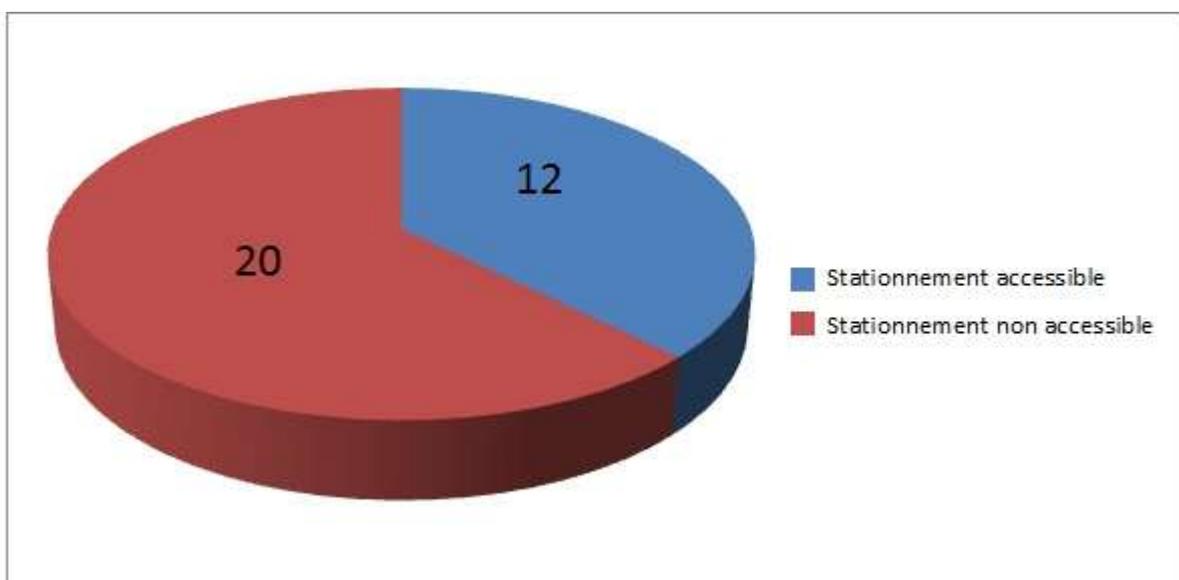


Figure 12 : Part des cabinets avec un stationnement accessible

Sur les 20 cabinets dont le stationnement est classé non accessible, 3 possèdent une place aménagée, mais sans repérage vertical.

3. Cheminement extérieur

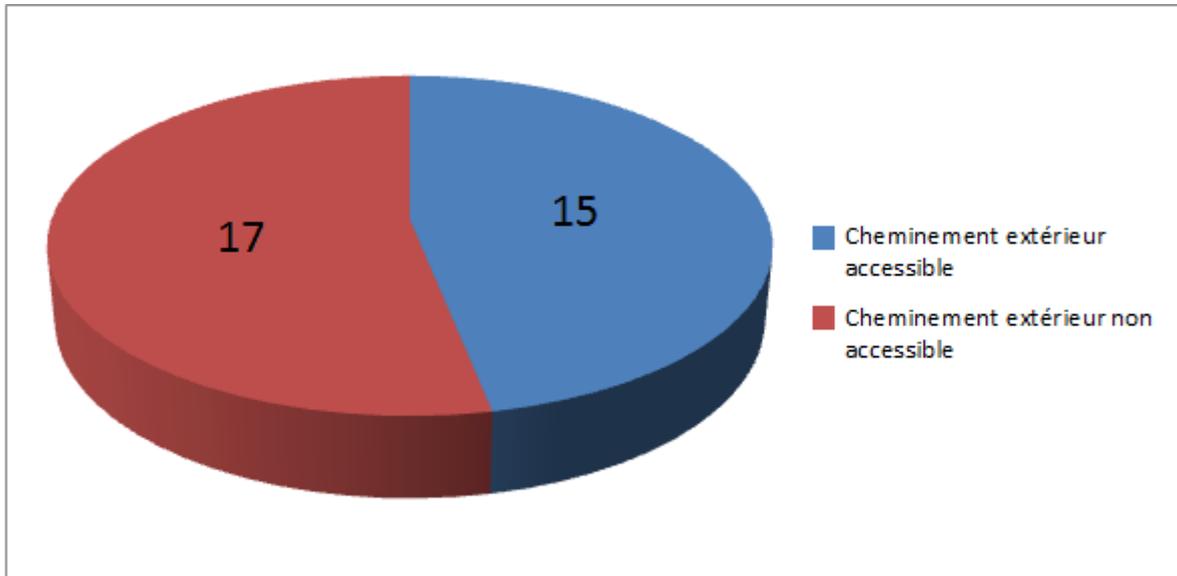


Figure 13 : Part des cabinets avec cheminement extérieur accessible

Les principaux problèmes rencontrés au niveau du cheminement extérieur sont :

- La présence de marches à l'entrée ou d'un seuil trop haut : 13 cabinets concernés
- Un passage (trottoir ou chemin d'accès) trop étroit : 8 cabinets
- Un dévers trop important : 5 cabinets
- Un mauvais éclairage extérieur ou une entrée difficile à repérer : 5 cabinets

4. Cheminement intérieur horizontal

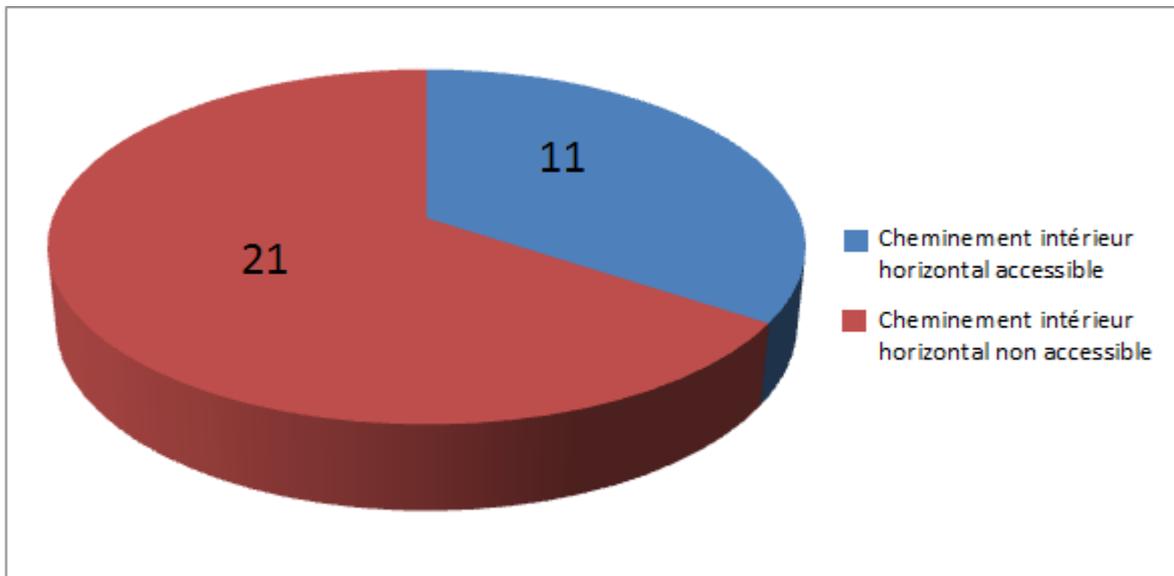


Figure 14 : Part des cabinets avec cheminement intérieur horizontal accessible

Parmi les cabinets médicaux au cheminement intérieur horizontal non accessible :

- 19 ont des portes non conformes, dont 17 avec une largeur insuffisante
- 11 sont pourvus de couloirs trop étroits, ou de rétrécissements ne permettant pas le passage d'un fauteuil
- 6 disposent d'une ou deux marche(s) pour entrer dans la salle d'examen
- 4 présentent des obstacles à hauteur de tête pouvant être percutés par des personnes malvoyantes

5. Cheminement intérieur vertical

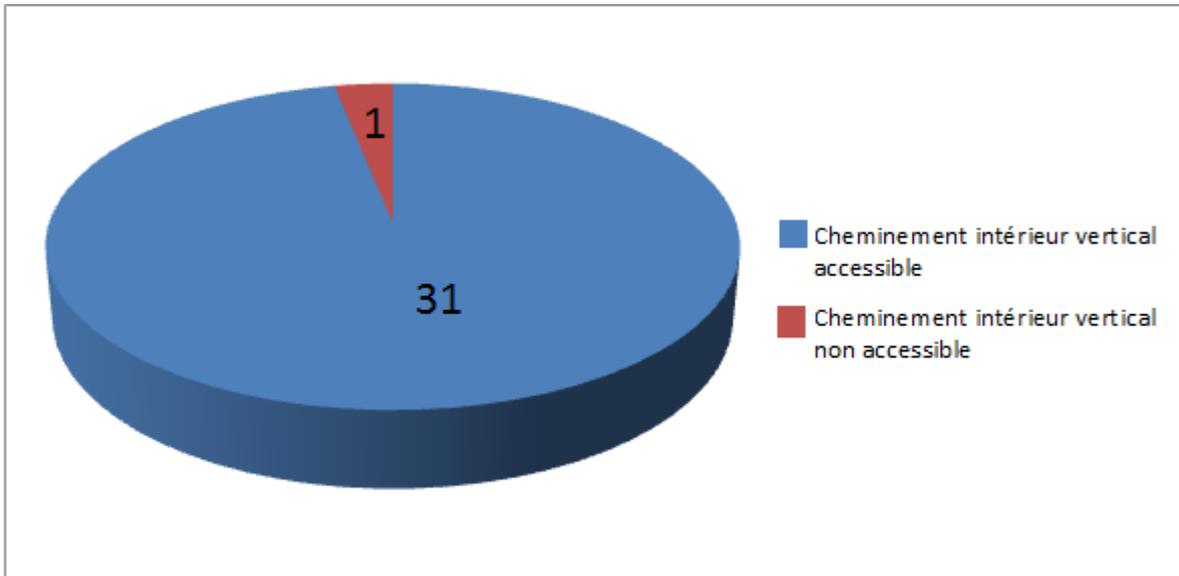


Figure 15 : Part des cabinets avec cheminement intérieur vertical accessible

Sur les 32 cabinets médicaux visités, seuls 2 ne sont pas de plain-pied.

Le premier dispose d'un ascenseur répondant aux normes d'accessibilité. En revanche, dans le second, il faut emprunter un escalier étroit, de largeur inférieure à 1,20m.

6. Sanitaires

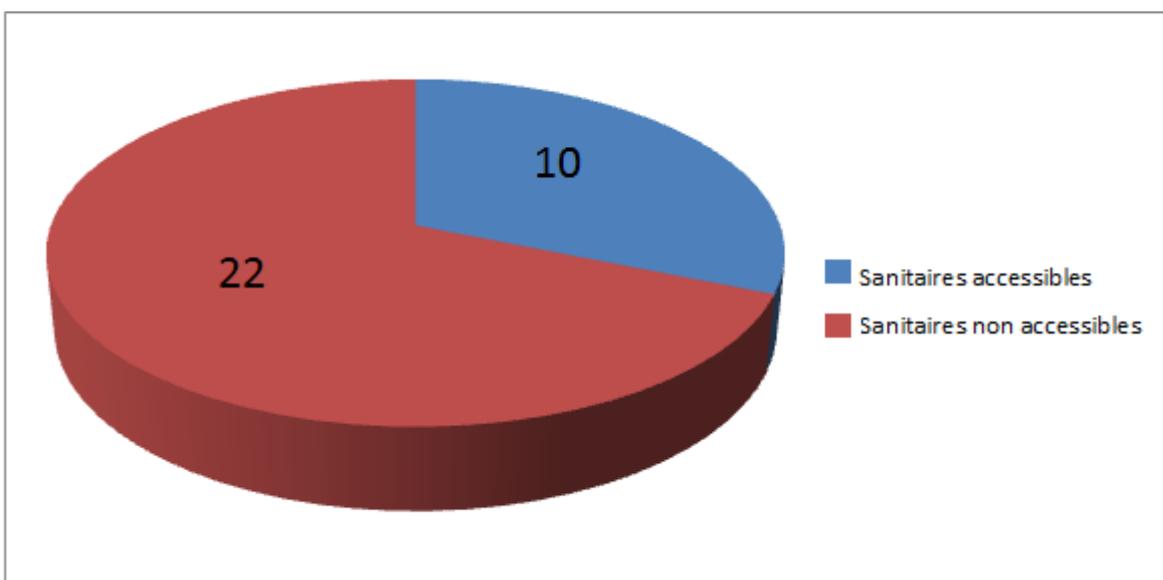


Figure 16 : Part des cabinets avec sanitaires accessibles

Quatorze cabinets médicaux ne possèdent pas de sanitaires aménagés pour les personnes à mobilité réduite.

Sur les 18 sanitaires aménagés, seuls 10 répondent totalement aux critères règlementaires :

- Dans 6 d'entre eux, la cuvette est trop basse, ou le lavabo et les accessoires sont trop hauts
- 6 n'ont pas de barre d'appui latérale
- 3 ne disposent pas d'un espace de manœuvre suffisant.

7. Table d'examen

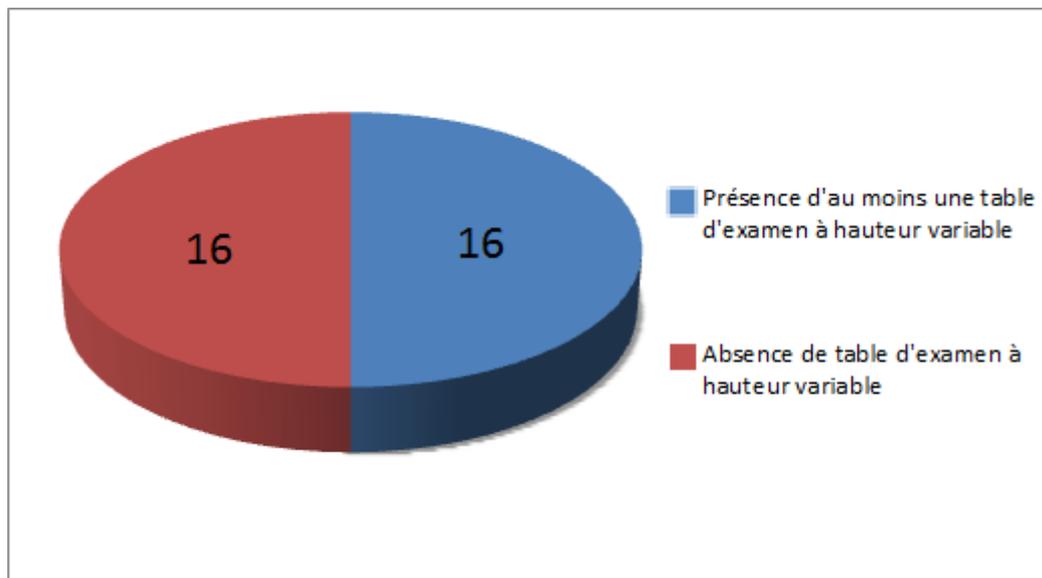


Figure 17 : Part des cabinets possédant au moins une table d'examen à hauteur variable

La moitié des cabinets médicaux visités sont équipés d'au moins une table d'examen à hauteur variable.

8. Résultats généraux

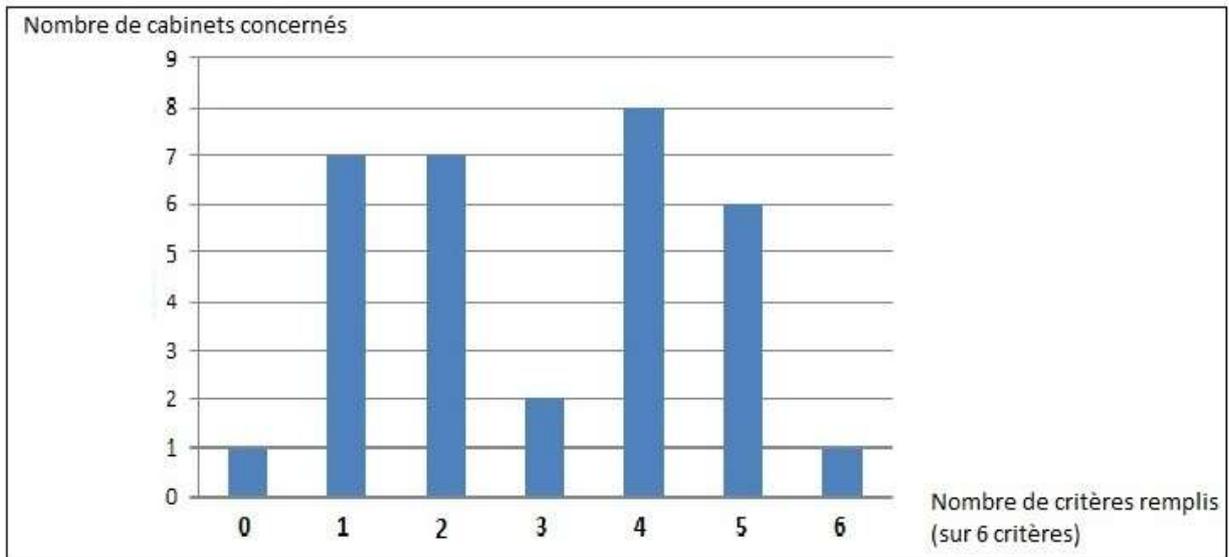


Figure 18 : Diagramme représentant le score d'accessibilité obtenu par les cabinets médicaux sur les 6 critères définis

Sur les 32 cabinets médicaux visités, un seul remplit les 6 critères d'accessibilité. La moyenne est de 2,9 critères accessibles sur 6. Ce résultat diffère selon le type de cabinet. En effet, un cabinet de groupe remplit en moyenne 3,4 critères sur 6, contre 2,5 pour les cabinets individuels.

Si l'on s'intéresse uniquement aux critères légaux architecturaux, c'est-à-dire sans tenir compte de la table d'examen, les résultats sont similaires. En effet, là encore, un seul cabinet remplit tous les critères. Et la moyenne obtenue est de 2,4 critères accessibles sur 5.

DISCUSSION

1. Concernant l'étude

1.1. Originalité

Contrairement aux études réalisées dans d'autres régions, j'ai choisi de me rendre directement dans les cabinets médicaux pour prendre des mesures. Les résultats obtenus sont donc plus précis que dans une étude par questionnaire, où la personne sollicitée ne va pas forcément avoir le temps ou l'envie de mesurer toutes les variables.

Par ailleurs, le taux de participation (32 cabinets sur 34) est meilleur que dans une enquête téléphonique, ou par courrier.

1.2. Limites et biais

La méthodologie employée n'a pas permis d'étudier un secteur très large. Le nombre de cabinets médicaux visités est donc restreint.

De plus, il s'agit d'un secteur majoritairement rural, et on peut supposer que les résultats en milieu urbain sont différents, avec un plus grand nombre de bâtiments à étage, des rues plus étroites, des immeubles plus anciens, parfois classés, et moins de terrains disponibles pour construire de nouveaux locaux...

2. Analyse des résultats

Deux médecins ont refusé de participer à l'étude, sans expliquer les raisons de leur refus. D'autres, m'ont fait part de leurs craintes que les données soient utilisées à leurs dépens et d'être stigmatisés, voire pénalisés.

Sur les 32 cabinets médicaux visités, un seul répond à tous les critères d'accessibilité de notre étude. Si nous nous penchons sur les 6 cabinets pour lesquels il ne manque qu'un critère, on peut noter que :

- Deux ne disposent pas de table d'examen à hauteur variable, ce qui ne constitue pas une obligation légale. Ils seront donc jugés conformes à la loi du 11 février 2005.
- Trois ne répondent pas à tous les critères concernant le stationnement. Pour 2 d'entre eux, il existe une place de parking aménagée ; il ne manque qu'un signalage vertical de cette place.

- Un cabinet médical présente un problème d'aménagement des sanitaires, avec un lavabo placé trop haut.

Ces cabinets devraient donc être conformes aux critères d'accessibilité sans trop de difficultés et à moindre coût.

D'autre part, on note que les cabinets de groupe sont globalement plus accessibles que les cabinets individuels. Cela s'explique par le fait que tous les locaux visités datant de moins de 5 ans étaient des cabinets regroupant plusieurs médecins.

3. Comparaison avec d'autres régions

Quatre thèses (37-40) ont été réalisées sur le thème de l'accessibilité des cabinets de médecine générale, par la méthode du questionnaire. Les résultats obtenus dans ces études sont les suivants :

Lieu étudié et année	Part des cabinets accessibles
Marseille 2007	7,6%
Picardie 2010	26,5%
Loire 2010	11,2%
Toulouse 2010	0,6%
<i>Secteur de garde de Clisson 2011</i>	<i>1/32, soit 3,1%</i>

Tableau 2 : Résultats des différentes thèses sur l'accessibilité

Dans ce tableau, on peut constater que les études réalisées dans les grandes villes que sont Marseille et Toulouse, en secteur strictement urbain, ont des résultats moins bons en termes d'accessibilité que les 2 autres études réalisées sur toute une région ou un département. Comme nous l'avons dit précédemment, cela peut s'expliquer par la présence en secteur urbain de monuments historiques classés, de locaux de taille moindre, plus difficiles à aménager, de rues plus étroites, avec moins d'espaces de stationnement...

Par contre, notre travail a été réalisé en milieu rural, et retrouve un taux de cabinets médicaux accessibles très faible... Cela s'explique par la méthodologie employée : les critères retenus étaient beaucoup plus précis et exhaustifs que dans les questionnaires, qui se devaient simples à remplir par les médecins.

4. Les freins possibles à la mise aux normes

Certaines études (38-40) se sont penchées sur ce qui freine les médecins à réaliser des travaux pour rendre leur cabinet accessible.

La première raison est évidemment financière. En effet, les travaux pour une mise aux normes peuvent représenter un investissement important, surtout quand ils concernent le gros œuvre. Le coût ne concerne pas seulement les travaux, mais également l'équipement du cabinet. A titre d'exemple, j'ai comparé les prix des tables d'examen fixes ou à hauteur variables, chez plusieurs fournisseurs de matériel médical (41-43). Les tarifs pour une table fixe varient de 300 à 1800€, alors que pour les tables à hauteur variable, il faut déboursier de 1500 à 6500 €, soit cinq fois plus !

Par ailleurs, il existe parfois des contraintes techniques liées au bâtiment existant. Par exemple, dans l'un des cabinets médicaux visités, la salle de consultation est située à l'étage, avec seulement un escalier étroit pour y accéder. S'agissant d'un bâtiment ancien situé dans un bourg, les possibilités d'extension en rez-de-chaussée sont inexistantes. Il faudrait alors étudier la possibilité d'installer un ascenseur de taille suffisante, voire déménager le cabinet. Les médecins sont d'ailleurs en train d'étudier cette seconde hypothèse, mais recherchent des subventions pour cela.

Un autre frein aux travaux est l'appartenance à une copropriété. Un autre cabinet médical de l'étude va devoir, lui aussi, déménager, car la copropriété de l'immeuble ne lui permet pas de faire les travaux nécessaires à l'intérieur du cabinet et dans les parties communes.

La problématique de l'accessibilité repose également sur les collectivités. En effet, de nombreux cabinets médicaux ne disposent pas de parking privé. Dans ce cas, les patients doivent utiliser les parkings publics et emprunter les trottoirs de la commune. C'est donc à la mairie de prévoir des places de stationnement aménagées pour les personnes à mobilité réduite, des trottoirs de largeur suffisante, sans obstacle, avec un bon éclairage...

La démographie médicale est également en cause pour expliquer l'absence de mise aux normes des cabinets. En effet, l'âge moyen des médecins augmente : 48,8 ans en 2006, 50,2 ans en 2012 (44). De nombreux médecins vont partir en retraite avant le 1^{er} janvier 2015, et n'ont pas l'envie ou le courage d'investir dans un cabinet qu'ils vont bientôt quitter. C'est le cas d'un des médecins rencontrés pendant mon étude.

Enfin, parmi tous les médecins rencontrés, la plupart m'ont avoué ne pas connaître les normes d'accessibilités requises pour 2015.

5. Vers une amélioration de l'accessibilité

Le principal frein étant le coût des travaux à réaliser, il faudrait que les médecins puissent bénéficier d'une aide financière pour aménager leur cabinet existant, ou faire construire de nouveaux locaux plus accessibles. On assiste d'ailleurs de plus en plus à la création de maisons de santé, parfois pluridisciplinaires, qui peuvent être en partie subventionnées par les collectivités. (45)

Pour améliorer l'accès aux soins, il faudrait également apporter une information claire aux médecins et les accompagner dans leurs démarches. Ainsi, en Lorraine, il existe un réseau, nommé Handi-Acces (46), soutenu par l'Union régionale des Médecins Libéraux de Lorraine, qui a pour mission de favoriser l'accès aux soins dans cette région. Ce réseau organise des soirées d'informations pour les médecins, avec des architectes et des ergothérapeutes, et a créé une plaquette d'information (annexe 3), largement diffusée, avec un questionnaire d'auto-évaluation de l'accessibilité. Handi-Acces s'engage également à effectuer un diagnostic d'accessibilité pour tout professionnel qui le demande. Il permet aussi aux patients, par le biais de son site internet, de rechercher et choisir un professionnel de santé accessible selon différents critères (proximité, stationnement, ascenseur...)

Cet exemple lorrain pourrait être repris dans les autres régions françaises pour permettre aux médecins d'avoir une information claire sur le problème de l'accessibilité aux soins des personnes handicapées, et sur les moyens à mettre en œuvre dans leur propre cabinet.

CONCLUSION

L'accès aux soins de premiers recours, et notamment au médecin généraliste, est un droit fondamental. Chaque personne doit pouvoir choisir librement son médecin et y accéder sans difficulté. Il importe donc que les cabinets médicaux soient adaptés à tous, pour limiter les situations de handicap.

Dans notre département, la ville de Nantes est reconnue pour l'accessibilité de ses transports, voirie et équipements. (47) En 2010, elle a été classée n°1 au palmarès de l'accessibilité par l'Association des Paralysés de France et le magazine l'Express. (48) Nantes est donc susceptible d'attirer des personnes à mobilité réduite, et il serait intéressant d'étudier si les cabinets médicaux de la ville sont adaptés à les recevoir.

Notre étude, quant à elle, s'est concentrée sur un secteur rural. Elle montre que pour l'instant, seul 1 des 32 cabinets visités du secteur de garde de Clisson répond à toutes les exigences d'accessibilité. Il reste donc beaucoup de travail à accomplir, tant au niveau de l'information, que du financement des projets et de leur réalisation. Malgré tout, plusieurs médecins rencontrés se sentent concernés par cette problématique, et pensent pouvoir répondre aux normes exigées, quand arrivera l'échéance du 1^{er} janvier 2015.

BIBLIOGRAPHIE

1. Goillot C, Mormiche P. Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999, Résultats détaillés. Paris: Insee Résultats, collection Société, n°6; 2002. 259p.
2. Chanut JM, Michaudon H. Difficultés à se déplacer et problèmes d'accessibilité, une approche à partir de l'enquête HID. Études et résultats. Paris: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques; 2004. 12p.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF ou CIH-2. Genève: OMS; 2000.
4. Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et de Réadaptation. Handicap, Incapacité, Dépendance. Paris: Masson; 2006. 130p.
5. Thomas R. Les Trajectoires de l'accessibilité. Bernin: A la Croisée; 2005. 183p.
6. République Française. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (J.O. 12 février 2005). Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&fastPos=2&fastReqId=2079030626&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
7. Centre technique National d'Etudes et de recherches sur les Handicaps et les Inadaptations. Handicap en chiffres. Paris: Editions du CTNERHI; 2005. 119p.
8. Zribi G, Poupée-Fontaine D. Dictionnaire du handicap. Paris: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2007. 333p.
9. Boes P. Gérer le quotidien des personnes en situation de handicap. Paris: Vuibert; 2005. 189p.
10. ONU. Déclaration des droits des personnes handicapées. Nations-Unies; 9/12/1975. [Internet]. [consulté le 19/05/2011]. Disponible sur :
[http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/3447%20\(XXX\)](http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/3447%20(XXX))
11. Hamonet C. Les Personnes Handicapées. Paris: Que sais-je; 2004. 127p.
12. Rabishong P. Le Handicap. Paris: Que sais-je; 2008. 127p.
13. Grosbois LP. Handicap et Construction, 9^e édition. Paris: Le Moniteur; 2010. 509p.
14. République Française. Loi n°75-534 du 30 juin 1975 relative à l'orientation en faveur des personnes handicapées (J.O. 1^{er} juillet 1975). Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19750701&numTexte=&pageDebut=06596&pageFin=

15. Ministère de la Santé et de la Famille. Décret n°78-1167 du 9 décembre 1978 relatif aux mesures destinées à rendre accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite les installations ouvertes au public existantes, appartenant à certaines personnes publiques et fixant l'adaptation des services publics pour faciliter les déplacements des personnes handicapées (J.O. 16 décembre 1978). Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19781216&numTexte=&pageDebut=04183&pageFin=
16. République Française. Décret n°99-756 du 31 août 1999 relatif aux prescriptions techniques concernant l'accessibilité aux personnes handicapées de la voirie publique ou privée ouverte à la circulation publique (J.O. 4 septembre 1999). Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000744424&fastPos=1&fastReqId=1313825657&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
17. République Française. Décret n°78-109 du 1^{er} février 1978 relatif aux mesures destinées à rendre accessibles aux personnes handicapées, à mobilité réduite, les installations neuves ouvertes au public (J.O. 2 février 1978). Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19780202&numTexte=&pageDebut=00573&pageFin=
18. République Française. Loi n°91-663 du 13 juillet 1991 relative aux diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public (J.O. 19 Juillet 1991). Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000353816&fastPos=3&fastReqId=1134141298&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
19. Kompany S, Gohet P. Accessibilité pour tous : la nouvelle réglementation. Hericy: Puits Fleuri; 2008. 338p.
20. Sermet C. Données statistiques sur la consommation de soins à partir de l'Enquête Décennale Santé 2002-2003 par l'INSEE. Audition publique : accès aux soins des personnes en situation de handicap; 22-23 octobre 2008; Paris. Paris: HAS; 2008. 129p.
21. Commission d'accès aux soins de l'URML d'Ile de France. Enquête sur le handicap et l'accessibilité des soins. URML d'Ile de France; 1999.
22. Denys P. Présentation des résultats des enquêtes de suivi gynécologique. Rev sage-femme. Décembre 2003; 6:297-300.
23. République Française. Article L. 1110-8 du Code de la Santé Publique. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4257F62F81661968698101FF88DD97D7.tpdjo02v_2?idArticle=LEGIARTI000006685751&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120301
24. Chesson R, Sutherland AM. General practice and the provision of information and services for physically disabled people aged 16 to 65 years. Br J Gen Pract. 1992; 42:473-6.

25. République Française. Article R.123-2 du Code de la Construction et de l'Habitation. Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006896089&cidTexte=LEGITEXT000006074096>
26. Maisonneuve C. La loi handicap et les collectivités territoriales. Paris: Le Moniteur; 2008. 224p.
27. République Française. Articles L.421-1 et R.123-9 du Code de l'Urbanisme. Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074075&idArticle=LEGIARTI000006815663&dateTexte=20111127>
28. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités et Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Arrêté du 21 mars 2007 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-8 et R. 111-19-11 du Code de la Construction et de l'Habitation, relatives à l'accessibilité pour les personnes handicapées des établissements existants recevant du public et des installations existantes ouvertes au public (J.O. 5 avril 2007). Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000647468&dateTexte>
29. République Française. Décret n°2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation (J.O. 18 mai 2006). Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000819417&fastPos=2&fastReqId=4976106&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
30. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités et Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Arrêté du 1^{er} aout 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du Code de la Construction et de l'Habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création (J.O. 24 aout 2006). Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000821682&dateTexte>
31. Association Française de Normalisation. Norme NF EN 81-70. Règles de sécurité pour la construction et l'installation des ascenseurs. Applications particulières pour ascenseurs et ascenseurs de charge. Partie 70 : accessibilité aux ascenseurs pour toutes les personnes y compris les personnes avec handicap. Paris: AFNOR; 2003. 30p.

32. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement. Arrêté du 22 mars 2007 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-21 et R. 111-19-24 du Code de la Construction et de l'Habitation, relatives à l'attestation constatant que les travaux sur certains bâtiments respectent les règles d'accessibilité aux personnes handicapées (J.O. 24 août 2006). Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000464701&fastPos=14&fastReqId=13098029&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
33. URPS Pays de la Loire. Permanence des soins en médecine générale en Loire-Atlantique [Internet]. [consulté le 21/04/2011]. Disponible sur : http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=38
34. Conseil Général de Loire-Atlantique. Hôpital local Pierre Delaroche à Clisson. [Internet]. [consulté le 28/04/2011]. Disponible sur : http://www.loire-atlantique.fr/jcms/cg_12654/hopital-local-pierre-delaroche
35. Pages jaunes. [Internet]. [consulté le 28/04/2011]. Disponible sur : <http://www.pagesjaunes.fr/>
36. INSEE. Recensement de la population. [Internet]. [consulté le 7/10/2011]. Disponible sur : <http://www.recensement-2008.insee.fr/chiffresCles.action?codeMessage=5&plusieursReponses=true&zoneSearchField=CLISSON&codeZone=44043-COM&idTheme=3&rechercher=Rechercher>
37. Michallon V. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite. Thèse de doctorat en médecine, Marseille; 2007. 39p.
38. Bernière G. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées : état des lieux en Picardie. Thèse de doctorat en médecine, Amiens; 2010. 58p.
39. Lachat JC. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite dans le département de la Loire. Thèse de doctorat en médecine, Saint-Etienne; 2010. 87p.
40. Cuny-Besson M. Evaluation de l'accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées et à mobilité réduite : étude auprès de 117 médecins généralistes de Midi-Pyrénées en janvier 2010. Thèse de doctorat en médecine, Toulouse III; 2010. 181p.
41. Distrimed. [Internet]. [consulté le 30/12/2011]. Disponible sur : http://www.distrimed.com/index.php?cPath=143_145&page=1&sort=4a
42. NMmédical. [Internet]. [consulté le 30/12/2011]. Disponible sur : http://www.nmmedical.fr/mobilier-medical/1_5-divans-d-examen.html
43. Medistore. [Internet]. [consulté le 30/12/2011]. Disponible sur : <http://www.medistore.fr/1-mobilier-et-fournitures.html>

44. Chabot JM. 2008 : l'année des maisons de santé ? La revue du praticien. 31/01/2008; 58:185-186.
45. Bessière S, Breuil-Genier P, Darriné S. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Études et Résultats. 2009; 679.
46. Handi-acces. [Internet]. [consulté le 5/01/2012]. Disponible sur : <http://www.handiacces.org>
47. Personnes handicapées ou invalides vivant à Nantes. [Internet]. [consulté le 12/01/2012]. Disponible sur : <http://www.nantes.fr/vie-quotidienne/personnes-handicapees>
48. Association des paralysés de France. Baromètre 2010 de l'accessibilité. L'Express. 11/02/2010; 3058.

ANNEXE 1 : Lettre d'information aux médecins du secteur de garde de Clisson

Delphine BERNARD-BOURDON
9 rue du Taillis
44140 MONTBERT
06.77.14.88.72
delphine_1982@hotmail.com

le 8.06.2011

Cher confrère,

Je prépare actuellement une thèse de médecine générale sur l'accessibilité des cabinets aux personnes à mobilité réduite.

De ce fait, je prévois de réaliser une enquête de terrain auprès des 34 cabinets de médecine générale du secteur de garde de Clisson, consistant en une visite des parties extérieures et des locaux.

En effet, la loi du 11 février 2005 impose des critères d'accessibilité, et entrera en application au 1^{er} janvier 2015. Mais pour l'instant, très peu de cabinets sont conformes aux normes attendues. Ainsi, des études menées dans d'autres régions de France ne retrouvent que 0,6 à 25% de cabinets accessibles.

Bien entendu, les résultats de cette étude resteront anonymes.

Je vous contacterai par téléphone dans 8 à 10 jours afin de fixer un rendez-vous si vous acceptez de participer à cette enquête.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ce courrier, veuillez recevoir mes sincères salutations.

Delphine BERNARD-BOURDON

Dr DRENO (directeur de thèse)

ANNEXE 2 : Grille d'observation directe

Type de cabinet :

- Cabinet individuel Cabinet de groupe (nombre de médecins généralistes : ____)

Stationnement :

Présence d'au moins une place de parking aménagée	Oui	Non
Repérage horizontal et vertical des places	Oui	Non
Largeur $\geq 3,30\text{m}$	Oui	Non
Raccordement au chemin d'accès : ressaut $\leq 2\text{cm}$	Oui	Non

Cheminements extérieurs :

Largeur du cheminement $\geq 1,40\text{m}$	Oui	Non
Rétrécissements ponctuels $\geq 1,20\text{m}$	Oui	Non
Dévers $\leq 2\%$	Oui	Non
Cheminement libre de tout obstacle sur une hauteur de $2,20\text{m}$	Oui	Non
Existence de pente à chaque dénivellation, accessible en fauteuil roulant	Oui	Non
Paliers de repos horizontaux en haut et en bas de chaque pente ($1,20\text{m} \times 1,40\text{m}$)	Oui	Non
Sol non meuble, non glissant, non réfléchissant, et sans obstacle à la roue	Oui	Non
Seuils et ressauts $\leq 2\text{cm}$, arrondis ou chanfreinés	Oui	Non
Trous et fentes dans le sol $\leq 2\text{cm}$	Oui	Non
Protection si rupture de niveau $\geq 40\text{cm}$ à moins de $0,90\text{m}$ du cheminement	Oui	Non
Dispositif d'éclairage du cheminement	Oui	Non
Entrée principale facilement repérable	Oui	Non

Si volée de 3 marches ou plus :

1 main-courante, entre $0,80$ et 1m de hauteur	Oui	Non
Main-courante dépassant les premières et dernières marches	Oui	Non
Contremarche $\geq 10\text{cm}$ pour la première et la dernière marches	Oui	Non
Nez de marches de couleur contrastée, antidérapants	Oui	Non

Si interphone :

Hauteur comprise entre $0,90\text{m}$ et $1,30\text{m}$	Oui	Non
A plus de 40cm d'un angle rentrant ou d'un obstacle au fauteuil	Oui	Non

Circulations intérieures horizontales :

Couloirs :

Largeur $\geq 1,40\text{m}$	Oui	Non
Rétrécissements ponctuels $\geq 1,20\text{m}$	Oui	Non
Dévers $\leq 2\%$	Oui	Non
Cheminement libre de tout obstacle sur une hauteur de $2,20\text{m}$	Oui	Non

Sol :

Existence de pente à chaque dénivellation, accessible en fauteuil roulant	Oui	Non
Paliers de repos horizontaux en haut et en bas de chaque pente ($1,20\text{m} \times 1,40\text{m}$)	Oui	Non
Sol non meuble, non glissant, non réfléchissant, et sans obstacle à la roue	Oui	Non
Seuils et ressauts $\leq 2\text{cm}$, arrondis ou chanfreinés	Oui	Non

Portes et sas :

Largeur des portes ≥ 90 cm	Oui	Non
Portes vitrées repérables	Oui	Non
Poignées à plus de 40 cm d'un angle rentrant ou d'un obstacle au fauteuil	Oui	Non
Effort pour ouvrir une porte ≤ 50 N	Oui	Non
Espace de manœuvre de porte suffisant	Oui	Non
(Accès frontal : largeur $\geq 1,20$ m, longueur $\geq 1,20$ m si ouverture en poussant ou 1,70m si ouverture en tirant)		
Accès latéral : largeur $\geq 1,20$ m, longueur $\geq 1,70$ m si ouverture en poussant ou 2,20m si ouverture en tirant)		

Circulation intérieure verticale :

Cabinet de plain-pied Oui Non

Si escaliers :

Largeur $\geq 1,20$ m	Oui	Non
Marches : hauteur ≤ 16 cm, giron ≥ 28 cm	Oui	Non
Main-courante de chaque côté, entre 0,80 et 1m de hauteur	Oui	Non
Main-courante dépassant les premières et dernières marches	Oui	Non
Contremarche ≥ 10 cm pour la première et dernière marches	Oui	Non
Nez de marches de couleur contrastée, antidérapants	Oui	Non

Si cabinet à l'étage, présence d'un ascenseur Oui Non

Portes coulissantes de largeur ≥ 80 cm	Oui	Non
Intérieur de la cabine 1m x 1,25 m	Oui	Non
Hauteur des commandes 1,30m maxi	Oui	Non
Commandes à plus de 40cm d'un angle rentrant ou d'un obstacle au fauteuil	Oui	Non
Dispositif permettant de prendre appui	Oui	Non
Informations sur mouvements de la cabine, étages desservis et système d'alarme	Oui	Non
Présence d'un miroir	Oui	Non

Sanitaires :

Au moins 1 cabinet de toilette aménagé par niveau comportant des sanitaires Oui Non

Au même emplacement que les autres Oui Non

Séparés Hommes/Femmes si les autres sanitaires sont séparés Oui Non

Aménagement intérieur des cabinets :

Espace de manœuvre dans le cabinet ou devant la porte $\varnothing 1,50$ m	Oui	Non
Dispositif pour refermer la porte derrière soi	Oui	Non
Hauteur de la cuvette entre 0,45 et 0,50m	Oui	Non
Barre d'appui latérale entre 0,70 et 0,80m du sol	Oui	Non
Commande de chasse facilement accessible et manœuvrable	Oui	Non

Lavabo :

Lavabo accessible d'une hauteur $\leq 0,85$ m	Oui	Non
Vide sous le lavabo d'au moins 0,30m (P) x 0,60m (l) x 0,70m (h)	Oui	Non

Accessoires divers (porte-savon, séchoirs, etc.) à 1,30 m maximum Oui Non

Cabinet :

Table d'examen à hauteur variable Oui Non

ANNEXE 3 : Données obtenues

MÉDECINS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	TOTAL
N° Cabinets	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	TOTAL
Hommes	3	1	1	1	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	39
Femmes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2			1	1	1	1				1				3	3							1	22
Nombre de médecins	3	1	2	2	1	2	2	5	2	1	4	2	1	1	1	2	4	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1	1	61

STATIONNEMENT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	TOTAL
N° Cabinets	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	TOTAL
Place aménagée	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	15
Repérage	0	1			1	1	1	1		0					1		1	1				0		1	1			1						12	
Largeur	1	1			1	1	1	1		1					1		1	1				1		1	1			1						15	
Raccordement	1	1			1	1	1	1		1					1		1	1				1		1	1			1						15	
SCORE	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	12

Légende

0 : critère non rempli

1 : critère rempli

Cabinet n'ayant pas participé à l'étude

CHEMINEMENT EXTÉRIEUR																																			
N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	TOTAL
N° Cabinets	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	24
Largeur	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	24
Rétrécissements	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	27
Dévers	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	32	
Sans obstacle	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
Pente accessible	NC	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	NC	1	0	1	1	NC	1	1	1	1	NC	0	0	1	NC	0	1	1	0	18
Paliers de repos	NC	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	NC	1	0	1	1	NC	1	1	1	1	1	0	0	1	NC	0	1	1	0	31
Sol	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
Seuils/ressauts	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	29	
Trous/fentes	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1/2
Rupture niveau	NC	1	NC	0	NC	NC	1/2																												
Eclairage	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	27	
Entrée réparable	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30
Voie de marches	NC	0	NC	1	NC	0	NC	NC	1/3																										
Interphone	NC	NC	0	NC	NC	1	1	NC	NC	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	NC	1	0	0	1	1	NC	16/24
SCORE CHEMIN. EXTÉRIEUR	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	15	

Légende

0 : critère non rempli

1 : critère rempli

NC : non concerné par ce critère

Cabinet n'ayant pas participé à l'étude

CIRCULATION INTERIEURE																																				
HORIZONTALE																																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	TOTAL	
N° Cabinets	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	23
Largeur couloirs	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	21
Rétrécissements	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	32
Dévers	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28
Sans obstacle	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28
Pente accessible	NC	0	0	NC	0	NC	1	NC	1	NC	1	NC	0	NC	NC	NC	0	0	NC	2/8																
Paliers de repos	NC	0	0	NC	0	NC	1	NC	1	NC	1	NC	0	NC	NC	NC	NC	NC	NC	2/6																
Sol	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	32	
Seuils/ressauts	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	28	
Largeur portes	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	15	
Portes vitrées réparables	1	1	NC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NC	1	1	1	1	1	NC	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	27/29	
Poignées accessibles	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	28	
Effort ouverture	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	31	
Espace manœuvre	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	26	
SCORE CIRC. INTERIEURE	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	11	
HORIZONTALE	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	11	

Légende

0 : critère non rempli

1 : critère rempli

NC : non concerné par ce critère

Cabinet n'ayant pas participé à l'étude

CIRCULATION INTERIEURE																																					
VERTICALE																																					
N° Cabinets	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	TOTAL		
Plain-pied	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30	
Largeur escaliers			0					1																												1/2	
Taille marches			0					1																												1/2	
Main-courante			1					1																												2/2	
Taille contremarche			1					1																												2/2	
Nez de marche			0					1																												1/2	
Ascenseur présent			0					1																												1/2	
Largeur porte ascenseur			NC					1																												1/1	
Taille cabine			NC					1																												1/1	
Hauteur commandes			NC					1																												1/1	
Accès commandes			NC					1																												1/1	
Barre d'appui			NC					1																												1/1	
Informations cabine			NC					1																												1/1	
SCORE CIRC. INTERIEURE	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	31	
VERTICALE																																					

Légende

0 : critère non rempli

1 : critère rempli

NC : non concerné par ce critère

Cabinet n'ayant pas participé à l'étude

SANITAIRES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	TOTAL	
N° Cabinets		1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	18
Cabinet aménagé		1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	18
Emplacement		1	NC	NC	NC	NC	1	1	1	1	1	1	NC	1	NC	4/4																					
Séparé H/F		NC	NC	NC	NC	NC	NC	0	0	0	0	NC	0/1																								
Espace manœuvre		1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
Fermeture porte		1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
Hauteur cuvette		1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	15		
Barre d'appui		1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	11	
Chasse d'eau		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	
Hauteur lavabo		1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
Vide sous lavabo		1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
Hauteur accessoires		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	16
SCORE SANITAIRES		1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	10

TABLE D'EXAMEN

TABLE D'EXAMEN		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	TOTAL	
N° Cabinets		1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	16
Hauteur variable		1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	16

Légende

0 : critère non rempli

1 : critère rempli

NC : non concerné par ce critère

Cabinet n'ayant pas participé à l'étude

ANNEXE 4 : Plaquette d'information Handi-acces destinée aux médecins



URML UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX
LORRAINE

*Ensemble,
pour une médecine
de qualité!*

L'ACCESSIBILITÉ :

UNE NOUVELLE OBLIGATION

ÉDITORIAL

La loi du 11/02/2005 a introduit une nouvelle législation sur l'accessibilité des établissements recevant du public, les cabinets médicaux étant placés en 5^{ème} catégorie.

Cette évolution ne s'applique pas qu'aux médecins mais également à l'ensemble des structures professionnelles et industrielles.

Nous avons la chance, dans notre région, d'avoir un pôle de référence issu des professions de santé qui s'intéresse à ce problème depuis maintenant quatre ans : le réseau HANDI-ACCES. C'est avec lui que nous avons conçu cette plaquette pour vous repositionner dans les différentes obligations par rapport à votre lieu d'exercice habituel.

Les grandes étapes à venir sont une obligation d'audit des cabinets pour 2011 et une obligation de respect des normes d'accessibilité pour 2015.

Afin que vous ne soyez pas pris au dépourvu, trois possibilités d'acquérir les informations nécessaires vous sont présentées :

- un questionnaire d'auto évaluation de votre accessibilité,
- Le site HANDIACCES qui vous donne plus d'informations pratiques et réglementaires,
- des soirées d'information/formation avec des architectes, ergothérapeutes et spécialistes qui se dérouleront à l'automne prochain dans les 4 départements lorrains.

L'URML s'engage avec vous pour une action de valorisation de la profession au profit des patients.

Nous ne pouvons que vous conseiller de vous inscrire sur le site HANDIACCES pour aller vers les attentes des patients handicapés!

Bien confraternellement,

Dr Rémi UNVOIS
Président de l'URML LORRAINE

Dr Elisabeth LAVEINE
Vice-Présidente de l'URML LORRAINE





Le réseau HANDI-ACCES

Ce réseau a pour mission de favoriser et améliorer l'accès aux soins des

patients handicapés de la région Lorraine, de développer une démarche qualité pour une information et une prise en charge, au service des patients handicapés.

Cette action est collaborative et inter professionnels de santé, soutenue par l'ensemble des ordres au niveau national et en collaboration avec les associations et instances représentatives des personnes déficientes.

Pour les professionnels de santé

- Sensibiliser les praticiens aux problèmes du handicap, pour améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées accédant aux soins ;
- Avoir un impact positif général sur la qualité de l'accès des cabinets médicaux en mettant à la disposition de tous, les critères définis ;
- Mettre à disposition une banque de données concernant les problèmes et les solutions liés aux handicaps.

Pour les patients

- Simplifier la recherche d'un professionnel de santé accessible ;
- Structurer les rapports entre ces professionnels de santé ;
- Définir des critères d'accessibilité avec et pour les personnes handicapées ;
- Laisser au patient le choix de son soignant.

PARTENAIRES

URMLL

Présente auprès du réseau HANDI-ACCES depuis sa création en 2004, l'URMLL soutient l'action de ce réseau pluridisciplinaire de professionnels de santé de la Lorraine.

Réseau HANDI-ACCES

Le Réseau HANDI-ACCES s'engage maintenant dans une phase de partenariat actif avec l'URMLL. Sa démarche devant permettre de soutenir les professionnels dans les actions de sensibilisations, d'informations dans une démarche d'accessibilité des cabinets médicaux.



Ensemble, pour une médecine de qualité!



Union Régionale des Médecins Libéraux de Lorraine
Centre d'Affaire les Nations - BP 17 - 54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
☎ 33 83 58 47 58 - 📠 33 83 58 47 59 - 🌐 www.urml.lorraine@wanadoo.fr
www.union-lorraine.org

HANDI-ACCES c'est...

Un annuaire en ligne à destination des personnes handicapées désirant accéder aux soins dans les meilleures conditions :

- Par un **répertoire** de cabinets médicaux et paramédicaux volontaires ;
- Par une **recherche simplifiée** d'un professionnel de santé accessible, selon des critères de choix définis par et pour la personne handicapée (proximité, stationnement, ascenseur, etc.)



Plus d'information sur : www.handiacces.org

Participer à HANDI-ACCES



www.handiacces.org

Saisir le questionnaire en ligne de HANDI-ACCES c'est :

- Se connecter à : www.handiacces.org/
- Remplir le questionnaire en cinq minutes
- Informer les patients de votre accessibilité



Horaires d'ouvertures du secrétariat :

Secrétariat ouvert du lundi au vendredi, de 9h à 17h

Information de Publication :

Directeur de publication : Dr Rémi UNVOIS
Rédacteurs : - URMLL Dr Elisabeth LAVEINE
Dr Rémi UNVOIS
+ Réseau HANDI-ACCES : Dr. Michel PASDZIERNY

N° de dépôt légal : ISSN 1631-2961 - 3ème Trimestre 2008

L'évaluation de votre accessibilité

Auto évaluation de votre cabinet

Le questionnaire suivant a pour objectif de vous aider à avoir une première idée de la praticabilité de votre cabinet pour une personne handicapée.

Comme l'accès de votre cabinet n'est pertinent que si on peut s'y rendre, une partie de ce questionnaire s'intéresse à ses abords, et ce même si cette zone n'est pas intégralement de votre responsabilité.

L'objectif est de vous sensibiliser sur les points primordiaux de l'accessibilité.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, car comme le préconise notre partenaire :

« A chaque personne son besoin d'accessibilité ».

Cocher les cases correspondantes à votre cabinet

1 - Les extérieurs du cabinet

- Y a-t-il un ou des emplacements de parking réservé(s) aux personnes handicapées à proximité de votre cabinet ?**

Dans une commune, c'est le maire qui décide, par arrêté, des emplacements de stationnement pour les personnes en situation de handicap. Cette compétence est établie par l'article L.2213-2 du code général des collectivités territoriales.

Le maire doit, par un arrêté motivé, définir quels sont les emplacements réservés.

- Le patient peut-il signaler sa présence (sonnette / interphone) ?**

Les interphones doivent être situés dans un endroit facilement accessible. L'appareil de communication extérieur doit se situer à 120 cm du sol, et le bouton de sonnette est à 80 cm du sol.

- Les portes ont-elles des aides à l'ouverture (automatique, pilotée, ...) ?**

Les boutons-poussoirs doivent être situés à une hauteur de 80 cm. L'aire d'accès doit tenir compte du débattement du fauteuil.

2 - Dans votre cabinet

- L'éclairage intérieur est-il permanent ou signalé (interrupteur lumineux) ?**

Dans le cas des personnes mal voyantes, un éclairage permanent est recommandé. En cas d'impossibilité, des interrupteurs avec signalisation lumineuse sont recommandés. Il faut utiliser des peintures contrastées pour les différents murs, ainsi que pour les nez de marches.

- La salle ou l'espace d'attente est-elle accessible aux personnes handicapées ?**

En cas de salle d'attente non accessible, c'est à dire dont l'accès ne permet pas le passage d'un fauteuil, il est possible de prévoir un espace d'attente dans une autre zone du cabinet.

- Les toilettes sont-elles accessibles aux fauteuils et peut-on faire un transfert (fauteuil - wc) ?**

Un fauteuil doit pouvoir être tourné très facilement sans manœuvres fatigantes. Les fauteuils actuellement ont un encombrement de 90x 64 x 40 cm.

Les autres mesures à respecter pour être aux normes sont les suivantes :

- 160 cm minimum pour passer du fauteuil aux toilettes avec une barre de transfert de 70 à 80 cm de haut.
- Une cuvette de 46 à 50 cm de haut.
- La hauteur sous lavabo doit être de 70 cm (attention pas de siphon gênant).
- Le bas du miroir doit lui être au maximum de 105 cm du sol.
- Les portes coulissantes sont pratiques.

A noter qu'il n'est pas, forcément, obligatoire d'avoir des WC public.

- L'accès à la salle de consultation peut-il se faire sans franchir de marche ?**

Les fauteuils électriques franchissent plus facilement les rampes que les fauteuils manuels. Il faut éviter des rampes supérieures à 3% sur une distance de 2m. En cas de besoins supérieurs, il faut prévoir des paliers de repos intermédiaires.



sibilité

- Le cheminement jusqu'à la salle de consultation est-il d'une largeur minimum de 90 cm ?

La largeur de toutes les portes doit permettre un passage de 90 cm minimum. Une aile de rotation de 150 cm de diamètre est à prévoir.

3 - Lors des soins

- Réalisez-vous des consultations et des soins sur le fauteuil roulant ?

Pour un patient handicapé moteur, la connaissance de cette information est importante, dans le cadre de soins spécifiques.

- Avez-vous des moyens pour réaliser le transfert de la personne ?

Cette capacité, obligatoire dans certaines spécialités, est un confort pour votre patient.

- Acceptez-vous une tierce personne pendant la consultation ?

Il peut être nécessaire de faire accompagner la personne en consultation en fonction de son handicap. La gestion de sa présence est à votre discrétion.

- Réalisez-vous des visites à domicile ?

La visite à domicile rend l'accès aux soins possible pour tous.

Réponses : Plus d'Informations ...

Le site de notre partenaire www.handiacces.org, vous propose des informations complémentaires.

Dans ce cadre, il vous sera possible de saisir un questionnaire en ligne, pour participer à la mission du réseau **HANDI-ACCES**, à laquelle l'URMLL est activement partenaire.

Les Textes de Références

Loi du 11 février 2005

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées remplace la loi votée en 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et introduit des dispositions innovantes.

Références aux textes officiels.

La Loi n° 75-534 du 30 juin 1975, innovante en son temps, a permis d'affirmer des droits pour les personnes handicapées, une augmentation de leurs ressources et un fort développement de l'intervention publique à leur égard, souvent au travers de l'initiative associative.

La Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé redéfinit la Solidarité envers les personnes handicapées.

La Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, fixe pour les années 2004-2008, les plans stratégiques de santé publique qui seront développés dans les quatre domaines soulignés par le Président de la République : cancer, violence routière, handicap et santé environnementale, ainsi que pour les maladies rares.

La Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 apporte la garantie du libre choix du projet de vie de la personne handicapée en lui offrant une solution adaptée à domicile ou en établissement. Un autre principe est le droit à une compensation personnalisée grâce à la prestation de compensation qui devrait permettre de créer les conditions financières d'une vie autonome digne. La loi vise à garantir la participation à la vie sociale, avec une accessibilité aux soins, à l'école, à la formation, à l'emploi, au logement et aux transports, à la culture et aux loisirs. Elle se fonde sur l'organisation systématique de l'accès des personnes handicapées au droit commun et cherche à placer la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concernent. Construite sur une volonté forte de non-discrimination, elle affirme comme priorité la nécessité de permettre l'accès à tout pour tous et de reconnaître la pleine citoyenneté des personnes handicapées.

Décret du 21 mars 2007

Directement conçu suite à la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, cet arrêté fixe les dispositions prises pour l'application.

des articles
R.111-19-8
et R.111-19-11

du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité pour les personnes handicapées des établissements et installations existantes ouvertes au public.

Le Code de la construction et de l'habitation

Article L.111-7 du CCH : les dispositions architecturales, les aménagements et équipements intérieurs et extérieurs des locaux d'habitation, des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des lieux de travail doivent être accessibles notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type du handicap.

Article L.111-7-3 du CCH : les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées par des moyens adaptés aux différents handicaps.

Article L.111-7-4 du CCH : établissement d'un document attestant de la conformité des locaux, à l'issue de l'achèvement des travaux de mise aux normes et soumis à permis de construire.

Article L.111-8 : nécessite d'avoir un permis de construire ou, le cas échéant, une autorisation pour les travaux de création, d'aménagement ou de modification d'un établissement recevant du public.

Article L.111-8-3-1 du CCH : fermeture possible de l'ERP en cas de non-respect des obligations.

Articles R.111-19 et R.111-19-12 du CCH : dispositions concernant l'accessibilité des établissements recevant du public aux personnes handicapées.

Article R.111-19-21 et R.111-19-22 du CCH : attestation de fin travaux.

Arrêté du 1er août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R.111-19 à R.111-19-3 et R.111-19-6 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction.

Plus d'informations sur www.handiacces.org



NOM : BERNARD BOURDON

PRÉNOM : Delphine

TITRE

Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées

Étude auprès des 34 cabinets du secteur de garde de Clisson

RÉSUMÉ

Introduction : En janvier 2015, les établissements recevant du public devront être accessibles à tous. Les cabinets médicaux sont bien entendu concernés. Il s'agit d'un enjeu de santé publique puisque chacun, qu'il soit valide ou qu'il présente un handicap, doit pouvoir accéder aux soins et choisir librement son médecin. L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux de l'accessibilité des cabinets de médecine générale dans un secteur précis.

Méthode : Il s'agit d'une enquête descriptive transversale par observation directe des 34 cabinets du secteur de garde de Clisson, en Loire-Atlantique.

Résultats : 32 cabinets ont accepté de participer à cette étude. Un seul d'entre eux répond à toutes les normes d'accessibilité. Sur 6 grands critères évalués, les cabinets visités obtiennent une note moyenne de 2.9 critères remplis. Les cabinets de groupe sont globalement plus accessibles que les cabinets individuels.

Discussion : Il reste beaucoup de progrès à réaliser pour rendre les cabinets médicaux accessibles à tous. Les freins rencontrés sont le manque d'information, le coût financier, les contraintes techniques, les prochains départs en retraite. Une campagne d'information et des aides financières sont souhaitables pour parvenir à améliorer l'accessibilité dans les délais impartis.

MOTS-CLÉS

Accessibilité, cabinets médicaux, Handicap, Loi du 11 février 2005