

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 2017

NUMERO :

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
DES de Médecine Générale

PAR

Florian BAPST

Né le 09 Mai 1987 à Obernai

**ACCESSIBILITE DES CABINETS MEDICAUX AUX PERSONNES
PRESENTANT UN HANDICAP EN FRANCE.**

ETAT DES LIEUX ET RESENTI PAR LES MEDECINS LIBERAUX

Etude descriptive et analytique réalisée après la date limite du 27 septembre 2015

Président de thèse : Monsieur le Professeur Georges KALTENBACH

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Claude BRONNER

TABLE DES MATIERES

1. Introduction		24
2. Le handicap		26
2.1. Etymologie		26
2.2 Définitions et classifications		26
2.2.1 Définition légale française : loi du 11 février 2015, article 114		26
2.2.2 Définition de l’OMS dans la CIF : classification internationale du fonctionnement		28
2.2.3 Le modèle de Wood, la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicap, et la Classification internationale du handicap.		28
2.2.4 La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.		30
2.3 Evolution de la représentation du handicap et législation.		32
3. Accessibilité		35
3.1. Définition		35
3.2. Accessibilité dans les établissements recevant du public.		35
3.2.1 Evolution de la loi :		35
3.2.2 Les établissements recevant du public (ERP)		36
3.2.2.1 Définition		36
3.2.2.2 Catégorie et type d’ERP		36
3.3 Les obligations de mise aux normes		37
3.4 Les dérogations		38
3.5 Les normes		38
3.5.1 Cheminements extérieurs		40
3.5.2 Stationnement		40

3.5.3 Accès au bâtiment et accueil	41
3.5.4 Circulation intérieure horizontale	42
3.5.5 Circulation intérieure verticale	42
3.5.6 Tapis roulants, escaliers et plans inclinés mécaniques	43
3.5.7 Revêtements des parois des parties communes	44
3.5.8 Portes et sas	44
3.5.9 Equipements, mobiliers et dispositifs de commande et de service intérieurs et extérieurs	45
3.5.10 Locaux accessibles au public et sanitaires	45
3.5.11 Sortie	46
3.5.12 Eclairage signalétique et contrastes de couleurs	46
3.5.13 Accueil des chiens guide et des chiens d'assistance	48
3.6 Sanctions	49
4. Matériel et méthode	50
4.1 L'étude	50
4.2 Le questionnaire	50
4.3 La population	51
4.4 Relecture et test	51
4.5 Emission	51
4.6 Réponses	52
4.7 Analyse	52
5. Résultats	54
5.1 Taux de réponses et chronologie des réponses	54

5.2	Caractéristiques de la population médicale	55
5.2.1	Parité	55
5.2.2	Age	56
5.2.3	Spécialité d'exercice	56
5.3	Caractéristiques de l'exercice	59
5.3.1	Mode d'exercice	59
5.3.2	Milieu d'exercice	59
5.3.3	Modalités d'installation	59
5.3.4	Habitation personnelle et cabinet d'exercice	60
5.3.5	Bâtiment d'habitation collective et cabinet médical	60
5.3.6	Mode de gestion du local d'exercice	60
5.3.7.	Année d'entrée dans le cabinet actuel	61
5.3.8.	Année des derniers travaux dans le cabinet	61
5.4.	Patientèle et handicap	62
5.4.1	Visites et patientèle présentant un handicap	62
5.4.2	Nombre de patients vus à domicile du fait du handicap	62
5.5	Accessibilité du cabinet médical	63
5.5.1	Niveau d'accessibilité du cabinet médical	63
5.5.2	Démarches administratives de certification	64
5.6	Méthodes pour améliorer l'accessibilité du cabinet médical	65
5.7	Difficultés à la mise aux normes	66
5.7.1	Difficultés techniques par rapport aux normes	66

5.7.2 Difficultés globales par rapport à la mise aux normes _____	66
5.8 Connaissance de la loi _____	67
5.8.1 Connaissance de la loi concernant l'accessibilité _____	67
5.8.2 Sources d'informations _____	67
5.8.3 Pertinence des sources d'information _____	68
5.9 Diagnostic d'accessibilité _____	68
5.10 Répercussion de cette loi dans la pratique quotidienne _____	70
5.11 Ressenti des médecins libéraux par rapport à cette obligation de mise aux normes _____	70
5.11.1 La complexité _____	70
5.11.2 L'inutilité de la réforme _____	71
5.11.3 Le coût pour la mise aux normes _____	71
5.11.4 La nécessité et la bonne intention de ce dispositif _____	72
5.11.5 Les alternatives à ce dispositif _____	72
5.11.6 L'exigence excessive des normes et la contrainte qu'elle génère _____	72
5.11.7 Les conséquences de cet impératif de mise aux normes _____	73
5.11.8 La disproportion entre les conséquences de cette mise aux normes et le bénéfice réel ____	73
5.11.9 L'absence de difficulté avec cette mise aux normes _____	74
5.11.10 La colère et l'animosité des médecins vis-à-vis de cet impératif de mise aux normes _	74
5.11.11 La question de l'accès jusqu'au cabinet médical et de l'accès aux autres ERP _____	74
5.11.12 L'absurdité du dispositif _____	75
6. Discussion _____	76
6.1 L'étude _____	76

6.2 Population, taux de réponse et caractéristiques de l'exercice.	76
6.3 Patientèle et handicap	80
6.4 Accessibilité	80
6.5 Connaissance de la loi	84
6.6 Ressenti des médecins libéraux par rapport à cette obligation de mise aux normes	87
7. Conclusion	92
8. Bibliographie	94
9. Annexes	99

LISTE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : Modèle de WOOD

FIGURE 2 : Interaction entre les composants de la CIF

FIGURE 3 : Définitions et vue d'ensemble de la CIF

FIGURE 4 : Aperçu de la CIF

FIGURE 5 : Application des règles d'accessibilité

FIGURE 6 : Normes d'aménagement des espaces et bureaux d'accueil

FIGURE 7 : Normes d'accessibilité concernant les ascenseurs

FIGURE 8 : Normes d'accessibilité concernant les sanitaires

FIGURE 9 : Normes d'éclairage

FIGURE 10 : Normes d'affichage

FIGURE 11 : Contrastes de couleurs

ANNEXES

Annexe 1 : Catégorisation des ERP en fonction de la capacité d'accueil.

Annexe 2 : Catégorisation des ERP en fonction de la fonction de l'établissement.

Annexe 3 : Questionnaire accessibilité

Annexe 4 : Mail d'envoi du questionnaire

LISTE DES ABREVIATIONS

Ad'AP : Agenda d'Accessibilité Programmée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APAJH : Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés

CIDIH : Classification Internationale des Déficiences, Incapacités, Handicaps

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CIH : Classification Internationale des Handicaps

CIM : Classification Internationale des Maladies

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

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

ERP : Etablissement recevant du Public

FMF : Fédération des Médecins de France

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

1. Introduction

« *Je me suis déjà mis à la place d'un handicapé, surtout à celle de parking* » (Gaspard Proust). La citation peut faire sourire, peut également mettre mal à l'aise, elle est cependant le reflet d'une vérité : les personnes en situation de handicap ont des besoins spécifiques pour leur autonomie.

Cela fait maintenant plus d'un siècle que le gouvernement légifère en faveur des patients en situation de handicap et la loi du 11 février 2005, communément appelée « loi handicap » est une avancée majeure pour la population, toujours plus nombreuse, des personnes présentant une dépendance.

En 2011, L'INSEE a publié, sur les bases d'une étude de 2007, des chiffres sur la population française présentant un handicap. Il y a en France, 1.8 million de personnes de 15 à 64 ans qui ont une reconnaissance administrative du handicap. En y ajoutant les personnes qui déclarent avoir un problème de santé depuis au moins 6 mois et qui rencontrent des difficultés importantes dans leurs activités quotidiennes, la population française présentant un handicap s'élève alors à 9.6 millions de personnes. C'est sans compter également les 1.1 million de personnes âgées qui bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (1). Plus récemment encore, fin 2016, le gouvernement estimait à 12 millions, le nombre de personnes qui pourraient bénéficier d'une accessibilité optimale des établissements recevant du public (2).

L'accessibilité des établissements recevant du public est une partie importante de cette loi du 11 février 2005. Elle stipule que tous ces établissements doivent être aménagés de telle sorte qu'ils puissent accueillir des personnes en situation de handicap (3).

C'est ainsi que les cabinets médicaux, dans la mesure où ils sont des établissements recevant du public, doivent s'astreindre à une mise aux normes et ce d'autant plus que les personnes en situation de handicap sont plus consommatrices de soin que la population générale.

Bien évidemment une telle mise aux normes ne peut être imposée sans un délai pour prendre les dispositions nécessaires.

Plusieurs échéances successives ont été décidées puis repoussées pour finalement aboutir au 27 septembre 2015, date à laquelle un établissement recevant du public doit être, soit aux normes, soit engagé dans un dispositif appelé « Agenda d'Accessibilité Programmée ».

Ce travail a pour but d'interroger, quelques mois après cette date butoir, les médecins libéraux de France afin de réaliser un état des lieux de l'accessibilité des cabinets médicaux ainsi que de relever leur ressenti par rapport à cet impératif de mise aux normes.

2. Le handicap

2.1. Etymologie

Le mot handicap vient de la contraction de trois mots anglais « hand in a cap » traduit littéralement par « la main dans le chapeau ».

Ce mot été employé dans un système de troc entre deux participants en Angleterre au XVIIème siècle. L'arbitre de ce troc, appelé « handicapper », déterminait la différence de valeur entre les deux objets du troc. Cette différence de valeur induisait une somme compensatrice qui était placée dans un chapeau. Le troc était alors équitable.

Un siècle plus tard, ce mot été utilisé dans les sports équestres toujours dans un sens d'amélioration d'équité. Lorsque deux chevaux de calibre différents s'affrontaient, le plus robuste était lesté d'un poids appelé « handicap » afin d'équilibrer les chances. Plus tard, ce terme a été généralisé à de nombreux sports.

En définitive, le terme fut employé pour désigner toute action visant à rendre plus équitable une confrontation. Ainsi une entité handicapée, est une entité qui est désavantagée au départ d'un affrontement (4).

Le sens médical parait au milieu du XXème siècle.

2.2 Définitions et classifications

2.2.1 Définition légale française : loi du 11 février 2015, article 114 (5)

La législation française définit le handicap de manière claire dans un article de loi apparaissant le 11 février 2015 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives, ou psychiques d'un polyhandicap ou d'une trouble de santé invalidant. »

La loi reconnaît donc six types de handicap que l'association pour l'accueil des jeunes handicapés (APAJH) a caractérisés (6) :

- **Le handicap moteur** : « résulte de tout atteinte de la capacité de tout ou partie du corps à se mouvoir, réduisant l'autonomie de la personne et nécessitant parfois le besoin de recourir à une aide extérieure pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. »
- **Le handicap sensoriel** : « résulte d'une atteinte d'un ou plusieurs sens. Les plus connus ouvrant droit à une compensation sont les atteintes de la vue et de l'ouïe. La déficience auditive désigne l'altération plus ou moins sévère de la capacité auditive. On parle de surdité lorsque la perte de la capacité auditive est complète. La déficience visuelle désigne l'altération plus ou moins prononcée du champ de vision et de l'acuité visuelle. Au niveau plus sévère de l'altération, on parle de cécité. »
- **Le handicap mental** : « implique une déficience du niveau du développement intellectuel, mesuré à l'aube de ce qui est considéré, dans une société donnée, comme un développement intellectuel « normal » en fonction de l'âge réel de la personne. Le développement insuffisant des capacités mentales entraîne l'impossibilité d'un apprentissage normal et d'une réaction appropriée aux circonstances de la vie quotidienne. »
- **Le handicap psychique** : « peut être défini comme la conséquence ou les séquelles d'une maladie mentale sur les facultés d'intégration sociale d'une personne. Son

développement intellectuel est normal voire parfois supérieur à la moyenne, mais c'est l'expression de ses capacités intellectuelle qui est altérée par l'ensemble des troubles psychiques dont elle souffre. Le handicap psychique résulte ainsi d'une maladie de la pensée ou de la personnalité dont les symptômes, essentiellement comportementaux, causent une profonde souffrance au malade et sont donc un obstacle à son intégration sociale. La difficulté à concentrer son attention, l'angoisse, les pensées obsessionnelles par exemple peuvent l'empêcher d'accomplir une tâche, d'effectuer un travail alors même qu'il aurait par ailleurs les compétences requises. »

- **Le handicap cognitif** : « les fonctions cognitives permettent d'acquérir une information, la traiter et l'intégrer. Les fonctions de la mémoire et de l'apprentissage en font partie intégrante. Elles se rapportent en outre à la pensée et au raisonnement ainsi qu'aux fonctions permettant de communiquer et d'agir. »
- **Le polyhandicap** : « il s'agit d'un handicap grave dont l'expression est multiple. »

2.2.2 Définition de l'OMS dans la CIF : classification internationale du fonctionnement

« *Handicap sert de terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation (7).* »

2.2.3 Le modèle de Wood, la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicap, et la Classification internationale du handicap.

Alors que la Classification Internationale des Maladies (CIM) répertorie les différentes affections, l'OMS souhaite émettre une classification des répercussions des maladies sur les patients et leur état fonctionnel. Se basant sur le trépied décrit par le Dr Philip Wood, émis

quelques années auparavant, nait dans les années 1970 : la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicap (CIDIH) (8).

FIGURE 1 : modèle de Wood

Domaine médical	Domaine de la rééducation, des aides		
Maladie / accident	Déficiences →	Incapacité →	Handicap
Cause	Organe	Comportement / activité	Rôles sociaux / environnement
	Extériorisé	Objective	Socialisé

La déficience est alors :

« Toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. »

L'incapacité :

« Toute réduction (résultant d'une déficience, partielle ou totale) de la capacité d'accomplir une activité de façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain. »

Et le handicap :

« Désavantage social pour un individu donné qui résulte d'une déficience ou d'une incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) (9). »

La version française, intitulée Classification internationale du handicap (CIH), est émise en 1988 par l'INSERM et le mot handicap y est remplacé par le mot désavantage (10).

2.2.4 La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

Critiquée du fait de son côté encore trop médical, la CIDIH est révisée par l'OMS et finalement remplacée en 2001 par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).(10) (7). Cette dernière articule cinq concepts qui sont :

- le problème de santé
- les fonctions organiques et les structures anatomiques
- l'activité
- la participation
- les facteurs contextuels (environnementaux et personnels).

FIGURE 2 : Interaction entre les composants de la CIF (7)

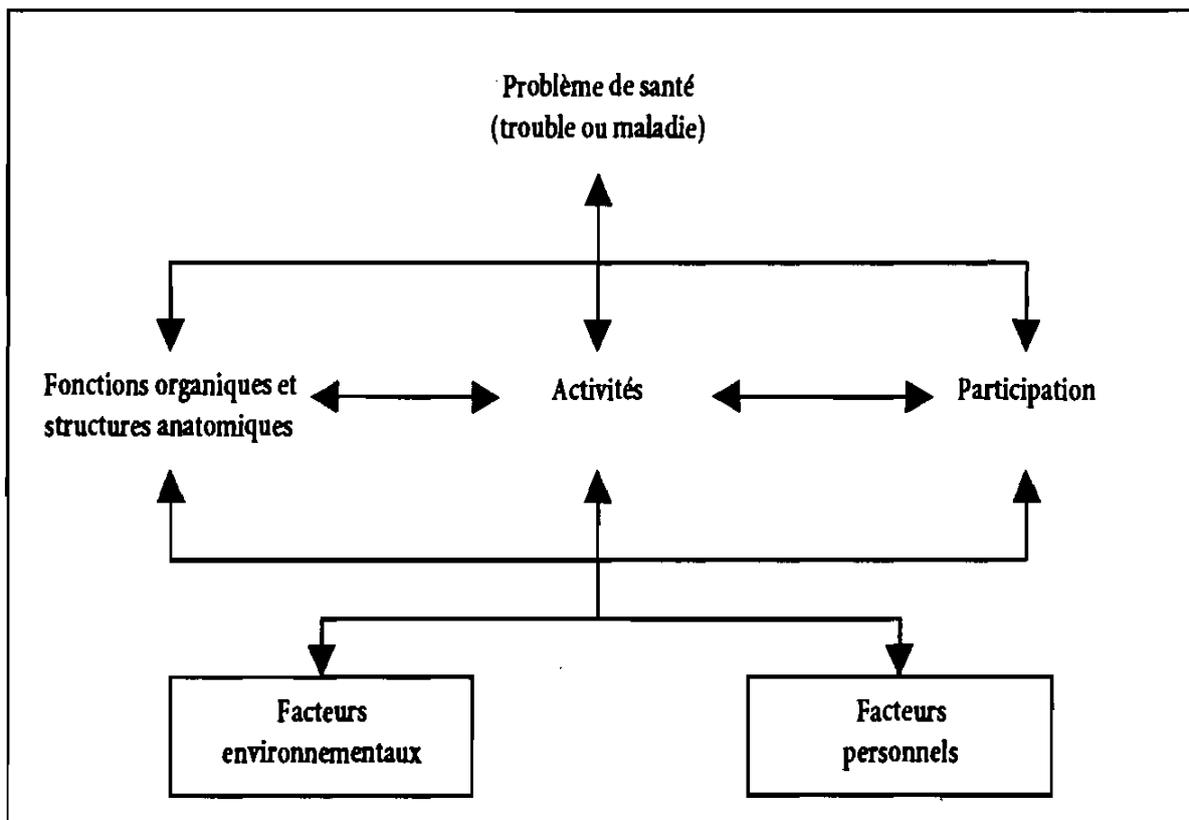


FIGURE 3 : définition et vue d'ensemble de la CIF (7)

DEFINITIONS"
Dans le contexte de la santé
Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).
Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps, telle que les organes, les membres et leurs composantes.
Les déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels qu'un écart ou une perte importante.
Une activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne.
Participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.
Les limitations d'activité désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités.
Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.
Les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

FIGURE 4 : Aperçu de la CIF (7)

	Partie 1 Fonctionnement et handicap		Partie 2 Facteurs contextuels	
Composantes	Fonctions organiques et structures anatomiques	Activités et participation	Facteurs environnementaux	Facteurs personnels
Domaines	Fonctions organiques Structures anatomiques	Domaines de la vie (tâches, actions)	Facteurs externes affectant le fonctionnement et le handicap	Facteurs internes affectant le fonctionnement et le handicap
Schémas	Changement dans les fonctions organiques (physiologie) Changement dans la structure anatomique	<i>Capacité</i> réaliser des tâches dans un environnement standard <i>Performance</i> réaliser des tâches dans l'environnement réel	Impact (facilitateur ou obstacle) de la réalité physique, de la réalité sociale ou des attitudes	Impact des attributs de la personne
Aspect positif	Intégrité fonctionnelle et structurelle	Activité Participation	Facilitateurs	Sans objet
	Fonctionnement			
Aspect négatif	Déficiences	Limitation de l'activité Restriction de la participation	Barrières/ obstacles	Sans objet
	Handicap			

2.3 Evolution de la représentation du handicap et législation. (11) (12) (13) (14)

Durant l'antiquité, les personnes souffrant de handicap étaient exclues de toute considération. Elles étaient soit tuées à la naissance soit marginalisées par la suite. Cette tendance s'est poursuivie jusqu'au moyen-âge où sont progressivement apparus les « hôtels-Dieu » et autres hospices qui avaient pour but d'accueillir orphelins, miséreux, mutilés. S'en suivit le siècle des lumières où un nouveau courant de pensée amena à une meilleure considération à l'égard

des personnes souffrant de handicap avec la mise en place de diverses institutions pour leur venir en aide.

Mais ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle qu'apparaissent les premières lois amenant à intégrer les patients souffrant de handicap à la société.

1898 : « Loi Ferry : responsabilités dans les accidents du travail. »

1905 : « loi relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes, incurables, privés de ressources. »

La première guerre mondiale amenant un nombre important de mutilés de guerre apparurent par la suite :

1919 : « loi sur les réparations à apporter aux victimes civiles de la guerre »

1924 : « loi assurant un emploi obligatoire pour les mutilés de guerre. »

Cette mesure s'élargissant progressivement jusqu'à 1957 où sont intégrés dans cette obligation d'emploi, l'ensemble des patients présentant un handicap (« Loi sur le reclassement des travailleurs handicapés »). Cette loi est encore retravaillée aboutissant en 1987 à la « loi en faveur des travailleurs handicapés. »

Conjointement à ces mesures pour l'emploi, apparaissent des mesures sociales avec en 1975, parallèlement à la déclaration des droits des personnes handicapées des Nations Unies (15), la « loi d'orientation en faveur des personnes handicapées » (16). Cette loi définit la politique sociale de la France dans le cadre du handicap avec la mise en place de commissions, d'organisations en faveur des patients présentant un handicap.

L'accessibilité y est évoquée (loi de 1975 : chapitre V : Dispositions visant à favoriser la vie sociale des personnes handicapées ; loi du 13 juillet 1991 (17) portant diverses mesures

destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées au niveau des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public). Mais il faudra attendre 2005 et la «Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées» (3) pour qu'elle devienne un axe central dans la politique sociale du gouvernement en faveur des personnes présentant un handicap.

3. Accessibilité

3.1. Définition

La délégation interministérielle du Handicap a donné en 2006 une définition claire à l'accessibilité (18) :

« 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. »

3.2. Accessibilité dans les établissements recevant du public.

3.2.1 Evolution de la loi :

- L'article 41 de la loi du 11 février 2005 (19) modifiant l'article 111-7 du code de la construction et de l'habitation stipule : *« Les dispositions architecturales, les aménagements et équipements intérieurs et extérieurs des locaux d'habitation, qu'ils soient la propriété de personnes privées ou publiques, des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des lieux de travail doivent être tels que ces locaux et installations soient accessibles à tous, et notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique, dans les cas et selon les conditions déterminées aux articles L. 111-7-1 à L. 111-7-3. Ces dispositions ne sont pas*

obligatoires pour les propriétaires construisant ou améliorant un logement pour leur propre usage. »

- S'en suivent divers arrêtés pour aboutir à l'ordonnance du 26 septembre 2014 (20)

3.2.2 Les établissements recevant du public (ERP)

3.2.2.1 Définition

« Les établissements recevant du public (ERP) sont constitués de tous bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels des personnes extérieures sont admises, en plus du personnel. Peu importe que l'accès soit payant ou gratuit, qu'il soit libre, restreint ou sur invitation. Les ERP sont classés en types et en catégories qui définissent les exigences réglementaires applicables (type d'autorisation de travaux ou règles de sécurité par exemple) en fonction des risques. »

(21) (22)

3.2.2.2 Catégorie et type d'ERP

Les établissements recevant du public sont catégorisés par un chiffre et une ou plusieurs lettres. Il existe ainsi 5 catégories chiffrées déterminées en fonction de la capacité d'accueil et une vingtaine de catégories lettrées déterminées selon la fonction de l'établissement (21).

Annexes 1 et 2

Les cabinets médicaux sont, dans la majorité des cas, classifiés comme ERP de 5^{ème} catégorie de type PU (23).

3.3 Les obligations de mise aux normes

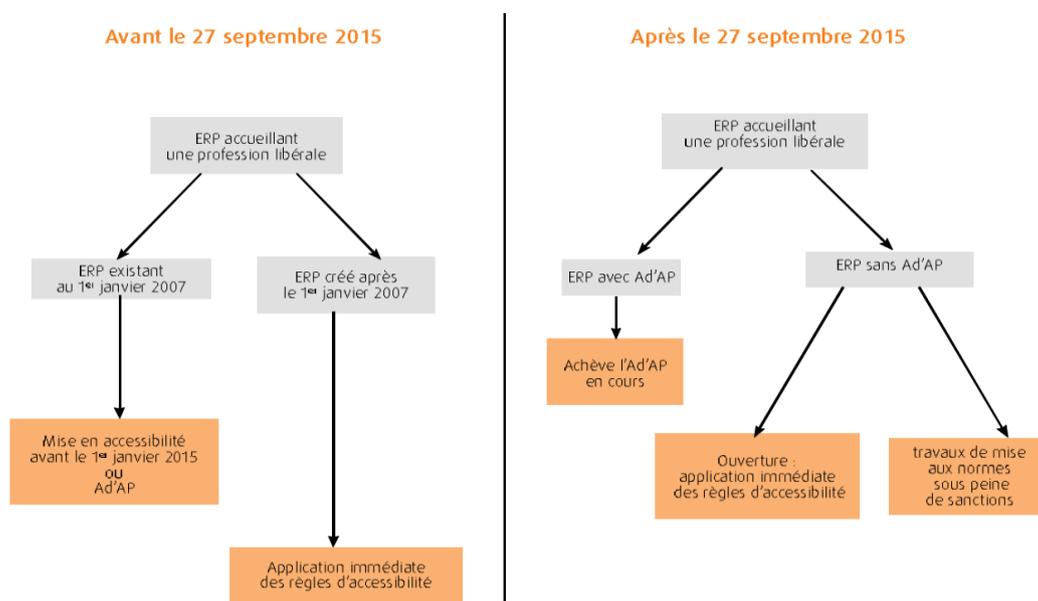
Chaque nouveau bâti visant à devenir un ERP doit respecter l'intégralité des normes d'accessibilités émises par le gouvernement.

Au premier janvier 2015, l'ensemble des ERP de type 1, 2, 3 et 4 doit respecter les normes d'accessibilité applicables au neuf, à savoir l'intégralité de ces dernières, et ceci pour chaque mètre carré de chaque bâtiment.

Concernant les ERP de 5^{ème} catégorie, ils doivent respecter les prescriptions techniques d'accessibilité applicables au neuf dans au moins une partie de l'établissement et cette partie doit être celle où sont délivrées les prestations de l'établissement.

Les ERP qui ne sont pas accessibles au premier Janvier 2015 ont l'obligation d'entrer dans le dispositif des Agendas d'Accessibilité programmés. (Ad'AP) avant le 27 septembre 2015 (24). Ce dispositif va permettre d'émettre un agenda pour la mise en accessibilité progressive des locaux. L'Ad'AP peut durer jusqu'à six ans pour les ERP de type 1, 2, 3 et 4, trois ans pour les ERP de type 5 (25).

FIGURE 5 : Application des normes d'accessibilité (25)



3.4 Les dérogations

Dans certaines conditions des dérogations peuvent être obtenues. Elles ne sont jamais générales et portent uniquement sur certaines prescriptions d'accessibilité dont la mise aux normes est impossible (26).

Quatre motifs de dérogations sont prévus :

- Impossibilité technique avérée liée à l'environnement ou à la structure du bâtiment d'appliquer les prescriptions d'accessibilité.
- Préservations du patrimoine architectural, pour l'extérieur d'un bâtiment.
- Disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences pour l'établissement.
- Refus par la copropriété de réaliser les travaux dans les parties communes.

Ces dérogations sont accordées par le Préfet après avis de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité. Elles sont pérennes.

A noter qu'aucune dérogation ne peut être accordée dans un local nouvellement bâti.

Ces quatre dérogations, mises en place initialement, évoluent. Ainsi le Conseil d'Etat, après recours des associations, a annulé en juin 2016, la dérogation qui permettait de ne pas aménager pour les fauteuils roulants, un ERP qui était, par construction, inaccessible aux fauteuils roulants (27).

Autre exemple, lors de l'examen du projet de loi, les sénateurs ont ajouté une restriction à la dérogation relative au refus des travaux par la copropriété : la délibération de la copropriété doit être motivée et correspondre à un des motifs légaux de la dérogation.

3.5 Les normes

Du fait de la multiplicité des handicaps, les normes se doivent d'être globales et d'intégrer toutes les difficultés que peuvent rencontrer les patients quel que soit leur handicap.

Ces normes sont émises par le gouvernement, et sont retrouvées dans l'annexe 8 de la circulaire interministérielle n° DGUHC 2007-53 du 30 Novembre 2007 (28) puis dans l'arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation ainsi que de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public, situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public (29). Elles sont par la suite reprises de manière simplifiée dans des guides informatifs émis par le gouvernement (25) (23) à destinations des détenteurs d'ERP.

Ces normes se déclinent en différentes sous parties reprenant le parcours du patient présentant un handicap dans l'ERP :

- Cheminements extérieurs
- Stationnement
- Accès aux bâtiments et accueil
- Circulation intérieures horizontales
- Circulation intérieure verticale (généralités / escalier / ascenseur)
- Tapis roulants, escaliers et plan inclinés mécaniques
- Revêtements des parois des parties communes
- Portes et sas
- Equipements, mobiliers et dispositifs de commande, de service intérieurs et extérieurs
- Locaux ouverts aux public et sanitaires
- Sorties
- Eclairage signalétique et contrastes de couleurs
- Accueil des chiens guides et des chiens d'assistance

3.5.1 Cheminements extérieurs

Le cheminement extérieur permet l'accès à l'ERP depuis la voirie. Il doit être libre de tout obstacle et doit pouvoir permettre le croisement d'une personne valide et d'une personne à mobilité réduite. Ainsi sa largeur doit être de 1.40 m pour un ERP isolé, largeur qui peut être diminuée à 1.20 m en cas d'ERP dans un bâtiment d'habitation.

Si le cheminement extérieur implique des différences de niveaux, une pente doit être mise en place avec ses règles propres (globalement la pente moyenne doit être $< 5\%$, elle peut être ponctuellement supérieure à 5% mais nécessite alors des paliers de repos.)

Si un cheminement extérieur est situé à moins de 0.9 m d'une rupture de niveau, un dispositif de protection doit être mis en place.

De plus la signalisation pour indiquer la position de l'ERP doit être claire, le revêtement du cheminement doit être adapté.

A noter également la nécessité d'une aire de giration (zone 1.5m de diamètre) en cas de choix d'itinéraire.

3.5.2 Stationnement

Bien que non imposé à un ERP, un parc de stationnement doit, s'il est présent, répondre à certaines caractéristiques concernant l'accessibilité :

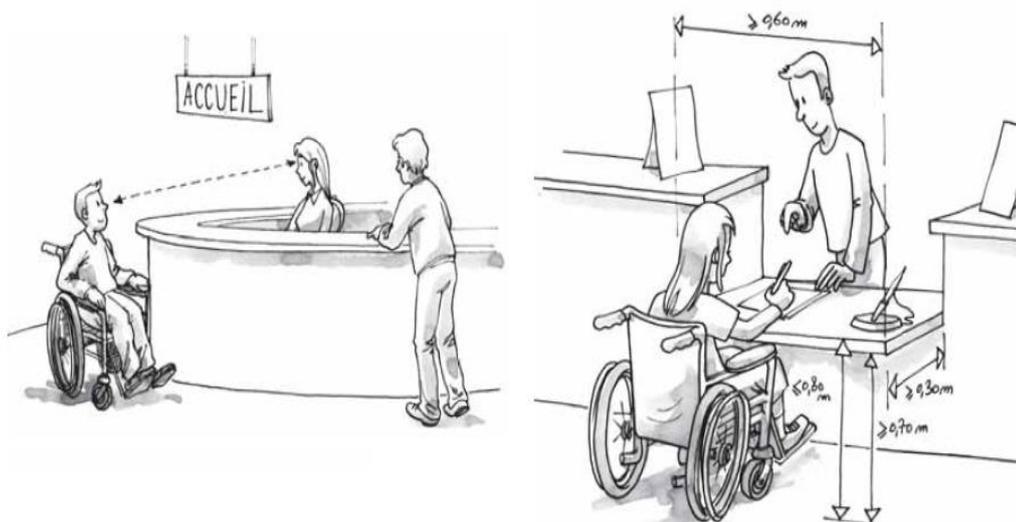
- Des places réservées aux personnes handicapées doivent être présentes à hauteur de 2% de l'ensemble des places de stationnements
- Leur positionnement doit être adapté pour diminuer au maximum la distance les reliant à l'entrée de l'ERP
- Elles doivent être signalées et par un marquage au sol et par un marquage vertical
- Leur largeur doit être de 3.30 m, considérant une largeur de voiture à 2.5 m et un espace de manœuvre à 0.8 m.

3.5.3 Accès au bâtiment et accueil

Pour faciliter l'entrée dans l'ERP, certaines caractéristiques doivent être respectées :

- La signalétique doit permettre de repérer aisément l'entrée et de cheminer dans le bâtiment
- Les dispositifs de communication (interphones) doivent être utilisables en position debout comme assis (entre 0.9 m et 1.30 m de hauteur et à plus de 0.4 m d'un angle)
- Les informations émises par ces dispositifs doivent être sonores et visuelles.
- Le système de déverrouillage de porte doit permettre à une personne à mobilité réduite d'accéder à la porte avant que celle-ci ne se re-verrouille (temps de déverrouillage assez long)
- Au point d'accueil, le mobilier doit être tel qu'il soit atteignable et utilisable par des personnes en position debout comme en position assise.

FIGURE 6 : Aménagement des espaces et bureaux d'accueil (23) (25) (28)



3.5.4 Circulation intérieure horizontale

Les normes pour le cheminement intérieur horizontal sont les mêmes que pour le cheminement extérieur. Néanmoins :

- La signalétique est moins contraignante en ce qui concerne le repérage et le guidage.
- Il n'est pas nécessaire d'avoir une aire de giration à chaque changement de trajectoire.

3.5.5 Circulation intérieure verticale

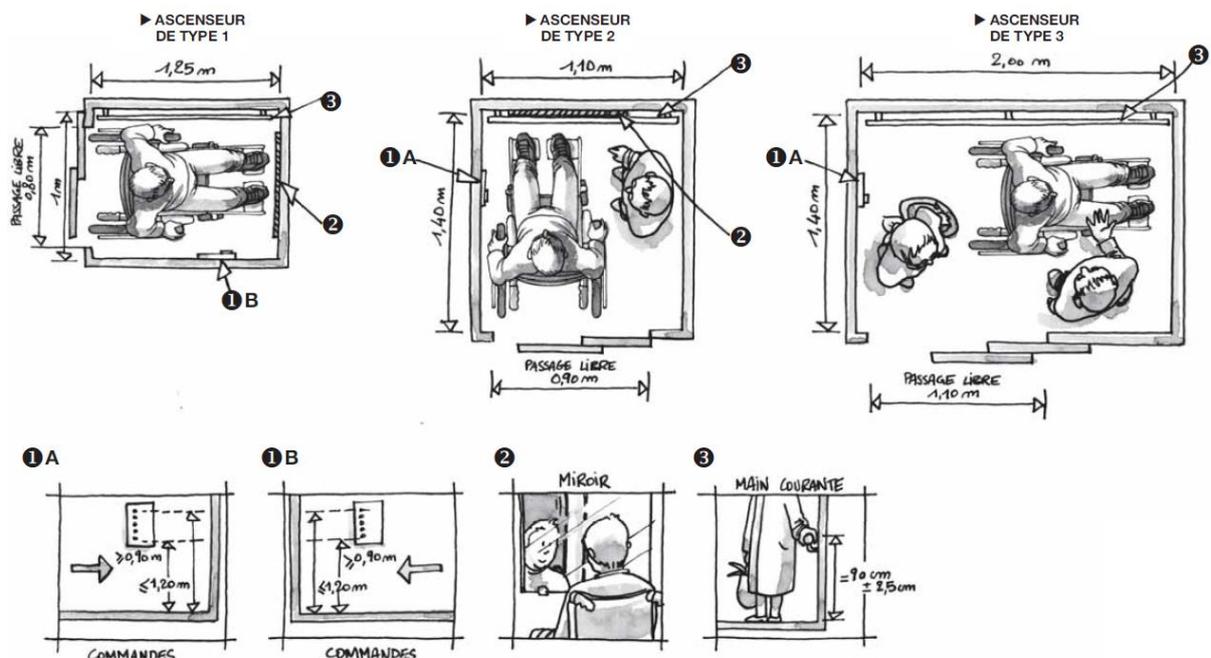
Escaliers et ascenseurs doivent être repérables et signalées de manière appropriée.

- Concernant les escaliers :
 - Obligation d'une main courante de chaque côté. Elle doit être située entre 0.8 m et 1 m de hauteur, et se prolonger au-delà de l'escalier de la longueur d'une marche. Elle doit être facilement identifiable, rigide, continue et facilement préhensible.
 - La largeur entre les deux mains courantes, doit être d'au moins 1.20 m.
 - La hauteur des marches doit être inférieure ou égale à 0.16 m.
 - La profondeur de la marche (giron) doit être supérieure ou égale à 0.28 m.
 - En haut de l'escalier, un revêtement doit permettre d'annoncer l'escalier à une distance de 0.5 m de la première marche, grâce à un contraste visuel et tactile.
 - La première et la dernière marche doivent être pourvues d'une contremarche d'une hauteur minimale de 10 cm, visuellement contrastée par rapport à la marche.
 - Les nez de marche doivent être visuellement identifiables et ne pas présenter de débord.
 - Une attention particulière devra être apportée à l'éclairage.

- Concernant les ascenseurs :

- Un ascenseur est obligatoire si l'effectif admis aux étages supérieurs est au-dessus de 50 personnes ou si certaines prestations ne peuvent être délivrées au rez-de-chaussée.
- Ils doivent être conformes à la norme NF EN 81-70
- Leurs caractéristiques sont rappelées dans le document ci-après
- A noter qu'un appareil élévateur peut remplacer un ascenseur sur dérogation dans certaines conditions.

FIGURE 7 : Normes d'accessibilité pour les ascenseurs (23) (25) (28)



3.5.6 Tapis roulants, escaliers et plans inclinés mécaniques

Ces structures doivent être bien signalées et doivent être suppléées par un acheminement non mécanique ou par un ascenseur.

Des mains courantes doivent être situées de part et d'autre de la structure et celle-ci doit dépasser d'au moins 0,3 m le début et la fin du trajet automatisé.

Le départ et l'arrivée doivent également être facilement identifiables par contraste de couleur par exemple.

La commande d'arrêt d'urgence doit être facilement repérable, et actionnable en position debout comme assis.

3.5.7 Revêtements des parois des parties communes

Le revêtement et les équipements de sol doivent permettre un cheminement sûr de tout un chacun. Ainsi les tapis doivent avoir une dureté suffisante pour permettre la progression d'un fauteuil roulant et ne pas présenter de rebords de plus de 2 cm. De plus l'ensemble des revêtements ne doit pas présenter de gêne visuelle ou auditive.

L'ensemble des normes concernant les revêtements est à pondérer en fonction des contraintes liées à l'activité de l'ERP.

3.5.8 Portes et sas

Toutes les portes situées sur le cheminement doivent permettre le passage de personnes présentant un handicap, que ce soit dans leur manœuvrabilité ou dans leurs dimensions.

Ainsi :

- une largeur de porte de 0.90 m est imposée avec des dérogations possibles à 0.80 m.
Les ressauts de porte doivent être inférieurs à 2 cm.
- Un espace de manœuvre doit être aménagé avant et après la porte pour permettre un bon maniement du fauteuil roulant. Cet espace doit être de 1.70 m pour les portes à pousser et 2.20 m pour les portes à tirer avec des variations en fonction de l'architecture du passage.
- Les poignées doivent être facilement préhensibles pour tout un chacun et situées à plus de 0.4 m d'un angle de mur. Leur maniement doit être aisé.

- Les portes vitrées doivent être détectables pour les personnes présentant des troubles visuels.

3.5.9 Equipements, mobiliers et dispositifs de commande et de service, intérieurs et extérieurs

Les équipements, mobiliers et dispositifs de commande doivent pouvoir être utilisés par tout un chacun. Ainsi :

- La commande doit être située entre 0.9 m et 1.30 m de hauteur afin de pouvoir être utilisée en position assise comme en position debout.
- Devant la commande doit être disponible un espace d'usage de 1.30 m x 0.80 m afin de permettre à un fauteuil roulant de se positionner.
- Les commandes doivent être signalées et aisément repérables par un contraste de couleur.

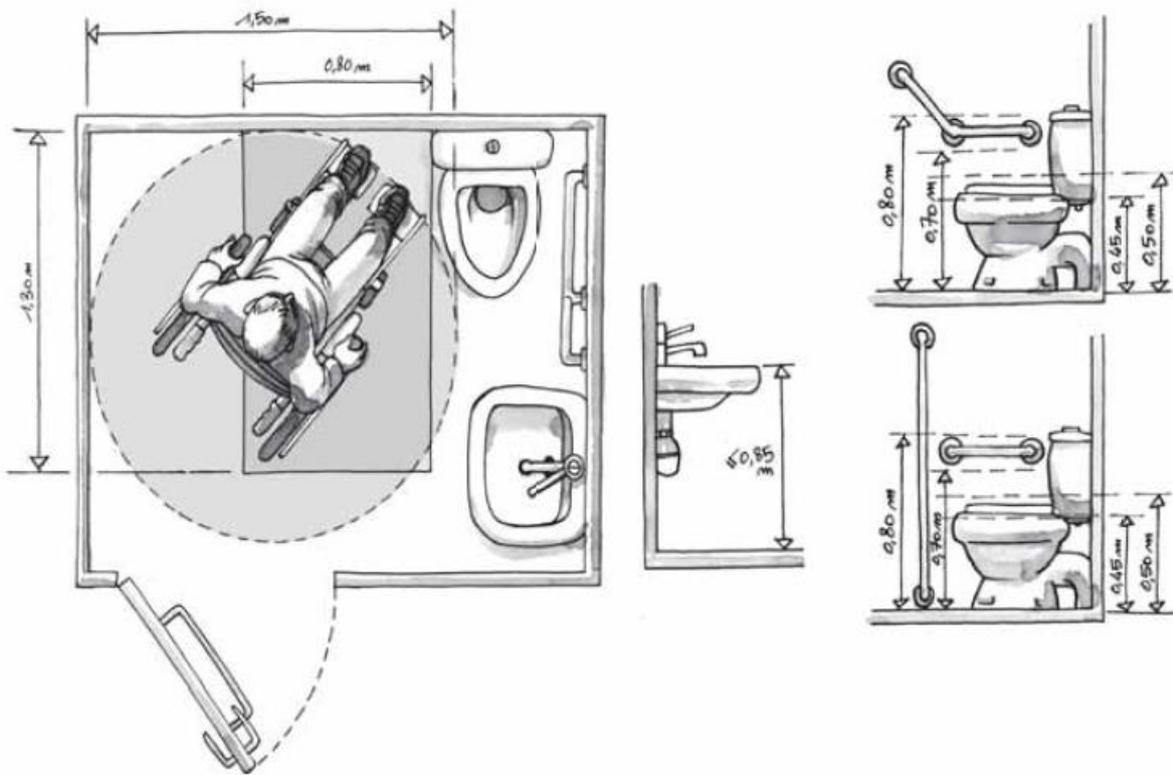
3.5.10 Locaux accessibles au public et sanitaires

Un ERP de 5^{ème} catégorie n'a légalement pas obligation de mettre des sanitaires à disposition des usagers qu'il accueille. Néanmoins certains départements peuvent via les règlements sanitaires départementaux, imposer la présence de sanitaires pour le public.

Ainsi, en cas de présence de sanitaires pour le public, au moins un sanitaire doit être aménagé pour les personnes présentant un handicap. Il doit comporter :

- Un espace d'usage et de giration correspondant à un cercle de 1.50 m.
- Des toilettes dont la surface d'assise doit se situer entre 0.45 m et 0.50 m du sol.
- Un lave-main dont le plan supérieur doit être situé à 0.85 m maximum.
- Une barre d'appui située latéralement par rapport à la cuvette, fixée horizontalement à une hauteur comprise entre 0.70 et 0.80 m.

FIGURE 8 : Normes d'accessibilité concernant les sanitaires (23) (25) (28)



3.5.11 Sortie

Les sorties doivent être aisément repérables atteintes et utilisées par les patients présentant un handicap. Elles ne doivent pas pouvoir être confondues avec les issues de secours.

3.5.12 Eclairage signalétique et contrastes de couleurs

La qualité de l'éclairage qu'il soit naturel ou artificiel doit permettre un cheminement dans de bonnes conditions. Il ne doit pas générer de gêne visuelle (reflets, éblouissement). Certaines zones doivent bénéficier d'un éclairage particulier et renforcé.

FIGURE 9 : Normes d'éclairage (23) (25) (28)

Zone éclairée	Valeurs réglementaires d'éclairement à minima (en lux)
Cheminement extérieur	20
Circulations piétonnes des parcs de stationnement	50
Escalier et équipement mobile	150
Parc de stationnement	20
Postes d'accueil	200
Circulation intérieure horizontale	100

La signalétique doit être mise en évidence et adaptée. Elle doit répondre à certains principes :

- La taille de la signalétique doit être fonction de la distance de lecture

FIGURE 10 : Normes d'affichage (23) (25) (28)

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

- Les polices de caractère doivent être facilement identifiables.
- Eviter les caractères italiques.
- Pour un seul mot : utiliser des caractères majuscules.
- Pour un groupe de mots : utiliser des caractères minuscules.

Pour faciliter le repérage des zones d'interaction, notamment pour les personnes présentant un handicap mental ou une déficience visuelle, un certain contraste de couleur doit être respecté : L'indice de contraste est acceptable s'il est supérieur à 70% :

FIGURE 11 : contrastes de couleur (23) (25) (28)

Tableau indicatif présentant le contraste en pourcentage entre différentes couleurs

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

 Contraste acceptable

 Contraste insuffisant

 Cas limite

3.5.13 Accueil des chiens guide et des chiens d'assistance

L'accueil des chiens guides et des chiens d'assistance ne peut pas être refusé dans les parties communes. Néanmoins, pour des raisons d'hygiène, le chien ne peut accéder dans une zone où sont prodigués les soins.

3.6 Sanctions

Plusieurs sanctions peuvent être mises en place: (30) (31) (23)

- La fermeture administrative : « L'autorité administrative peut décider la fermeture d'un établissement recevant du public qui ne répond pas aux prescriptions de l'article L. 111-7-3 » (article qui fixe les obligations d'accessibilité pour les ERP).
- Le délit pénal de discrimination en raison du handicap de la personne : le refus de délivrer une prestation du seul fait du handicap du patient est passible d'une amende maximale de 75 000 euros et de cinq ans d'emprisonnement.
- Les sanctions pénales en cas de non-respect des règles de construction : Le non-respect des obligations d'accessibilité est passible d'une amende maximale de 45 000 euros et de six mois d'emprisonnement en cas de récidive.

4. Matériel et méthode

4.1 L'étude

L'étude est une enquête transversale descriptive et analytique. Un questionnaire a été soumis à un échantillon de médecins afin d'arriver à l'objectif d'étude.

4.2 Le questionnaire

Le questionnaire comporte 2 parties distinctes :

- Une première constituée de questions à choix multiples souhaitant explorer l'état des lieux des cabinets médicaux libéraux vis-à-vis de l'accessibilité.
- Une seconde constituée d'une question rédactionnelle souhaitant faire le point sur le ressenti des médecins libéraux concernant cette obligation de mise aux normes d'accessibilité.

Plus précisément, la partie questionnaire à choix multiple a voulu mettre en lumière :

- Les caractéristiques du médecin, de son cabinet et de sa patientèle vis-à-vis du handicap.
- Le statut du cabinet médical vis-à-vis de la mise aux normes, les moyens pour se mettre aux normes et les difficultés rencontrées.
- Les connaissances vis-à-vis de cette obligation de mise aux normes et le diagnostic d'accessibilité du cabinet.
- L'implication de cette loi dans la pratique quotidienne.

Le questionnaire a alors été informatisé par un informaticien afin d'être accessible sur internet.

ANNEXE 3

4.3 La population

La population cible est les médecins français appartenant à la liste de diffusion mail du syndicat FMF union généraliste exerçant en libéral. Ils ont été contactés via cette mailing liste.

Critères d'inclusion :

- Médecins thésés exerçant en France.
- Activité libérale.

Critères d'exclusion

- Remplaçants non encore thésés.

4.4 Relecture et test

Avant d'être émis, le questionnaire a été relu et testé afin de déterminer la pertinence et l'intérêt des questions.

4.5 Emission

Dans un premier temps, le questionnaire a été joint dans le « zapping » numéro 116 du 08/03/2016 du syndicat FMF union généraliste : un courriel périodique avec l'actualité syndicale pour les médecins.

Dans un second temps, le questionnaire a été communiqué isolément par mail le 14/03/2016 à 35996 médecins. Parmi ces envois, 35164 ont abouti, 832 ont échoué (512 adresses invalides, 914 boîtes mail pleines, 229 mails non tracés). Le mail comportait mon identité, celle du directeur de thèse ainsi que quelques lignes résumant le contexte de l'étude. Etait également présent le lien hypertexte ramenant au questionnaire en ligne.

ANNEXE 4

Puis le questionnaire est apparu dans le « zapping » numéro 117 du 29/03/2016 du syndicat FMF union généraliste.

Enfin, il apparut également dans la rubrique « coup de pouce » du Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes durant 1 semaine.

Le questionnaire a été clôturé le six avril deux mille seize. Il a été disponible durant 30 jours.

4.6 Réponses

Les réponses au questionnaire étaient relevées par voie informatique et codées au format Excel afin d'être analysables. Les médecins avaient également la possibilité, en sus du questionnaire de me contacter directement par retour de mail.

4.7 Analyse

La partie questionnaire à choix multiple est une partie quantitative bénéficiant d'une analyse descriptive.

La partie question rédactionnelle est une partie qualitative. Au travers de chaque commentaire, un ou plusieurs concepts et ressentis ont été isolés et classés afin de déterminer lesquels sont prépondérant. Ainsi douze concepts ont été isolés :

- La complexité pour une mise aux normes.
- L'inutilité de la réforme.
- Le coût pour une mise aux normes.
- La nécessité de ce dispositif.
- L'alternative à cette mise aux normes.
- L'exigence excessive des normes et la contrainte qu'elle génère.
- Les conséquences de cet impératif de mise aux normes.
- La disproportion entre les conséquences de cette mise aux normes et le bénéfice réel.

- L'absence de difficulté avec cette mise aux normes.
- La colère et l'animosité des médecins vis-à-vis de cet impératif de mise aux normes.
- La question de l'accès jusqu'au cabinet médical et de l'accès aux autres ERP.
- L'absurdité du projet.

A chaque fois qu'au travers d'un commentaire, un de ces concepts a été retrouvé, un point lui était accordé.

5. Résultats

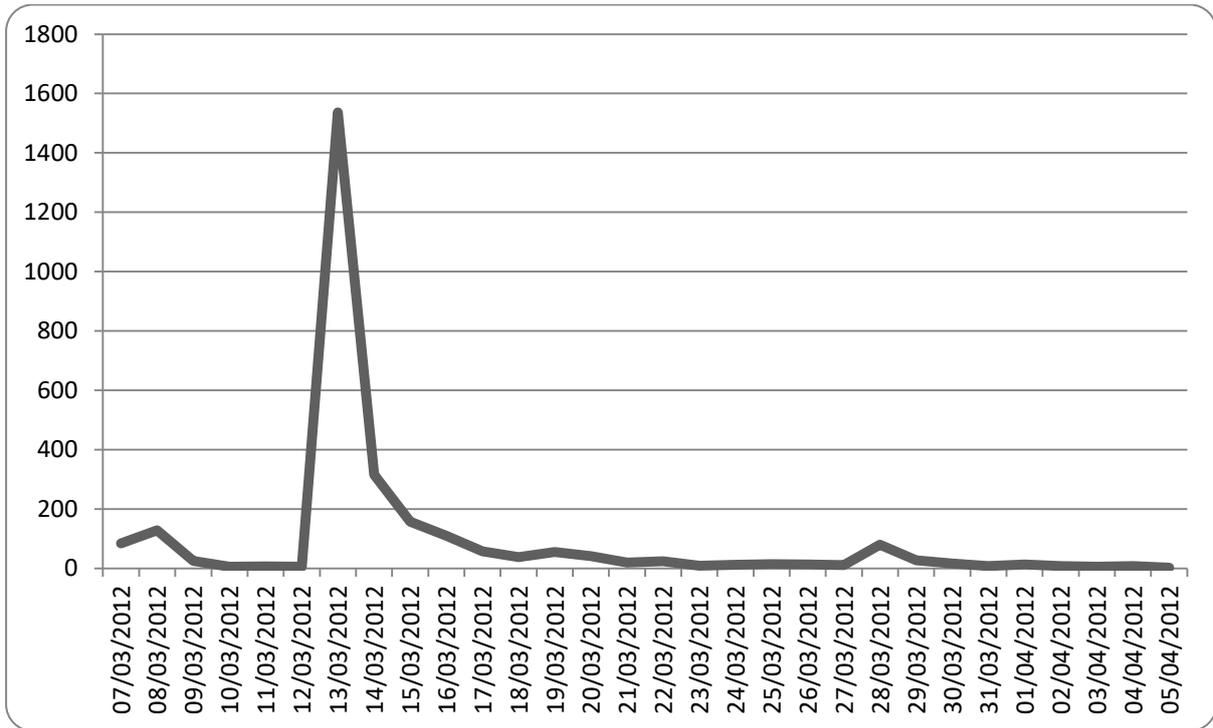
5.1 Taux de réponses et chronologie des réponses

Au terme des 30 jours qu'a duré la période d'étude, nous avons enregistré, après suppression des doublons et des vides, 2834 réponses. Le taux de réponse est donc de :

$$\frac{2834}{35164} = 8.05\%$$

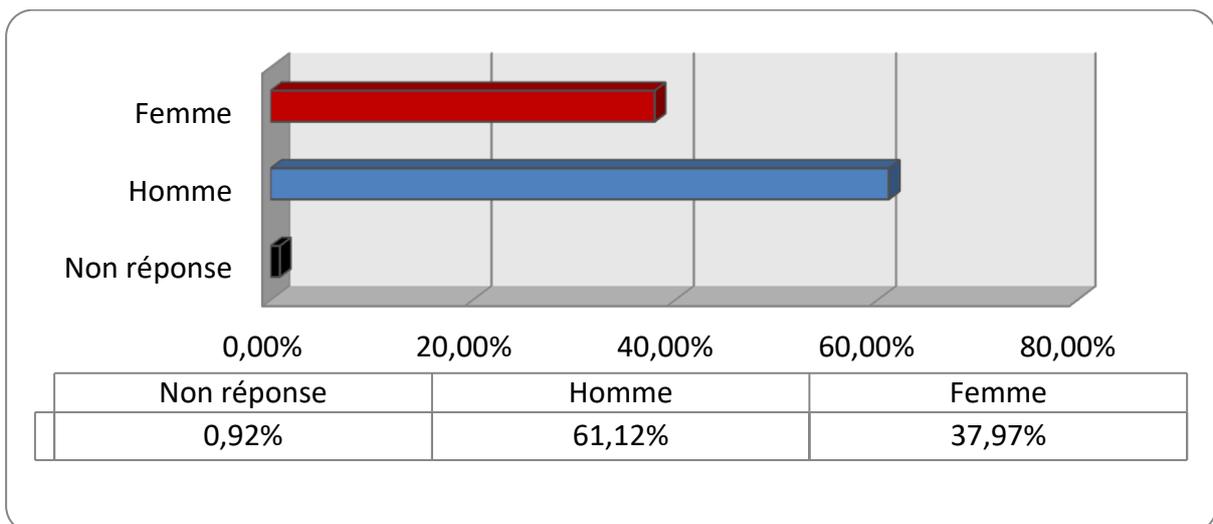
Nombre de			Nombre de		
Date	réponses	N° Jour	Date	réponses	N° Jour
08/03/2016	84	J	23/03/2016	24	J + 15
09/03/2016	128	J + 1	24/03/2016	9	J + 16
10/03/2016	25	J + 2	25/03/2016	12	J + 17
11/03/2016	6	J + 3	26/03/2016	14	J + 18
12/03/2016	7	J + 4	27/03/2016	13	J + 19
13/03/2016	5	J + 5	28/03/2016	11	J + 20
14/03/2016	1536	J + 6	29/03/2016	80	J + 21
15/03/2016	315	J + 7	30/03/2016	27	J + 22
16/03/2016	157	J + 8	31/03/2016	16	J + 23
17/03/2016	110	J + 9	01/04/2016	8	J + 24
18/03/2016	57	J + 10	02/04/2016	13	J + 25
19/03/2016	38	J + 11	03/04/2016	8	J + 26
20/03/2016	55	J + 12	04/04/2016	5	J + 27
21/03/2016	41	J + 13	05/04/2016	8	J + 28
22/03/2016	20	J + 14	06/04/2016	2	J + 29

Courbe de réponses : nombre de réponses en fonction du temps

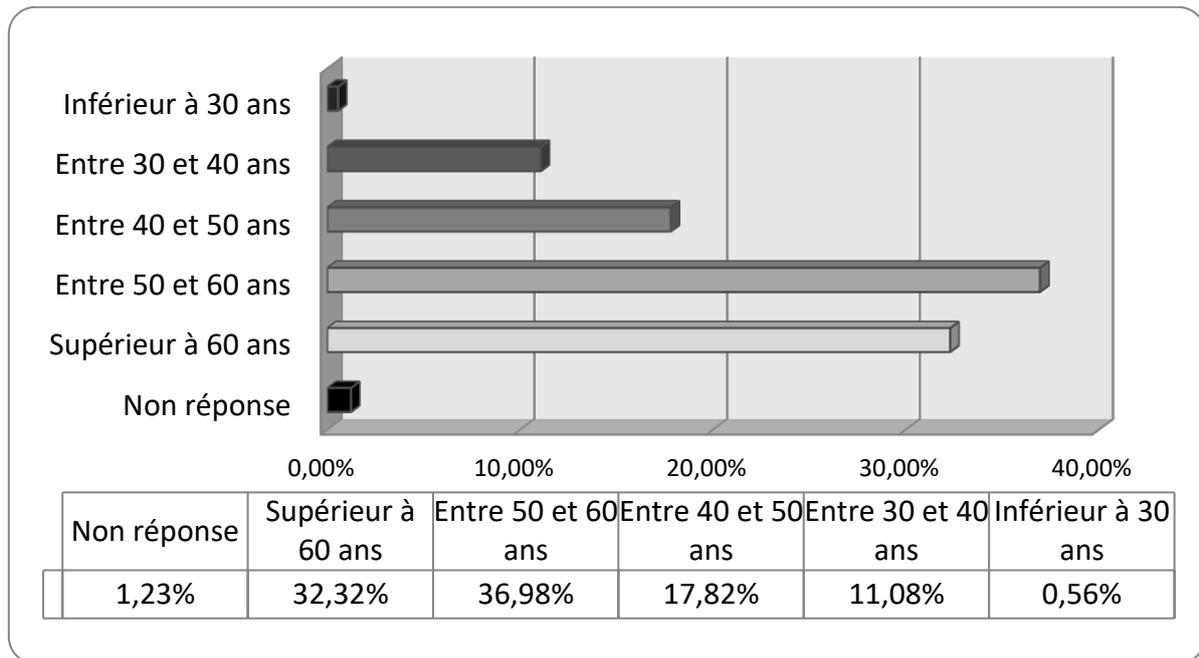


5.2 Caractéristiques de la population médicale

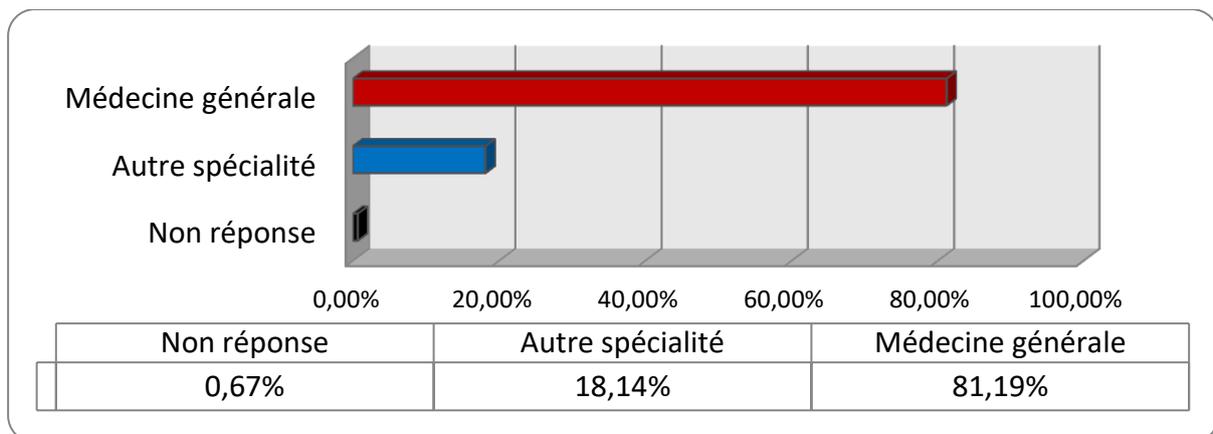
5.2.1 Parité



5.2.2 Age



5.2.3 Spécialité d'exercice



Parmi les autres spécialités, on retrouve :

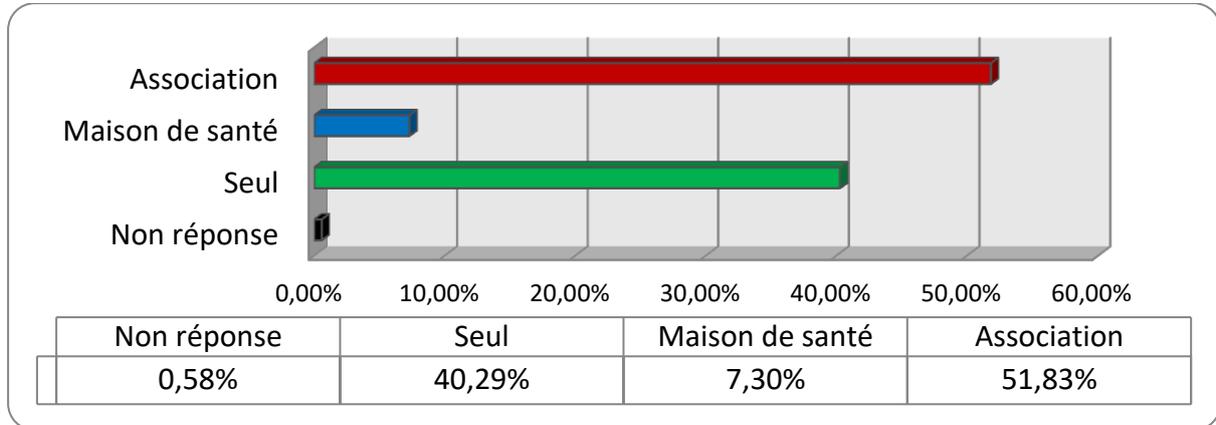
	Spécialité	Rang
Anatomo-cyto-pathologiques	0,19%	20
Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale	2,33%	12
Chirurgie de la face et du cou	0,39%	19
Chirurgie générale	0,78%	17

Chirurgie infantile	0,39%	19
Chirurgie maxillo-faciale	0,39%	19
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	0,78%	17
Chirurgie orthopédique et traumatologie	2,33%	12
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	0,58%	18
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	0,19%	20
Chirurgie urologique	1,17%	15
Chirurgie vasculaire	0,19%	20
Chirurgie viscérale et digestive	0,58%	18
Dermatologie et vénérologie	7,98%	2
Endocrinologie et maladies métaboliques	1,36%	14
Gastro-entérologie et hépatologie	3,50%	10
Génétique médicale	0,00%	21
Gériatrie Gérontologie	0,19%	20
Gynécologie médicale	3,89%	9
Gynécologie médicale et Obstétrique	4,86%	8
Gynécologie obstétrique	3,31%	11
Hématologie	0,19%	20
Médecin biologiste	0,00%	21
Médecine du travail	0,39%	19
Médecine interne	0,19%	20
Médecine nucléaire	0,00%	21
Médecine physique et de réadaptation	0,97%	16
Néphrologie	0,19%	20

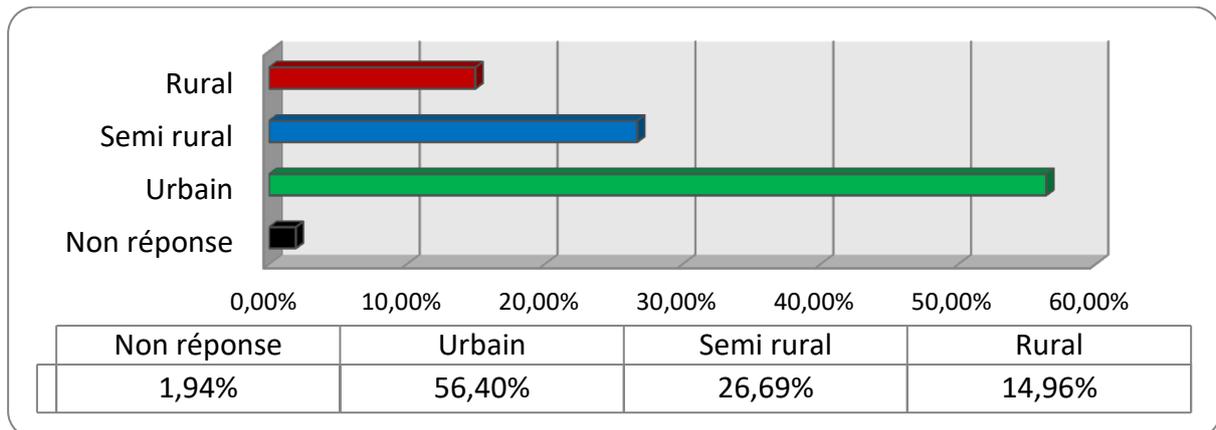
Neurochirurgie	0,19%	20
Neurologie	3,31%	11
Neuropsychiatrie	0,00%	21
Oncologie médicale	0,39%	19
Oncologie radiothérapique	0,00%	21
Ophthalmologie	7,00%	5
Oto-rhino-laryngologie	7,59%	4
Pathologie cardio-vasculaire	5,06%	7
Pédiatrie	7,78%	3
Pneumologie	1,75%	13
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	0,58%	18
Psychiatrie générale	8,37%	1
Radiodiagnostic et imagerie médicale	5,45%	6
Radiothérapie	0,00%	21
Réanimation médicale	0,00%	21
Rhumatologie	3,89%	9
Santé publique et médecine sociale	0,00%	21
Stomatologie	0,78%	17
Autre	5,45%	6
N/R	5,06%	XXX
	100,00%	

5.3 Caractéristiques de l'exercice

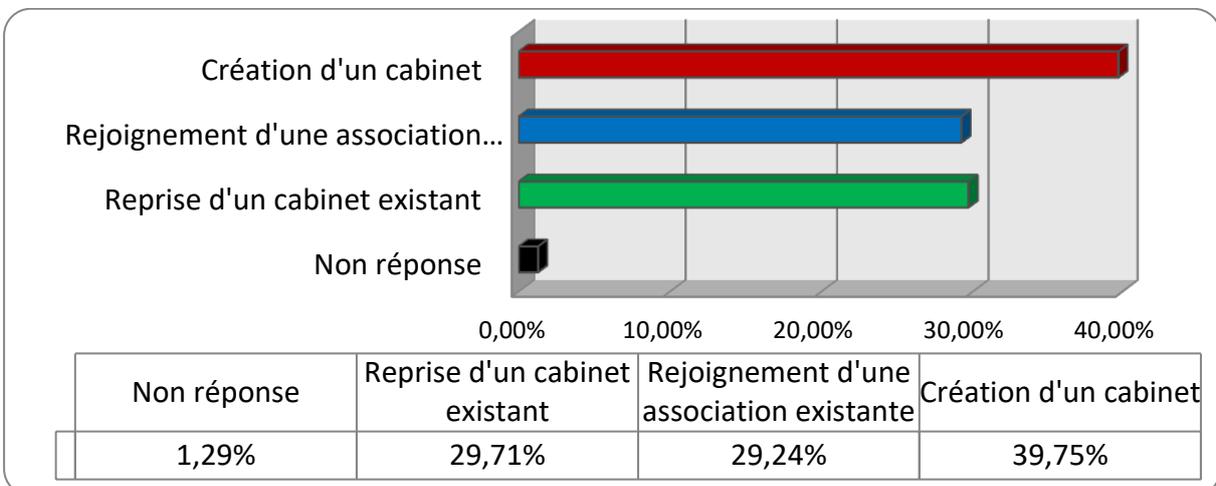
5.3.1 Mode d'exercice



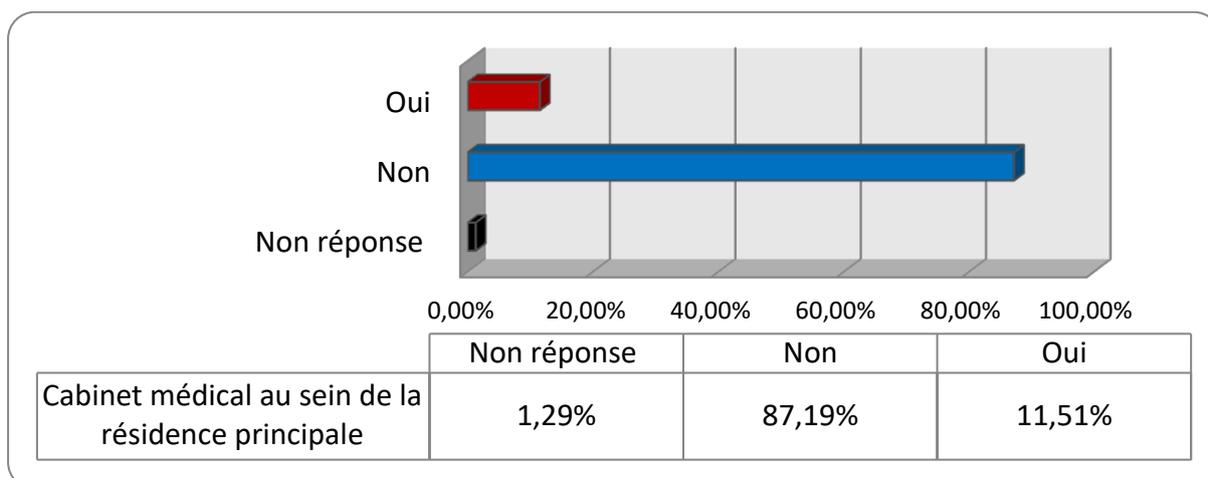
5.3.2 Milieu d'exercice



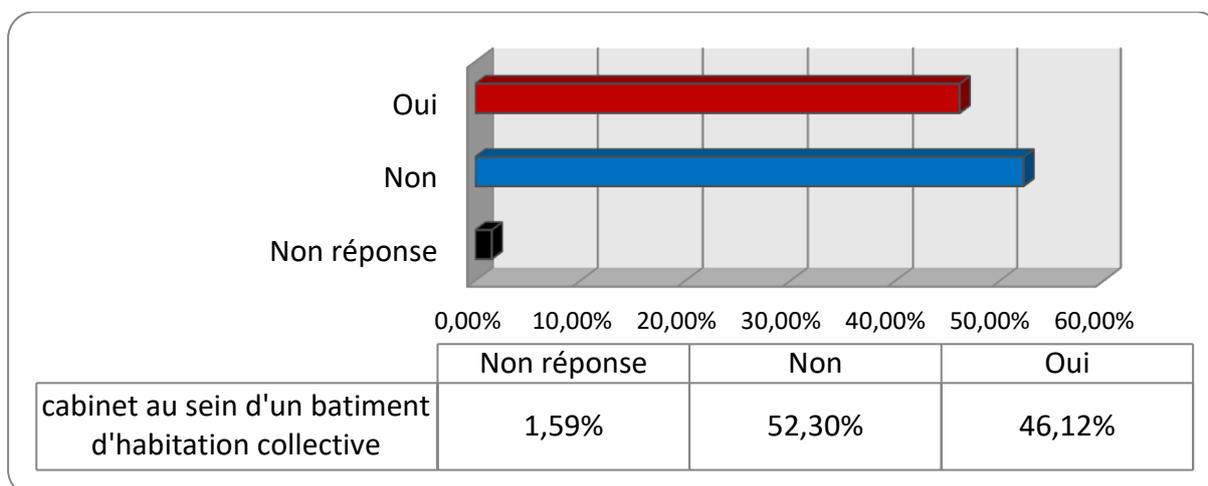
5.3.3 Modalités d'installation



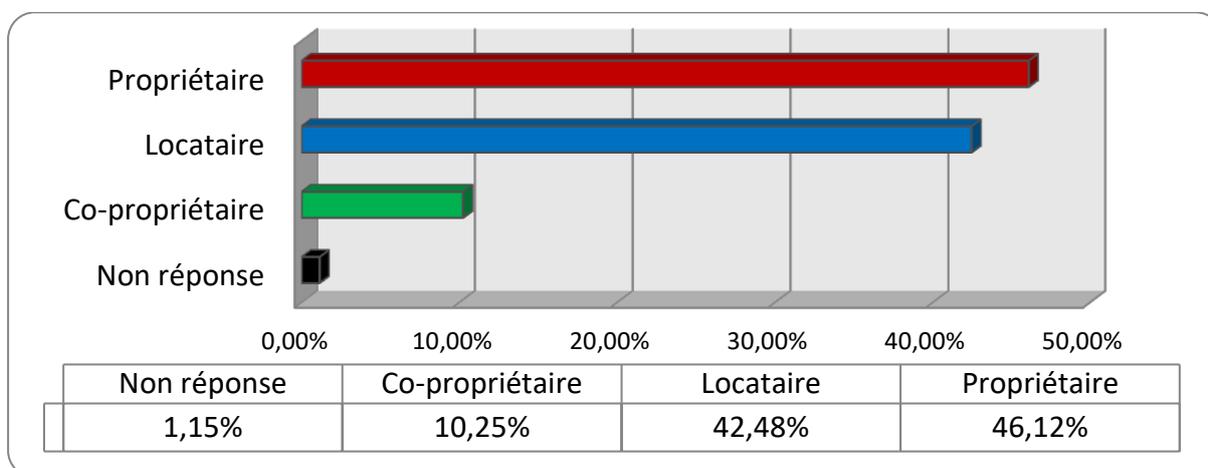
5.3.4 Habitation personnelle et cabinet d'exercice



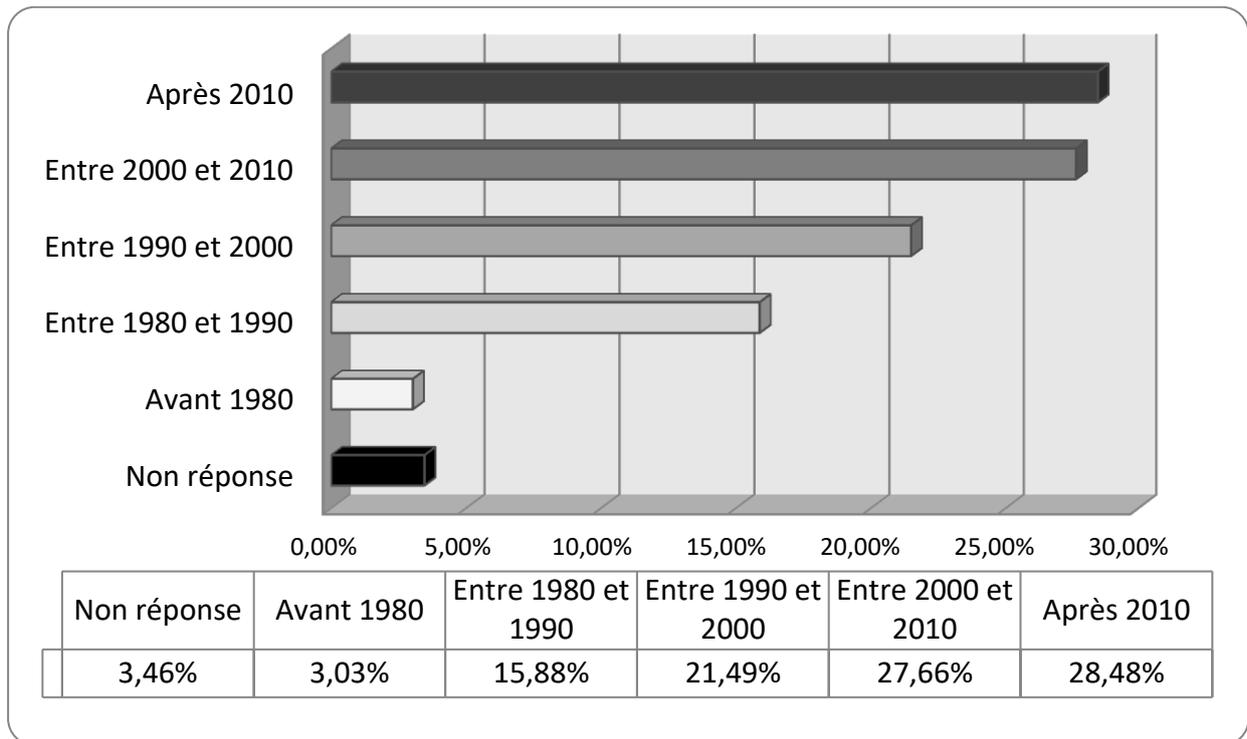
5.3.5 Bâtiment d'habitation collective et cabinet médical



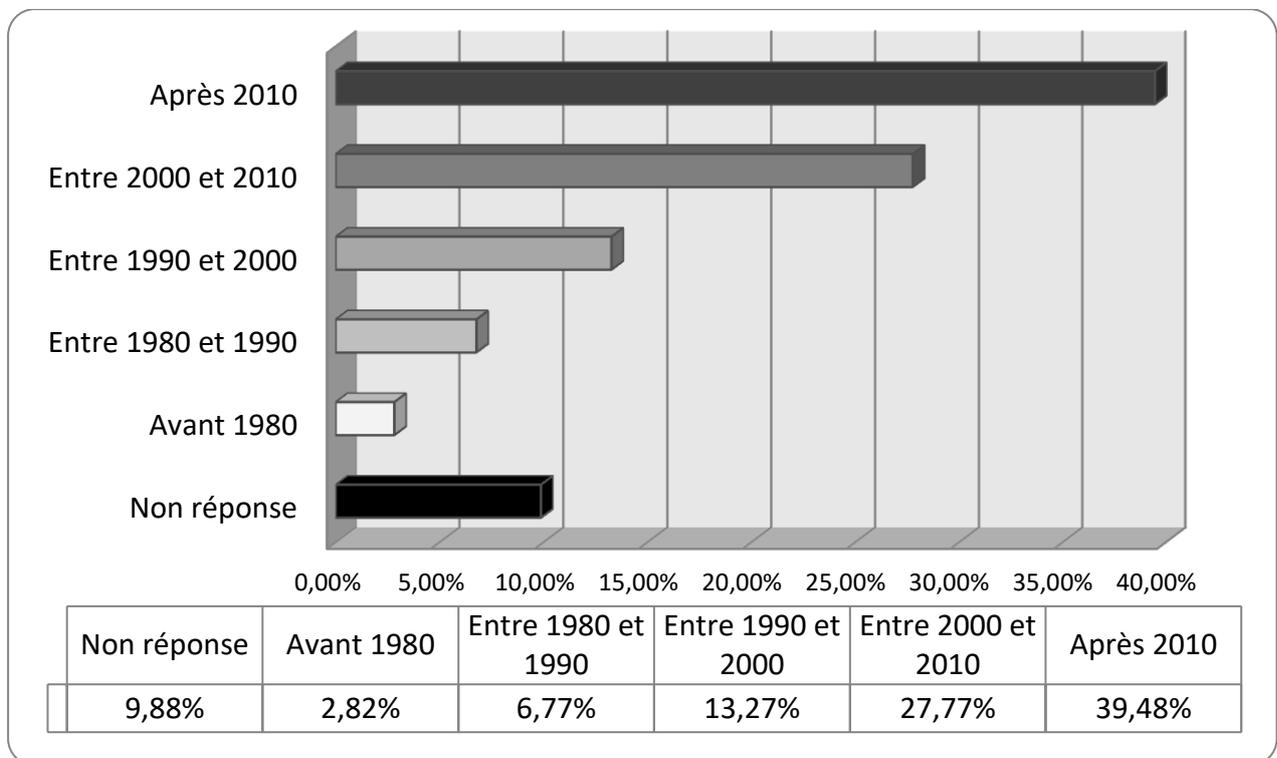
5.3.6 Mode de gestion du local d'exercice



5.3.7. Année d'entrée dans le cabinet actuel

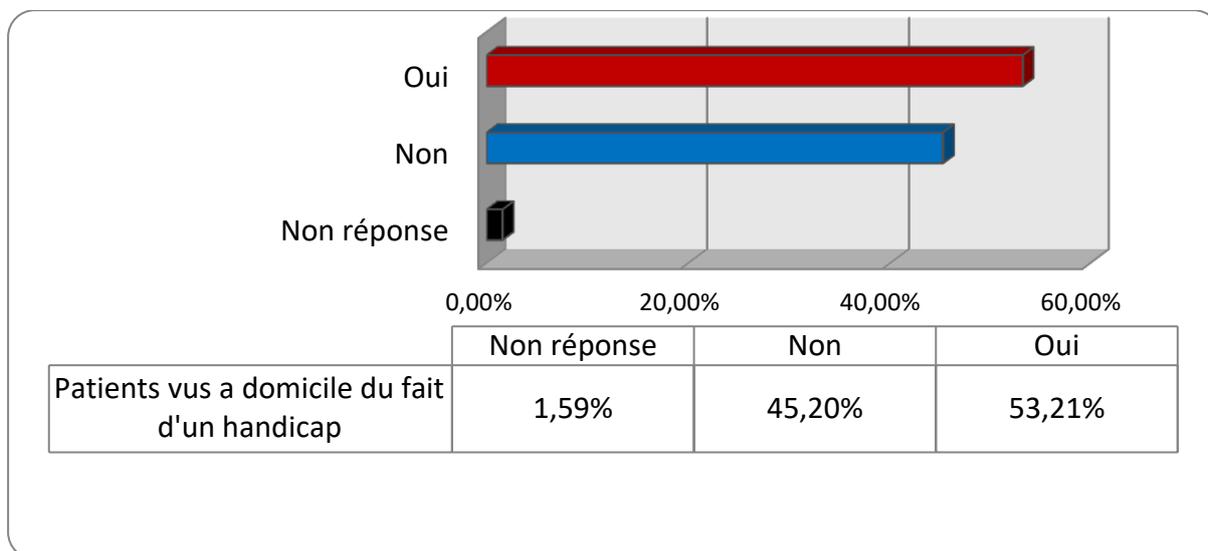


5.3.8. Année des derniers travaux dans le cabinet



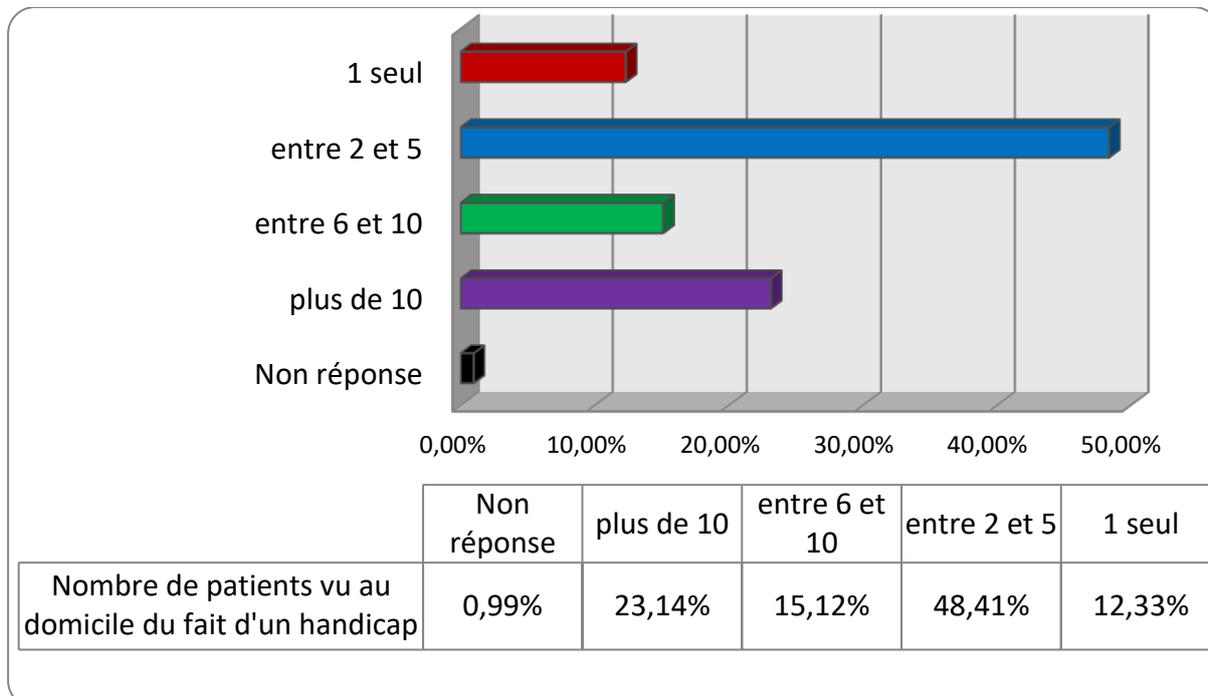
5.4. Patientèle et handicap

5.4.1 Visites et patientèle présentant un handicap



5.4.2 Nombre de patients vus à domicile du fait du handicap

Parmi les 53.21 % qui exercent en visite du fait du handicap du patient :

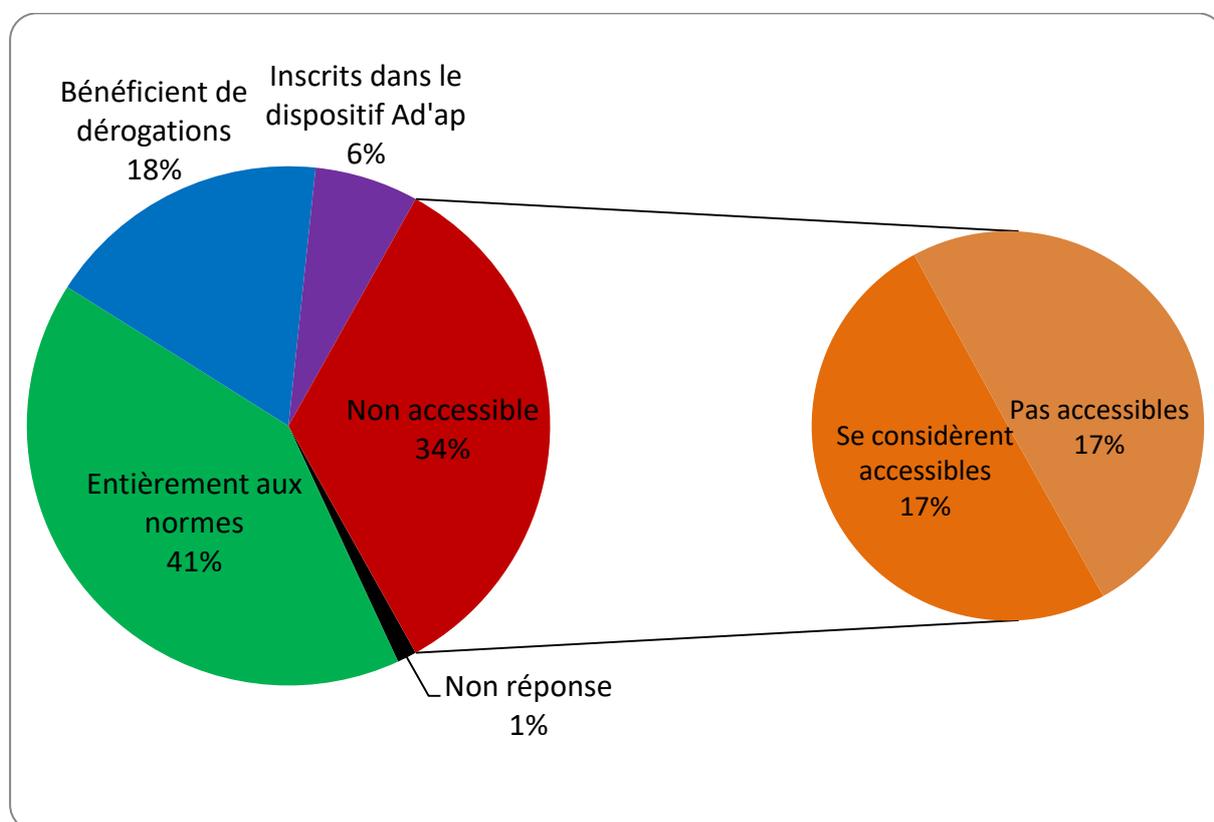


5.5 Accessibilité du cabinet médical

5.5.1 Niveau d'accessibilité du cabinet médical

Concernant le cabinet médical des médecins ayant répondu au questionnaire :

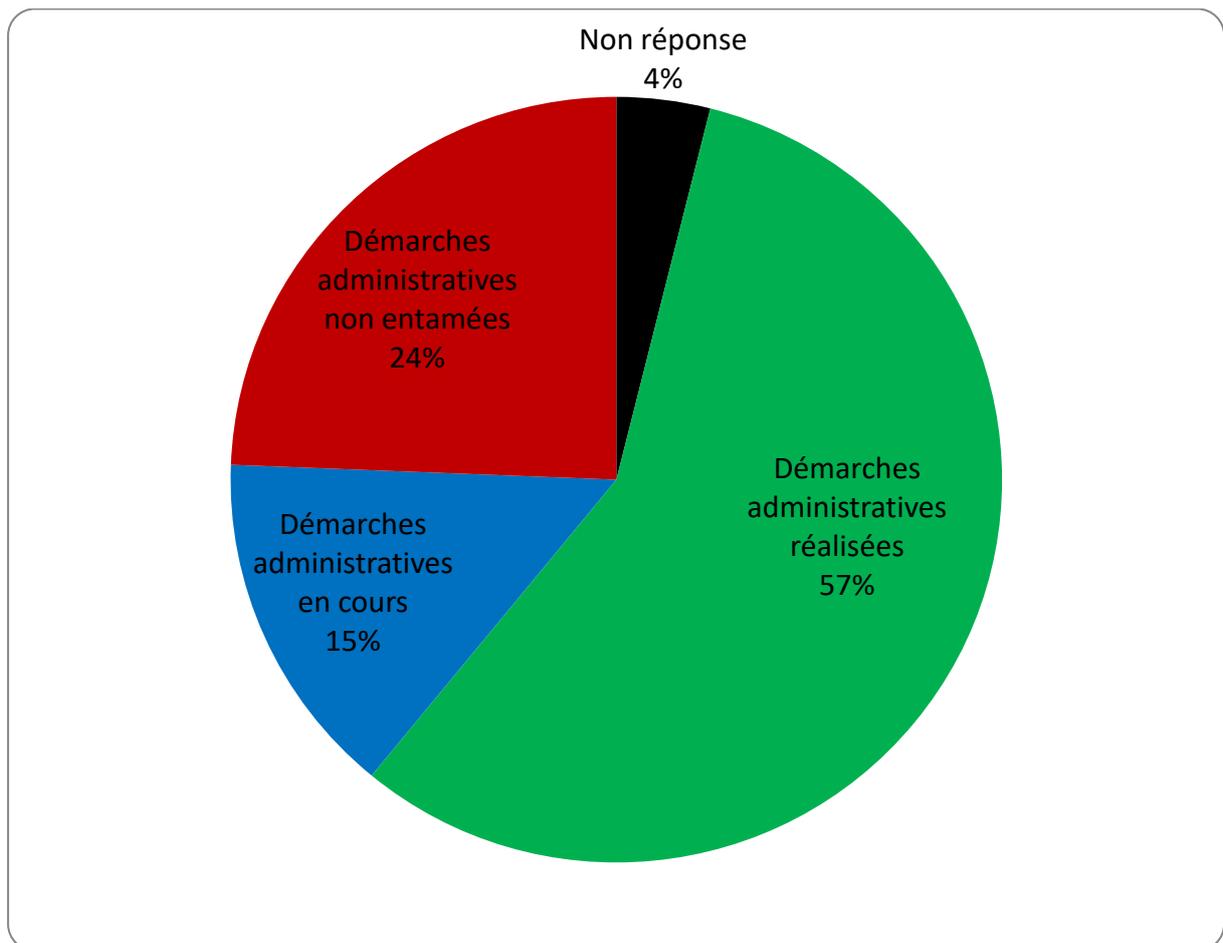
- 40.86 % affirment être entièrement aux normes émises par le gouvernement.
- 17.68 % affirment être accessibles dans la limite des possibilités techniques et bénéficient de dérogation.
- 6.42 % sont inscrits dans le dispositif Ad'AP pour rendre leur local accessible dans le futur.
- 16.97 % se considèrent accessible même s'ils ne répondent pas à la totalité du cadre légal ou dérogatoire.
- 16.87 % ne sont pas accessibles de manière optimale.
- 1.20 % n'ont pas répondu à cette question.



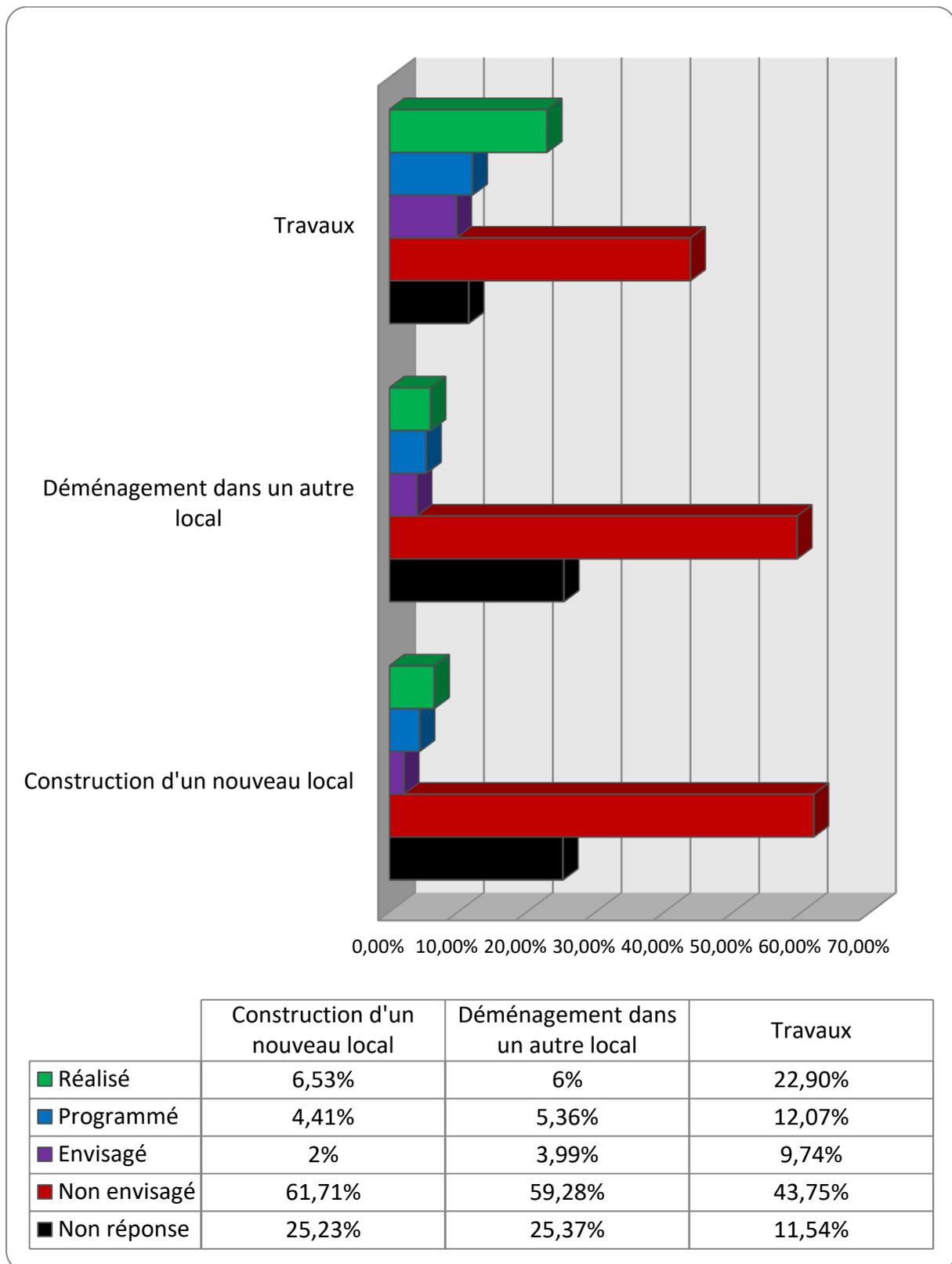
5.5.2 Démarches administratives de certification

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire :

- 57.02 % ont réalisé les démarches administratives pour l'accessibilité du cabinet médical (certification, demande de dérogation, inscription Ad'AP).
- 14.68 % ont ces démarches en cours.
- 24.38 % n'ont pas encore entamé ces démarches.
- 3.92 % n'ont pas répondu à cette question.



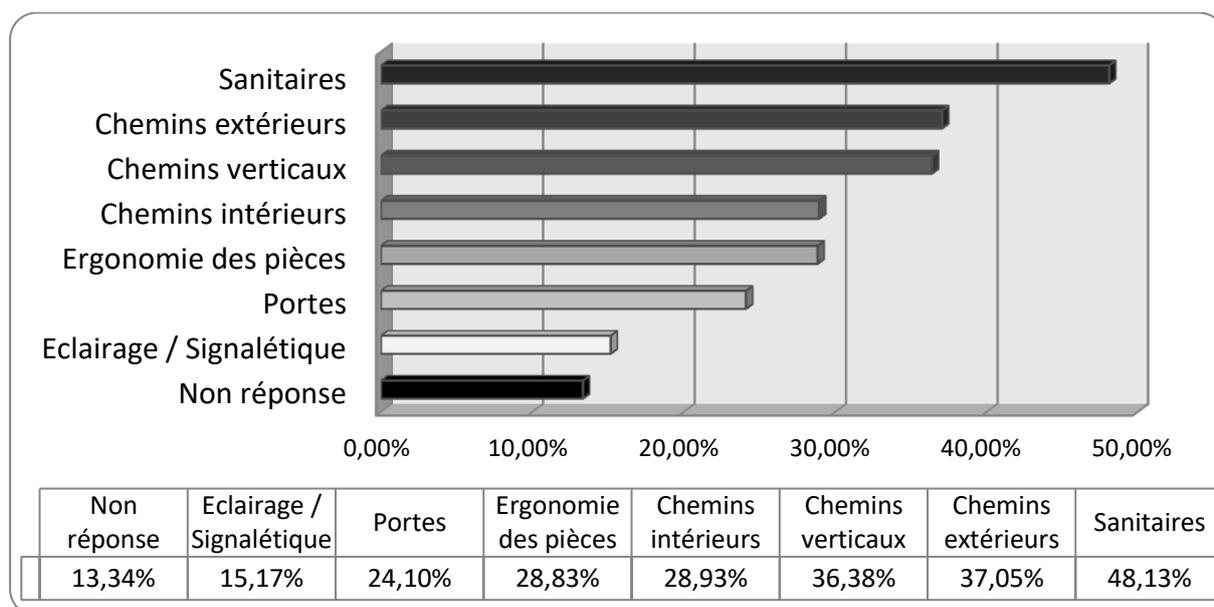
5.6 Méthodes pour améliorer l'accessibilité du cabinet médical



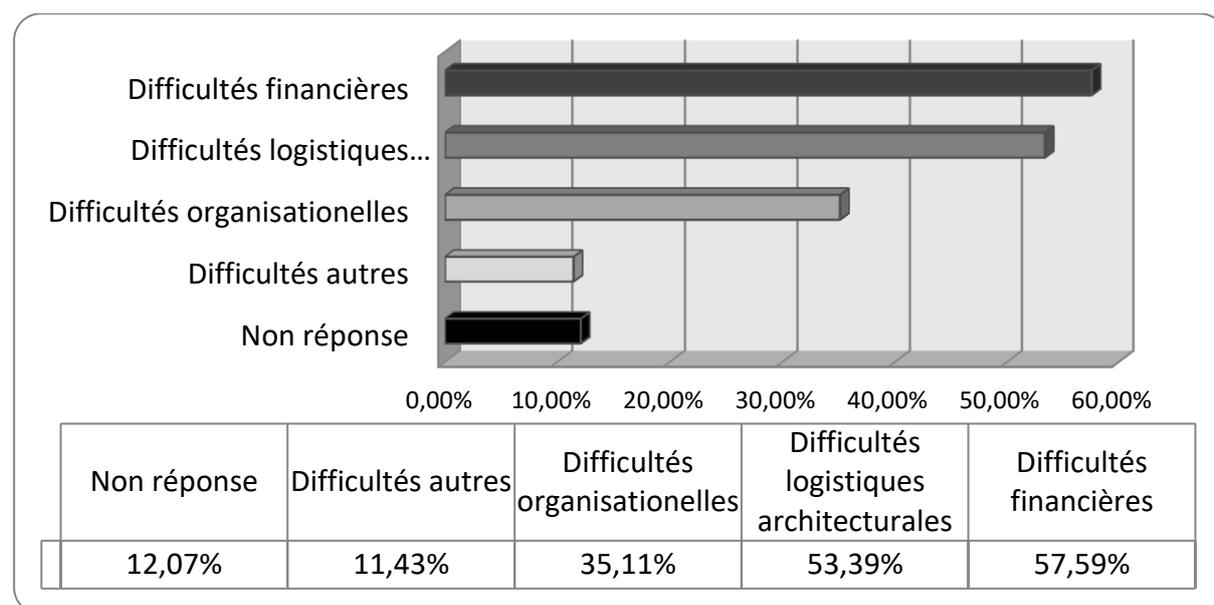
5.7 Difficultés à la mise aux normes

5.7.1 Difficultés techniques par rapport aux normes

Les médecins répondant au questionnaire ont eu à choisir trois points d'accessibilité parmi sept cités les plus difficiles à mettre aux normes : (total supérieur à 100%)

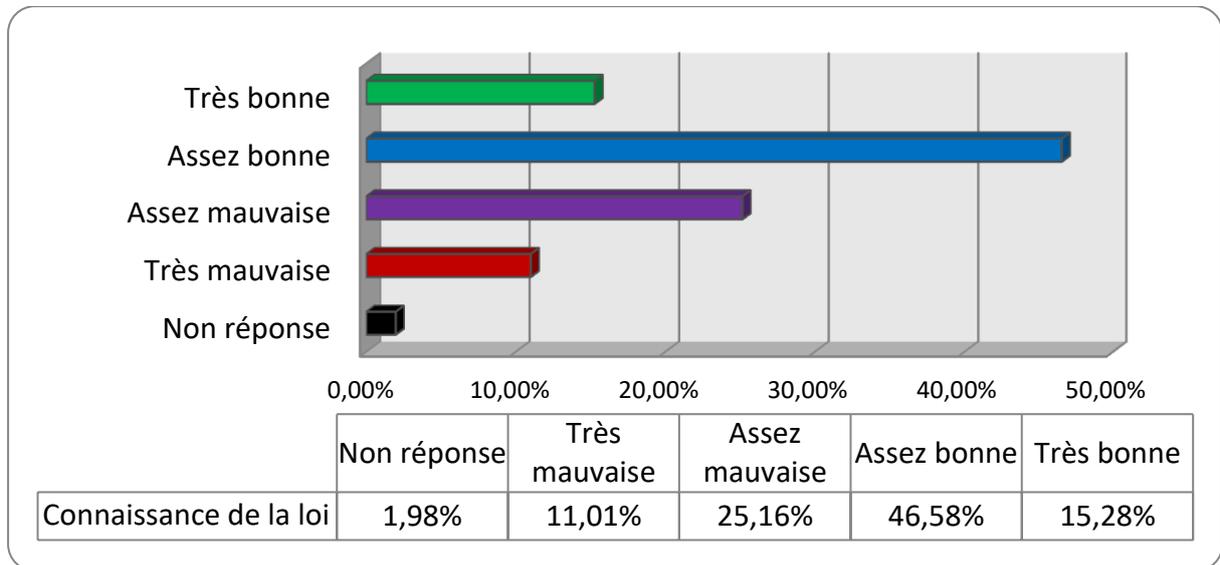


5.7.2 Difficultés globales par rapport à la mise aux normes

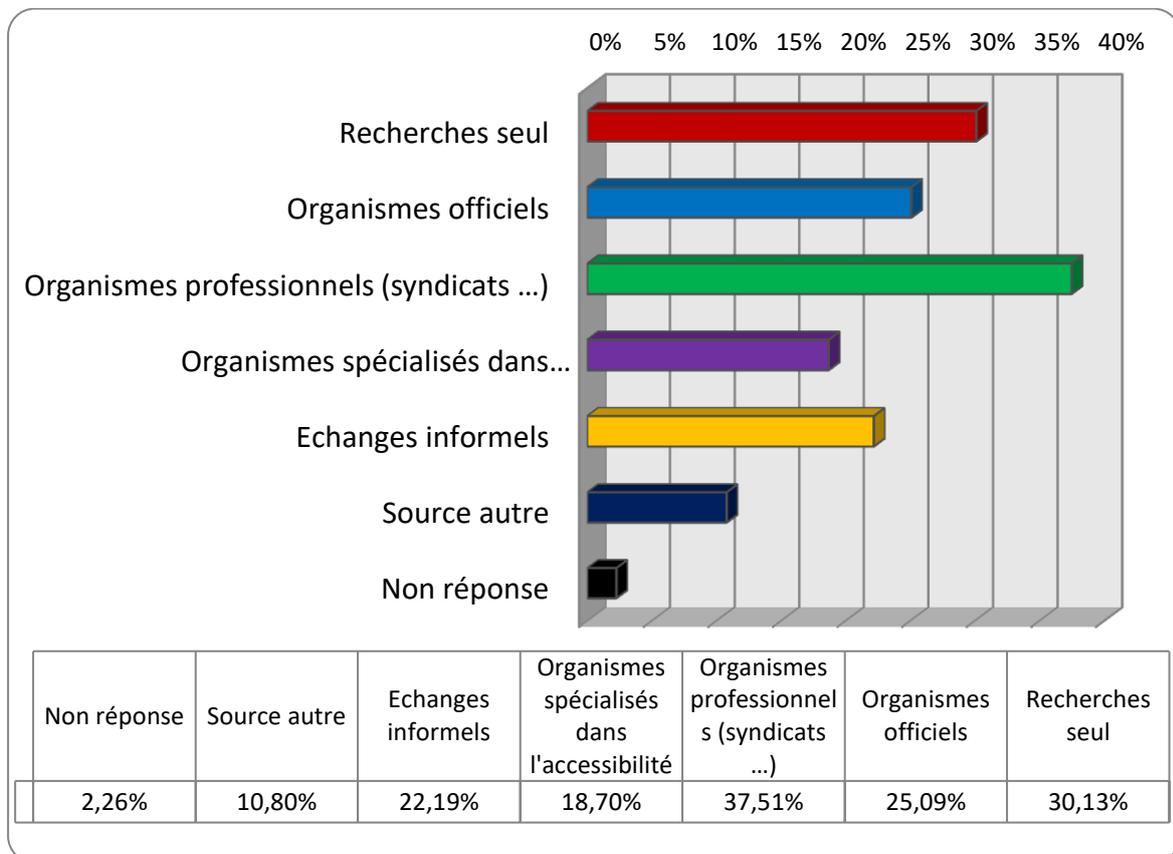


5.8 Connaissance de la loi

5.8.1 Connaissance de la loi concernant l'accessibilité

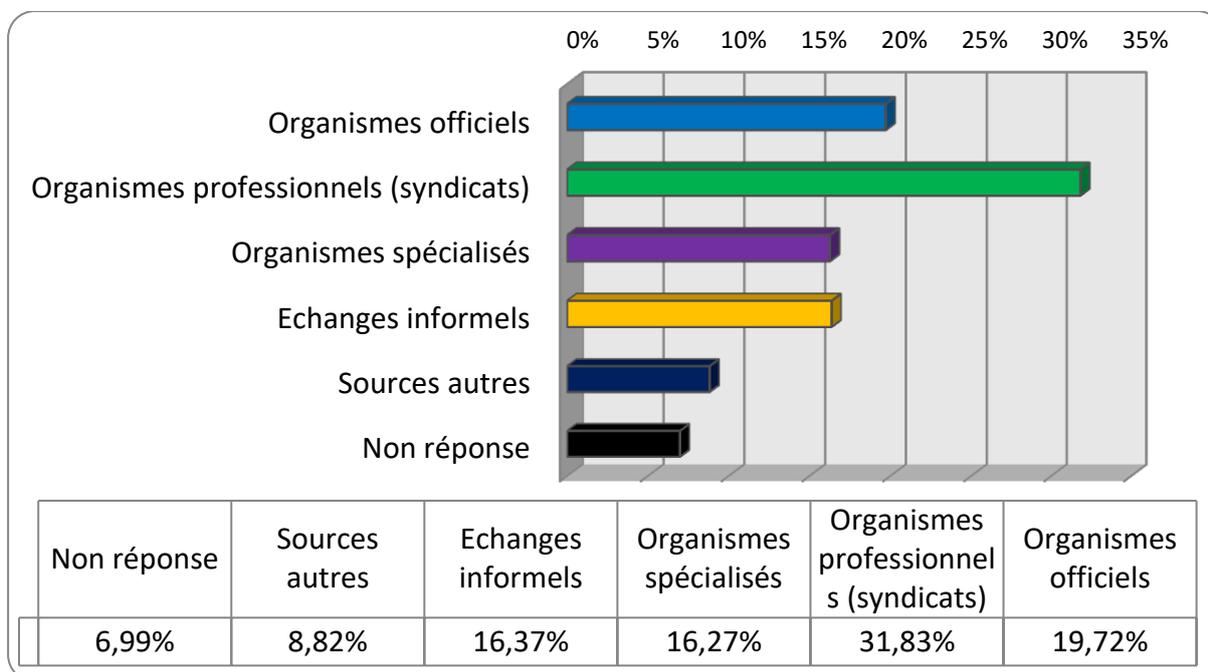


5.8.2 Sources d'informations



5.8.3 Pertinence des sources d'information

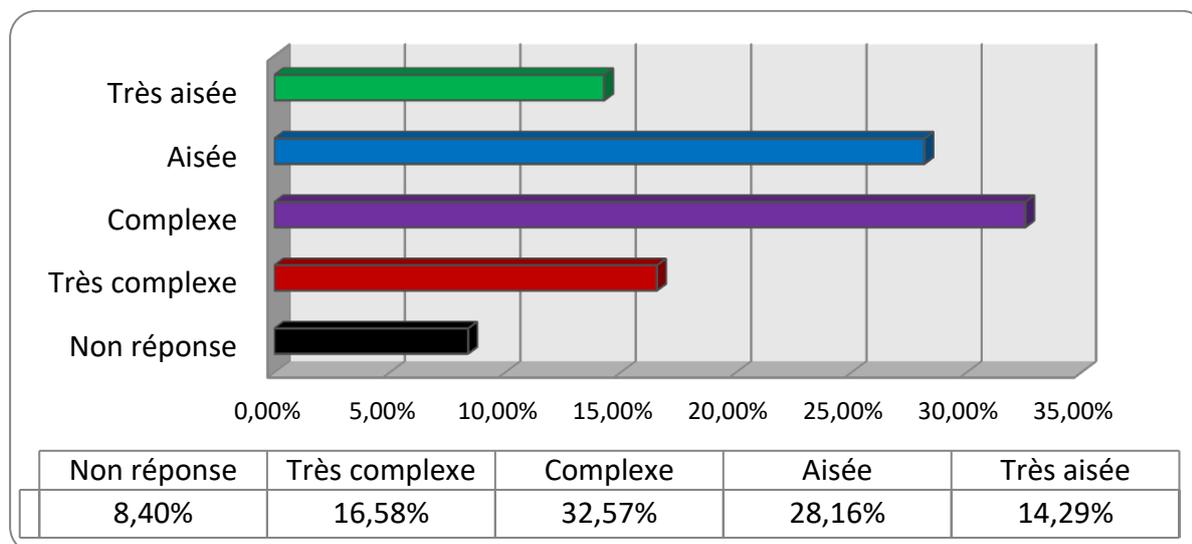
Les médecins ont eu à choisir la source d'information qu'ils ont jugée la plus pertinente.



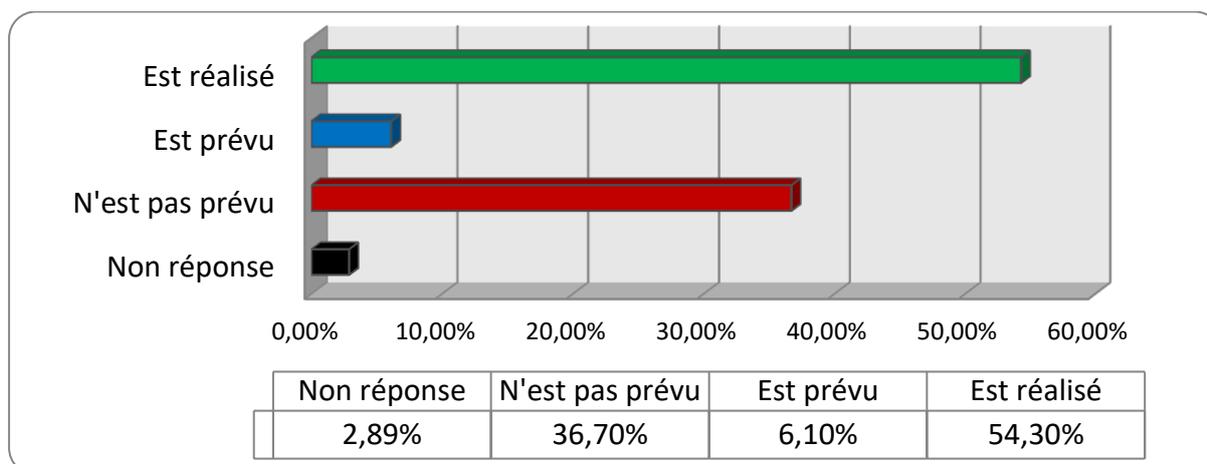
5.9 Diagnostic d'accessibilité

Le diagnostic d'accessibilité correspond à la mise ne lumière pour un cabinet médical des différentes modifications à réaliser pour être aux normes émises par le gouvernement.

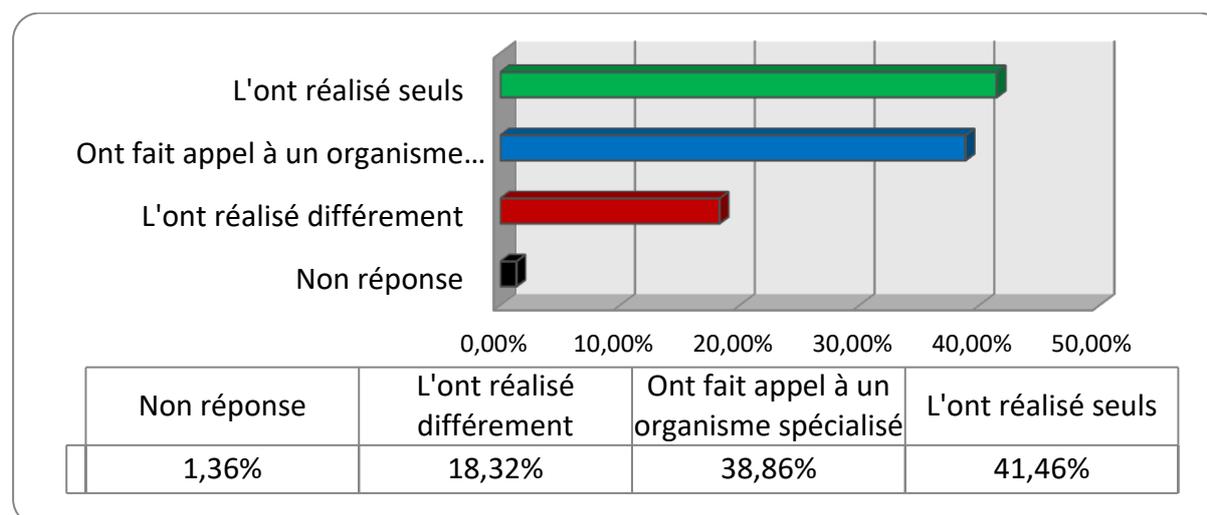
Pour les médecins ayant répondu, la réalisation du diagnostic d'accessibilité est / a été :



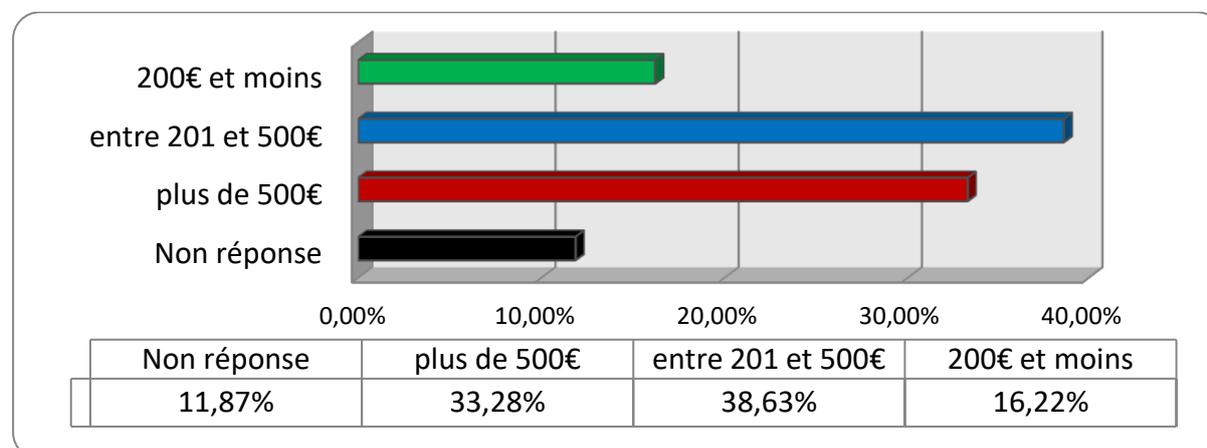
Ce diagnostic :



Parmi ceux l'ayant réalisé :



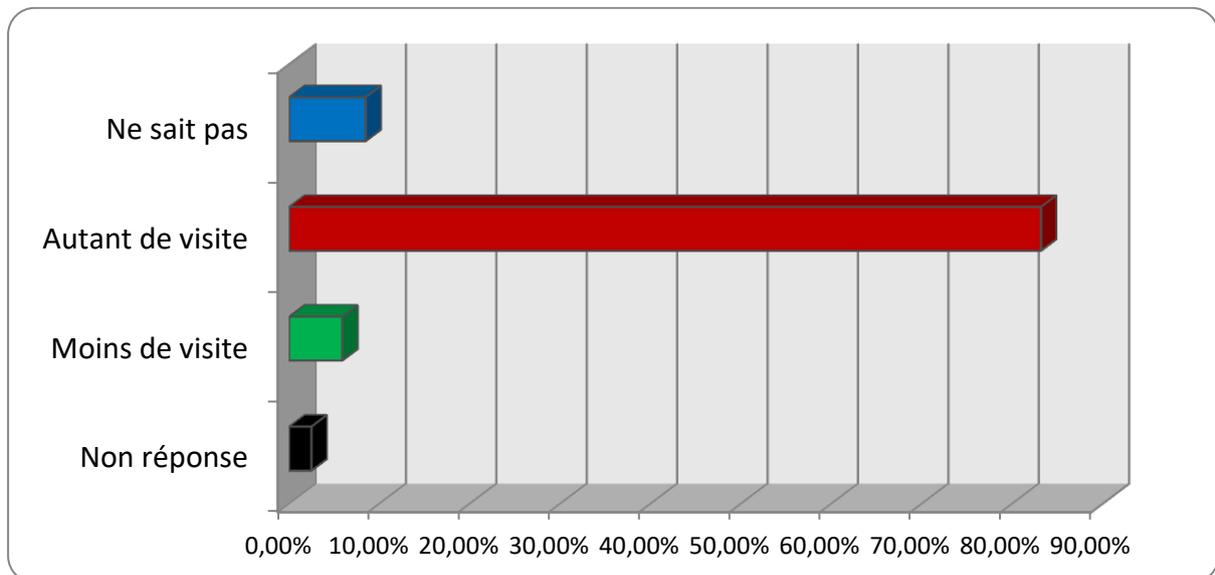
Parmi ceux ayant fait appel à un organisme, ils ont dépensé :



5.10 Répercussion de cette loi dans la pratique quotidienne

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire :

- 5.89 % pensent qu'ils réaliseront moins de visites du fait de cette mise aux normes.
- 83.17 % pensent qu'ils réaliseront autant de visites qu'actuellement.
- 8.47 % ne savent pas.
- 2.47 % n'ont pas répondu à la question.



5.11 Ressenti des médecins libéraux par rapport à cette obligation de mise aux normes

Il y a eu 2435 réponses rédactionnelles à la question du ressenti.

5.11.1 La complexité

La complexité du dispositif arrive en premier lieu avec **548 points**. Plusieurs aspects sont mis en avant :

- La complexité de la loi et des normes, très précises et parfois peu compréhensibles pour des personnes non initiées aux bases de l'architecture.

- La complexité dans la réalisation des travaux pour la mise aux normes. Difficultés architecturales, difficultés avec la copropriété.
- La complexité administrative qui en découle.
- La difficulté pour trouver un interlocuteur fiable auquel poser les questions.

5.11.2 L'inutilité de la réforme

Cet impératif de mise aux normes est souvent trouvée inutile par les praticiens libéraux

- A leur sens : tout fonctionnait bien avant cet impératif, aucun patient souffrant de handicap n'a été dans l'impossibilité de bénéficier d'une consultation.
- Du fait des habitudes de visites pour les médecins généralistes, les patients souffrant de handicap et qui sont vus à domicile, ne changeront pas leur façon de faire.

Ce concept bénéficie de **385 points**.

5.11.3 Le coût pour la mise aux normes

Le coût imposé pour la mise aux normes apparaît excessif pour de nombreux praticiens :

- Coût du diagnostic d'accessibilité.
- Coût des travaux de mise aux normes.
- Coût d'un éventuel déménagement.
- La non-réévaluation de la valeur du C revient souvent dans les notions de coût.
- Nécessité d'un gros investissement alors que la retraite est proche pour certains.

Cet item bénéficie de **301 points**.

5.11.4 La nécessité et la bonne intention de ce dispositif

L'utilité du dispositif, sa bonne intention voire sa nécessité revient fréquemment. Il apparaît comme un progrès pour les patients présentant un handicap, un plus pour leur autonomie.

- Pour certains : il était temps, la mesure aurait dû être mise en place depuis longtemps

Cet item bénéficie de **284 points**.

5.11.5 Les alternatives à ce dispositif

Beaucoup de praticiens émettent des alternatives à cette obligation de mise aux normes concernant l'accessibilité :

- Pour la majorité des médecins généralistes, la visite à domicile palie facilement à la non-accessibilité de leur cabinet de consultation. Au-delà de cela, la visite à domicile est bénéfique pour toutes les personnes ne pouvant pas se déplacer.
- Certains émettent l'idée que la nécessité de mise aux normes ne devrait concerner que les nouvelles installations de médecins et ainsi entrer dans une séquence de mise aux normes plus progressive, moins brutale.

Cet item bénéficie de **257 points**.

5.11.6 L'exigence excessive des normes et la contrainte qu'elle génère

En plus d'être complexes, les normes d'accessibilité sont souvent trouvées trop exigeantes, trop contraignantes, pas assez flexibles. Ainsi certains se considèrent accessibles aux patients présentant un handicap bien que leur cabinet de consultation ne présente pas tous les critères demandés par le gouvernement.

Cet item bénéficie de **229 points**.

5.11.7 Les conséquences de cet impératif de mise aux normes

Un certain nombre de conséquences à cette nécessité de mise aux normes est retrouvé et décrit

- Certains praticiens envisagent une retraite anticipée.
- D'autres comptent retourner vers le salariat.
- La crainte de voir les centres villes des grosses agglomérations se vider de leurs médecins du fait de l'impossibilité de mise aux normes dans de nombreux bâtiments historiques est également souvent relevée. C'est favoriser l'accessibilité au profit de l'accès au soi.
- Certains craignent avoir des difficultés à céder leur cabinet médical en fin de carrière si la mise aux normes n'est pas validée.
- Cet impératif de mise aux normes constitue un frein à l'installation des jeunes médecins.
- Certains choisissent de condamner leur WC pour les patients plutôt que d'avoir à les mettre aux normes. En effet, il n'y a pas d'obligation de posséder un WC pour la patientèle.
- D'autres ont décidé de se mettre aux normes mais de cesser les visites à domicile en contrepartie, quitte à demander un transport pour la consultation au cabinet médical.

Cet item bénéficie de **218 points**.

5.11.8 La disproportion entre les conséquences de cette mise aux normes et le bénéfice réel

La disproportion entre les conséquences de cet impératif de mise aux normes et les bénéfices réels est mise en avant :

- Grosses contraintes pour très peu de patients présentant un handicap qui arrivaient déjà à venir au cabinet ou qui n'y viendront pas plus car ils ont pris leurs habitudes de consommation de soin à domicile.

- Gros travaux pour un cabinet accessible dans sa globalité mais qui ne répond pas à 100% des critères émis par le gouvernement. Bénéfice alors minime.

Cet item bénéficie de **196 points**.

5.11.9 L'absence de difficulté avec cette mise aux normes

Certains praticiens expliquent l'absence de difficulté vis-à-vis de cette obligation de mise aux normes. Certains travaillent dans des cabinets récents / MSP qui ont intégré les normes émises par le gouvernement. D'autres ont anticipé et n'ont pas attendu l'impératif de mise aux normes pour favoriser l'accessibilité de leur cabinet médical. D'autres encore ont leur cabinet dans leur lieu d'habitation et ne sont alors pas contraints aux normes de ERP.

Cet item bénéficie de **187 points**.

5.11.10 La colère et l'animosité des médecins vis-à-vis de cet impératif de mise aux normes

Une certaine colère / animosité ressort de nombreux commentaires vis-à-vis de cette loi et du gouvernement.

Cet item bénéficie de **186 points**.

5.11.11 La question de l'accès jusqu'au cabinet médical et de l'accès aux autres ERP

Certains se posent la question de l'accès :

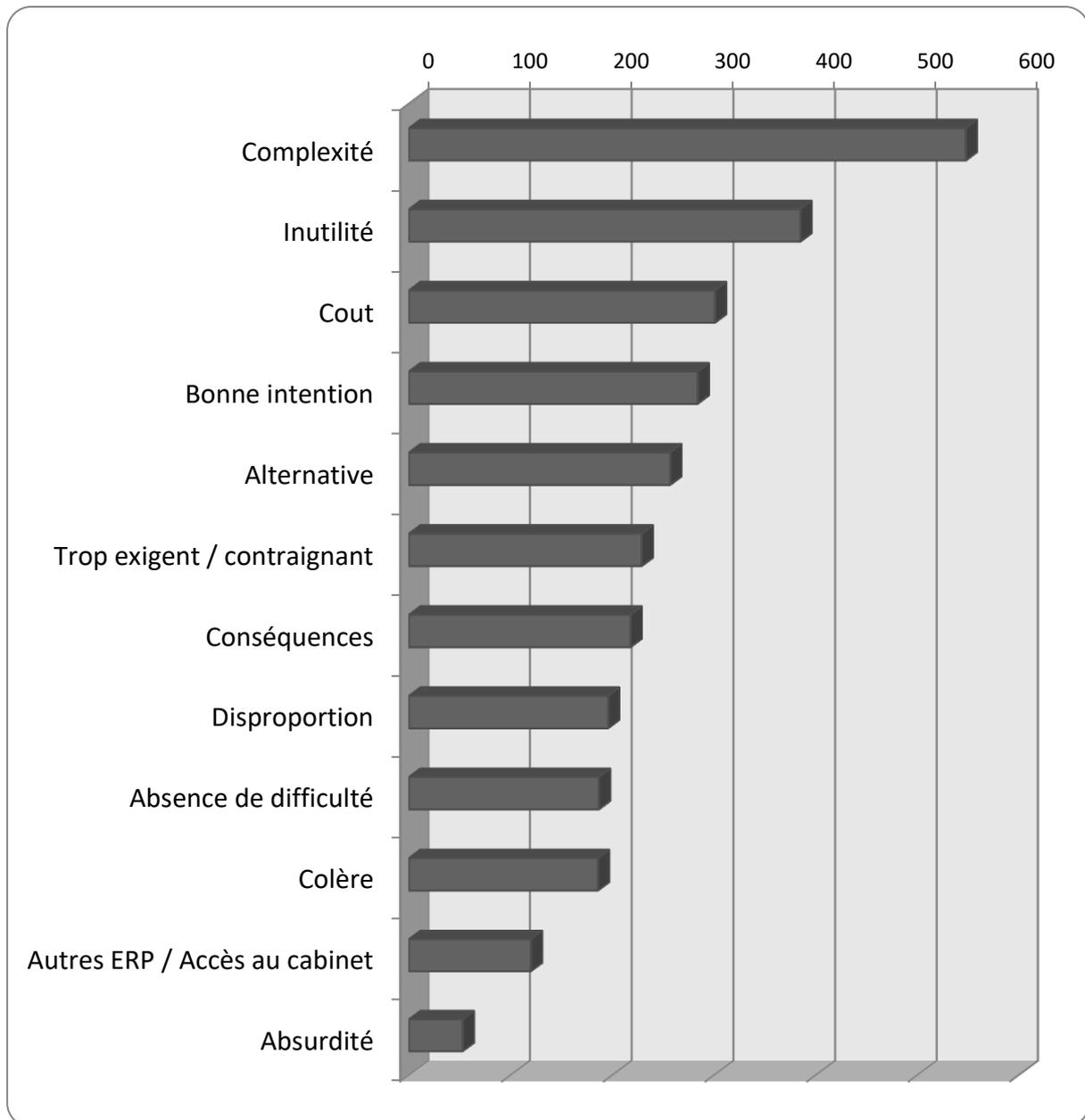
- Jusqu'à leurs cabinets : sont décriés, les trottoirs car non adaptés aux fauteuils roulants, certaines stations de métro des grandes villes où les fauteuils roulants ne peuvent accéder.
- Des autres ERP : bâtiments administratifs, bâtiments publics.

Cet item bénéficie de **120 points**.

5.11.12 L'absurdité du dispositif

Une minorité décrit cet impératif de mise aux normes comme absurde sans développer davantage.

Cet item bénéficie de **53 points**.



6. Discussion

6.1 L'étude

Cette thématique a déjà été abordée au travers de questionnaires d'auto-évaluation, tout en restant le plus souvent au niveau local, départemental ou régional. Un travail de ce type a été notamment réalisé en Alsace en 2014 dans le cadre d'une thèse (32), il incluait les médecins généralistes exerçant en Alsace. Notre travail élargissait donc la population cible tout en étant un des premiers à réévaluer l'accessibilité des cabinets médicaux après la date butoir de fin septembre 2015.

6.2 Population, taux de réponse et caractéristiques de l'exercice.

En 2016, l'INSEE, reprenant des chiffres de la DREES quantifie le nombre de médecins à 223 571 dont 130 006 ayant une activité libérale ou mixte (33). Notre questionnaire a été envoyé à 35164 médecins soit environ 16% des médecins. Avec 2834 réponses, sur les 130 006 libéraux français, nous avons rassemblé 2% de réponse à l'échelle de la France, 8% à l'échelle de notre population cible.

Les listes électorales aux URPS recensent, elles, au 31 mai 2015, 116258 médecins libéraux. Elles ont l'avantage de ne pas prendre en compte les remplaçants.

Ce taux de participation peut sembler faible, il correspond néanmoins à la moyenne du taux de réponses aux différents questionnaires qu'émet le Docteur Claude Bronner dans le cadre des travaux qu'il dirige (34).

L'étude régionale sus-citée présentait un taux de réponse bien plus important (environ 34%), mais avec une population totale plus restreinte, l'auteur a pu se permettre de réaliser un rappel téléphonique systématique aux médecins inclus dans son étude.

Notre recueil de données a duré un mois au total. Au vu de la courbe de réponse, augmenter la durée du recueil de données n'aurait eu que peu d'intérêt dans la mesure où le nombre de réponses entrant après le second envoi du troisième rappel du 29 mars 2016 était très faible.

On constate néanmoins, que chaque envoi, qu'il soit inclus dans le « zapping » du syndicat FMF union généraliste ou envoyé isolément, se répercute par un pic de réponses.

Hypothèses quant aux raisons de la non réponse des médecins au questionnaire :

- L'animosité que suscite cette thématique aux yeux de nombreux médecins.
- La redondance de la thématique abordée, dans la mesure où l'accessibilité des cabinets médicaux est un sujet qui est discuté depuis quelques années.
- Le nombre important de questionnaires envoyés aux praticiens dans le cadre de travaux écrits comme celui-ci
- Le caractère légal, architectural et peut-être moralisateur du sujet.

Concernant la parité, il y a selon ces mêmes statistiques de l'INSEE une majorité de médecins de sexe masculin (en 2016, 56% des médecins étaient de sexe masculin, versus 44% de sexe féminin) (33). Bien que cette tendance s'inverse au fil des années, la parité dans notre étude est comparable aux données de 2016.

En ce qui concerne les spécialités, nous avons eu une nette majorité de réponses de médecins généralistes. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène

- Notre échantillon d'envoi n'est pas comparable en termes de pourcentage à la population médicale globale.

- Bien que plus nombreux à l'échelle nationale les médecins spécialistes d'organes exercent moins en libéral (50.7% versus 67% pour les médecins généralistes). (33)
- Il existe peut-être un moindre intérêt des spécialistes libéraux à cette thématique d'autant plus que notre questionnaire impliquait des questions sur les visites à domicile, chose que les médecins spécialistes d'organe ne font pas.

Le mode d'exercice s'articule en une majorité d'exercice en association, 40% d'exercice seul et moins de 10 % d'exercice en maison de santé. L'exercice en association permet une meilleure répartition des coûts pour la mise aux normes mais les différents médecins, doivent en contrepartie s'entendre sur les modalités de mise aux normes. Les maisons de santé sont une entité émergente ces dernières années. Ce sont des structures plus volumineuses, englobant plus de personnel et disposant ainsi de plus de moyens. Souvent, l'ouverture d'une maison de santé, nécessite l'acquisition d'un nouveau local (les normes d'accessibilité sont alors un critère de choix dudit local) ou bien d'importants travaux d'extensions dans lesquels est inclus la mise aux normes. L'exercice seul permet de choisir comment se fera la mise aux normes mais en contrepartie l'intégralité des frais dépendra d'une seule personne.

Le milieu d'exercice a également une importance pour la mise aux normes d'accessibilité. Une majorité de médecins ayant répondu au questionnaire exercent en milieu urbain. L'exercice en milieu urbain implique plus souvent un cabinet médical avec moins d'espace et dans un bâtiment d'habitation collective, au rez-de-chaussée ou à l'étage. Tout l'accès jusqu'au cabinet médical, et les travaux pour la mise aux normes, dépend alors de la copropriété. De plus, les travaux dans le cabinet, sont parfois techniquement et matériellement impossibles à réaliser, sans parler des possibilités d'extension quasi nulles. S'y ajoute encore

la difficulté à trouver un nouveau local aux normes si l'actuel ne peut être mis aux normes. De plus les coûts en milieu urbain sont souvent plus élevés.

Le milieu semi-urbain et le milieu rural sont pour cela plus faciles à mettre aux normes.

Les cabinets situés dans des bâtiments d'habitation collective, où les points d'accessibilité sont plus nombreux, représentent près de la moitié des cabinets médicaux. La mise aux normes dans ces locaux y sera plus onéreuse et plus complexe. La nécessité d'avoir l'accord de la copropriété pour l'aménagement des communs est également une difficulté supplémentaire.

Concernant la modalité de début d'exercice, nous voyons que la majorité a créé un cabinet à ses débuts. A l'heure actuelle une création de cabinet implique un local 100% aux normes sans dérogation possible. Lors de la reprise d'un cabinet médical existante ou lorsqu'un médecin rejoint une association existante, une attention particulière doit être apportée aux normes d'accessibilité du local, sans quoi, des frais et des difficultés risquent d'arriver par la suite pour la mise aux normes.

Pour les cabinets au sein de la résidence principale, il n'y a pas d'obligation de mise aux normes, si et seulement si, un même ensemble de pièces est utilisé dans le cadre familial et dans le cadre professionnel. Le bâtiment est alors classifié en « bâtiment d'habitation » (35). Par contre, si deux pièces dans le bâtiment d'habitation, ont un usage exclusivement professionnel (ex : salle de soin et salle d'attente), le bâtiment devient un ERP et est alors soumis aux normes. Une minorité de médecins choisissent néanmoins ce mode d'exercice.

Concernant le mode de gestion du local d'exercice, il y a environ 45% de propriétaires et 45% de locataires et les 10% restant étant copropriétaires.

Le fait d'être propriétaire permet d'être plus libre pour la mise aux normes mais implique des coûts supportés par une seule personne. Au contraire, pour le locataire, les frais s'articulent en fonction du bail entre le locataire et le propriétaire et peuvent être source de tensions entre les protagonistes.

6.3 Patientèle et handicap

Un peu plus de la moitié des médecins ayant répondu à l'étude voient des patients à leur domicile du seul fait de leur handicap. Considérant qu'environ 20% des personnes ayant répondu au questionnaire sont des médecins spécialistes et que ceux-ci ne font pas (ou exceptionnellement) de visite à domicile, nous avons environ 2/3 de la population de médecins généralistes qui font des visites à domicile du seul fait du handicap de leur patient.

Le plus souvent, ces médecins ont entre 2 et 5 patients bénéficiant ainsi de consultation au domicile du fait de leur handicap.

6.4 Accessibilité

L'évaluation de l'accessibilité est un point central de l'étude. Un des biais est lié au fait qu'il s'agit d'une autoévaluation de la part des médecins. Bien que l'on espère la bonne foi des médecins interrogés, le côté investigateur voire dénonciateur de la question peut inciter à des réponses différentes de la réalité. Une autre limite de notre enquête est liée au fait que notre questionnaire n'explorait pas spécifiquement chaque point d'accessibilité défini par la loi. La conséquence pourrait être que les médecins se croient accessibles alors qu'ils ne le sont pas

réellement. Cela d'autant plus que les connaissances sur ce domaine sont parfois limitées. L'analyse des différentes thèses rédigées sur le sujet semble montrer que plus le questionnaire est précis sur les différents points d'accessibilité, moins le pourcentage de cabinets accessibles est élevé (32).

Un questionnaire explorant plus spécifiquement les différents points d'accessibilité a été créé, mais devant son côté extrêmement long et complexe, il n'a pas été retenu, au profit du questionnaire utilisé dans ce travail (annexe 3).

Des informations sur les différents points d'accessibilité ainsi qu'un lien vers la brochure gouvernementale étaient néanmoins présents dans le mail d'envoi (annexe 4) afin de donner aux médecins des informations pertinentes pour la réponse au questionnaire.

Au vu des résultats, environ 65% des cabinets médicaux sondés répondent au cadre légal, que ce soit dans le cas d'une accessibilité complète, de dérogation ou d'inscription à l'AdAP. Et c'est ainsi qu'environ 35% des médecins sondés sont « hors la loi ».

Ces chiffres sont grossièrement comparables à ceux émis par le gouvernement. Ainsi Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'Etat chargé du handicap, précisait qu'au 1^{er} mars 2016, sur le million d'ERP en France, environ 250 000 n'étaient ni aux normes, ni entrés du tout dans la démarche de mise aux normes (36).

Certains articles semblent néanmoins exprimer que les cabinets médicaux sont les « mauvais élèves » concernant cette nécessité de mise aux normes des ERP (37).

L'enquête de 2014, réalisée en Alsace (32), retrouvait une accessibilité totale à 6.8%, là où notre enquête retrouve une accessibilité totale à 41%. Certes les méthodologies sont

différentes, mais ces chiffres semblent tout de même évoquer une situation qui va en s'améliorant.

Antérieurement à cette étude alsacienne, des enquêtes similaires ont été réalisées dans le cadre de travaux de thèse avec des chiffres assez variables :

- A Marseille en 2007 : accessibilité totale à 7.6% (38).
- En Indre et Loire en 2008 : accessibilité totale à 33% (39).
- En Loire en 2010 : accessibilité totale à 11.7% (40).
- En Midi-Pyrénées en 2010 : accessibilité totale à 1.71% (41).
- En Picardie en 2010 : accessibilité totale à 26.5% (42).
- En Loir-et-Cher en 2012 (handicap visuel) : accessibilité totale à 3.3% (43).
- Secteur de Clisson en région nantaise en 2012 : accessibilité totale à 3.1% (44).
- En Nord-Pas-de-Calais en 2012 : accessibilité totale à 30% (45).
- A Arras en 2013 : accessibilité totale à 20.7% (46).
- A Lyon en 2014 : accessibilité totale à 16% (47).

Plus récemment :

- En Picardie en 2016 : accessibilité totale à 2.4% (48).

Après la mise aux normes suit la certification pour validation de la part des instances administratives. On retrouve alors des chiffres comparables, dans la mesure où nous retrouvons les 65% de cabinets médicaux répondant au cadre légal dans les démarches administratives réalisées ainsi que les 35 % ne répondant pas au cadre légal et qui n'ont pas complété ou finalisé le dossier administratif.

Les questions concernant les méthodes pour la mise aux normes ont globalement été mal comprises. L'idée était de sonder comment la mise aux normes a été ou sera effectuée. Ainsi

trois propositions ont été faites : les travaux (faits, à faire, envisagés, non envisagé), un déménagement (fait, à faire, envisagé, non envisagé), la construction d'un nouveau local (fait, à faire, envisagé, non envisagé). Une réponse dans chacune des trois propositions était souhaitée, mais du fait du fort taux d'absence de réponses, la tournure manquait peut-être de clarté. Néanmoins, on notera que dans la majorité des cas, des travaux de mise aux normes ont été la solution privilégiée, alors que le déménagement et la construction d'un nouveau local sont plus minoritaires et comparables.

Les trois difficultés techniques majoritairement retrouvées par les médecins pour la mise aux normes concernent :

- Les sanitaires en premier lieu : il est probablement difficile de mettre les sanitaires aux normes dans la mesure où ceux-ci, pour entrer dans le cadre légal, nécessitent une surface importante qui, si elle n'a pas été prévue de base, est malaisée à étendre.
- Le cheminement extérieur en second lieu : dans le cheminement extérieur se pose souvent la question de la copropriété, où il est difficile d'imposer les normes.
- Les cheminements verticaux en troisième lieu : Il est souvent retrouvé, et ce surtout dans des bâtiments plus anciens, quelques marches d'accès, où l'espace restant ne permet pas la mise en place d'une pente d'accès. Se pose également la question des cabinets situés dans les étages et où aucun ascenseur n'est en place. Ceci existe surtout dans les centres historiques des grandes villes où de plus, la densité médicale est importante.

De manière moins technique, les difficultés rencontrées par les médecins sont majoritairement de deux ordres :

- Financière : en effet, la mise aux normes est coûteuse. Les médecins, et notamment ceux proches de la retraite, y voient une perte nette d'argent.
- Logistique et architecturale : il est parfois difficile voire impossible de répondre aux nombreuses normes dans un espace, une surface définie. Cette difficulté est aussi plus souvent rencontrée dans les centres villes des grosses agglomérations. Un déménagement ou la construction d'un nouveau local est une décision importante et risquerait de vider les hyper-centres de leurs médecins.
- Les difficultés organisationnelles, incluant la fermeture du cabinet médical pour travaux, un éventuel désagrément pour la patientèle et pour la pratique, quand bien même le cabinet resterait ouvert durant les travaux, n'est resté que minoritaire, probablement du fait de son côté transitoire.

6.5 Connaissance de la loi

On se rend compte, que bien que 100% des cabinets médicaux soient concernés, environ 40% ont une mauvaise voire une très mauvaise connaissance de la loi, des normes, grossièrement de ce qu'ils doivent faire pour être aux normes. Il semble y avoir, bien que le sujet soit très souvent repris, un manque d'information fiable sur cette thématique.

A noter également que l'arrêté final du 8 décembre 2014, reprenant l'ensemble des normes (29), a été publié au Journal Officiel de la République Française, le 13 décembre 2014, soit 17 jours avant la date où les ERP doivent, soit être aux normes, soit s'engager dans une procédure d'Ad'AP. L'acquisition des informations sur ces normes et leur mise en place véritable a du se faire dans un délai extrêmement court.

Les sources d'information concernant l'accessibilité des ERP sont diverses. L'Etat, de qui émane ces normes a émis plusieurs plaquettes explicatives et récapitulatives, évoluant au fil du temps (23) (25). Il devrait être la première source d'informations. Or l'état, la source officielle, n'est cité que dans 25% des sources d'informations utilisées par les médecins. Plus souvent, les informations sont cherchées seules, ou bien données par les organismes professionnels comme l'ordre national des médecins ou bien les syndicats médicaux. Dans les suites de l'adoption de cette loi, des organismes payants, spécialisés dans l'accessibilité, ont vu le jour et ont été une source d'information pour environ 20 % des médecins.

D'après les médecins sondés, ce sont les sources officielles et les organismes professionnels qui ont les informations les plus pertinentes. Plusieurs raisons à cela, les sources officielles rédigent les normes et de ce fait sont au cœur des connaissances sur le sujet. Les organismes professionnels tels que l'ordre des médecins et les syndicats, ont pour volonté d'aider les médecins dans leurs démarches et disposent de moyens et de personnel afin de clarifier et de rendre plus compréhensibles certains points obscurs issus des sources officielles.

Après le recueil d'information concernant l'accessibilité, se pose la question du diagnostic d'accessibilité du cabinet médical, à savoir, la mise en lumière des différentes modifications à y apporter afin de répondre au cadre légal. Une très discrète majorité des médecins sondés, a trouvé la réalisation de ce diagnostic complexe. Ceci est probablement lié au peu de connaissances et à l'absence de formation aux normes architecturales des médecins. De plus là où des ERP plus volumineux, possèdent généralement plus de moyens afin de déléguer cette tâche, le cabinet médical, ERP de 5^{ème} catégorie, ne peut souvent pas se le permettre.

Ce diagnostic est réalisé dans une soixantaine de cas sur cent, ne l'est pas dans environ 35% des cas. Là encore sont retrouvés les 35% de médecins qui ne sont pas aux normes et qui n'ont pas initié les démarches administratives.

Pour la réalisation du diagnostic d'accessibilité, environ 40% des médecins ayant répondu au questionnaire ont fait appel à ces organismes spécialisés dans l'accessibilité alors que 40 autres % n'ont fait appel à personne et l'ont réalisé seuls. Les autres l'ont réalisé différemment. A noter que le gouvernement a mis en place un site dédié à la réalisation du diagnostic d'accessibilité pour les cabinets médicaux (49).

Ces organismes spécialisés dans l'accessibilité, sont des entités qui, moyennant compensation financière, s'occupent de réaliser le diagnostic d'accessibilité et de réaliser les certifications une fois les travaux réalisés. A savoir que ces organismes ne sont pas mandatés par le gouvernement mais profitent de cette obligation de mise aux normes pour vendre leurs services.

Pour ceux ayant fait appel à un organisme payant, les prix payés sont assez disparates. Peut alors se poser la question du contexte de ces variations de coût et du manque de cadre légal à ces organismes.

Concernant les répercussions de la mise aux normes d'accessibilité, une grande majorité de médecins est persuadée qu'elle fera toujours autant de visites à domicile. Plusieurs raisons à cela : L'accessibilité optimale du cabinet médical ne règle pas les difficultés d'accès jusqu'au cabinet en question (Transport domicile – cabinet médical). Certains patients sont mal à la

l'aise du fait du regard des personnes extérieures. D'autres encore préfèrent, par commodité, attendre le passage du médecin au domicile plutôt que d'avoir à se déplacer.

6.6 Ressenti des médecins libéraux par rapport à cette obligation de mise aux normes

La complexité du dispositif apparaît donc en premier lieu. Cette complexité concerne plusieurs items. La difficulté de compréhension des normes pour des professionnels de santé peu initiés aux bases de l'architecture « *A partir d'un "bon sentiment", on a créé une usine à gaz administrative, qui n'a rien à voir avec notre métier* » (544) elle-même issue de la difficulté à trouver des informations claires rapidement « *il est raconté un peu tout et n'importe quoi. Même par les instances syndicales* »(2161). Si ces informations sont finalement acquises, leur assimilation et leur compréhension sont irrémédiablement chronophages. « *Beaucoup de nuits blanches et de sueurs froides par rapport à un texte législatif complexe* » (1493). De plus ces normes sont extrêmement précises et la mise aux normes est architecturalement malaisée voire parfois impossible « *c'est irréalisable sur du bâti ancien* » (1346). S'en suit la certification par l'administration, elle-même pénible « *la mise en accessibilité me paraissait une bonne chose, mais les -trop nombreux-échanges avec l'administration ont failli me faire abandonner tant les réponses me paraissaient obscures (du style "envoyez-nous le CERFA xx que vous nous avez envoyé le mois dernier").* »(693) « *Lourdeur bureaucratique +++ absence de correspondant compétent dans les mairies ... Dossier de 200 pages à fournir pour une petite étagère de 300 euros , en CINQ EXEMPLAIRES Découragement des libéraux devant la machine administrative déconnectée du réelle , et fabriquant sa propre norme* » (771) « *très compliqué: j'en suis au 4ème envoi de dossier à la mairie, ça ne va jamais, il manque toujours quelque chose et je n'y comprends rien!!* » (783)

Suit l'inutilité de la réforme. Les arguments évoqués sont le fait que tout fonctionnait correctement avant la mise en place de ces normes. « *Une usine à GAZ !!! Je suis dans un local qui est occupé par un médecin depuis 1920 dans un vieil immeuble. Impossible de mettre aux normes. En presque 100 ans je n'ai pas connaissance de soucis avec l'accessibilité du cabinet ! Ce d'autant plus que je fais des visites à domicile pour ces patients.* » (979) Le fait de faire des visites à domiciles pour les médecins généralistes ayant répondu est un autre argument. Enfin, même avec un local accessible, la plupart des patients présentant un handicap ne se déplaceront pas, soit par habitude de la visite à domicile soit parce que même le trajet jusqu'au cabinet médical est complexe « *Inutile , car cela ne motivera pas les patients ayant un handicap qui préfèrent attendre notre visite à domicile (peur du ressenti du handicap dans la salle d'attente) bref à part des complications inutiles et un moyen supplémentaire pour le gouvernement de démotiver les médecins : aucun intérêt* » (1367) « *Je me suis installée dans un cabinet neuf construit aux normes mais n'ai actuellement qu'une patiente en fauteuil qui vient au cabinet. Les autres patients handicapés ne peuvent pas conduire ni être accompagnés, donc à moins de les faire venir en VSL, les visites restent indispensables.* » (1341)

Arrive ensuite le coût pour la mise aux normes qui concerne, le coût du diagnostic d'accessibilité pour le cabinet médical, le coût pour la mise aux normes, qu'elle se fasse par la réalisation de travaux, pas un déménagement ou par une construction « *On a déménagé l'an dernier pour répondre aux normes ! Coût : 75000€ par associé.* » (991) « *coût excessif 50000 euros. A 23 euros la consultation le coût des travaux sera amorti dans 5 générations.* ». La notion de la valeur du C à 23 euros revient également « *doit on en supporter le coût avec un C à 23 euros et avec un cabinet qui ne sera pas repris* » (2362). Lorsque la retraite est proche pour certains, l'investissement est encore plus difficile à amortir. « *Impossible à réaliser vu les coûts et le peu de temps restant avant ma retraite prévue en 2020* » (48)

La bonne intention et la nécessité de mise aux normes est l'item suivant. Pour certains, cela aurait dû être fait plus tôt « *Il est normal que tous les handicapés aient accès à tous les lieux (administratifs aussi)* »(336) « *Une démarche avec des bonnes intentions mais excessive pour certains établissements nécessitant une adaptation aux possibilités sur le terrain.* » (536)

Des alternatives à cette mise aux normes d'accessibilité sont également évoquées. Les deux principales sont la possibilité de faire des visites à domicile pour les médecins généralistes « *Pour des patients aux handicaps lourds, la visite à domicile est intéressante pour évaluer commun le patient se débrouille à domicile et ainsi pouvoir l'aider le guider...* »(1269) « *Tant qu'existe la possibilité de visite à domicile, la loi ne se justifie pas* » (1091), la seconde est la mise aux normes progressive en imposant ces lois au nouveau bâti. « *Beaucoup de tracasseries pour un bénéfice douteux. 1 seul fauteuil en 20 ans entré sans problème. Les autres handicapés n'ont jamais eu de difficultés. Pourquoi ne pas imposer les normes au fur et à mesure des nouvelles installations, et pourquoi imposer au privé ce que le public ne peut pas assumer. ?* »

Arrive après l'exigence excessive des normes et la contrainte qu'elle génère « *Excessif! Le cabinet actuel restait accessible même pour des patients en fauteuils les transformations exigées surtout pour un cabinet rural en plein désert médical ne sont vraiment pas une priorité Il vaudrait mieux consacrer des moyens à recruter des médecins pour y exercer* » (671) « *Contrainte des normes qui ne sont pas forcément adaptées à l'exercice de chacun* » (971)

La thématique suivante concerne, les répercussions, les conséquences, que peut avoir cet impératif de mise aux normes sur la pratique des médecins et de la médecine libérale. La retraite anticipée « *Cela me pousse à prendre ma retraite plus tôt que prévu!* » (1040), le

retour vers le salariat « *Irréaliste, irréalisable, excessivement onéreuse, c'est la contrainte de trop, je m'organise pour me tourner vers un salariat et abandonner la médecine libérale.* » (530), la désertification des centres villes où il est plus difficile de se mettre aux normes « *Voté par des irresponsables. Une intention louable au départ va aboutir à une fermeture des cabinets de centre-ville dans les immeubles anciens* »(741) sont les items qui sont souvent repris. On retrouve également les difficultés à céder le cabinet en fin de carrière s'il n'est pas 100% aux normes « *nous avons une dérogation. Ok. Peut-on céder ou louer notre local à notre départ à la retraite ? Si non, on se sent floué d'une partie de notre investissement immobilier et de création de clientèle* » (2332), le frein à l'installation des jeunes médecins « *Cela va encore décourager les installations en médecine libérale. Nos politiques sont fous* »(1707), la condamnation des sanitaires plutôt que leur mise aux normes « *complexité de cette mise aux normes impossibilité d'avoir des sanitaires conformes entraînant la fermeture de leur accès au public. Certaines sont inutiles dans la mesure où l'on peut effectuer les visites à domicile* » (2255) et la cessation de ces visites à domicile devant un cabinet aux normes « *j'ai toujours soigné les handicapés, allant jusqu'à la visite à domicile; maintenant, accessible, je les attendrai* » (2294)

Est également souvent repris, la disproportion entre les conséquences de cette mise aux normes et le bénéfice réel. « *Disproportionné: des travaux chers pour 1 ou 2 passages de personnes handicapées au Cabinet par an.* » (241) « *On a trop dépensé pour très peu de bénéfice. En réalité le nombre de patients handicapés n'a pas augmenté malgré les efforts financiers qu'on a faits.* » (945)

Certains médecins n'ont aucune difficulté avec cette nécessité de mise aux normes « *J'ai la chance de travailler dans un pôle aux normes mais je comprends les difficultés à mettre aux normes un ancien cabinet (coût, réalisation des travaux...)* »(1772) « *je n'ai pas eu difficulté*

ayant déménagé dans des locaux neufs, mais les handicapés sévères ne viendront pas plus en consultation car ils ne peuvent monter seuls sur la table d'examen » (2092)

On ressent dans certains commentaires, la colère et l'animosité vis-à-vis de cette loi « *C'est de la merde en barre, certifiée par les clowns à roulettes qui nous gouvernent (mal).* » (47) « *fait chier comme toutes ces normes à la con* » (201)

Certains médecins se posent la question de l'accès jusqu'au cabinet et de l'accessibilité des autres ERP notamment ceux du service public. « *On se fout de nous! J'ai créé ce nouveau cabinet en 2013, ait été obligé de faire pour 25000€ de travaux (installer une rampe d'accès pour 3 marches en cassant le plancher, toilettes aux normes etc.) et la rue reste "inaccessible" trottoirs défoncés!!! et le métro, le bus, les administrations sont hors normes.* » (222)(50) « *vis à vis des handicapés, cet impératif de mise aux normes me semble normal. Néanmoins, déjà avant les travaux, cela m'a coûté 1000€ (organisme d'accessibilité + frais d'architecte). Les travaux en eux-mêmes: 22000€ je vais devoir fermer le cabinet pendant les travaux: diminution des recettes. tout cela pour 5 patients en fauteuil roulant que je ne vois qu'en visite et à 2 ans d'une possible retraite. au fait, le palais de l'Elysée est-il aux normes?* » (470)

Certains commentaires, très succincts, mettent en avant l'absurdité du dispositif « *CE TEXTE EST ABSURDE ET COERCITIF.* » (1659) « *absurde et ubuesque* ».

Un certain nombre des difficultés et questionnements des médecins concernant cette obligation de mise aux normes est déjà remonté jusqu'au gouvernement sans modification des textes pour autant (51).

7. Conclusion

L'accessibilité des ERP aux personnes présentant un handicap est devenue après la loi du 11 février 2005, une préoccupation majeure de la politique gouvernementale française. Des normes architecturales d'accessibilité ont ainsi vu le jour et les Etablissements Recevant du Public (ERP) ont eu à s'y astreindre.

Les cabinets médicaux, en tant qu'ERP de 5^{ème} catégorie, entrent évidemment dans cet impératif de mise aux normes. Ceci est d'autant plus important et prioritaire que les personnes en situation de handicap sont plus consommatrices de soins que la population générale.

Après plusieurs délais successifs, la date butoir du 27 septembre 2015 est arrivée. A cette date, les ERP doivent soit être aux normes, soit être entrés dans le dispositif Ad'AP (Agenda d'Accessibilité Programmé).

Notre étude, réalisée chez les médecins libéraux de France, nous a permis de constater que malgré cet impératif gouvernemental, un tiers des cabinets médicaux sondés ne sont pas aux normes d'accessibilité. Ce chiffre s'aligne globalement à ceux émis par le gouvernement en ce qui concerne l'ensemble des ERP de France.

Si cette situation semble très problématique, on note néanmoins, une évolution favorable avec un pourcentage d'ERP accessible qui progresse au fil du temps.

Plusieurs freins à cette mise aux normes existent. Ils sont matériellement architecturaux, financiers et organisationnels. La complexité du dispositif pour un praticien non formé aux bases architecturales, l'aspect chronophage et la lourdeur administrative que cela entraîne est également une entrave à la régularisation de ces ERP. S'y ajoute encore l'inutilité jugée par certains médecins de cette réforme et la présence d'alternatives, à leur sens, pour la prise en charge des patients en situation de handicap.

L'ensemble des commentaires recueillis dans ce questionnaire, semble indiquer que le dernier tiers à acquérir pour une mise aux normes totale des cabinets médicaux en France, sera bien plus difficile à obtenir.

Les sanctions, aujourd'hui principalement coercitives, pourraient, si elles sont appliquées, contraindre les cabinets médicaux restants mais cela pourrait avoir des conséquences fâcheuses. Certains médecins pourraient quitter la médecine libérale pour retourner vers le salariat, d'autres pourraient partir prématurément en retraite, d'autres encore devraient quitter les centres historiques des grandes villes pour exercer dans un cabinet aux normes. Ainsi, à partir d'une volonté louable, les bénéfices sur l'accessibilité se feraient au détriment de l'accès au soin.

Il y a donc un équilibre à trouver pour que patients et médecins puissent d'une part exercer dans de bonnes conditions, et d'autre part, venir en consultation sans difficulté.

VU

Strasbourg, le.....

Le président du Jury de Thèse

Professeur Georges KALTENBACH

VU et approuvé

Strasbourg, le.....

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA

8. Bibliographie

1. INSEE. Population handicapée–Tableaux de l'Économie Française - Édition 2011 | Insee [Internet]. INSEE: tableaux de l'économie française édition 2011. 2011 [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1373648?sommaire=1373710>
2. Gouvernement français. L'accessibilité [Internet]. Gouvernement.fr. 2016 [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/action/l-accessibilite>
3. Gouvernement Français. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [Internet]. 2005-102, SANX0300217L février, 2005. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>
4. Oxford dictionnaty. handicap - definition of handicap in English | Oxford Dictionaries. In: Oxford Dictionaries | English [Internet]. [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/handicap>
5. Gouvernement Français. Code de l'action sociale et des familles - Article L114 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles février, 2005. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796446&dateTexte=&categorieLien=id>
6. APAJH. Les 6 types de handicap reconnus par la loi du 11 février 2005. Mars 2009 [Internet]. (101). Disponible sur: www.apajh.org
7. Organization WH. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF. International classification of functioning, disability and health : ICF [Internet]. 2001 [cité 21 mars 2017]; Disponible sur: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42418>
8. Organization WH. International classification of impairments, disabilities, and handicaps : a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976. Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages : un manuel de classification des conséquences des maladies [Internet]. 1980 [cité 21 mars 2017]; Disponible sur: <http://www.who.int/iris/handle/10665/41003>
9. Yelnik A. « Handicaps » Historique et enjeux des définitions [Internet]. 2009 [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/CIDIH-CIF-2009.pdf>
10. Jamet F. De la Classification internationale du handicap (CIH) à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF). Nouv Rev AIS [Internet]. me trimestre 2003 [cité 21 mars 2017]; Disponible sur: http://www.ecolepourtous.education.fr/fileadmin/pdf/INSHEA_Jamet.pdf
11. Direction de l'information légale et administrative, République Française. Chronologie, La politique du handicap . Chronologie de la politique du handicap, - Politiques publiques - repères -

- vie-publique.fr [Internet]. 2015 [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/chronologie/>
12. Ravaud J-F. Politiques du handicap : état des lieux. Juin-Juillet 2011 [Internet]. [cité 21 mars 2017];(372). Disponible sur: http://www.handiplace.org/media/pdf/autres/3303332603725_EX.pdf
 13. Chanrion A. La notion de handicap et les représentations que l'on en a... [Internet]. 2006 [cité 28 mars 2017]. Disponible sur: http://www2.ac-lyon.fr/etab/ien/rhone/ash/IMG/pdf/La_notion_de_haS-_forma_AVS.pdf
 14. Winance M. La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS, 1980 et 2001. Dynamis 2008. :377-406.
 15. Nations Unies. Document officiel des Nations Unies. Déclaration des droits des personnes handicapées [Internet]. [cité 28 mars 2017]. Disponible sur: [http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/3447\(XXX\)&Lang=F](http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/3447(XXX)&Lang=F)
 16. Gouvernement Français. Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées [Internet]. 75-534 juin, 1975. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333976>
 17. Gouvernement Français. LOI no 91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public [Internet]. 91-663 juillet, 1991. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000353816&categorieLien=id>
 18. Ministère de la santé et des solidarités RF. Définition de l'accessibilité : une démarche interministérielle [Internet]. 2006 [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: http://www.handipole.org/IMG/pdf/guide_accessibilite_DIPH.pdf
 19. Gouvernement Français. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées - Article 41 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=649CC774163780192A153A30BAB69F1E.tpdjo17v_3?idArticle=JORFARTI000002062943&cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=29990101&categorieLien=id
 20. Gouvernement Français. Ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées [Internet]. 2014-1090 sept 26, 2014. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029503268&categorieLien=id>
 21. République Française, Direction de l'information légale et administrative. Définition d'un établissement recevant du public (ERP) - professionnels | service-public.fr [Internet]. 2016 [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F32351>
 22. Gouvernement Français. Code de la construction et de l'habitation - Article R*123-2. Code de la construction et de l'habitation.

23. DGOS, Ministère des Affaires sociales et de la santé. Locaux des professionnels de santé : Réussir l'accessibilité [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2016 [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/qualite-dans-les-etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/locaux-des-professionnels-de-sante-reussir-l-accessibilite>
24. Gouvernement Français, Ministère du développement durable. L'Ad'AP, agenda d'accessibilité programmée [Internet]. Ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer. 2015 [cité 28 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.developpement-durable.gouv.fr/ladap-agenda-daccessibilite-programmee>
25. République Française, Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie, Ministère du logement de l'égalité des territoires et de la ruralité. Les locaux des professions libérales: réussir l'accessibilité [Internet]. [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: http://www.developpement-durable.gouv.fr/sites/default/files/8_guide_professions_lib%C3%A9rales.pdf
26. Gouvernement Français. L'accessibilité des établissements recevant du public (ERP) [Internet]. Ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer. 2016 [cité 28 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.developpement-durable.gouv.fr/laccessibilite-des-etablissements-recevant-du-public-erp>
27. Conseil d'Etat. Conseil d'État, 6ème et 1ère chambres réunies, 06/07/2016, 387876, Inédit au recueil Lebon [Internet]. Inédit au recueil Lebon. 2016 [cité 1 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEX T000032853049>
28. République Française, Ministère du logement et de la ville. Circulaire interministérielle n° DGUHC 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 [Internet]. 2008 [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: http://www.vaucluse.gouv.fr/IMG/pdf/annexe8__cle54f169.pdf
29. Gouvernement Français. Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public [Internet]. décembre, 2014. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CFB9A84ECAD856EB5388D3806FCD1729.tpdjo09v_3?cidTexte=JORFTEXT000029893131&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000029892479
30. Gouvernement Français. Code de la construction et de l'habitation - Article L152-4 [Internet]. Code de la construction et de l'habitation. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=60034E35C93002DC608FFB787D5DC6EA.tpdila24v_1?idArticle=LEGIARTI000030978327&cidTexte=LEGITEXT000006074096&categorieLien=id&dateTexte=
31. Gouvernement Français. Décret n° 2016-578 du 11 mai 2016 relatif aux contrôles et aux sanctions applicables aux agendas d'accessibilité programmée pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public. 2016-578 mai, 2016.

32. Stamm J. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite en Alsace: Etat des lieux et perspectives en 2014 [thèse de doctorat en médecine]. [Faculté de médecine de Strasbourg]: Université de STRASBOURG; 2014.
33. INSEE. Personnels et équipements de santé–Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. INSEE : Tableaux de l'économie française. 2017 [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569382?sommaire=2587886&q=m%C3%A9decins>
34. Bronner C. Taux de participations aux études pour thèses de médecine générale. 2017.
35. Gouvernement Français. Code de la construction et de l'habitation - Article R*111-1-1 [Internet]. Code de la construction et de l'habitation. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074096&idArticle=LEGIARTI000020100503&dateTexte=&categorieLien=cid>
36. Handicap.fr, AFP. Accessibilité : 25% d'établissements pas encore engagés [Internet]. Handicap.fr. 2016 [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/art-sanctions-erp-accessibilite-20-8776.php>
37. Rey-Lefebvre I. Les médecins rétifs aux normes handicapés. Le Monde.fr [Internet]. 28 sept 2015 [cité 28 mars 2017]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/09/28/les-medecins-retifs-aux-normes-handicapes_4774965_1651302.html
38. Michallon V. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite à Marseille [thèse de doctorat en médecine]. [Marseille]: Université de la méditerranée; 2007.
39. Goulet C. Amélioration de l'accessibilité des cabinets libéraux aux personnes à mobilité réduite: conséquences pour les médecins généralistes d'Indre et Loire en 2008. [Tours]: Université François Rabelais; 2009.
40. Lachat J. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite dans le département de la Loire [thèse de doctorat en médecine]. [Saint-Etienne]: Université de Saint-Etienne; 2010.
41. Cuny-Besson M. Evaluation de l'accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées et à mobilité réduite [thèse de doctorat en médecine]. [Toulouse]: Université Toulouse III Paul Sabatier; 2010.
42. Bernière G. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées. Etat des Lieux en Picardie [thèse de doctorat en médecine]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Vernes; 2010.
43. Mottaz Y. Accessibilité des cabinets des médecins généralistes du Loir-et-Cher aux handicapés visuels [thèse de doctorat en médecine]. [Tours]: Université François Rabelais; 2012.
44. Bernard Bourbon D. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées. Etude auprès des 34 cabinets du secteur de garde de Clisson [thèse de doctorat en médecine]. [Nantes]: Université de Nantes; 2012.
45. Boyer I, Passanante J. Evaluation de l'accessibilité des cabinets de médecins généralistes aux personnes handicapées dans le Nord-Pas-de-Calais en 2012 [thèse de doctorat en médecine]. [Lille]: Université du Droit et de la Santé Lille 2; 2013.

46. Domarle-Benoit E. Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite: état des lieux sur la ville d'Arras [thèse de doctorat en médecine]. [Lille]: Université du Droit et de la Santé Lille 2; 2013.
47. Hillen A, Sage M. Accessibilité des personnes en situation de handicap moteur au médecin généraliste [thèse de doctorat en médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
48. El Maqdade-Nemmaoui S. L'accessibilité des cabinets des médecins généralistes picards pour la personne handicapée au regard des normes réglementaires : état des lieux, attitude des médecins [thèse de doctorat en médecine]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Vernes; 2016.
49. République Française, Ministère du développement durable. Réalisez votre diagnostic d'accessibilité [Internet]. [cité 28 mars 2017]. Disponible sur: <http://www2.developpement-durable.gouv.fr/diagnostic-accessibilite/medical/>
50. Sciences et Avenir, AFP. Handicap dans les transports: souvent la galère, malgré des progrès - Sciencesetavenir.fr [Internet]. 2017 [cité 28 mars 2017]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/handicap-dans-les-transports-souvent-la-galere-malgre-des-progres_111370
51. Sénat. Accessibilité des cabinets médicaux - Journal officiel du Sénat. Journal Officiel du Sénat. décembre 2013;3543.

9. Annexes

Annexe 1 : catégorisation des ERP en fonction de leur capacité d'accueil

Catégories d'ERP en fonction de la capacité d'accueil	
Effectif admissible	Catégorie
à partir de 1 501 personnes	1
de 701 à 1 500 personnes	2
de 301 à 700 personnes	3
jusqu'à 300 personnes	4
en fonction de seuils d'assujettissement	5

Annexe 2 : Catégorisation des ERP en fonction de la fonction de l'établissement

Types d'ERP en fonction de la nature de leur exploitation				
Nature de l'exploitation	Type	Seuils d'assujettissement de la 5 ^e catégorie		
		Ensemble des niveaux	En sous-sol	En étages
Structure d'accueil pour personnes âgées	J	25 résidents (100 en effectif total)	X	X
Structure d'accueil personnes handicapées	J	20 résidents (100 en effectif total)	X	X
Salle d'audition, de conférence, multimédia Salle de réunion, de quartier, réservée aux associations	L	200	100	X
Salle de spectacle (y compris cirque non forain) ou de cabaret Salle de projection, multimédia Salle polyvalente à dominante sportive de plus de 1 200 m ² ou d'une hauteur sous plafond de moins de 6,50 m	L	50	20	X
Magasin de vente et centre commercial	M	200	100	100
Restaurant et débit de boisson	N	200	100	200
Hôtel, pension de famille, résidence de tourisme	O	100	X	X
Salles de danse et salle de jeux	P	120	20	100
Établissement d'enseignement et de formation Internat des établissements de l'enseignement primaire et secondaire Centre de vacances et centre de loisirs (sans hébergement)	R	200	100	100
Crèche, école maternelle, halte-garderie, jardin d'enfants	R	100	Interdit	20 (si un seul niveau situé en étage)

Bibliothèque et centre de documentation	S	200	100	100
Salle d'exposition	T	200	100	100
Établissement de santé public ou privé, clinique, hôpital, pouponnières, établissement de cure thermique	U	▪ sans hébergement : 100 ▪ avec hébergement : 20	X	X
Lieu de culte	V	300	100	200
Administration, banque, bureau (sauf si le professionnel ne reçoit pas de clientèle dans son bureau)	W	200	100	100
Établissement sportif clos et couvert, salle omnisports, patinoire, manège, piscine couverte, transformable ou mixte Salle polyvalente sportive de moins de 1 200 m ² ou d'une hauteur sous plafond de plus de 6,50 m	X	200	100	100
Musée	Y	200		
Établissement de plein air	PA	300		
Chapiteau, tente et structure	CTS	x		
Structure gonflable	SG	x		
Parcs de stationnement couvert	PS	x		
Gare (pour sa partie accessible au public)	GA	x		
Hôtel-restaurant d'altitude	OA	20		
Établissement flottant	EF	x		
Refuge de montagne	REF	x		
Établissement pénitentiaire				

Annexe 3 : Questionnaire Accessibilité

Accessibilité des cabinets médicaux aux personnes présentant un handicap en France : état des lieux et ressenti par les médecins

Caractéristiques générales

Quel est votre sexe ?

- Féminin
 Masculin

Quel est votre âge ?

ans

Vous êtes médecin :

- Généraliste ou Spécialiste en médecine générale
 Spécialiste

Uniquement affichée si répondu "**Spécialiste**" à la question "**Vous êtes médecin :**"

Quelle est votre spécialité ?

Uniquement affichée si répondu "**Autre**" à la question "**Quelle est votre spécialité ?**"

Merci de préciser votre spécialité

Vous êtes médecin :

- Installé
 Remplaçant

Uniquement affichée si répondu "Installé" à la question "Vous êtes médecin :"

Quel est votre mode d'exercice ?

- Seul
- Association
- Maison de santé

Quel est votre milieu d'exercice ?

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

Quelle est votre année d'installation ?

Renseignez l'année avec 4 chiffres SVP

A l'installation, vous avez :

- Repris un cabinet
- Créé un cabinet
- Rejoint une association dans un cabinet existant

Le cabinet se situe-t'il au sein de la résidence principale ?

- Oui
- Non

Le cabinet se situe-t'il dans un bâtiment d'habitation collective ?

- Oui
- Non

Concernant votre cabinet, vous êtes :

- Propriétaire
- Locataire
- Co-propriétaire

Quelle est l'année d'entrée dans le cabinet actuel ?

Renseignez l'année avec 4 chiffres SVP

Quelle est l'année des derniers travaux du cabinet ? (Hors maintenance courante)

Renseignez l'année avec 4 chiffres SVP

Patientèle et handicap

Avez-vous des patients que vous ne voyez qu'en visite à cause de leur handicap ?

- Oui
- Non

Uniquement affichée si répondu **"Oui"** à la question **"Avez-vous des patients que vous ne voyez qu'en visite à cause de leur handicap ?"**

Combien ?

- 1
- 2 à 5
- 6 à 10
- plus de 10

Accessibilité de votre cabinet médical

A ce jour, concernant l'accessibilité, votre cabinet médical est :

- Entièrement aux normes émises par le gouvernement
- Accessible dans la limite des possibilités techniques (dérogations)
- Accessible, mais ne répond pas au cadre légal ou dérogatoire
- Inscrit dans le dispositif Ad'AP
- N'est pas accessible de manière optimale

Les démarches administratives concernant l'accessibilité de votre cabinet sont :

- Réalisées (certification, demande de dérogation, inscription Ad'AP)
- En cours
- Pas encore entamées

Méthodes pour améliorer l'accessibilité de votre cabinet

Méthodes pour améliorer l'accessibilité de votre cabinet

	Fait(s)	Programmé(s)	Non programmé(s)	Non envisagé(s)
Travaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déménagement dans un autre local	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Construction d'un nouveau local	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Difficultés à la mise aux normes

Selon vous quels sont les 3 points d'accessibilité les plus difficiles à mettre en place ?

3 réponses maximum SVP

- Cheminement extérieur (s'il y a lieu) (largeur des cheminements, pente, obstacles)
- Cheminement intérieur (largeur des cheminements, pente, obstacles)
- Ergonomie des pièces (espace de manoeuvre pour un fauteuil roulant, obstacles)
- Sanitaires (aux normes si choix d'ouverture des sanitaires aux patients)
- Portes (largeur suffisante, poignées adaptées)
- Escaliers (ascenseur associé, pente d'accès aménagée)
- Eclairage / signalétique / contrastes de couleurs (luminosité suffisante, contrastes de couleur adaptés)

Les difficultés à la mise aux normes des cabinets médicaux sont d'ordre :

- Financière (cout excessif)
- Organisationnelle (par exemple nécessité de fermeture provisoire du cabinet médical pour travaux ...)
- Logistique (par exemple nécessité de modifications trop importantes de l'architecture du cabinet)
- Autre

Diagnostic d'accessibilité de votre cabinet et connaissance de la loi

Vous estimez que vos connaissances de la loi concernant l'accessibilité (délais, conditions pour la mise aux normes, différentes normes, etc.) sont :

- Très bonnes
- Assez bonnes
- Assez mauvaises
- Très mauvaises

Comment vous êtes-vous informés des lois et modalités de mise aux normes de votre cabinet concernant l'accessibilité ?

- Seul
- Via des organismes officiels (gouvernement, etc.)
- Via des organismes professionnels (Syndicats, ordres des médecins, formations, etc.)
- Via des organismes spécialisés dans l'accessibilité
- Via des échanges informels (discussions)
- Autre

Laquelle de ces sources a, d'après-vous, apporté les informations les plus pertinentes ?

- Organismes officiels
- Organismes professionnels
- Organismes spécialisés dans l'accessibilité
- Echanges informels
- Autre

La réalisation du diagnostic d'accessibilité de votre cabinet, à savoir la mise en lumière des différentes modifications à réaliser pour être aux normes est :

- Très aisée
- Aisée
- Complexe
- Très complexe

Le diagnostic d'accessibilité de votre cabinet est :

- Réalisé
- Prévu
- Non prévu

Uniquement affichée si répondu "Réalisé" à la question "Le diagnostic d'accessibilité de votre cabinet est :"

Par quel moyen ?

- Seul
- Via un organisme
- Autre

Uniquement affichée si répondu "Via un organisme" à la question "Par quel moyen ?"

A quel prix ?

- Moins de 200 €
- Entre 201 et 500 €
- Plus de 500 €

Implication de cette loi dans votre pratique quotidienne

Pensez-vous que la mise aux normes d'accessibilité de votre cabinet a déjà eu ou aura une incidence sur le nombre de vos visites à domicile ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Votre ressenti

Quel est votre ressenti par rapport à cet impératif de mise aux normes ?

Uniquement affichée si répondu "Remplaçant" à la question "Vous êtes médecin :"

Merci, pour les remplaçants l'enquête s'arrête ici

Commentaires libres

Envoyer

©2016 - Réalisation technique et graphique de l'enquête : [Meher TRABELSI](#)

Annexe 4 : Mail d'envoi du questionnaire

Docteur,

Je m'appelle Florian BAPST et j'ai demandé au Dr. Claude BRONNER de diriger ma thèse.
Il m'a proposé de faire le point sur la gestion de l'accessibilité de leur cabinet médical par les médecins après l'année 2015.

MERCI DE REpondre A CETTE ENQUETE qui permettra, je l'espère de dresser un état des lieux sur l'accessibilité aux cabinets médicaux à ce jour.

Cliquez sur ce [LIEN DE L'ENQUETE](http://www.trabtek.com/enquete/160202_accessibilite/enquete.html) ou recopiez l'adresse ci-dessous dans votre navigateur :
http://www.trabtek.com/enquete/160202_accessibilite/enquete.html

N'hésitez pas à commenter votre ressenti à la fin du questionnaire

CONTEXTE

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées impose une accessibilité optimale aux établissements recevant du public (ERP). Les cabinets médicaux font partie de ces ERP.

L'accessibilité regroupe 8 points distincts :

- Le stationnement (non obligatoire pour un cabinet médical)
- Les cheminements intérieurs et extérieurs (largeur des cheminements, pente, obstacles)
- L'entrée / accueil / salle d'attente / salle de soin / bureau (espace de manœuvre pour un fauteuil roulant, obstacles)
- Les sanitaires (aux normes si choix d'ouverture des sanitaires aux patients)
- Les portes (largeur suffisante, poignées adaptées)
- Les escaliers (ascenseur associé, pente d'accès aménagée)
- L'éclairage, la signalétique et les contrastes de couleurs (luminosité suffisante, contrastes de couleur adaptés)
- L'accueil des chiens guide et des chiens d'assistance (au moins dans la salle d'attente)

Au 27 Septembre 2015, chaque cabinet médical devrait :

- Etre aux normes d'accessibilité définies par le gouvernement

OU

- Etre entré dans le dispositif des agendas d'accessibilité programmé (Ad'AP), qui permet une mise aux normes progressive en chronologique en ce qui concerne l'accessibilité.

Des sanctions sont prévues pour les ERP (Etablissements Recevant du Public) ne respectant pas ces normes d'accessibilité.

Il existe néanmoins des dérogations mais limitées et définies :

- Impossibilité technique d'appliquer les prescriptions décrites

- Préservation du patrimoine architectural
- Disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences pour l'établissement
- Refus par l'assemblée générale des copropriétaires de réaliser des travaux d'accessibilité dans les parties communes

L'ensemble de ces informations est repris dans la brochure émise par le gouvernement :

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

Cliquez sur ce LIEN DE L'ENQUETE si vous ne l'avez pas fait en début de texte ou recopiez l'adresse ci-dessous dans votre navigateur :

http://www.trabtek.com/enquete/160202_accessibilite/enquete.html

N'hésitez pas à commenter votre ressenti à la fin du questionnaire

En vous remerciant par avance, fraternellement,

Florian BAPST, médecin remplaçant, thésard
Dr Claude BRONNER, directeur de thèse

Le questionnaire vous est envoyé par Florian BAPST via le fichier de l'Espace Médecine.

Si vous répondez à ce mail (qui ne permet pas de répondre au questionnaire, pour cela il faut cliquer sur ce lien), vous écrivez à Florian BAPST.

Mais il n'a pas accès à votre adresse mail sans message de votre part.