

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2011-2012

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Monsieur MOTTAZ Yann
Né le 15 Juillet 1983 à Nemours

Présentée et soutenue publiquement le 23 Février 2012

Accessibilité des cabinets des médecins généralistes du Loir-et-Cher aux handicapés visuels

Jury

Président de Jury : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury : Monsieur le Professeur FOUQUET
Monsieur le Professeur NIVET
Monsieur le Docteur MASJOUR
Madame le Docteur DURIN

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSEESSEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J.
BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L.
CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.
LANSAC

J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.
 METMAN
 J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.
 RAYNAUD
 Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J.
 THARANNE
 J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence

	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie

VELUT Stéphane
WATIER Hervé

Anatomie
Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique Médecine Générale

LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale

MALLET Donatien Soins palliatifs

POTIER Alain Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ARBEILLE Brigitte Biologie cellulaire
M. BARON Christophe Immunologie
Mme BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médicale et
Technologies de Communication
Mme BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle Biologie cellulaire
M. BOISSINOT Eric Physiologie
MM. BRILHAULT Jean Chirurgie orthopédique et traumatologique
CORTESE Samuele Pédiopsychiatrie
Mmes DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire
EDER Véronique Biophysique et Médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M. GIRAUDEAU Bruno Biostatistiques, Informatique médicale et
Technologies de Communication
Mme GOUILLEUX Valérie Immunologie
MM. GUERIF Fabrice Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction
GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion
M. HOARAU Cyrille Immunologie
M. HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
Mme LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et Cytologie pathologiques
MM. MARCHAND-ADAM Sylvain Pneumologie
MEREGHETTI Laurent Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M PIVER Eric Biochimie et biologie moléculaire
Mme SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et Droit de la santé
M. VOURC'H Patrick Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle BOIRON Michèle Sciences du Médicament

	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale
----	-------------	-------------------

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-
	INSERM 930	
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-
	INSERM 930	
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-
	INSERM 930	
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-
	INSERM 930	
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-
	INSERM 930	
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-
	INSERM 930	
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-
	INSERM 930	

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

Remerciements :

A ma directrice de thèse

Madame le Docteur Séverine DURIN

Merci pour ton aide, ta patience, ta pertinence et ton investissement.

Aux membres du jury

Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Monsieur le Professeur Bernard FOUQUET

Monsieur le Professeur Hubert NIVET

Monsieur le Docteur Samuel MASJOUR

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Au Docteur MASJOUR et toute l'équipe du CRBV, pour leur accueil.

Aux membres de l'association Valentin HAÛY et surtout madame RENIER pour leur accueil.

A Ingrid GERMAIN, pour sa gentillesse.

A Julie TOURLAND de la Bibliothèque Universitaire, à Vincent BROUARD et à Thomas pour leur aide dans la bibliographie.

A Claudine LE LANN, pour la logistique.

A Manu pour ses conseils de méthodologie.

Aux médecins qui ont participé avec gentillesse malgré des agendas chargés.

A ma famille et surtout mes parents qui me soutiennent depuis toutes ces années.

Enfin, à ma compagne, pour ses remarques pertinentes, sa patience, son soutien, son amour et celui de ses enfants.

TABLE DES MATIERES :

I. Introduction

p 11

- A. Handicap visuel
- B. Réglementation

II. Méthodologie

p 15

- A. Caractéristiques de l'étude
 - 1. Type
 - 2. Durée
 - 3. Population
 - 4. Critères d'inclusion et d'exclusion
 - 5. Modalités de contact

- B. Compréhension du handicap visuel et établissement de la grille d'accessibilité
 - 1. Recherches bibliographiques
 - 2. Rencontres avec des handicapés visuels
 - a) Tours
 - b) Vendôme
 - 3. Rencontre avec des professionnels de la basse vision
 - 4. Choix des critères d'évaluation des locaux
 - a) Elaboration de la grille
 - b) Critères évalués

- C. Entretien avec les médecins

III. Résultats

p 20

- A. Taux de réponse
- B. Accessibilité
 - 1) Cheminement extérieur
 - 2) Obstacles, parois vitrées, dispositifs d'accès
 - 3) Escaliers
 - 4) Ascenseurs
 - 5) Couloir et Secrétariat
 - 6) Sanitaires
 - 7) Salle d'attente et bureau médical
 - 8) Eclairage
 - 9) Contraste
 - 10) Signalétique
 - 11) Autres
 - 12) Ensemble des critères
- C. Entretien avec les médecins

IV. Discussion	p 29
A. Résultats de l'étude	
B. Limites de l'étude	
C. Hypothèses	
D. Propositions	
V. Conclusion	p 33
Bibliographie	p 34
Annexes	p 36
<u>Annexe 1</u> : Illustrations de déficiences visuelles	
<u>Annexe 2</u> : Grille d'accessibilité	
<u>Annexe 3</u> : Grille de contraste entre différentes couleurs	
<u>Annexe 4</u> : Synthèse de conseils d'accessibilité	

INTRODUCTION

Le handicap visuel est une réalité avec 1 700 000 déficients visuels estimés en France (1). Un doublement de leur nombre est prévu dans le monde en 2020 (2), en lien avec le vieillissement démographique et la prévalence de maladies ophtalmiques comme le glaucome ou la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

La réalité de ce handicap n'est pas toujours perceptible puisque seulement 2% des déficients visuels utilisent une canne blanche. Ces patients présentent pourtant de réelles difficultés dans la vie quotidienne, surtout à l'extérieur de leur habitat (3).

Comme tout handicap, il peut être en partie compensé par un environnement adapté. Ainsi, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (4) impose l'accessibilité aux usagers handicapés des Etablissements Recevant du Public (ERP), dont les cabinets libéraux.

La diversité des patients rencontrés par les médecins généralistes rend primordiale la question de l'accessibilité au sein de leurs locaux. Ceux-ci étaient pourtant inaccessibles dans 88,8% des cas aux personnes à mobilité réduite lors d'une étude dans le département de la Loire (5).

Qu'en est-il du handicap visuel ? Où en sont les médecins trois ans avant l'application de la loi, prévue en janvier 2015 ?

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'accessibilité de cabinets de médecins généralistes du Loir-et-Cher aux handicapés visuels en se rendant sur place, et secondairement, de proposer des conseils simples aux médecins qui s'installent ou souhaitent modifier leurs locaux en adéquation avec la loi.

A. Handicap visuel

La prévalence de la déficience visuelle augmente de façon très importante au-delà de 60 ans et plus encore à partir de 80 ans (6).

Ses principales causes sont en effet des pathologies du vieillissement telles que :

- la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA)
- le glaucome
- la rétinopathie diabétique

Ces pathologies provoquent diverses atteintes de la vision, avec des retentissements différents au quotidien. Une atteinte de la vision centrale gêne la lecture, la reconnaissance des détails notamment des visages. Cela équivaut à la vision floutée des visages à la télévision (annexe 1) et entraîne des difficultés pour faire ses courses, lire son journal ou reconnaître son voisin (7). Une atteinte de la vision périphérique provoque un rétrécissement du champ visuel avec une vision en tunnel (annexe 1), qui rend les déplacements périlleux.

D'autres symptômes peuvent accompagner la déficience visuelle :

- La photophobie engendre une sensation pénible produite par la lumière et rend gênante et difficile la perception dans les lieux trop éclairés.
- Le nystagmus complique la fixation prolongée d'un détail ; il est amplifié par le stress et l'effort visuel.

Le handicap varie selon la sévérité de la pathologie. Elle peut être évaluée de façon fonctionnelle comme la classification de COLENBRANDER (8) ou par l'acuité et le champ visuels comme la classification OMS (9) qui définit 5 stades de déficience visuelle :

- La cécité absolue correspond à l'absence de perception de la lumière.
- La déficience presque totale, ou cécité sévère, est définie par une acuité visuelle inférieure à 1/50 (ou comptage des doigts à un mètre ou moins) avec perception conservée de la lumière, ou un champ visuel inférieur à 5 degrés.
- La déficience profonde correspond à une acuité visuelle inférieure à 1/20 (comptage des doigts à moins de 3 mètres) et supérieure à 1/50 ou un champ visuel inférieur à 10 degrés mais supérieur à 5 degrés.
- La déficience sévère correspond à une acuité visuelle inférieure à 1/10 et supérieure ou égale à 1/20.
- La déficience moyenne correspond à une acuité visuelle inférieure à 3/10 et supérieure ou égale à 1/10 avec un champ visuel d'au moins 20 degrés.

Une mesure objective ne garantit pas la connaissance de l'incapacité résultante. La vision fonctionnelle (c'est à dire la vision utilisable en pratique) peut varier chez un même individu en fonction de la luminosité, de la fatigue ou de l'éblouissement.

Ainsi est définie « une personne ayant une basse vision », comme « celle, qui a toujours une vision très détériorée, même après correction, mais qui peut néanmoins accroître sa vision fonctionnelle par l'utilisation d'aides optiques, d'aides non optiques, par des modifications de l'environnement ou par la mise en œuvre de techniques spécifiques » (10).

Pour prendre en charge ces patients atteints de basse vision, des centres de rééducation voient progressivement le jour. Ainsi le Centre Régional Basse Vision (CRBV) a ouvert ses portes en avril 2010, à Ballan-Miré. Sous la responsabilité du médecin ophtalmologue coordinateur, et à partir d'une évaluation complète des capacités visuelles du patient, un programme de réadaptation individualisé lui est proposé comprenant des séances en orthoptie, en autonomie à la vie journalière et en locomotion ainsi qu'un accompagnement psychologique et social. Une opticienne accompagne également le patient dans la recherche et le choix d'aides visuelles adaptées.

Le but est de rendre une partie de l'autonomie perdue à ces patients qui doivent vivre de plus en plus longtemps avec leur handicap. Et si le domicile, où vit 88% des déficients visuels (11) peut être appréhendé avec certains outils, le monde extérieur reste souvent un milieu hostile. Pour intégrer cette population à la société, le législateur est intervenu.

B. Réglementation

Avec la parution de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 (4) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et plus particulièrement avec le décret n°2006-555 du 17 mai 2006 (12) relatif à l'accessibilité des Etablissements Recevant du Public, **un délai de mise en conformité est fixé au 1er janvier 2015 pour l'aménagement d'un espace accessible aux personnes handicapées dans les cabinets libéraux existants.**

Le code de la construction et de l'habitation, article R 111-18-2 considère comme accessible aux personnes handicapées « tout bâtiment d'habitation collectif ou tout aménagement lié à un bâtiment permettant à un habitant ou à un visiteur handicapé, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer et de communiquer». Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des autres publics ou à défaut présenter une qualité d'usage équivalente (13).

Le propos est donc de permettre l'accès et également l'autonomie des handicapés dans la société. Cela va dans le sens de la communauté internationale, en particulier de la Convention relative aux droits des handicapés (14). Ce traité international a pour but d'assurer le droit à l'autonomie et le respect de l'estime de soi des handicapés.

Pour rendre concrètes ces notions au niveau de l'accessibilité, la loi impose des critères précis au niveau du cadre bâti. Ces normes concernent les circulations communes intérieures et extérieures, les logements, les ascenseurs, les locaux collectifs et leurs équipements.

Ainsi, pour le handicap visuel, ces critères portent sur l'éclairage en termes de puissance, de qualité et de positionnement, sur les contrastes, et sur la signalétique.

A partir de ces supports, il devient possible de réaliser un audit des Etablissement Recevant du Public.

METHODOLOGIE

A. Caractéristiques de l'étude

1) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, d'évaluation de l'accessibilité de cabinets médicaux.

2) Durée d'étude

L'évaluation portait sur la période du 9 au 16 janvier 2012.

3) Population d'étude

Nous avons réalisé un tirage au sort de 30 médecins généralistes du Loir-et-Cher parmi les listes recoupées de l'ADOC 41 et de l'Union Régionale des Professionnels de Santé-Médecins Libéraux (284 médecins généralistes).

4) Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons exclu de la population d'étude les médecins n'ayant pas une activité de médecine générale traditionnelle majoritaire (orientation pédiatrie, acupuncture, homéopathie...) ou ceux ayant une orientation échographie ou angéiologie.

Les médecins remplaçants ne sont, par définition, pas installés dans un Etablissement Recevant du Public, donc ont été exclus.

Si plusieurs médecins exerçaient dans le même cabinet, nous conservions le premier tiré au sort et excluons les suivants, avec nouveau tirage au sort pour obtenir 30 médecins inclus au total.

5) Modalités de contact

Nous avons pris contact par téléphone, expliquant le projet de thèse et demandant sa participation au médecin. S'il acceptait de participer, nous lui demandions si la médecine générale était son activité majoritaire ou non. Dans l'affirmative, le médecin faisait partie de l'étude et un rendez-vous était pris pour la visite des locaux.

B. Compréhension du handicap visuel et élaboration de la grille d'accessibilité

1) Recherches bibliographiques

Il n'existe pas à notre connaissance de travaux scientifiques sur l'accessibilité de cabinets médicaux aux handicapés visuels. Des études concernaient l'accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite, dont une en Indre et Loire (15). Ces travaux évaluaient l'accessibilité par envois de questionnaires aux médecins généralistes ou aux patients à mobilité réduite. Les critères d'accessibilité étaient basés sur les normes architecturales du cadre bâti.

Nous avons donc utilisé des textes de lois (4, 12), complétés par les recommandations d'une commission d'accessibilité pour les sanitaires (16), afin de définir notre grille d'audit de l'accessibilité des cabinets libéraux visités.

2) Rencontres avec des handicapés visuels

Afin d'affiner notre connaissance du handicap visuel, nous sommes allés à la rencontre de patients handicapés visuels.

a) Tours

Nous nous sommes entretenus avec 10 patients de l'association Valentin Haiiy, malvoyants avec différentes pathologies (DMLA, rétinite pigmentaire, glaucome...).

De cet entretien ressortait l'importance de la simplicité d'utilisation de la sonnette. Les menus défilants et l'entrée de codes étaient décrits comme « un casse-tête » rendant rédhibitoire l'accès.

Était aussi évoqué le contre-jour dans le bureau du médecin, jugé désagréable.

b) Vendôme

Nous avons rencontré une personne ayant une basse vision (cécité gauche, acuité visuelle de moins de 3/10^{ème} de œil droit avec correction), responsable du pôle handicap à la mairie.

Entretien

La première phase était un entretien au cours duquel elle évoquait ses difficultés à la descente des escaliers du fait de leur manque de contraste, des éblouissements fréquents avec les éclairages artificiels puissants ou mal positionnés et aussi avec l'éclairage naturel. Le contre-jour étant désagréable, elle privilégie la position dos à la fenêtre.

Conséquence de sa vision monoculaire, elle ressent des difficultés pour appréhender les reliefs et préfère que son interlocuteur se situe à sa droite, du côté de sa vision fonctionnelle.

Elle disait avoir eu plusieurs entorses de cheville liées à des traumatismes avec des obstacles non vus, surtout des bornes de parking.

Au niveau des couleurs, elle apprécie dans son environnement le mauve et le rose qu'elle juge douces.

Mise en situation de handicap

Pour la deuxième phase, nous avons visité les locaux de la mairie après avoir enfilé des lunettes reproduisant 3 types de déficience visuelle : vision floue, tubulaire et borgne.

Cela nous a rendu concrètes les difficultés ressenties par les patients. Ainsi, le port de lunettes de vision floue, s'il gênait peu nos déplacements, compliquait la reconnaissance des éléments fins comme les visages et rendait la lecture quasi impossible. A l'inverse, le port de lunettes de vision tubulaire ne gênait pas la lecture mais nécessitait de mobiliser la tête en permanence pour appréhender l'environnement. C'était long, fatiguant, et sans garantie sur l'évitement de tous les obstacles. La vision borgne modifiait l'appréciation des distances et nous obligeait à tendre les bras devant nous pour vérifier la distance réelle.

3) Rencontre avec des professionnels de la basse vision

Pour compléter notre connaissance du handicap visuel, nous souhaitions rencontrer des professionnels concernés.

Notre choix s'est porté sur le Centre de Rééducation de Basse Vision de Ballan-Miré, qui regroupe en un seul lieu les principaux intervenants de la basse vision.

Nous avons d'abord rencontré le Dr MASJOUB, ophtalmologue, qui nous a présenté l'équipe, fait visiter les lieux et expliqué le déroulement d'une rééducation à la basse vision.

Nous avons participé avec l'ergothérapeute à une séance d'apprentissage de la canne blanche à l'intérieur et à l'extérieur du bâtiment et avons été initié à la façon pour un déficient visuel de se repérer dans une pièce inconnue.

Avec la rééducatrice en activités de la vie journalière (AVJiste), les yeux bandés, nous avons, par exemple, utilisé des produits électroménagers, servi un verre d'eau, coupé de la viande.

Grâce à l'ensemble de ces expériences, nous avons mieux compris l'importance de l'éclairage, des contrastes visuels et tactiles comme guide pour les patients ayant une basse vision, ainsi que leurs difficultés dans les gestes quotidiens.

4) Choix des critères d'évaluation des locaux :

a) Elaboration de la grille

Nous avons choisi d'adopter le point de vue d'un patient malvoyant se rendant à une consultation de médecine générale, et déposé sur le trottoir de l'adresse du cabinet. L'étude des zones où le patient peut se retrouver seul (dispositif d'accès, couloirs, escaliers, ascenseurs, sanitaires) a été privilégiée.

La grille d'accessibilité (annexe 2) est une synthèse des critères imposés par la loi, des critères recommandés par la commission d'accessibilité des sanitaires et des remarques des patients. Elle était conçue pour étudier les critères dans l'ordre du cheminement logique dans le cabinet, patient venant de l'extérieur, pour atteindre le bureau du médecin.

La durée d'évaluation des locaux était limitée à quinze minutes afin de gêner le moins possible les activités du cabinet.

b) Critères évalués

Les critères désignés ci-dessous étaient classés en **3 catégories** :

- 1) **Conforme** : répondant aux critères définis.
- 2) **Non Conforme** : ne répondant pas aux critères définis.
- 3) **Sans objet** : évaluation impossible du fait de l'absence de l'objet (exemple : pas d'ascenseur).

La puissance d'éclairage était mesurée par un luxmètre de marque Roline modèle RO-1332, en position Range 2000, posé au sol, sauf dans le cabinet et au secrétariat où les mesures se faisaient sur le bureau.

Le sol était jugé non réfléchissant si aucun reflet n'était perçu par l'évaluateur lors du regard de sa hauteur, au sol.

Pour le sol du cheminement extérieur, un contraste tactile était présent par rapport à l'environnement si ressenti par le pied de l'évaluateur.

Le contraste visuel était défini par une variation entre 2 couleurs de l'objet ou entre une couleur de l'objet et son support ou son environnement immédiat, d'au moins 70% via une grille préétablie de contrastes en pourcentage (annexe 3).

Si plusieurs couleurs étaient présentes au sein d'un élément (par exemple le sol), nous retenions la couleur dominante.

La signalisation était jugée :

- a) visible si le support d'informations était contrasté par rapport à l'environnement immédiat.
- b) lisible si les informations sur le support étaient contrastées par rapport au support et la hauteur des caractères d'écriture d'au moins 15 mm pour les éléments relatifs à l'orientation, 4,5mm sinon.

Les éléments de signalisation évalués étaient :

- sur le cheminement extérieur, l'indication du cabinet ou la plaque du médecin
- dans la salle d'attente, l'affichage des tarifs ou à défaut des affiches informatives
- pour les sanitaires, l'affichage WC, toilettes ou leurs pictogrammes.

Les obstacles pris en compte étaient ceux du cheminement extérieur de types bornes, poteaux, jardinières...

Le dispositif d'accès était simple s'il ne présentait pas de défilement de numéros ou noms ni de code.

L'escalier était défini dès la présence d'une marche. La bande contrastée était jugée conforme si elle se situait en haut de l'escalier, non conforme si elle était absente ou en bas de l'escalier.

Dans le bureau médical, l'éclairage était éblouissant si le siège du patient se situait face à une fenêtre (contre-jour) et qu'aucun système occultant (stores, volets) n'était présent.

C. Entretien avec les médecins

Recueil réalisé par entretien individuel à la fin de la visite des locaux :

1- Quel âge avez-vous ?

2- Depuis combien d'années êtes-vous installé(e) dans le cabinet actuel ?

3- Exercez-vous seul(e) ou en association ?

4- S'agissait-il d'une reprise ou d'une création de cabinet ?

5- De combien d'années datent les derniers travaux concernant sol, murs ou éclairage ?

6- Est-ce que vous connaissez le seuil de définition de la basse vision ?

Si la réponse était oui, nous posons la question suivante : Quel est ce seuil en termes d'acuité visuelle ?

On considérait que le médecin connaissait le seuil de définition s'il avait répondu oui à la première question et s'il avait répondu correctement à la deuxième (réponse minimum acceptée : inférieur ou égal à $3/10^{\text{ème}}$ avec port de la correction).

7- Est-ce que vous connaissez l'acuité visuelle de vos patients adultes ?

RESULTATS

A. Taux de réponse

Après le premier tirage au sort, 5 médecins ont été exclus de l'étude : 1 déjà retraité, 4 qui exerçaient dans le même cabinet qu'un autre tiré au sort.

2 médecins ont refusé de participer à l'étude : l'un pour des raisons familiales graves ; l'autre qui ne participe jamais à ces études même s'il avoue ne « pas savoir pourquoi ».

Pour que 30 médecins acceptent de participer à l'étude, nous en avons donc contacté 32 soit un taux d'acceptation de 93,8%

Notre étude a porté sur les 30 médecins ayant accepté.

B. Accessibilité

1) Cheminement extérieur

Tableau 1 : Conformité du cheminement extérieur

	Conforme	Non Conforme	Sans objet
Puissance d'éclairage	30	0	0
Sol non réfléchissant	30	0	0
Sol : contraste visuel et tactile	13	17	0
Signalisation visible et lisible	16	14	0

En regroupant l'ensemble des critères, on obtient la figure 1.

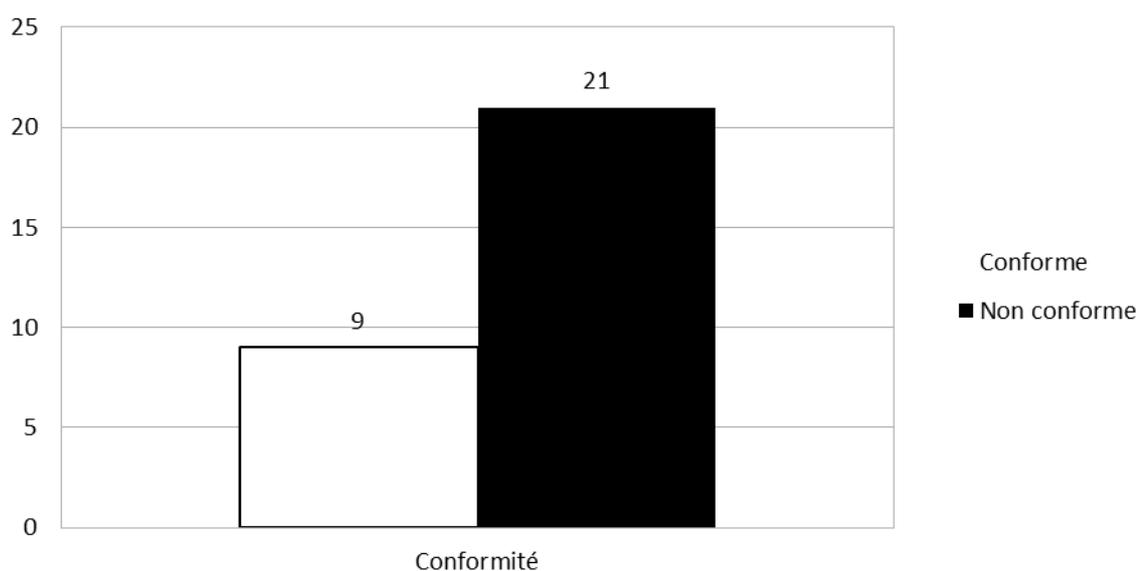


Figure 1 : Conformité à l'ensemble des critères du cheminement extérieur

2) Obstacles, Parois vitrées, Dispositif d'accès

Tableau 2 : Conformité des obstacles, parois vitrées, dispositif d'accès

	Conforme	Non Conforme	Sans Objet
Obstacle : contraste	0	2	28
Parois vitrées : repérables	1	6	23
Dispositif d'accès : contraste	4	9	17
Dispositif d'accès : simple	13	0	17

3) Escaliers

Tableau 3 : Conformité des escaliers

	Conforme	Non Conforme	Sans Objet
Puissance d'éclairage	4	4	22
Bande contrastée	1	7	22
1ère et dernière marches : contraste des contremarches	0	8	22
Nez de marche : contraste par rapport à marche	1	7	22
Main courante	3	5	22

Sur les 8 escaliers évalués, aucun n'était conforme pour tous les critères.

4) Ascenseurs

Tableau 4 : Conformité des ascenseurs

	Conforme	Non Conforme	Sans Objet
Puissance d'éclairage	0	2	28
Portes : contraste	2	0	28
Touches de commande : contraste	1	1	28
Signal de déplacement : audible	0	2	28

5) Couloir et secrétariat

Tableau 5 : Conformité du couloir et secrétariat

	Conforme	Non Conforme	Sans Objet
Couloir : puissance d'éclairage	18	12	0
Couloir : sol non réfléchissant	30	0	0
Couloir : sol contrasté par rapport aux murs	16	14	0
Secrétariat : puissance d'éclairage	10	5	15

6) Sanitaires

Tableau 6 : Conformité des sanitaires

	Conforme	Non Conforme	Sans Objet
Puissance d'éclairage	3	26	1
Cuvette et lavabo : contraste	17	12	1
Signalisation : visible et lisible	21	8	1

En regroupant l'ensemble des critères, on obtient la figure 2.

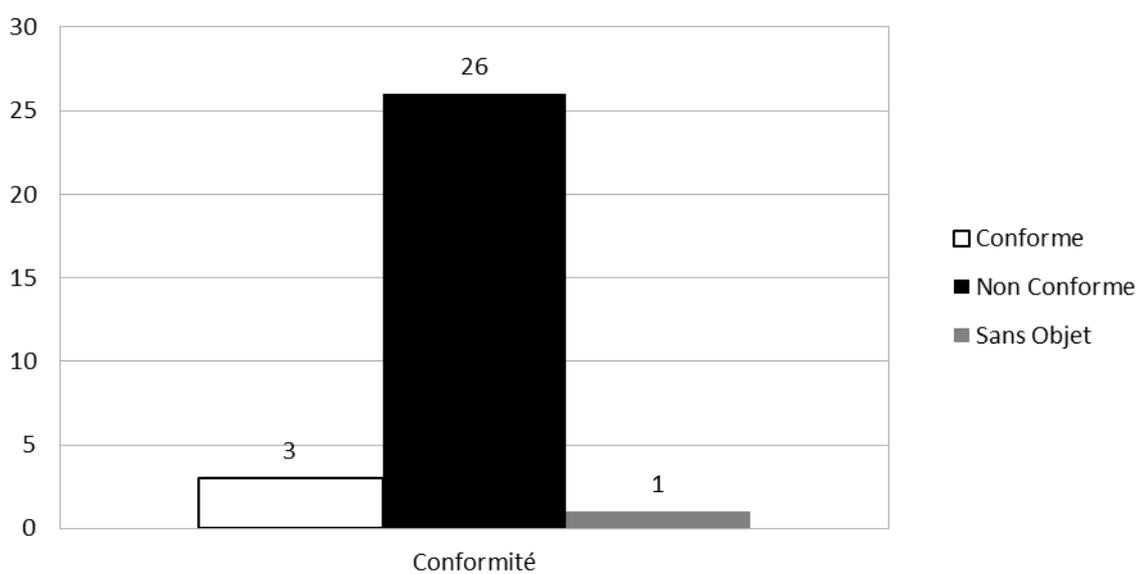


Figure 2 : Conformité des sanitaires à l'ensemble des critères

7) Salle d'attente et bureau médical

Tableau 7 : Conformité de la salle d'attente et du bureau médical

	Conforme	Non Conforme	Sans Objet
Salle d'attente : puissance d'éclairage	20	10	0
Salle d'attente : signalétique visible et lisible	18	11	1
Bureau médical : puissance d'éclairage	23	7	0
Bureau médical : éclairage non éblouissant	25	5	0

En regroupant l'ensemble des critères du bureau médical, on obtient la figure 3.

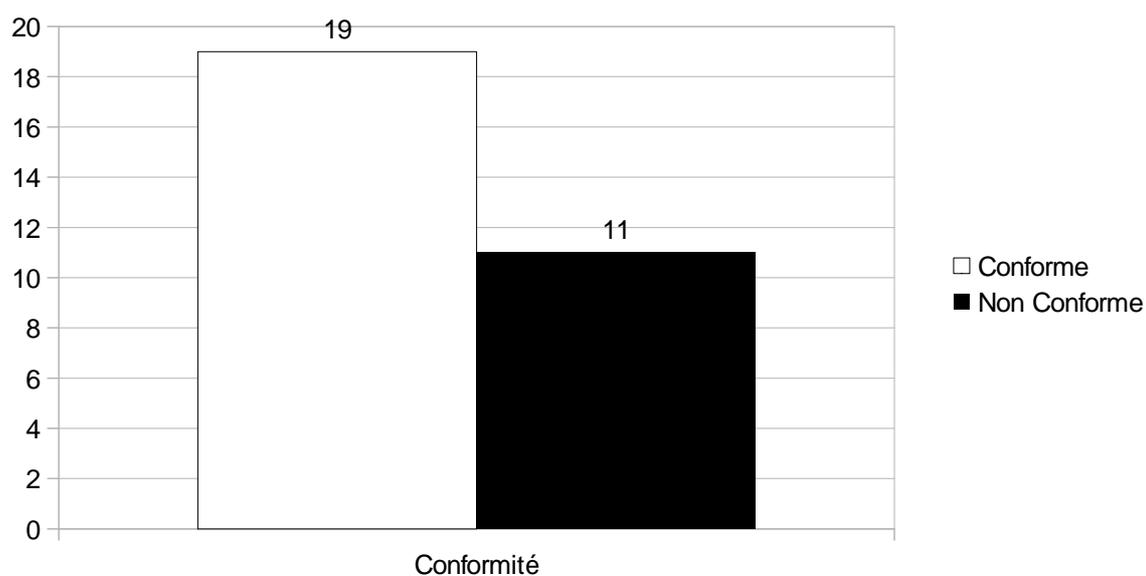


Figure 3 : Conformité des bureaux médicaux à l'ensemble des critères

8) Eclairage

Sur les 9 critères d'éclairage (8 critères de puissance d'éclairage et 1 critère d'absence d'éblouissement dans le cabinet médical), la moyenne de critères non conformes était 2,36 soit 26,2% (figure 4).

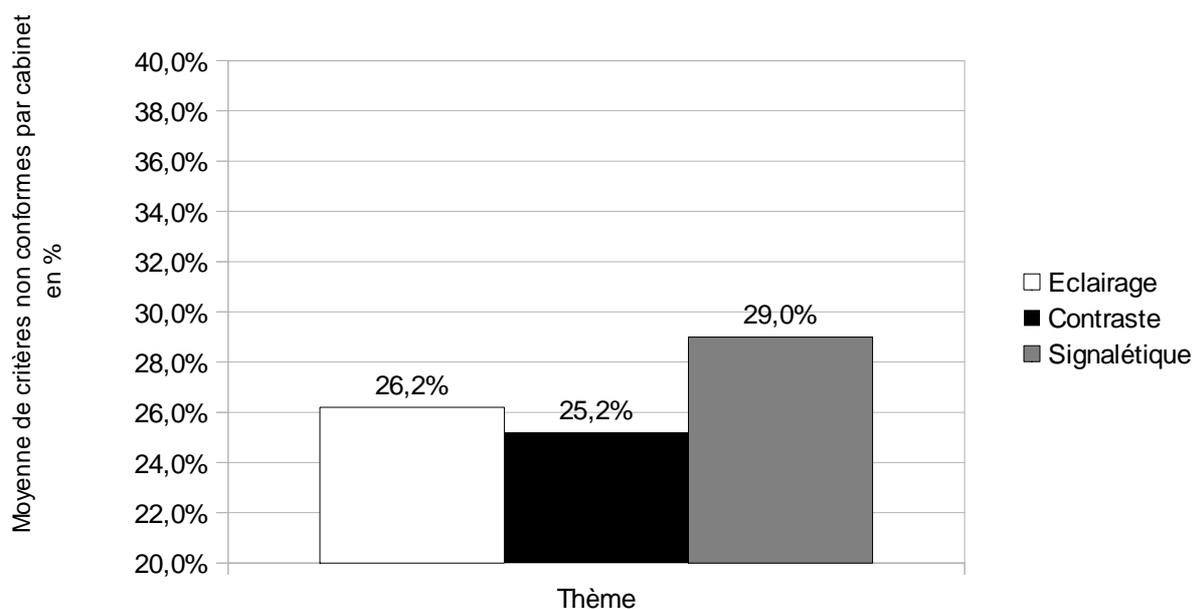
9) Contraste

Sur les 11 items de contraste (cheminement extérieur, obstacles, parois vitrées, dispositif d'accès, 3 pour l'escalier, 2 pour l'ascenseur, 1 pour le couloir et les sanitaires), la moyenne de critères non conformes était 2,76 soit 25,2% (figure 4).

10) Signalétique

Sur les 4 critères de signalétique (cheminement extérieur, signal d'ascenseurs, salle d'attente et sanitaires), la moyenne de critères non conformes était 1,16 soit 29% (figure 4).

Figure 4 : Comparaison des moyennes de non-conformité par cabinet selon le thème



11) Autres

Pour les 4 critères restants (sol non réfléchissant dans le cheminement extérieur et le couloir, la simplicité du dispositif d'accès et la main courante), la moyenne de critères non conformes était 0,16 soit 4%.

12) Ensemble des critères

La moyenne de critères non conformes par cabinet était de 6,47 sur 28 critères soit 23,1%.

La moyenne de critères conformes par cabinet était de 10,66 soit 38,1%.

La moyenne de critères sans objet par cabinet était de 10,86 soit 38,8%.

Sur les 30 cabinets, 1 (3,3%) était complètement accessible avec aucun critère non conforme et 3 (9.9%) comportaient 2 critères non conformes.

C. Entretien avec les médecins

1- Age

La moyenne d'âge était de 53,1 ans avec un écart type de 9,1 (minimum 33 ans, maximum 65 ans).

2- Durée d'installation dans le cabinet actuel

La durée d'installation moyenne était de 17,3 ans (minimum 1 an, maximum 35 ans).

3- Type d'exercice

22 médecins sur 30 étaient en association soit 73,3% et 8 exerçaient seul soit 26,7%.

4- Reprise ou création

20 cabinets sur 30 étaient une création soit 66,7% et 10 des reprises soit 33,3%.

5- Date des derniers travaux

La date moyenne des derniers travaux était de 7,4 années (minimum 1 an, maximum 35 ans).

6- Connaissance du seuil de définition de basse vision

3 médecins connaissaient le seuil de définition de la basse vision soit 10%.

7- Connaissance de l'acuité visuelle de la patientèle adulte

7 médecins disaient connaître l'acuité visuelle de leurs patients soit 23,3%.

DISCUSSION

A. Résultats de l'étude

Notre étude a permis d'évaluer l'accessibilité des cabinets de médecins généralistes aux handicapés visuels. Sur les 30 locaux, seul 1 était complètement accessible soit 3,3%.

Des changements sont donc à prévoir pour que les médecins proposent des locaux entièrement accessibles aux handicapés visuels au 1er janvier 2015, et nous avons cherché des solutions simples pour tendre vers cet objectif.

Nous pouvons définir plusieurs domaines généralement mal adaptés au handicap visuel : le cheminement extérieur manque de contraste mais il est dépendant de la voirie municipale pour les cabinets donnant directement sur la rue, ce qui complique les aménagements éventuels. Par contre, dans les locaux proprement dits, les contrastes entre les sols et murs des couloirs sont insuffisants, ce qui est facilement améliorable. Les couleurs employées y sont souvent claires comme le blanc, le beige, le jaune, le rose, générant une ambiance douce et agréable pour des patients sans handicap visuel, mais ne répondant pas aux normes établies. Lorsque les plinthes ne peuvent être repeintes et rehaussées en couleur, des bandes adhésives fortement contrastées peuvent être appliquées au sol et/ou aux murs.

Aucun escalier ne répond aux normes, faute de contraste visuel et tactile. Le principal danger pour les handicapés visuels est pourtant la descente de marches, dont l'outil majeur de repérage est la bande d'éveil de vigilance en haut des marches, absente dans tous les cas. L'adaptation des escaliers est un objectif primordial, pour des raisons de sécurité. L'installation d'une bande blanche rugueuse en haut de l'escalier est simple, mais la réfection de tous les nez-de-marche, ou la peinture systématique des contremarches représente un coût non négligeable, plus difficile à faire partager aux copropriétaires lorsque l'immeuble est collectif, de même que d'éventuelles modifications de l'ascenseur.

Enfin, l'éclairage des sanitaires est insuffisant probablement par manque d'intérêt pour ce lieu. L'éclairage le plus souvent unique, placé en hauteur, de faible puissance peut aisément être modifié pour générer l'intensité minimum préconisée.

Certaines recommandations d'accessibilité sont bien appliquées.

Tous les dispositifs d'accès sont simples. La ruralité du département intervient puisque la majorité des cabinets se situaient dans des maisons individuelles où la sonnette sert juste d'annonce. Une étude en zone plus urbaine donnerait sans doute d'autres résultats avec des dispositifs complexes à menus défilants, comme l'ont évoqué les patients de l'association Valentin HAUY.

La signalisation à l'extérieur des cabinets est visible et lisible de près mais seuls le contraste et la taille des caractères sont évalués par notre étude. Nous avons compris au fur et à mesure des visites, que la plaque de médecin, même contrastée, sur le mur d'une maison à 15 mètres de l'entrée ne sera pas vue par un déficient visuel. Ce critère n'a donc pas été évalué mais serait pertinent dans une démarche plus large d'audit des cabinets. La création d'un pictogramme officiel, comme celui des pharmacies, compris et repérable par tous serait utile pour guider les patients.

Nous concluons que la signalétique est adaptée dans les salles d'attente, mais, les tarifs d'affichage étant souvent absents, nous avons dû nous limiter le plus souvent à l'analyse des affiches d'information, dont la conformité était hétérogène.

L'agencement intérieur du bureau médical était conforme dans 25 cas sur 30, la présence de systèmes occultants étant suffisante pour valider la conformité de l'item. Mais les sièges des patients se trouvaient pourtant souvent face à la fenêtre, plaçant le médecin dans le contre-jour, ce qui est très désagréable d'après les patients rencontrés. Ainsi, rétrospectivement, nous comprenons que le critère choisi n'est pas pertinent, et qu'il aurait été plus judicieux de considérer la position du patient par rapport à la fenêtre.

B. Limites de l'étude

Le faible effectif rend peu extrapolable les résultats. 30 médecins représentent 10,6% des généralistes du Loir-et-Cher. En considérant les associations, ces 30 cabinets représentent 70 médecins soit 24,6% puisque les critères d'accessibilité sont communs à tous les médecins du cabinet sauf les 2 critères du bureau médical.

Nous nous sommes placés volontairement dans une position d'auditeur non handicapé. En effet, comme nous l'avons souligné, le handicap visuel est individuel et ne peut pas être standardisé. Ce choix initial implique des biais évidents : Les critères subjectifs comme la sensation d'éblouissement, l'aspect réfléchissant du sol ou les contrastes visuels ont pu être sous ou surévalués. A l'inverse, ces patients au toucher exacerbé auraient probablement mieux senti certains revêtements contrastés tactilement.

Pourtant pour limiter cette subjectivité, nous avons exclus des critères importants pour les déficients visuels comme le positionnement de l'éclairage.

La période et l'horaire de mesure modifient les critères de puissance d'éclairage pour les lieux avec éclairage naturel. Notre évaluation a eu lieu sur huit jours en hiver avec un temps couvert, sur une plage horaire s'étendant de 8h à 19h. Une évaluation dans d'autres conditions aurait peut-être modifié ces résultats.

La loi a été notre socle principal pour créer la grille d'évaluation, mais l'entretien avec les malvoyants s'est avéré d'une grande richesse pour percevoir leurs difficultés réelles. Nous n'avons pas défini une méthodologie précise pour ces rencontres, et des entretiens semi-dirigés (focus-group) ou des questionnaires standardisés auraient probablement permis de définir d'autres critères ou de les prioriser dans une liste.

C. Hypothèses

Les principales hypothèses pour expliquer le manque d'accessibilité sont :

- Le refus de changement lié à un départ prochain à la retraite : la moyenne d'âge des médecins de l'étude était élevée, avec 10 praticiens ayant au moins 60 ans.
- Le coût financier : Dans des locaux anciens et parfois vétustes, des difficultés techniques sont pressenties avec l'impact pécuniaire associé. A l'inverse, pour une installation récente, l'investissement déjà consenti démotive pour de nouveaux travaux.
- L'ignorance de la loi : la question était absente du questionnaire mais les discussions que nous avons eues à la fin de l'entretien allaient en ce sens. Dans une étude sur l'accessibilité des cabinets aux personnes à mobilité réduite en Indre et Loire en 2008 (15), 50,9% des 221 médecins interrogés ignoraient que la loi s'appliquait aux cabinets existants. Une information est souhaitable.
- La méconnaissance des capacités visuelles des patients : 73,6% des médecins disaient ignorer l'acuité visuelle de leurs patients adultes. Ils ne disposent donc pas de critères objectifs pour identifier leurs patients malvoyants. Par contre, sans connaître l'acuité visuelle de leurs patients, les médecins pourraient être à même de les considérer comme malvoyants, sur des critères d'observation simples au cours des consultations, ce que nous n'avons pas évalué. Néanmoins, la capacité des patients à compenser leur handicap peut être un réel obstacle à la mise en évidence empirique de la basse vision, et le travail en complémentarité du généraliste et de l'ophtalmologue nous paraît primordial.

D. Propositions

Nous proposons une démarche globale propice à modifier l'attitude des médecins généralistes face au handicap visuel de leurs patients et à l'accessibilité de leurs locaux.

Dans un premier temps, une phase de sensibilisation nous paraît indispensable. Elle peut bien sûr revêtir la forme classique de documents d'information, mais la réalisation d'ateliers de simulation du handicap visuel nous semble beaucoup plus pertinente. En effet, nous n'avons vraiment assimilé la complexité du vécu quotidien en situation de basse vision qu'après les exercices concrets sous lunettes déformantes ou sous bandeau. L'appui d'un réseau Basse Vision en région Centre, ou l'implication du Centre Régional Basse Vision, serait indispensable pour organiser ces formations courtes, dans le cadre des structures locales de FMC.

Ces séances pourraient être l'occasion d'inciter les médecins à mieux connaître l'acuité visuelle de leurs patients, en particulier lorsqu'ils sont déjà identifiés dans des groupes à risque (DMLA, myopie sévère, glaucome, rétinopathie). Nous sommes convaincus qu'en interrogeant leurs patients sur leur ressenti, en donnant de l'importance au vécu de handicap, les médecins ont beaucoup à apprendre, et seraient plus enclins à effectuer des adaptations volontaires de leurs cabinets, au profit de patients qu'ils connaissent, plutôt que d'obéir à une loi, plus difficile à s'approprier.

En complément, nous proposons un document de synthèse de règles simples, utilisable par les médecins généralistes déjà ou prochainement installés (annexe 4). Il ne s'agit pas d'un résumé de la loi mais de conseils pour adapter les locaux. Ce document pourrait être remis aux internes lors du séminaire d'installation du Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté, et mis à disposition du Conseil de l'Ordre des Médecins de chaque département. Une étude à Marseille indiquait que la prise en compte de l'accessibilité lors de l'installation des généralistes n'intervenait que dans 1% des cas (17). Une anticipation des besoins d'accessibilité est préférable pour éviter des problèmes techniques ou d'environnement après l'installation.

Au-delà de ce travail, le développement d'une harmonisation des relations entre médecins généralistes et ophtalmologues, nous paraît indispensable : On pourrait envisager un seuil à partir duquel l'ophtalmologue envoie un courrier au médecin traitant, par exemple 5/10 en vision binoculaire en-dessous desquels la conduite automobile est théoriquement interdite. Une prise en charge individuelle et globale des patients malvoyants, ciblée non plus sur la maladie mais aussi sur ses conséquences au sens large, leur permettrait d'accéder à une rééducation adaptée pour compenser leur handicap.

Certains patients pensent à tort, qu'ils doivent « économiser » leurs yeux. Pour vaincre ces idées reçues, des professionnels formés peuvent les aider. C'est le cas dans les Centres de Rééducation Basse Vision, où la prise en charge est multidisciplinaire et centrée sur le patient. Mais les ophtalmologues et les généralistes connaissent-ils l'existence de ces centres ? Une information est peut-être souhaitable.

CONCLUSION

Le vieillissement démographique actuel engendre une augmentation de personnes dépendantes et handicapées (18). Une société moderne et progressiste doit permettre l'intégration de tous ses membres. Ainsi, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées impose des normes d'accessibilité aux cabinets libéraux.

Trois ans avant sa mise en application, notre étude menée sur 30 médecins généralistes du Loir-et-Cher révèle que leurs cabinets ne sont pas totalement adaptés à l'accueil de handicapés visuels. La plupart des critères non conformes est pourtant simple à améliorer et nous proposons dix conseils concrets visant à rendre les locaux plus accessibles.

Au-delà de cette démarche sur l'accessibilité, la sensibilisation au handicap visuel par des ateliers pratiques, une bonne connaissance de la loi, le travail en réseau avec les ophtalmologues, et la connaissance des structures spécialisées, sont des clés pour le progrès de la prise en charge des handicapés visuels.

BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. *La population en situation de handicap visuel en France-une exploitation des enquêtes HID 1998 et 1999*. Juillet 2005
2. Pizarello L, Abiose A, Fytche T. and al. VISION 2020 : The Right to Sight : a global initiative to eliminate avoidable blindness. Arch Ophthalmol. 2004 ; 122 : 615-620
3. West SK, Rubin GS, Broman AT. How does visual impairment affect performance on task of everyday life? The SEE project. Arch Ophthalmol. 2003 ; 120 : 774-780
4. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JORF 12 février 2005
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D8C035D9609881D4718601D5321F4A83.tpdjo03v_1?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=20111122
5. Lachat JC. *Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite dans le département de la Loire*. 87p. Th : Med : Saint-Etienne : 2008.
6. Congdon N, O'Colmain B, Klaver CC and al. Eye Diseases Prevalence Research Group. Causes and Prevalence of Visual Impairment Among Adults in the United States. Arch Ophthalmol. 2004 ; 122 : 477 - 485
7. Holzschuch C, Manière D, Mourey F. *Gériatrie et basse vision : pratiques interdisciplinaires*. Masson, 2002, 140p
8. Colenbrander A. Aspects of vision loss-visual functions and functional vision. Visual Impairment Research. 2004 ; vol. 5, issue 3.
9. OMS disponible sur : <http://www.who.int/blindness/Changements.pdf>
10. Corn AL, Koenig AJ. 1996. Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives. New York : AFB Press 1996 p. 4.
11. DREES. Les personnes ayant un handicap visuel- Les apports de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance. Juillet 2005, N°416
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er416.pdf>
12. Décret n°2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation. JORF du 18 mai 2006
Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000819417&dateText>

13. Code de la construction et de l'habitation, article R 111-18-2.

Disponible sur : http://www.batiss.fr/regl/Hand_CCH_R111-18_R111-19_V090507.pdf

14. ONU. Convention relative aux droits des personnes handicapées. 13 décembre 2006

Disponible sur : <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

15. 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*. 94p. Th : Med : Tours : 2009

16. Confédération Française pour la Promotion Sociale des Aveugles et Amblyopes (CFPSAA) - Commission Accessibilité. Les besoins des personnes déficientes visuelles - accès à la voirie et au cadre bâti. Juillet 2010, p.60.

Disponible sur : <http://accessibilite-universelle.apf.asso.fr/media/02/01/1082664205.pdf>

17. Michallon V. *Accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes à mobilité réduite*. 39p. Th : Med : Marseille : 2007

18. Mormiche P, Boissonat V. *Handicaps et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendances »*. Revue Française des Affaires Sociales, janvier-juin 2003, 267-285

ANNEXES

Annexe 1 : Illustration de déficiences visuelles



Vision Normale



Vision Floue



Atteinte de la vision centrale
(Scotome central)



Atteinte de la vision périphérique
(Vision Tubulaire)

Annexe 2 : Grille d'accessibilité

Champ d'application	Caractéristiques	Normes	C	NC	SO
Cheminement extérieur	Eclairage (puissance)	20 lux en tout point			
	Sol	Non réfléchissant			
	Sol	Contraste (visuel et tactile)			
Obstacles	Signalisation	Visible et lisible			
	Bornes et poteaux	Contraste			
Parois vitrées	Repérables	Contraste ou bandes de couleur			
Dispositif d'accès	Repérable	Contraste			
	Simple	Pas de défilement ni code			
Escaliers	Eclairage (puissance)	150 lux en tout point			
	Bande contrastée (visuellement ou tactilement)	Haut de l'escalier			
	Première et dernière marches	Contraste de contremarche			
	Nez de marche	Contraste par rapport à marche			
	Main courante	Dépasse première et dernière marches de chaque volée			
Ascenseurs	Eclairage (puissance)	150 lux en tout point			
	Portes	Contraste			
	Touches de commande (intérieures et extérieures)	Contraste			
	Signal sonore de déplacement	Audible			
Couloir	Eclairage (puissance)	100 lux en tout point			
	Sol	Non réfléchissant			
	Sol	Contraste par rapport aux murs			
Secrétariat	Eclairage (puissance)	200 lux en tout point			
Salle d'attente	Eclairage (puissance)	100 lux en tout point			
	Signalétique (infos, tarifs)	Visible et lisible			
Sanitaires	Eclairage (puissance)	200 lux en tout point			
	Cuvette et lavabo	Contraste par rapport à l'environnement			
	Signalisation	Visible et lisible			
Bureau Médical	Eclairage (puissance)	200 lux au bureau			
	Eclairage (qualité)	Non éblouissant			

C : Conforme NC : Non Conforme SO : Sans Objet

Annexe 3 :

Contraste en pourcentage entre différentes couleurs

	Beige	Blanc	Gris	Noir	Brun	Rose	Pourpre	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				
Pourpre	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											

	Acceptable
	Ne pas utiliser
	Cas limite

CONSEILS POUR FAVORISER L'AUTONOMIE ET AMELIORER LA SECURITE DES PATIENTS MALVOYANTS DANS VOTRE CABINET MEDICAL

Un cheminement extérieur et intérieur sans obstacle

Une sonnette simple (un bouton) sur support contrasté

Une signalétique adaptée :

- Police de caractères 20 (15 mm de hauteur)
- Sur support contrasté
- L'affichage important sur un unique panneau bien identifié

Un bon contraste sols /murs (plinthes aux couleurs soutenues)

Un escalier sécurisé :

- Bande de vigilance en haut
- première et dernière contremarches contrastées
- nez de marches contrastés



Un éclairage optimisé :

- minimum 200 Lux en tous points (500 Lux conseillés) dans les lieux de circulation, les sanitaires et le bureau médical
- une lampe orientable sur le bureau pour faciliter la lecture et l'écriture du patient

Un bureau disposé pour éviter l'éblouissement du patient : médecin adossé au mur et non à la fenêtre

Des sanitaires contrastés, bien éclairés

LES MOTS-CLES : ECLAIRAGE, CONTRASTE, PAS D'OBSTACLE

UNE DATE : 2015

Application de la loi sur l'accessibilité de tous les Établissements Recevant du Public (dont les cabinets médicaux)

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

**Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du 5 Janvier 2012**

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours**

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

MOTTAZ Yann

Thèse n°

42 pages –8 tableaux –4 figures – graphiques –5 illustrations

Résumé :

Le vieillissement démographique actuel et la prévalence de certaines maladies ophtalmiques comme la dégénérescence maculaire ou le glaucome, expliquent l'accroissement du nombre d'handicapés visuels. Ces patients, au handicap invisible généralement, présentent des difficultés dans leur vie quotidienne, surtout à l'extérieur de leur habitat.

Pour favoriser leur insertion, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, impose de leur rendre accessible les Etablissements Recevant du Public, dont les cabinets libéraux.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'accessibilité aux handicapés visuels de cabinets de médecins généralistes du Loir-et-Cher, avant la mise en application de cette loi au premier janvier 2015.

Après tirage au sort, 30 cabinets ont été visités et leur accessibilité évaluée selon les critères extraits de la loi et d'une commission d'accessibilité.

Selon nos critères d'éclairage, de contraste et de signalétique, 1 seul cabinet sur les 30 était complètement accessible et 3 cabinets étaient conformes sauf pour 2 critères. Sur 28 critères analysés, la moyenne de non conformités était de 6,5 par cabinet.

Nous proposons un document de synthèse des règles simples d'accessibilité, utilisable par les médecins généralistes déjà ou prochainement installés, afin de les inciter à adapter leurs locaux. Cette mise en conformité des cabinets doit être perçue comme un progrès dans la prise en charge globale de des patients handicapés et non comme une contrainte

Mots clés : Accessibilité, handicap visuel, déficience visuelle, basse vision, loi du 11 février 2005, cabinets médicaux, médecine générale

Jury :

Président : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

Membres : Monsieur le Professeur FOUQUET Bernard

Monsieur le Professeur NIVET Hubert

Monsieur le Docteur MASJOUB Samuel

Madame le Docteur DURIN Séverine

Date de la soutenance : 26 Février 2012