

Rendre votre cabinet accessible aux patients à mobilité réduite

Sarah Pritchard MScOT OTReg(Ont) James Milligan MD Joseph Lee MD

Les patients dont la mobilité est réduite rencontrent souvent des difficultés lorsqu'ils consultent leur médecin de famille en raison des obstacles physiques dans les cabinets et les édifices médicaux, notamment l'absence de rampes, de barres d'appui, de tables d'examen ou d'imagerie ajustables en hauteur, ainsi que l'insuffisance d'espace pour manœuvrer un fauteuil roulant ou faire un transfert à une table d'examen^{1,2}.

Afin d'améliorer l'accès aux soins primaires et les résultats sur le plan de la santé pour les personnes à mobilité réduite, l'équipe du centre de la santé familiale du Centre for Family Medicine à Kitchener, en Ontario, a mis au point une clinique de la mobilité. L'environnement physique de cette clinique facilite l'accès aux soins primaires par les personnes à mobilité réduite en offrant un espace assez grand pour accommoder l'utilisation des fauteuils roulants, un accès au stationnement, une balance pour fauteuil roulant et une salle d'examen accessible qui comporte un lève-personne fixé au plafond et une table d'examen ajustable en hauteur (Figure 1). Les ressources dans cette clinique ont permis aux patients ayant des problèmes comme des lésions médullaires ou de graves incapacités neurologiques de recevoir leurs soins primaires réguliers comme les tests de Papanicolaou et des examens généraux auxquels ils auraient eu difficilement accès autrement.

Facteurs relatifs à l'accessibilité

Les normes d'accessibilité sont définies dans la *Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées* de l'Ontario et d'autres lois semblables dans diverses régions du pays; toutefois, il existe peu de ressources disponibles au sein des cabinets de médecin qui sont spécifiquement centrées sur l'accessibilité³⁻⁵. Si vous construisez, louez ou rénovez des aménagements pour votre pratique médicale, voici certains facteurs relatifs à l'accessibilité que vous pourriez envisager. Le **Tableau 1** donne des exemples de coûts associés à certains des équipements dont on parle dans le présent article.

Figure 1. Table d'examen ajustable en hauteur et lève-personne au plafond



Tableau 1. Coût approximatif de l'équipement

ÉQUIPEMENT	COÛT ESTIMÉ, \$
Table d'examen ajustable en hauteur	6 000
Balance à fauteuil roulant	3 400
Lève-personne fixé au plafond et sangle	1 800
Barres de soutien* (18 à 24 pouces de long)	40
Sonnette d'appel	800

*Ces montants n'incluent pas le coût de l'installation qui peut varier d'un fournisseur à l'autre.

Stationnement. La loi exige qu'il y ait des espaces de stationnement désignés, situés près de l'entrée des édifices, à l'usage des personnes handicapées. Ces espaces ainsi que les parcomètres et les postes de péage doivent être accessibles aux personnes en fauteuil roulant. Il faut aussi prévoir un plan incliné sur le trottoir



Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à www.cfp.ca et cliquez sur le lien vers Mainpro.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the March 2014 issue on page 253.

pour permettre l'accès du parc de stationnement jusqu'à l'édifice.

Entrée. Il est nécessaire d'avoir une rampe d'accès munie d'une balustrade ou un élévateur lorsque l'entrée principale de l'édifice n'est pas au niveau du sol. Les portes d'entrée à l'édifice et celles du bureau devraient être munies d'un dispositif d'ouverture automatique et la largeur doit être suffisante pour accommoder un fauteuil roulant ou un scooter (environ 37,5 pouces).

Signalisation. Une signalisation claire et simple doit être installée pour indiquer l'adresse, l'emplacement du cabinet, les numéros de salle et l'emplacement des ascenseurs, des toilettes et des sorties d'urgence. Les panonceaux devraient être de couleurs contrastantes, porter des graphiques et en Braille si possible.


Salle d'attente et réception. Il faudrait prévoir des espaces pour remiser les fauteuils roulants pendant que les personnes attendent leur rendez-vous. Des sièges fermes avec des bras aideront ceux qui ont de la difficulté à passer de la position assise à debout. Les fenêtres à la réception devraient être à une hauteur appropriée pour les personnes en fauteuil roulant (à environ 34 à 40 pouces du sol) et être munies d'un comptoir leur permettant de remplir des formulaires au besoin.

Salle d'examen. Les portes des salles d'examen doivent être assez larges et l'espace à l'intérieur doit être sans encombrement et assez vaste pour manoeuvrer un fauteuil roulant et accommoder les transferts à la table d'examen. Pour faciliter ces transferts, la hauteur de la table d'examen devrait être ajustable pour qu'on puisse l'abaisser à la hauteur du siège du fauteuil roulant (à environ 17 à 19 pouces du sol). Sur le mur adjacent à la table d'examen, il devrait y avoir une rampe ou une courroie pour soutenir les patients pendant qu'ils s'installent sur la table. Pour les personnes incapables de le faire seules, on devrait prévoir un lève-personne mécanique; il faut donner de la formation au personnel sur son utilisation appropriée et sécuritaire. Envisagez de vous munir de matériel d'examen portatif comme un ophtalmoscope, un otoscope, un thermomètre et un sphygmomanomètre.

Toilettes. Les cabinets de médecins devraient être pourvus de toilettes accessibles et de signalisations appropriées pour indiquer leur emplacement. On entend par salles de toilettes accessibles celles qui ont un espace suffisant pour tourner et procéder aux transferts, des barres d'appui et des sonnettes d'appel. Les éviers, les miroirs et les distributeurs de savon et de serviettes devraient être à une hauteur accessible en fauteuil roulant.

Formation du personnel et durée des rendez-vous. La connaissance qu'a le personnel de la population de patients et des besoins spécifiques de chacun contribue à améliorer l'accès à des soins de grande qualité. Le personnel de la réception devrait connaître les patients qui ont besoin de plus de temps pour leur rendez-vous et les fixer en conséquence. L'élaboration de méthodes de repérage ou de documentation des besoins particuliers des patients—comme l'ouïe, la vue, l'élocution ou la mobilité réduite, les méthodes de transfert et autres besoins spéciaux—aiderait à préparer le personnel de la clinique.

Conclusion

Quoiqu'il y ait parfois des limites aux changements structurels qu'on puisse faire, compte tenu de l'environnement physique existant, des ententes de location ou des contraintes financières, de simples stratégies comme installer des barres d'appui, ménager un espace suffisant dans la salle d'attente, disposer de sièges appropriés et informer le personnel des besoins des patients peuvent aider à améliorer l'accessibilité. Bon nombre des lignes directrices expliquées ici s'appliquent non seulement aux personnes à mobilité réduite, mais aussi aux aînés et aux familles avec de jeunes enfants. 

M^{me} Pritchard est ergothérapeute au Centre for Family Medicine Family Health Team à Kitchener, en Ontario. **Dr Milligan** est médecin de famille au Centre for Family Medicine Family Health Team, directeur de la Clinique de la mobilité du Centre for Family Medicine Family Health Team, professeur clinicien agrégé au Département de médecine familiale de la McMaster University à Hamilton, en Ontario, et professeur clinicien adjoint au Département de médecine familiale de la University of Western Ontario à London. **Dr Lee** est président et médecin chef au Centre for Family Medicine Family Health Team, directeur du programme de résidence en médecine familiale au site de formation de Kitchener-Waterloo, professeur clinicien agrégé au Département de médecine familiale de la McMaster University et professeur clinicien adjoint au Département de médecine familiale de la University of Western Ontario.

Remerciements

Le projet de la Clinique de la mobilité reçoit du financement de la Fondation ontarienne de neurotraumatologie.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Références

- Guilcher SJ, Munce SE, Couris CM, Fung K, Craven BC, Verrier M et collab. Health care utilization in non-traumatic and traumatic spinal cord injury: a population-based study. *Spinal Cord* 2010;48(1):45-50. Cyberpub. du 23 juin 2009.
- Hwang K, Johnston M, Tulskey D, Wood K, Dyson-Hudson T, Komaroff E. Access and coordination of health care service for people with disabilities. *J Disabil Policy Stud* 2009;20(1):28-34.
- Service Ontario [site web]. Accessibility for Ontarians with Disabilities Act, 2005. Toronto, ON: Service Ontario; 2005. Accessible à: www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_05a11_e.htm. Accédé le 23 janvier 2014.
- Jones KE, Tamair IE. Making our offices universally accessible: guidelines for physicians. *CMAJ* 1997;156(5):647-56.
- The City of London. 2007 Facility accessibility design standards. London, ON: The City of London; 2007. Accessible à: www.london.ca/city-hall/accessibility/Documents/FADS_2007_final.pdf. Accédé le 23 janvier 2014.

Nous encourageons les lecteurs à nous faire connaître certaines de leurs expériences vécues dans la pratique: ces trucs simples qui permettent de résoudre des situations cliniques difficiles. Vous pouvez proposer en ligne des articles dans Praxis à <http://mc.manuscriptcentral.com/cfp> ou par l'intermédiaire du site web du MFC à www.cfp.ca sous «Authors and Reviewers».