UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année : 2012 N° 021

IMPACT DES CONTRAINTES REGLEMENTAIRES (HORS HYGIENE-ASEPSIE) SUR LE COUT DE FONCTIONNEMENT D'UN CABINET DENTAIRE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée
et soutenue publiquement par

LE ROUX Mélanie
Née le 03 novembre 1986

Le 22 mai 2012 devant le jury ci-dessous

Président	Monsieur le Professeur Alain JEAN
Directeur	Monsieur le Docteur Dominique MARION
Assesseur	Monsieur le Docteur Christophe MARGOTTIN
Assesseur	Monsieur le Docteur Denys GRAND
Invité	Monsieur le Docteur Erik PERROT

Par délibération en date du 6 décembre 1972, le conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Monsieur LABOUX Olivier
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Monsieur JEAN Alain
Assesseurs	Monsieur HOORNAERT Alain Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Madame ALLIOT-LICHT Brigitte Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur JEAN Alain	Monsieur LESCLOUS Philippe Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOHNE Wolf (Professeur Emérite)	Monsieur BOULER Jean-Michel
Maîtres de Conférences des Universités	
Madame Cécile DUPAS	Madame Emmanuelle LEROUXEL
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	**Assistants hospitaliers universitaires des C.S.E.R.D.**
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Monsieur DENIAUD Joël Madame ENKEL Bénédicte Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LAGARDE André Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur UNGER François Monsieur VERNER Christian	Monsieur BADRAN Zahi Madame BERTHOU-STRUBE Sophie Madame BORIES Céline Madame BOUVET Gaëlle Monsieur CAMPARD Guillaume Monsieur COIRIER François Monsieur DEUMIER Laurent Monsieur FREUCHET Erwan Monsieur FRUCHET Aurélien Madame GOEMAERE-GALIERE Hélène Monsieur LANOISELEE Edouard Monsieur MARGOTTIN Christophe Madame ODIER Amélie Monsieur PAISANT Guillaume Madame POUCH Daphné Madame RICHARD Catherine Madame ROY-HYON Isabelle Monsieur TOURE Amadou (Assistant associé)

Sommaire

Sommaire……..11
Introduction……...13
1. Les contraintes……..14
1.1. Traçabilité des dispositifs médicaux……..14
1.1.1. Règles générales……..14
1.1.2. Déclaration de conformité……...…15
1.1.3. Marquage CE……..15
1.1.4. Cas de la prothèse……15
1.2. Accessibilité aux personnes handicapées…… ……..16
1.2.1. Cheminement extérieur……...……18
1.2.1.1. Repérage et guidage……..18
1.2.1.2. Caractéristiques dimensionnelles……..18
1.2.1.3. Sécurité d'usage……19
1.2.2. Stationnement……..20
1.2.2.1. Nombre de places……..20
1.2.2.2. Repérage……20
1.2.2.3. Caractéristiques dimensionnelles……..……21
1.2.2.4. Atteinte et usage……21
1.2.3. Accès aux bâtiments et accueil.....21
1.2.3.1. Repérage……...……21
1.2.3.2. Atteinte et usage……22
1.2.4. Circulation intérieure horizontale……23
1.2.5. Circulation intérieure verticale……....23
1.2.6. Escaliers .....…...23
1.2.6.1. Caractéristiques dimensionnelles……..23
1.2.6.2. Sécurité d'usage……23
1.2.6.3. Atteinte et usage……24
1.2.7. Ascenseurs……...24
1.2.8. Revêtement des parois……24
1.2.9. Portes et sas.....…...25
1.2.9.1. Caractéristiques dimensionnelles……..25
1.2.9.2. Atteinte et usage……26

1.2.9.3. Sécurité d'usage……27
1.2.10. Equipements et mobiliers intérieurs et extérieurs, dispositifs de commande…….……...27
1.2.10.1. Repérage……..27
1.2.10.2. Atteinte et usage……..27
1.2.11. Sanitaires……...……28
1.2.11.1. Caractéristiques dimensionnelles……28
1.2.11.2. Atteinte et usage……..28
1.3. Elimination des déchets……..29
1.3.1. Typologie des déchets.....…...29
1.3.2. Tri et conditionnement dès la production au cabinet……..30
1.3.3. Elimination des déchets d'amalgame……..30
1.3.4. Stockage……..30
1.3.5. Transport et élimination……..31
1.4. Sécurité incendie……32
1.5. Radioprotection……..33
1.5.1. Aménagement des locaux……33
1.5.2. Déclaration pour les appareils radiologiques……..37
1.6. Télétransmission……38
1.7. Développement professionnel continu……...…38
2. Evaluation du coût en terme d'infrastructures (amortissement) et de coût de fonctionnement ……..41
2.1. Sécurité incendie.....…...41
2.2. Accessibilité aux handicapés…..……42
2.3. Elimination des déchets...……...43
2.4. Radioprotection.....…...44
2.5. Traçabilité du consommable…….....47
2.6. Télétransmission……48
2.7. Coût total……....48
2.7.1. Création d'un cabinet dentaire……...….48
2.7.2. Maintenance annuelle……49
Conclusion……50
Références bibliographiques……51

IMPACT DES CONTRAINTES REGLEMENTAIRES (HORS HYGIENE-ASEPSIE) SUR LE COUT DE FONCTIONNEMENT D'UN CABINET DENTAIRE

Introduction

Depuis une dizaine d'années, la réglementation française en matière de sécurité et d'aménagement des cabinets dentaires s'est renforcée. Les cabinets dentaires font partie des établissements recevant du public (ERP) de type U, c'est-à-dire un établissement de soins sans hébergement de 5ème catégorie pouvant recevoir moins de 100 personnes.

Des nouvelles règles, notamment celles concernant l'accessibilité aux personnes handicapées, ont été instaurées pour suivre le modèle européen. En effet, le 13 décembre 2000, le comité des régions de la commission européenne publie un avis sur le programme européen « vers une Europe sans entrave pour les personnes handicapées » et indique notamment qu'il « estime que l'attention aux besoins des personnes handicapées devrait être davantage développée, dans le respect des principes de non-discrimination et d'intégration. Tout en poursuivant ces objectifs, le Comité des régions demande à la Commission de soumettre une proposition de directive garantissant l'accès sans entraves des personnes handicapées à tous les nouveaux bâtiments publics et de présenter un programme en faveur de la transformation des bâtiments existant pour permettre leur accès aux personnes handicapées. » [2]

Les chirurgiens dentistes reçoivent lors de leurs études une formation aux soins des patients mais ils devront également gérer leur cabinet et savoir le faire évoluer avec la réglementation. A la fin de notre cursus nous avons des notions sur les différentes contraintes administratives auxquelles nous allons être confrontés comme la caisse de retraite, l'URSSAF, la responsabilité civile professionnelle, mais nous n'avons pas d'idées sur le coût des aménagements obligatoires.

Dans une première partie nous énoncerons ces contraintes qui s'appliquent aux cabinets dentaires en matière de traçabilité, d'accessibilité aux personnes handicapées, de sécurité incendie, d'élimination des déchets et de radioprotection.

Dans une seconde partie nous étudierons le coût des aménagements et démarches nécessaires pour avoir un cabinet dentaire aux normes.

1) Les contraintes

1.1) Traçabilité des dispositifs médicaux

1.1.1.) Règles générales

D’après l’article R5212-36 du code de la santé publique, la matériovigilance comporte, pour les dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), des règles de traçabilité depuis la réception des dispositifs médicaux dans la structure sanitaire ou de chirurgie esthétique où ils seront utilisés jusqu'à leur utilisation chez le patient.

Ces règles ont pour objet de permettre d'identifier rapidement :

- les patients pour lesquels les dispositifs médicaux d'un lot ont été utilisés
- les lots dont proviennent les dispositifs médicaux utilisés chez un patient.

D’après l’article R5212-41 du code de la santé publique, les médecins et chirurgiens-dentistes utilisateurs des dispositifs médicaux figurant sur la liste prévue à l'article R. 5212-36 du code de la santé publique, qui exercent leur activité hors établissement de santé ou de chirurgie esthétique, inscrivent les données nécessaires à l'exercice de la traçabilité dans le dossier médical du patient, s'il existe, ou, à défaut, dans tout document permettant de localiser et d'identifier le lot dont provient le dispositif médical utilisé chez un patient. Ils les inscrivent aussi dans tout document permettant de localiser et d'identifier les patients pour lesquels les dispositifs médicaux d'un lot ont été utilisés.

Ces données sont conservées pendant une durée de dix ans. Cette durée est portée à quarante ans pour les dispositifs médicaux incorporant une substance qui, si elle est utilisée séparément, est susceptible d'être considérée comme un médicament dérivé du sang.

Doivent figurer dans le dossier médical, s'il existe, ou, à défaut, dans le document tenu par le médecin ou le chirurgien-dentiste et permettant d'identifier le lot dont provient le dispositif médical utilisé chez un patient :

- l'identification du dispositif médical : dénomination, numéro de série ou de lot, nom du fabricant ou de son mandataire ;

- le lieu d'utilisation ;

- la date d'utilisation ;

- le nom du médecin ou du chirurgien-dentiste utilisateur.

A l'issue des soins mettant en œuvre un dispositif médical figurant sur la liste prévue à l'article R. 5212-36 du code de la santé publique, est transmis au patient un document mentionnant :

- l'identification du dispositif médical utilisé : dénomination, numéro de série ou de lot, nom du fabricant ou de son mandataire ;

- le lieu et la date d'utilisation ;

- le nom du médecin ou du chirurgien-dentiste utilisateur.

1.1.2.) Déclaration de conformité

Une déclaration de conformité aux exigences essentielles doit être rédigée pour chaque dispositif (art. R. 5211-39 du Code de la santé publique). Ces documents doivent être classés dans le dossier du patient et une copie archivée dans un dossier « traçabilité des prothèses et (ou) appareillages orthodontiques » (art. L 5211-3 Code de la santé publique).

1.1.3.) Marquage CE

Dans le cadre de la protection des patients, la libre circulation des matériels et matériaux utilisés en matière de santé (les dispositifs médicaux) est soumise au marquage CE (à l’exception des dispositifs sur mesure dont les pièces prothétiques).

Il existe des obligations réglementaires à respecter en matière de traçabilité des dispositifs médicaux sur mesure (prothèses dentaires – appareillage d’orthodontie…).

L’utilisation de fiche de traçabilité de tous les produits utilisés est fortement recommandée en indiquant les métaux utilisés, leur origine et numéro de lot.

Un devis signé par le patient est obligatoire. Il précise les normes des métaux utilisés. Tout incident doit être signalé à l’AFSSAPS. La traçabilité des dispositifs médicaux et de leurs composants doit pouvoir être assurée.

Important : la notice explicative, d’utilisation du dispositif médical doit être rédigée en français de manière claire, compréhensible (sinon il faut effectuer une déclaration à la matériovigilance).

1.1.4.) Cas de la prothèse dentaire

Une fiche de traçabilité doit être remplie pour chaque prothèse (fiche de liaison cabinet / laboratoire).

Elle doit indiquer :

- l’identification du praticien,
- l’identification du patient (codée si le laboratoire n’est pas intégré au cabinet),
- la date de la prescription,
- la nature et la description du dispositif à réaliser sur identification codée,
- la définition des matériaux à utiliser (normes – types),
- les dates des étapes intermédiaires de réalisation,
- la date de finition et de livraison du travail,
- la date de pose du dispositif (mise en bouche ou mise en service),
- les éventuels problèmes rencontrés.

Un bon de livraison du dispositif doit être rédigé si le modèle de fiche utilisé ne réalise pas ce rôle.

D’après l’article R5211-51 du code de la santé publique, dans le cadre de la procédure applicable aux dispositifs médicaux sur mesure, le fabricant établit une documentation comportant le nom et l'adresse du fabricant, le ou les lieux de fabrication, les informations

permettant d'identifier le dispositif concerné, le prescripteur de ce dispositif et, le cas échéant, l'établissement de soins concerné ainsi que les caractéristiques indiquées dans la prescription médicale. Cette documentation comprend également une déclaration indiquant que le dispositif est destiné à l'usage exclusif d'un patient déterminé et comprenant les indications permettant d'identifier ce patient. En outre, le fabricant certifie que le dispositif est conforme aux exigences essentielles et indique, le cas échéant, les exigences essentielles auxquelles il n'a pas été entièrement satisfait, avec mention des motifs.

Cette déclaration est jointe aux dispositifs médicaux de classe II a (Risque potentiel modéré : dispositifs médicaux invasifs à court terme, dispositifs médicaux invasifs de type chirurgical à usage unique), II b (Risque potentiel élevé : dispositifs médicaux implantables long terme), III (Risque potentiel critique : dispositifs médicaux implantables long terme en contact avec le cœur, le système circulatoire central ou le système nerveux central, dispositifs médicaux implantables résorbables, implants mammaires, implants articulaires de hanche, de genou et d'épaule …) et aux dispositifs médicaux implantables actifs et mise à la disposition du patient identifié par son nom, un acronyme ou un code numérique.

Le fabricant constitue une documentation permettant d'évaluer la conformité du dispositif médical aux exigences essentielles et prend toutes les mesures nécessaires pour que le procédé de fabrication assure la conformité du dispositif à cette documentation.

Le fabricant autorise l'évaluation ou, le cas échéant, la vérification de ces mesures. [10]

1.2.) Accessibilité aux personnes handicapées

La loi n° 2005 - 102 du 11 février 2005 (dite loi Borloo) pour l'égalité des droits, des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées a décidé de garantir l'accès des personnes handicapées aux établissements recevant du public. Le législateur a donc modifié l'article L. 111 - 7 du code de la Construction et de l'Habitation qui prévoit désormais que les établissements recevant du public doivent être accessibles « aux personnes handicapées quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique ». Le décret n° 2006 - 555 du 17 mai 2006 est venu préciser les

conditions d'accessibilité. Les cabinets dentaires étant des établissements recevant du public de cinquième catégorie, ils doivent répondre aux conditions posées par la loi et le décret.

Depuis le 1er janvier 2007, tout nouveau cabinet dentaire ou tout nouvel immeuble comprenant un cabinet médical ou dentaire doit répondre à ces exigences.

À compter du 1er janvier 2015, les cabinets dentaires existant doivent également se conformer aux obligations d'accessibilité des personnes handicapées. Il est néanmoins possible de ne mettre qu'une partie du cabinet en conformité et/ou de demander une dérogation.

À compter du 1er janvier 2011, il en va de même pour les établissements créés par changement de destination pour accueillir une profession libérale, c'est-à-dire la création d'un cabinet dentaire seul ou d'un cabinet dentaire avec une habitation (local mixte) dans des locaux à usage d'habitation existant.

Néanmoins des dérogations sont prévues pour les établissements existant modifiés (trois types de dérogation peuvent être envisagés :

- une dérogation technique : celle-ci peut être obtenue en raison d'une impossibilité technique liée à la situation physique du local empêchant la réalisation des travaux (caractéristiques du terrain, prévention des risques, notamment d'inondations, ou présence de constructions déjà existantes)

- une dérogation pour préservation du patrimoine, lorsque le cabinet est établi, par exemple, dans un bâtiment classé ;

- une dérogation pour disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leurs conséquences.

Dans ces trois cas, la demande de dérogation doit être adressée au préfet du département. A défaut de réponse par le préfet dans un délai de trois mois, la dérogation est réputée refusée. La dérogation accordée par le préfet peut être totale ou partielle. Dans le premier cas, la dérogation totale exempte le demandeur de la réalisation des travaux de mise aux normes. Dans le second cas, soit les impératifs posés par la réglementation seront atténués, soit le demandeur ne sera obligé de réaliser que certains types de travaux. Seule la situation exacte du local permettra de déterminer le type de dérogation accordée.

La loi du 11 février 2005 définit le handicap comme « 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, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

On peut retirer de cette définition trois catégories de handicap :

- La personne handicapée ;
- La personne en situation de handicap : il s'agit de personnes, pas nécessairement handicapées, mais qui, pour des raisons liées à l'environnement, ne peuvent effectuer certains gestes de la vie courante de façon totalement autonome (personnes âgées dépendantes, de petite taille, personnes malvoyantes, etc.) ;
- La personne à mobilité réduite est considérée comme une personne connaissant des difficultés pour prendre les transports (personnes handicapées, âgées, de petite taille, transportant des bagages lourds, femmes enceintes, personnes avec enfants en poussette, etc.)

Par ailleurs, tous les types de handicap sont concernés : handicap moteur, handicap visuel, handicap auditif, handicap mental ou intellectuel, etc.… [13]

La loi du 11 février 2005 considère comme « accessible aux personnes handicapées tout bâtiment ou aménagement permettant, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçu.»

L'obligation d'accessibilité porte sur les parties extérieures et intérieures des établissements, et concerne les circulations, une partie des places de stationnement automobile, les ascenseurs, les locaux et leurs équipements.

Des arrêtés du 1er août 2006 et du 30 novembre 2007 précisent les aménagements à effectuer :

1.2.1. Cheminement extérieur

Un cheminement accessible doit permettre d'accéder à l'entrée principale, ou à une des entrées principales, des bâtiments depuis l'accès au terrain. Le choix et l'aménagement de ce cheminement sont tels qu'ils facilitent la continuité de la chaîne du déplacement avec l'extérieur du terrain. Le cheminement accessible doit être le cheminement usuel, ou l'un des cheminements usuels. Le cheminement accessible permet notamment à une personne ayant une déficience visuelle ou auditive de se localiser, s'orienter et atteindre le bâtiment en sécurité et permet à une personne ayant une déficience motrice d'accéder à tout équipement ou aménagement donné à l'usage. Lorsqu'il existe plusieurs cheminements, les cheminements accessibles sont signalés de manière adaptée. Les principaux éléments structurants du cheminement doivent être repérables par les personnes ayant une déficience visuelle.

Les cheminements extérieurs accessibles aux personnes handicapées doivent répondre aux dispositions suivantes :

1.2.1.1.) Repérage et guidage

- Une signalisation adaptée doit être mise en place à l’entrée du terrain de l’opération, à proximité des places de stationnement pour le public, ainsi qu’en chaque point du cheminement accessible où un choix d’itinéraire est donné à l’usager.

- Le revêtement du cheminement accessible doit présenter un contraste visuel et tactile par rapport à son environnement. A défaut, le cheminement doit comporter sur toute sa longueur un repère continu, tactile pour le guidage à l'aide d'une canne d'aveugle, et visuellement contrasté par rapport à son environnement pour faciliter le guidage des personnes malvoyantes.

1.2.1.2.) Caractéristiques dimensionnelles

- profil en long : le cheminement accessible doit être horizontal et sans ressaut. Lorsqu’une dénivellation ne peut être évitée, un plan incliné de pente inférieure ou égale à 5% doit être aménagé afin de la franchir. Les valeurs de pentes suivantes sont tolérées exceptionnellement :

• jusqu’à 8% sur une longueur inférieure ou égale à 2 m

• jusqu’à 10% sur une longueur inférieure ou égale à 0,50 m

Un palier de repos est nécessaire en haut et en bas de chaque plan incliné. En cas de plan incliné de pente supérieure ou égale à 4%, un palier de repos est nécessaire tous les 10 m. Un faible écart de niveau peut être traité par un ressaut à bord arrondi ou muni d’un chanfrein et dont la hauteur doit être inférieure ou égale à 2 cm. Cette hauteur maximale peut toutefois être portée à 4 cm si le ressaut comporte sur toute sa hauteur une pente ne dépassant pas 33%. La distance minimale entre deux ressauts successifs est de 2,50 m. Les ressauts successifs constituant des marches de faible hauteur avec un giron important, dits « pas d’âne », sont interdits.

- profil en travers : la largeur minimale du cheminement accessible doit être de 1,40 m libre de tout obstacle afin de faciliter les croisements. En cas de rétrécissement ponctuel, la largeur minimale du cheminement peut, sur une faible longueur, être comprise entre 1,20 m et 1,40 m de manière à conserver une possibilité de croisement entre un piéton et une personne en fauteuil roulant. Le cheminement doit être conçu et mis en œuvre de manière à éviter la stagnation d’eau. Lorsqu’un dévers est nécessaire, il doit être inférieur ou égal à 2%.

- espaces de manœuvre et d’usage pour les personnes circulants en fauteuil roulant : un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour est nécessaire en chaque point du cheminement où un choix d’itinéraire est donné à l’usager, ainsi que devant les portes d'entrée desservies par un cheminement accessible qui comportent un système de contrôle d'accès. Un espace de manœuvre de porte est nécessaire de part et d’autre de chaque porte ou portillon situé le long du cheminement, à l'exception de ceux ouvrant uniquement sur un escalier, et à l'exception des portes des sanitaires, douches et cabines d'essayage ou de déshabillage non adaptés. Un espace d’usage est nécessaire devant chaque équipement ou aménagement situé le long du cheminement afin d’en permettre l’atteinte et l’usage.

1.2.1.3.) Sécurité d’usage

- Le sol ou le revêtement de sol du cheminement accessible doit être non meuble, non glissant, non réfléchissant et sans obstacle à la roue.

- Les trous et fentes situés dans le sol de cheminement doivent avoir une largeur ou diamètre inférieur ou égal à 2 cm.

- Le cheminement accessible doit être libre de tout obstacle. Afin d'être repérable, les éléments éventuels qui ne peuvent être mis en dehors du cheminement doivent répondre aux exigences suivantes :

• s'ils sont suspendus au-dessus du cheminement, laisser un passage libre d'au moins 2,20 m de hauteur au-dessus du sol ;

• s'ils sont implantés sur le cheminement, quelle que soit leur hauteur, ou en saillie latérale de plus de 15 cm sur le cheminement, comporter un élément de contraste visuel par rapport à leur environnement immédiat et un rappel tactile ou un prolongement au sol.

- Lorsque le cheminement est bordé à une distance inférieure à 0,90 m par une rupture de niveau d'une hauteur de plus de 0,40 m, un dispositif de protection doit être implanté afin d'éviter les chutes.

- Lorsqu'un escalier est situé dans un espace de circulation, la partie située en dessous de 2,20 m, si elle n'est pas fermée, doit être visuellement contrastée, comporter un rappel tactile au sol et être réalisée de manière à prévenir les dangers de chocs pour des personnes aveugles ou malvoyantes.

- Les parois vitrées situées sur les cheminements ou en bordure immédiate de ceux-ci doivent être repérables par des personnes de toutes tailles à l'aide d'éléments visuels contrastés par rapport à l'environnement immédiat.

- Toute volée d'escalier comportant trois marches ou plus doit répondre aux exigences applicables aux escaliers des parties communes (voir escaliers), à l'exception de la disposition concernant l'éclairage.

- Lorsqu'un cheminement accessible croise un itinéraire emprunté par des véhicules, il doit comporter un élément permettant l'éveil de la vigilance des piétons au droit de ce croisement. Un marquage au sol et une signalisation doivent également indiquer aux conducteurs des véhicules qu'ils croisent un cheminement pour piétons. Le cheminement doit comporter un dispositif d'éclairage répondant aux exigences suivantes :

La qualité de l'éclairage, artificiel ou naturel, des circulations communes intérieures et extérieures doit être telle que l'ensemble du cheminement est traité sans créer de gêne visuelle. Les parties du cheminement qui peuvent être source de perte d'équilibre, les dispositifs d'accès et les informations fournies par la signalétique font l'objet d'une qualité d'éclairage renforcée. Les locaux collectifs font l'objet d'un éclairage suffisant. A cette fin, le

dispositif d'éclairage artificiel doit répondre aux dispositions suivantes : il doit permettre, lorsque l'éclairement naturel n'est pas suffisant, d'assurer des valeurs d'éclairement mesurées au sol d'au moins :

- 20 lux en tout point du cheminement extérieur accessible ;
- 200 lux au droit des postes d'accueil
- 100 lux en tout point des circulations intérieures horizontales ;
- 150 lux en tout point de chaque escalier et équipement mobile ;
- 50 lux en tout point des circulations piétonnes des parcs de stationnement.
- 20 lux en tout autre point des parcs de stationnement.

Lorsque la durée de fonctionnement du système d'éclairage est temporisée, l'extinction doit être progressive. Dans le cas d'un fonctionnement par détection de présence, la détection doit couvrir l'ensemble de l'espace concerné et deux zones de détection successives doivent obligatoirement se chevaucher.

La mise en œuvre des points lumineux doit éviter tout effet d'éblouissement direct des usagers en position debout comme assise ou de reflet sur la signalétique.

1.2.2. Stationnement

Tout parc de stationnement automobile intérieur ou extérieur à l’usage du public et dépendant d’un établissement recevant du public ou d’une installation ouverte au public, doit comporter une ou plusieurs places adaptées pour les personnes handicapées et réservées à leur usage. Ces places adaptées sont localisées à proximité de l'entrée, du hall d’accueil du bâtiment ou de l'ascenseur et reliées à ceux-ci par un cheminement accessible tel que défini précédemment. Les emplacements adaptés et réservés sont signalés.

1.2.2.1. Nombre de places

Les places adaptées destinées à l'usage des occupants doivent représenter au minimum 2 % du nombre total de places prévues pour le public. Le nombre minimal de places adaptées est arrondi à l'unité supérieure. Au-delà de 500 places, le nombre de places adaptées, qui ne saurait être inférieur à 10, est fixé par arrêté municipal.

1.2.2.2. Repérage

Un marquage au sol doit signaler chaque place adaptée destinée aux visiteurs ainsi qu’une signalisation verticale.

1.2.2.3. Caractéristiques dimensionnelles

Une place de stationnement adaptée doit correspondre à un espace horizontal au dévers près, inférieur ou égal à 2 %. La largeur minimale des places adaptées doit être de 3,30 m.

1.2.2.4. Atteinte et usage

S’il existe un contrôle d’accès ou de sortie du parc de stationnement, le système doit permettre à des personnes sourdes ou malentendantes ou des personnes muettes de signaler leur présence au personnel et d’être informées de la prise en compte de leur appel. En particulier et en l’absence d’une vision directe de ces accès ou sorties par le personnel : tout signal lié au fonctionnement du dispositif d’accès doit être sonore et visuel, les appareils d’interphonie sont munis d’un système permettant au personnel de l’établissement de visualiser le conducteur. Qu'elle soit à l'extérieur ou à l'intérieur du bâtiment, une place de stationnement adaptée doit se raccorder sans ressaut de plus de 2 cm au cheminement d'accès à l'entrée du bâtiment ou à l'ascenseur. Sur une longueur d'au moins 1,40 m à partir de la place de stationnement adaptée, ce cheminement doit être horizontal au dévers près. Les places adaptées, quelle que soit leur configuration et

notamment lorsqu'elles sont réalisées dans un volume fermé, sont telles qu'un usager en fauteuil roulant peut quitter l'emplacement une fois le véhicule garé.

1.2.3. Accès aux bâtiments et accueil

- Le niveau d'accès principal à chaque bâtiment où le public est admis doit être accessible en continuité avec le cheminement extérieur accessible.
- Tout dispositif visant à permettre ou restreindre l'accès au bâtiment ou à se signaler au personnel doit pouvoir être repéré, atteint et utilisé par une personne handicapée. L'utilisation du dispositif doit être la plus simple possible.
- L'accès au bâtiment ou à des parties de l'établissement doit donc répondre aux dispositions suivantes :

1.2.3.1.) Repérage

Les entrées principales du bâtiment doivent être facilement repérables par des éléments architecturaux ou par un traitement utilisant des matériaux différents ou visuellement contrastés. Tout dispositif visant à permettre ou restreindre l'accès au bâtiment ou à se signaler à un occupant, et notamment le portier d'immeuble, doit être facilement repérable par un contraste visuel ou une signalétique ne se situant pas dans une zone sombre et répondant aux exigences suivantes :

- visibilité : les informations doivent être regroupées, les supports d'information doivent être contrastés par rapport à leur environnement immédiat, ils doivent permettre une vision et une lecture en position debout comme en position assis, être choisis, positionnés et orientés de façon à éviter tout effet d'éblouissement, de reflet ou de contre-jour dû à l'éclairage naturel ou artificiel, s'ils sont situés à une hauteur inférieure à 2,20 m, permettre à une personne mal voyante de s'approcher à moins de 1 m.
- lisibilité : les informations données sur ces supports doivent être fortement contrastées par rapport au fond du support, la hauteur des caractères d'écriture doit être proportionnées aux circonstances : elle dépend notamment de l'importance de l'information délivrée, des dimensions du local et de la distance de lecture de référence fixée par le maître d'ouvrage en

fonction de ces éléments. Lorsque les informations ne peuvent être fournies aux usagers sur un autre support, la hauteur des caractères d'écriture ne peut en aucun cas être inférieure à 15 mm pour les éléments de signalisation et d'information relatifs à l'orientation, et 4,5 mm sinon.
- compréhension : la signalisation doit recourir autant que possible à des icônes ou à des pictogrammes. Lorsqu'ils existent, le recours aux pictogrammes normalisés s'impose.

1.2.3.2.) Atteinte et usage

Les systèmes de contrôle d'accès ou de communication entre le public et le personnel ainsi que les dispositifs de commande manuelle mis à la disposition du public, doivent répondre aux exigences suivantes :

- être situés à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant ;
- être situés à une hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m.
- le système d'ouverture des portes doit être utilisable en position " debout " comme en position " assis ".
- lorsqu'il existe un dispositif de déverrouillage électrique, il doit permettre à une personne à mobilité réduite d'atteindre la porte et d'entamer la manœuvre d'ouverture avant que la porte ne soit à nouveau verrouillée.
- tout signal lié au fonctionnement d'un dispositif d'accès doit être sonore et visuel.

Tout aménagement, équipement ou mobilier situé au point d'accueil du public et nécessaire pour accéder aux espaces ouverts au public, pour les utiliser ou pour les comprendre, doit pouvoir être repéré, atteint et utilisé par une personne handicapée. Lorsqu'il y a plusieurs points d'accueil à proximité l'un de l'autre, l'un au moins d'entre eux doit être rendu accessible dans les mêmes conditions d'accès et d'utilisation que celles offertes aux personnes valides, être prioritairement ouvert et être signalé de manière adaptée dès l'entrée. En particulier, toute information strictement sonore nécessaire à l'utilisation normale du point d'accueil doit faire l'objet d'une transmission par des moyens adaptés ou être doublée par une information visuelle. Les espaces ou équipements destinés à la communication doivent faire l'objet d'une qualité d'éclairage renforcée.

Les banques d'accueil doivent être utilisables par une personne en position " debout " comme en position " assis " et permettre la communication visuelle entre les usagers et le personnel. Lorsque des usages tels que lire, écrire, utiliser un clavier sont requis, une partie au moins de l'équipement doit présenter les caractéristiques suivantes :

• une hauteur maximale de 0,80 m ;

• un vide en partie inférieure d'au moins 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur permettant le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant.

Lorsque l'accueil est sonorisé, il doit être équipé d'un système de transmission du signal acoustique par induction magnétique, signalé par un pictogramme.

1.2.4. Circulation intérieure horizontale

Les circulations intérieures horizontales doivent être accessibles et sans danger pour les personnes handicapées. Les principaux éléments structurants du cheminement doivent être repérables par les personnes ayant une déficience visuelle. Les usagers handicapés doivent pouvoir accéder à l'ensemble des locaux ouverts au public et en ressortir de manière autonome. Les circulations intérieures horizontales doivent répondre aux exigences applicables au cheminement extérieur accessible vues précédemment, à l'exception des dispositions concernant :

- l'aménagement d'espaces de manœuvre avec possibilité de demi-tour pour une personne circulant en fauteuil roulant ;

- le repérage et le guidage ;

- le passage libre sous les obstacles en hauteur, qui est réduit à 2 m dans les parcs de stationnement.

1.2.5. Circulation intérieure verticale

Toute dénivellation des circulations horizontales supérieure ou égale à 1,20 m détermine un niveau décalé considéré comme un étage. Lorsque le bâtiment comporte un ascenseur, tous les étages comportant des locaux ouverts au public doivent être desservis. Lorsque l'ascenseur, l'escalier ou l'équipement mobile n'est pas visible depuis l'entrée ou le hall du niveau principal d'accès au bâtiment, il doit être repéré par une signalisation adaptée. Lorsqu'il existe plusieurs ascenseurs, escaliers ou équipements desservant de façon sélective les différents niveaux, cette signalisation doit aider l'usager à choisir l'ascenseur, l'escalier ou l'équipement mobile qui lui convient. Pour les ascenseurs, cette information doit figurer également à proximité des commandes d'appel.

1.2.6. Escaliers

Les escaliers doivent pouvoir être utilisés en sécurité par les personnes handicapées y compris lorsqu'une aide appropriée est nécessaire. La sécurité des personnes doit être assurée par des aménagements ou équipements facilitant notamment le repérage des obstacles et l'équilibre tout au long de l'escalier. A cette fin, ces escaliers doivent répondre aux dispositions suivantes, que le bâtiment comporte ou non un ascenseur :

1.2.6.1.) Caractéristiques dimensionnelles

- la largeur minimale entre mains courantes doit être de 1,20 m.
- les marches doivent avoir une hauteur inférieure ou égale à 16 cm et le giron une largeur supérieure ou égale à 28 cm.

1.2.6.2.) Sécurité d'usage

En haut de l'escalier, un revêtement de sol doit permettre l'éveil de la vigilance à une distance de 0,50 m de la première marche grâce à un contraste visuel et tactile. La première et la dernière marches doivent être pourvues d'une contremarche d'une hauteur minimale de 0,10m,

visuellement contrastée par rapport à la marche. Les nez de marches doivent répondre aux exigences suivantes :

- être contrastés visuellement par rapport au reste de l'escalier ;
- être non glissants ;
- ne pas présenter de débord excessif par rapport à la contremarche.

L'escalier doit comporter un dispositif d'éclairage.

1.2.6.3.) Atteinte et usage

L'escalier, quelle que soit sa conception, doit comporter une main courante de chaque côté. Toute main courante doit répondre aux exigences suivantes :

- être située à une hauteur comprise entre 0,80 m et 1,00 m. Toutefois, lorsqu'un garde-corps tient lieu de main courante, celle-ci devra être située pour des motifs de sécurité à la hauteur minimale requise pour le garde-corps ;
- se prolonger horizontalement de la longueur d'une marche au-delà de la première et de la dernière marche de chaque volée sans pour autant créer d'obstacle au niveau des circulations horizontales ;
- être continue, rigide et facilement préhensible ;
- être différenciée de la paroi support grâce à un éclairage particulier ou à un contraste visuel.

1.2.7.) Ascenseurs

Tous les ascenseurs doivent pouvoir être utilisés par les personnes handicapées. Les caractéristiques et la disposition des commandes extérieures et intérieures à la cabine doivent, notamment, permettre leur repérage et leur utilisation par ces personnes. Dans les ascenseurs, des dispositifs doivent permettre, d'une part, de s'appuyer et, d'autre part, de recevoir par des moyens adaptés les informations liées aux mouvements de la cabine, aux étages desservis et au système d'alarme.

A cette fin, les ascenseurs doivent être conformes à la norme NF EN 81-70 relative à « l'accessibilité aux ascenseurs pour toutes les personnes y compris les personnes avec handicap », ou à tout système équivalent permettant de satisfaire à ces mêmes exigences.

Un ascenseur est obligatoire :

- si l'effectif admis aux étages supérieurs ou inférieurs atteint ou dépasse cinquante personnes

- lorsque l'effectif admis aux étages supérieurs ou inférieurs n'atteint pas cinquante personnes et que certaines prestations ne peuvent être offertes au rez-de-chaussée.

Un appareil élévateur ne peut remplacer un ascenseur que si une dérogation est obtenue. Dans ce cas, l'appareil élévateur doit être d'usage permanent et respecter les réglementations en vigueur. Un escalier mécanique ou un plan incliné mécanique ne peut en aucun cas remplacer un ascenseur obligatoire.

1.2.8.) Revêtement des parois

Les revêtements de sol et les équipements situés sur le sol des cheminements doivent être sûrs et permettre une circulation aisée des personnes handicapées. Sous réserve de la prise en compte de contraintes particulières liées à l'hygiène ou à l'ambiance hygrométrique des locaux, les revêtements des sols, murs et plafonds ne doivent pas créer de gêne visuelle ou sonore pour les personnes ayant une déficience sensorielle.

Par conséquent, qu'ils soient posés ou encastrés, les tapis fixes doivent présenter la dureté nécessaire pour ne pas gêner la progression d'un fauteuil roulant. Ils ne doivent pas créer de ressaut de plus de 2 cm.

En outre, les valeurs réglementaires de temps de réverbération et de surface équivalente de matériaux absorbants définies par les exigences acoustiques en vigueur doivent être respectées. Lorsqu'il n'existe pas de texte pour définir ces exigences, quel que soit le type d'établissement concerné, l'aire d'absorption équivalente des revêtements et éléments absorbants doit représenter au moins 25% de la surface au sol des espaces réservés à l'accueil et à l'attente du public.

1.2.9.) Portes et sas

Toutes les portes situées sur les cheminements doivent permettre le passage des personnes handicapées et pouvoir être manœuvrées par des personnes ayant des capacités physiques réduites, y compris en cas de système d'ouverture complexe. Les portes comportant une partie vitrée importante doivent pouvoir être repérées par les personnes malvoyantes de toutes tailles et ne pas créer de gêne visuelle.

Les portes battantes et les portes automatiques doivent pouvoir être utilisées sans danger par les personnes handicapées.

Les sas doivent permettre le passage et la manœuvre des portes par les personnes handicapées.

Toutefois, lorsqu'un dispositif rendu nécessaire du fait de contraintes liées notamment à la sécurité ou à la sûreté s'avère incompatible avec les contraintes liées à un handicap ou à l'utilisation d'une aide technique, notamment dans le cadre de portes à tambour, tourniquets ou sas cylindriques, une porte adaptée doit pouvoir être utilisée à proximité de ce dispositif.

1.2.9.1.) Caractéristiques dimensionnelles

Les portes principales desservant des locaux ou zones pouvant recevoir 100 personnes ou plus doivent avoir une largeur minimale de 1,40 m. Si les portes sont composées de plusieurs vantaux, la largeur minimale du vantail couramment utilisé doit être de 0,90 m. Les portes principales desservant des locaux pouvant recevoir moins de 100 personnes doivent avoir une largeur minimale de 0,90 m. Les portes des sanitaires, des douches et des cabines d'essayage ou de déshabillage non adaptés doivent avoir une largeur minimale de 0,80 m. Les portiques de sécurité doivent avoir une largeur minimale de 0,80 m. Un espace de manœuvre de porte dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies ci-dessous est nécessaire devant chaque porte, à l'exception de celles ouvrant uniquement sur un escalier, et à l'exception des portes des sanitaires, douches et cabines d'essayage ou de déshabillage non adaptés. Les sas doivent être tels que :

- à l'intérieur du sas, un espace de manœuvre de porte existe devant chaque porte, hors débattement éventuel de la porte non manœuvrée ;

- à l'extérieur du sas, un espace de manœuvre de porte existe devant chaque porte.
- Caractéristiques dimensionnelles des différents espaces libres

TYPE D'ESPACE	CARACTÉRISTIQUES DIMENSIONNELLES
1. Palier de repos	
Le palier de repos permet à une personne debout mais à mobilité réduite ou à une personne en fauteuil roulant de se reprendre, de souffler.	Le palier de repos s'insère en intégralité dans le cheminement. Il correspond à un espace rectangulaire de dimensions minimales 1,20 m × 1,40 m.
2. Espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour	
L'espace de manœuvre permet la manœuvre du fauteuil roulant mais aussi d'une personne avec une ou deux cannes.	L'espace de manœuvre reste lié au cheminement mais avec une exigence de largeur correspondant à un Ø 1,50 m.
Il permet de s'orienter différemment ou de faire demi-tour.	
3. Espace de manœuvre de porte	
Qu'une porte soit située latéralement ou perpendiculairement à l'axe d'une circulation, l'espace de manœuvre nécessaire correspond à un rectangle de même largeur que la circulation mais dont la longueur varie selon qu'il faut pousser ou tirer la porte.	Deux cas de figure :
	- ouverture en poussant : la longueur minimum de l'espace de manœuvre de porte est de 1,70 m ;
	- ouverture en tirant : la longueur minimum de l'espace de manœuvre de porte est de 2,20 m.
Cas particulier des sas d'isolement : ils ont pour fonction d'éviter la propagation des effets d'un incendie provenant de locaux dangereux (parc de stationnement, celliers et caves regroupés, etc.) au reste du bâtiment. Les deux portes s'ouvrent à l'intérieur du sas : lorsqu'un usager handicapé franchit une porte un autre usager doit pouvoir ouvrir l'autre porte.	Sas d'isolement :
	- à l'intérieur du sas, devant chaque porte, l'espace de manœuvre correspond à un espace rectangulaire d'au moins 1,20 m × 2,20 m ;
	- à l'extérieur du sas, devant chaque porte, l'espace de manœuvre correspond à un espace rectangulaire d'au moins 1,20 m × 1,70 m.

4. Espace d'usage	
L'espace d'usage permet le positionnement du fauteuil roulant ou d'une personne avec une ou deux cannes pour utiliser un équipement ou un dispositif de commande ou de service.	L'espace d'usage est situé à l'aplomb de l'équipement, du dispositif de commande ou de service. Il correspond à un espace rectangulaire de 0,80 m × 1,30 m.

Tableau 1 : loi 2005 - 102 du 11 février 2005

1.2.9.2.) Atteinte et usage

Les poignées de porte doivent être facilement préhensibles et manœuvrables en position "debout" comme "assis" ainsi que par une personne ayant des difficultés à saisir et à faire un geste de rotation du poignet. L'extrémité des poignées des portes, à l'exception de celles ouvrant uniquement sur un escalier, doit être située à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant. Lorsqu'une porte est à ouverture automatique, la durée d'ouverture doit permettre le passage de personnes à mobilité réduite, le système doit être conçu pour pouvoir repérer des personnes de toutes tailles. Lorsqu'une porte comporte un système d'ouverture électrique, le déverrouillage doit être signalé par un signal sonore et lumineux. L'effort nécessaire pour ouvrir la porte doit être inférieur ou égal à 50 N, que la porte soit ou non équipée d'un dispositif de fermeture automatique.

1.2.9.3.) Sécurité d'usage

Les portes comportant une partie vitrée importante doivent être repérables ouvertes comme fermées à l'aide d'éléments visuels contrastés par rapport à l'environnement immédiat.

1.2.10.) Equipements et mobiliers intérieurs et extérieurs, dispositifs de commande

Les usagers handicapés doivent pouvoir accéder à l'ensemble des locaux ouverts au public et en ressortir de manière autonome.

Les équipements, le mobilier, les dispositifs de commande et de service situés dans les établissements recevant du public ou dans les installations ouvertes au public doivent pouvoir être repérés, atteints et utilisés par les personnes handicapées. La disposition des équipements ne doit pas créer d'obstacle ou de danger pour les personnes ayant une déficience visuelle.

Lorsque plusieurs équipements ou éléments de mobilier ayant la même fonction sont mis à la disposition du public, un au moins par groupe d'équipements ou d'éléments de mobilier doit pouvoir être repéré, atteint et utilisé par les personnes handicapées. Dans le cas d'équipements soumis à des horaires de fonctionnement, l'équipement adapté doit fonctionner en priorité.

Les équipements, le mobilier ainsi que les dispositifs de commande, de service et d'information fixes destinés au public, qu'ils soient situés à l'intérieur ou à l'extérieur, doivent respecter les dispositions suivantes :

1.2.10.1.) Repérage

Les équipements et le mobilier doivent être repérables grâce notamment à un éclairage particulier ou à un contraste visuel. Les dispositifs de commande doivent être repérables par un contraste visuel ou tactile.

1.2.10.2.) Atteinte et usage

Au droit de tout équipement, mobilier, dispositif de commande et de service, doit exister un espace d'usage dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies dans le tableau précédent. Un équipement ou un élément de mobilier au moins par groupe d'équipements ou d'éléments de mobilier doit être utilisable par une personne en position " debout " comme en position " assis ". Pour être utilisable en position "assis", un équipement ou élément de mobilier doit présenter les caractéristiques suivantes :
- hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m :
• pour une commande manuelle ;
• lorsque l'utilisation de l'équipement nécessite de voir, lire, entendre, parler.

- hauteur maximale de 0,80 m et vide en partie inférieure d'au moins 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur permettant le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant, lorsqu'un élément de mobilier permet de lire un document, écrire, utiliser un clavier.

Lorsqu'il existe un ou plusieurs points d'affichage instantané, toute information sonore doit pouvoir être doublée par une information visuelle sur ce support.

1.2.11.) Sanitaires

Chaque niveau accessible, lorsque des sanitaires y sont prévus pour le public, doit comporter au moins un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées circulant en fauteuil roulant et comportant un lavabo accessible. Les cabinets d'aisances aménagés doivent être installés au même emplacement que les autres cabinets d'aisances lorsque ceux-ci sont regroupés. Lorsqu'il existe des cabinets d'aisances séparés pour chaque sexe, un cabinet d'aisances accessible séparé doit être aménagé pour chaque sexe. Les lavabos ou un lavabo au moins par groupe de lavabos doivent être accessibles aux personnes handicapées ainsi que les divers aménagements tels que notamment miroir, distributeur de savon, sèche-mains. Les sanitaires ouverts au public doivent répondre aux dispositions suivantes :

1.2.11.1.) Caractéristiques dimensionnelles :

Un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées doit présenter les caractéristiques suivantes :

- comporter, en dehors du débattement de porte, un espace d'usage accessible à une personne en fauteuil roulant, situé latéralement par rapport à la cuvette ;

- comporter un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour, situé à l'intérieur du cabinet ou, à défaut, en extérieur devant la porte.

1.2.11.2.) Atteinte et usage :

Un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées doit présenter les caractéristiques suivantes :

- il comporte un dispositif permettant de refermer la porte derrière soi une fois entré ;

- il comporte un lave-mains dont le plan supérieur est situé à une hauteur maximale de 0,85 m

- la surface d'assise de la cuvette doit être située à une hauteur comprise entre 0,45 m et 0,50 m du sol, abattant inclus, à l'exception des sanitaires destinés spécifiquement à l'usage d'enfants ;

- une barre d'appui latérale doit être prévue à côté de la cuvette, permettant le transfert d'une personne en fauteuil roulant et apportant une aide au relevage. La barre doit être située à une hauteur comprise entre 0,70 m et 0,80 m. Sa fixation ainsi que le support doivent permettre à un adulte de prendre appui de tout son poids.

Un lavabo accessible doit présenter un vide en partie inférieure d'au moins 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur permettant le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant. Le choix de l'équipement ainsi que le choix et le positionnement de la robinetterie doivent permettre un usage complet du lavabo en position assis.

Lorsque des urinoirs sont disposés en batterie, ils doivent être positionnés à des hauteurs différentes. [5]

Un dispositif de contrôle *a priori et a posteriori* du respect des obligations en matière d'accessibilité a été mis en place par les textes.

- Le contrôle du respect de la réglementation relative à l'accessibilité *a priori* s'effectue par le biais des régimes d'autorisation préalable aux travaux. Ainsi, tous les travaux touchant notamment à la structure extérieure d'un immeuble doivent faire l'objet d'une autorisation de travaux (permis de construire ou autorisation de travaux).Les demandes d'autorisation de travaux doivent prévoir les travaux nécessaires à la mise aux normes. A défaut, l'autorisation

peut être refusée, au seul motif que le local ne sera pas accessible aux personnes en situation de handicap (article R.111-19-14 du CCH).

- Le contrôle *a posteriori* peut prendre deux formes distinctes. Premièrement, lorsque les travaux effectués sont soumis à un permis de construire, une attestation d'achèvement des travaux et de conformité est établie par un contrôleur technique agréé ou par un architecte (article L.111-7-4 et R.111-19-27 du CCH). Cette attestation ne concerne que les travaux soumis à un permis de construire et non pas ceux soumis à une simple autorisation de travaux. Elle doit être adressée à l'autorité qui a délivré le permis de construire dans les trente jours d'achèvement des travaux. Deuxièmement, une nouvelle disposition permet désormais à l'autorité administrative (le maire ou le préfet) de fermer l'ERP qui ne répondrait pas aux exigences minimales d'accessibilité aux handicapés (article L.111-8-3-1 du CCH).

La décision de fermeture de l'ERP ne peut être prise qu'au vu d'un constat établi par un agent assermenté à cet effet. Elle doit être précédée d'une mise en demeure fixant un délai tenant compte de la nature des travaux à réaliser.
La décision doit également tenir compte de l'importance des manquements, au regard de l'établissement pour la vie économique et sociale. [11]

1.3.) Elimination des déchets

L'article R. 4127 - 269 du Code de la Santé Publique impose à tout chirurgien-dentiste d'assurer la gestion des déchets issus de son activité de soins dans le respect de la réglementation en vigueur.

1.3.1.) Typologie des déchets

- Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères (DAOM) : papiers, emballages ou déchets mous non contaminés : compresses, gants, gobelets, rouleaux salivaires n'ayant pas été en contact avec le patient ou avec les déchets contaminés.
- Déchets d'Activité de Soins à Risque (DASR) : à risque toxique et chimique : matériaux périmés, médicaments, produits cosmétiques, divers résidus de produits chimiques issus du cabinet ou du laboratoire de prothèse, bains radiologiques, capsules pré-dosées pour amalgame, déchets secs d'amalgame non contaminés.

- Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI)

à risque physique : tout dispositif médical réformé, petite instrumentation réformée, déchets mous contaminés, dents extraites, déchets d'amalgame : secs ou humides contaminés, contenu des séparateurs d'amalgame, déchets spécifiques contaminés (aiguilles, capsules, bistouris, instruments endodontiques, tout dispositif ou instrument coupant, perforant…).

1.3.2.) Tri et conditionnement dès la production au cabinet

Du fait de l'existence de filières d'élimination spécifiques, les déchets doivent être triés dès leur production dans les conteneurs ou emballages réservés à leur élimination.

Dans la salle de soins, se situeront, pour les emballages intermédiaires :

- une poubelle ou un container réservé aux déchets ménagers : emballages, papiers ;
- une poubelle ou un container pour les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) : déchets mous et tout matériel ayant été en contact avec le patient (protège salive, bavettes) ;
- une boîte à OPCT norme AFNOR NFX30-500 pour les déchets piquants, coupants, tranchants que l'instrument ait été utilisé ou non (exemple : lame de bistouri, aiguille). Les instruments déclassés devront suivre cette filière.

Dans le local spécifique (voir stockage) :

- un conteneur étanche pour les déchets sera mis à disposition ;
- l'emballage pour les films radiographiques, les films radiologiques et les résidus argentifères seront éliminés par une filière spécifique.

1.3.3.) Elimination des déchets d'amalgame

Les déchets d'amalgame font partie des déchets à risques qu'ils soient contaminés ou non. Leur gestion est définie par l'arrêté du 30 mars 1998 qui stipule qu'ils doivent être séparés des autres déchets dès leur production.

Les déchets secs d'amalgame contenus dans le pré-filtre de l'unit ou dans les capsules pré-dosées sont conditionnés dans des emballages spécifiques

Les effluents liquides contenant des résidus d'amalgame sont évacués vers le réseau d'eaux usées après leur passage dans un séparateur d'amalgame installé à distance du point de soins.

Les résidus d'amalgame contenus dans le séparateur d'amalgame sont éliminés selon une procédure bien définie en fonction du type du séparateur.

Les conditions de transport de l'ensemble de ces déchets sont fixées dans l'arrêté du 5 décembre 1996 dit « ADR ».

Si le praticien fait appel à une société de collecte, il utilisera les bordereaux 1 et 2 CERFA (n°10785* et n°10786*01). S'il se charge lui-même de la collecte et du transport, il utilisera le bordereau 3 CERFA (n°10787*01).

1.3.4.) Stockage

Un local identifié doit être dédié à l'entreposage des déchets préalablement emballés.
La durée maximale de stockage autorisée entre la production et le moment où les déchets sont traités est fonction de la quantité produite.
Si la quantité de DASRI et assimilés produite est inférieure ou égale à 5 kg par mois, le délai entre la production effective et leur enlèvement ne doit pas excéder trois mois.

- Si la quantité de déchets produite est comprise entre 5 kg par mois et 100 kg par semaine, le délai entre la production effective et l'incinération ou pré-traitement par désinfection ne doit pas excéder 7 jours.
- La collecte doit se faire toutes les 72 heures lorsque la quantité de déchets est supérieure à 100kg.

1.3.5.) Transport et élimination

Le transport des déchets à risques infectieux vers le lieu d'incinération ou de désinfection impose un sur-emballage ou un conteneur agréé, conformément aux dispositions réglementaires internationales visant le transport de matières dangereuses par la route. Les déchets peuvent être transportés dans un véhicule personnel ou de fonction à quatre roues, si leur masse reste inférieure ou égale à 15 kg.

L'élimination des déchets de soins à risques infectieux peut être confiée à un prestataire de service, par une convention écrite. Des entreprises privées proposent un ramassage régulier et fournissent les différents types d'emballages réglementaires. Leur prix est fonction du volume collecté. Dans ces conditions, le producteur doit veiller au respect des dispositions réglementaires car il reste responsable de ses déchets même s'il n'en assure pas l'élimination.

Le soignant doit exiger un bon de prise en charge et un bordereau de suivi CERFA n°11352*-01 pour une production < 5 kg/mois dans le cadre d'un regroupement qui atteste de la traçabilité des déchets et constitue une preuve de l'élimination. Le document doit comporter l'identification du producteur et du tiers (collecteur) ainsi que le destinataire et les modalités d'élimination : conditionnement, collecte, transport, installations de traitement. Il doit également comporter les conditions financières, les clauses de résiliation, sa durée. Ce

bordereau de suivi est signé par chacun des intermédiaires et retourné au moins une fois par an au producteur de déchets. Le transporteur doit fournir dans les meilleurs délais (1 mois) un bordereau " élimination " signé par le destinataire qui assure le traitement ou l'incinération des déchets.

Les documents de suivi (bons de prise en charge, bordereaux et états récapitulatifs) sont conservés pendant trois ans. Les informations devant clairement figurer dans la convention et sur les documents de suivi sont précisées dans les annexes du guide technique sur l'élimination des déchets d'activités de soins à risques.

Il convient de noter qu'en application de l'article L. 541-2 du Code de l'environnement, les chirurgiens-dentistes sont responsables de l'élimination de leurs déchets et doivent s'assurer que celle-ci s'effectue dans des conditions respectueuses de l'environnement. Ils doivent donc s'assurer que les prestataires qui collectent leurs déchets suivent la réglementation en vigueur. Si les entreprises de collecte stockent temporairement les déchets collectés, ce centre de transit doit être autorisé au titre de la législation sur les installations classées (rubrique 322-A). A l'heure actuelle, il existe, en France, trois sociétés qui collectent les déchets d'amalgame dentaire et qui disposent d'une autorisation ICPE (installations classées pour la protection de l'environnement) pour le stockage provisoire et le transit de ces déchets. [7]

1.4.) Sécurité incendie

Un cabinet dentaire est un établissement recevant du public (ERP) de type U, c'est-à-dire un établissement de soins sans hébergement de 5ème catégorie pouvant recevoir moins de 100 personnes. En application des dispositions de l'arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, les ERP de 5ème catégorie dont l'effectif théorique est de moins de 20 personnes, doivent respecter les obligations suivantes :

- Être dotés d'extincteurs portatifs à eau pulvérisée, de 6 litres au minimum, conformes aux normes, à raison d'un appareil pour 300 mètres carrés, avec un minimum d'un appareil par niveau de travail. En outre, les locaux présentant des risques particuliers d'incendie doivent être dotés d'un extincteur approprié aux risques. Tous les extincteurs doivent être facilement accessibles au public, utilisables par le personnel de l'établissement et maintenus en bon état de fonctionnement. Leur emplacement doit être signalisé par un pictogramme.

- Être équipés d'un système d'alarme selon les modalités définies ci-dessous:

1. L'alarme générale doit être donnée par établissement recevant du public et par bâtiment si l'établissement comporte plusieurs bâtiments ;
2. Le signal sonore d'alarme générale ne doit pas permettre la confusion avec d'autres signalisations utilisées dans l'établissement. Il doit être audible de tout point du bâtiment pendant le temps nécessaire à l'évacuation ;
3. Le personnel de l'établissement doit être informé de la caractéristique du signal sonore d'alarme générale. Cette information « peut » être complétée par des exercices périodiques d'évacuation ;
4. Le choix du matériel d'alarme est laissé à l'initiative du chef d'établissement qui devra s'assurer de son efficacité ;
5. Le système d'alarme doit être maintenu en bon état de fonctionnement.

- La liaison avec les sapeurs-pompiers doit être réalisée par téléphone urbain dans tous les établissements.

- Des consignes précises, affichées bien en vue, doivent indiquer:

1. le numéro d'appel des sapeurs-pompiers

2. l'adresse du centre de secours de premier appel;

3. les dispositions immédiates à prendre en cas de sinistre.

- Les installations électriques doivent être conformes aux normes les concernant.
Il ne doit être fait usage que de canalisations ne propageant pas la flamme. L'emploi de douilles volantes ou de fiches multiples est interdit. Les installations ne doivent comporter que des canalisations fixes ; les canalisations mobiles alimentant les appareils ne doivent pas faire obstacle à la circulation du public.

- Les escaliers protégés et les circulations horizontales d'une longueur totale supérieure à 10 mètres ou présentant un cheminement compliqué, ainsi que les salles d'une superficie supérieure à 100 mètres carrés, doivent être équipés d'une installation fixe d'éclairage de sécurité de type non permanent (blocs autonomes d'éclairage de sécurité, par exemple). Dans les autres cas, des moyens d'éclairage électriques portatifs (lampes électriques à piles ou à

accumulateurs) doivent être mis à la disposition du personnel de l'établissement, ou bien il est fait appel à des dispositifs luminescents (autocollants ou peintures) pour les signalisations.

Le contrôle annuel des extincteurs par un organisme agréé par le CNPP fait l'objet d'un certificat APSAD (N4 pour les premières installations et Q4 pour les contrôles annuels) qui est archivé. La date de vérification est indiquée sur les extincteurs après chaque passage. Il est indispensable de tenir un registre d'entretien. [11]

1.5.) Radioprotection

1.5.1.) Aménagement des locaux

L'aménagement d'une installation de radiologie et sa conformité doivent satisfaire aux règles fixées par la norme NF C15-163 de décembre 1981. Cependant, une nouvelle norme NF C15-160 a été créée le 23 mars 2011, son application est en attente de la décision de l'Agence de Sûreté Nucléaire (ASN).

La conformité de l'installation est en grande partie liée à la dimension des salles (surfaces minimales à respecter en fonction de la puissance du générateur et du type d'établissement), à la sécurité électrique (mise à la terre) et à la sécurité radiologique (opacité des parois aux rayons X, signalisation de la zone réglementée). [4]

- Les installations à rayons X ne doivent être réalisées que dans des locaux secs ou temporairement humides. Les sas, orifices techniques et toutes autres ouvertures doivent être prévus de telle sorte qu'ils n'apportent pas de discontinuité dans la protection radiologique.

- Les locaux doivent être aérés afin de respecter les conditions de ventilation exigées par la réglementation en vigueur et de respecter les conditions de ventilation requises par les appareils et définies par les fabricants. L'installation doit être réalisée de manière à assurer le respect de la réglementation en vigueur afin d'éviter les risques d'explosion et d'incendie pouvant résulter de l'utilisation d'appareils à rayons X.

- La surface du local doit respecter les exigences d'installation et permettre d'assurer les interventions techniques de maintenance conformément aux instructions écrites du fabricant ou de son représentant (il n'y a plus de surface minimale au sol des locaux).

- Un espace libre de tout objet sans utilité pour les examens ou contrôles effectués, doit être assuré autour de l'appareil afin de prendre en compte la nature de l'activité et des modalités d'utilisation ou de maintenance du ou des appareils. La justification des dimensions du local et de l'espace libre doit être jointe au rapport de conformité.

- Tous les accès des locaux doivent comporter un obstacle matérialisé par une signalisation lumineuse. Ce signal fixe doit être automatiquement commandé par la mise sous tension de l'installation radiologique. Lorsque la durée d'émission du rayonnement X le permet, un autre signal fixe ou clignotant, doit fonctionner au moins pendant la durée d'émission du tube radiogène. La mise en fonctionnement de ce deuxième signal doit être asservie à la phase de préparation de l'émission du rayonnement X et la durée de ce signal ne peut en aucun cas être inférieure à 5 secondes. Ces signaux doivent être de qualité telle que les risques de détérioration de la lampe par insuffisance de dimensionnement ou de ventilation du hublot soient réduits au minimum. Chaque local doit être équipé d'au moins un dispositif de coupure d'urgence à verrouillage. Ces arrêts d'urgence doivent être placés à l'intérieur du local en nombre suffisant et à des emplacements facilement repérables. Ces dispositifs, à contact fermé au repos, doivent être connectés entre eux en série, et assurer la coupure de la haute tension. Pour les installations dont le dispositif de commande d'émission du rayonnement X est à l'extérieur de la salle :

  • la porte d'accès doit être équipée d'un dispositif électrique de sécurité qui, à l'ouverture de la porte, coupe la haute tension (bouton poussoir dans la feuillure de la porte) ;

  • le local doit être équipé d'un système de surveillance visuelle du patient (oculus plombé ou caméra associée à un écran de contrôle) ;

  • le local doit être équipé d'un dispositif de coupure d'urgence à verrouillage (arrêt coup de poing).

- La conception et l'exécution des installations doivent être confiées à des personnes qui ont les connaissances techniques et pratiques leur permettant de concevoir et d'exécuter ce travail conformément aux exigences (protection du circuit d'alimentation, appareil de coupure et de sectionnement, …)

La protection contre les rayons X est à établir en fonction des critères :

- définissant l'utilisation de l'appareil, à savoir une valeur de la charge de travail W exprimée en mA.min (W est choisie pour la semaine de référence où la production de rayons X est la plus élevée)

- relatifs aux parois (y compris murs, plancher et plafond), à considérer en fonction des caractéristiques de l'irradiation (rayonnements primaires, diffusés et de fuite)

- résultant des positions du tube radiogène et de l'orientation du faisceau

- d'affectation des espaces et locaux voisins

- relatifs aux limites d'exposition fixées par voie réglementaire. [1]

Dans le cadre d'une installation en cabinet dentaire, le plan joint au dossier de déclaration doit faire clairement apparaître les dispositifs de radioprotection mis en place (épaisseurs des renforcements en équivalent plomb, emplacement des paravents de protection du poste de commande …) et selon la destination des locaux contigus, doit indiquer la codification des espaces professionnels.

DESIGNATION DES LIEUX	CODE
Déshabilloirs et sas	I
Zones contrôlées (contrôle physique, médicale et port obligatoire de la dosimétrie réglementaire)	II
Zones d'occupation transitoire (dégagements, couloirs, escaliers, ascenseurs, toilettes, cours, jardins, et tous les lieux analogues)	III
Zones surveillées (port de la dosimétrie passive)	IV
Zones non surveillées (situées dans l'établissement)	VI
Tout autre lieu accessible (hors établissement)	V
Lieux matériellement inaccessibles	VII

Tableau 2 : Codification des lieux selon la norme NF C15-163 [14]

Les parois du local dans lequel est implanté un appareil de radiologie dentaire doivent assurer une protection contre les rayonnements ionisants (norme NF C15-163).

Toutes les parois doivent être conçues et réalisées de façon telle que les équivalents de dose aux points pour lesquels la protection est calculée soient au plus égaux aux valeurs réglementaires à ne pas dépasser, aucun des aménagements postérieurs à la détermination de l'épaisseur de plomb ne devant réduire l'efficacité de la protection. Les sas, orifices techniques et toute autre ouverture doivent être prévus de telle sorte que la protection reste suffisante. Les limites annuelles d'exposition fixées par le code du travail et le code de la santé publique sont de 20mSv dans les pièces codées I, II ou III, 6mSv dans celles codées en IV et 1mSv pour celles codées en VI.

Les surfaces et épaisseurs des matériaux atténuants à déterminer sont celles qui assurent la protection en tous points des parois latérales situées entre 0 et au minimum 2m au-dessus du sol des lieux à protéger, y compris le poste de commande, et cela, quels qu'en soient leurs niveaux.

Pour le calcul de la protection, il sera tenu compte de tous les éléments fixes pouvant concourir à une protection permanente, que ces éléments soient liés à la tête radiogène ou qu'ils fassent partie de l'installation radiologique.

Le calcul de l'épaisseur d'équivalent plomb à appliquer aux différentes parois est obligatoire.

L'épaisseur des parois minimale d'équivalence de plomb en mm doit être de :

Désignation codée des lieux contigus	Radiographie rétroalvéolaire	Radiographie panoramique	
	Plafond, plancher et parois latérales	Plafond ou plancher	Parois latérales
I	0,5	0,5	0,5
II III V	0,5	0,5	0,5
IV	0,5	0,5	1
VI	0,5	0,5	1,5

Tableau 3 : guide d'installation des cabinets dentaires aspects réglementaires et conseils [14]

Un millimètre de plomb est équivalent à :

- 6 mm de fer

- 70 mm de béton

- 20 mm de béton baryté

- 30 mm de plâtre baryté

- 100 mm de brique pleine

- 200 mm de parpaing ou hourdis creux

- 300 mm de brique creuse

La délimitation d'une zone réglementée ou zonage autour d'une source de rayonnements vise à circonscrire un espace de travail dûment identifié soumis à des mesures de prévention compte tenu du danger potentiel des rayonnements ionisants.

Deux grandeurs physiques sont à prendre en compte :

- la dose efficace pour l'exposition externe

- la dose équivalente pour l'exposition des extrémités

L'article 4451-18 du code du travail précise l'existence :

- d’une zone surveillée, dès lors que les travailleurs sont susceptibles de recevoir, dans les conditions normales de travail, une dose efficace dépassant 1 mSv par an ou bien une dose équivalente dépassant 50mSv par an.

- d’une zone contrôlée dès lors que les travailleurs sont susceptibles de recevoir, dans les conditions normales de travail, une dose efficace de 6 mSv par an ou bien une dose équivalente dépassant 150mSv par an.

Quasiment toutes les salles de soins des cabinets dentaires équipées d’un générateur, et toutes les salles de radiographie panoramique, doivent être classées en zones surveillées. Un panonceau normalisé agréé par l’institut de radioprotection et de sûreté nucléaire doit être placé à l’entrée de chaque zone surveillée (trisecteur bleu-gris). Le trisecteur vert est réservé pour la zone contrôlée.

1.5.2.) Déclaration pour les appareils radiologiques

Au titre de la radioprotection, en application de l’article R1333-22 du code de la santé publique, l’utilisation d’appareils de radiodiagnostic doit faire l’objet d’une déclaration auprès de l’ASN. La déclaration doit être accompagnée d’un dossier envoyé en recommandé avec accusé de réception à la division de l’Agence de Sûreté Nucléaire (ASN) de la région du cabinet. Le formulaire « déclaration d’appareils de radiodiagnostic médical et dentaire » (formulaire DEC/GX de mars 2010) contient :

- les informations générales sur l’établissement et le plan des locaux, sur le demandeur et sur les qualifications en matière de radioprotection des personnels chargés de manipuler les dispositifs émetteurs de rayonnements ionisants, ainsi que sur la personne compétente en radioprotection.

- Les informations détaillées sur les caractéristiques des dispositifs qui émettent les rayonnements ionisants, les résultats des essais effectués pour évaluer leurs performances et la sécurité, et les mesures retenues pour assurer la protection du personnel, de la population et de l’environnement contre les effets du rayonnement ;

- Les informations complémentaires sur le fabricant et les fournisseurs.

La déclaration valable 25 ans (sauf si modifications) doit concerner l’ensemble des appareils en service dans un même établissement. (article R1333-34 du code de la santé publique).

Elle conditionne le remboursement des actes radiologiques aux assurés sociaux par les caisses d'assurance maladie (article R162-53 du code de la sécurité sociale).

Les appareils déclarés doivent :

- avoir moins de 25 ans (arrêté du 14 mai 2004 JO du 20 juin 2004)

- porter le marquage CE en cas de mise en service après 1998 ou être conformes à un type homologué selon la norme NFC 74-100 (arrêté du 9 décembre 1982).

- comporter un dispositif permettant à l'utilisateur d'être renseigné sur la quantité de rayonnement émise en cas de mise en service après 2004 (décret 2004-547 du 15 juin 2004 JO du 16 juin 2004)

- faire l'objet d'une maintenance et de contrôle de qualité par l'AFSSAPS (articles R5212-25 à 35 du code de la santé publique)

- faire l'objet de contrôles techniques prévus par les codes de la santé publique et du travail réalisé par un organisme agréé ou la personne compétente en radioprotection. [14]

1.6.) Télétransmission

Le système SESAM-vitale (Système Electronique de Saisies de l'Assurance Maladie) a été mis en place pour simplifier et accélérer le remboursement des soins grâce à l'utilisation des nouvelles technologies (cartes à puce, outils informatiques, réseaux de communication …). Il permet aux professionnels de santé de créer des Feuilles de Soins Electroniques (FSE) et de les transmettre directement à l'Assurance Maladie.

Lorsque le chirurgien-dentiste arrive sur son lieu de travail, il met en marche son équipement, insère sa carte de professionnel de santé (CPS) dans le lecteur bifente et saisit son code confidentiel lui permettant de s'identifier. Il peut laisser sa carte dans le lecteur toute la journée. Pour chaque assuré, lorsqu'un acte nomenclaturé est terminé, le professionnel de santé réalise une Feuille de Soins Electronique (FSE) à l'aide de son équipement SESAM-vitale et la certifie en présence des cartes vitales et CPS insérées dans le lecteur simultanément.

La transmission (ou télétransmission) peut s'effectuer à tout moment, en fonction de l'emploi du temps du professionnel de santé. Avant de télétransmettre, le logiciel effectue

automatiquement le groupement des FSE en lots, permettant un envoi par organisme destinataire.

L'organisme d'assurance maladie envoie un accusé de réception logique (ARL) positif pour confirmer l'arrivée des FSE. En cas de problème, le logiciel avertit le professionnel de santé de la réception d'un ARL négatif ou d'une absence d'ARL. Il dispose de deux jours ouvrés pour retransmettre ses FSE. Il peut recevoir également des retours « NOEMIE » ou « RSP ». Ces retours l'informent du rejet ou du paiement pour les FSE établies avec dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré. [15]

1.7.) Développement professionnel continu

L'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit dans le code de la santé publique la notion de développement professionnel continu des professionnels de santé, afin de réunir dans un concept commun les notions de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Il a posé le principe selon lequel « le développement professionnel continu a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins », le décret n° 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes a pour objet de décliner le contenu de l'obligation de développement professionnel continu, l'organisation du développement professionnel continu, son financement, son contrôle ainsi que sa mise en œuvre dans le cadre du service de santé des armées.

Le Développement Professionnel Continu (DPC) comporte l'analyse, par les professionnels, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences et constitue donc une obligation à laquelle chacun doit satisfaire dans le cadre d'une démarche individuelle et permanente, en participant chaque année à un programme de développement professionnel continu. Pour autant, le praticien ne pourra pas choisir librement les actions de formation continue auxquelles il participera. Ces programmes seront caractérisés par une méthode validée par la Haute Autorité de santé et correspondront à des orientations, soit nationales préalablement définies par un arrêté

ministériel sur propositions des commissions scientifiques, soit régionales et fixées par l'agence régionale de santé. Ces programmes seront proposés par des organismes de développement professionnel continu. [8]

Le principe, jusque-là en vigueur, de crédits de formation continue, tout comme le Conseil national de la formation continue odontologique (CNFCO), disparaissent. La gestion du développement professionnel pour l'ensemble des professionnels de santé est confiée à un Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), groupement d'intérêt public (GIP) dont les membres sont l'État et l'assurance maladie (Uncam). L'OGDPC est composé d'un conseil de gestion, d'un comité paritaire et d'un conseil de surveillance. Il aura pour principales fonctions l'enregistrement des organismes de DPC. Une commission scientifique indépendante est chargée, pour sa part, de procéder à l'évaluation de ces derniers, sachant que seules les actions de DPC recevant une évaluation favorable permettront au praticien de remplir ses obligations de DPC. Les organismes de formation continue ne seront plus être agréés (rappelons que, auparavant, le CNFCO dispensait une accréditation) mais seulement enregistrés.

En ce qui concerne le financement des actions de DPC, les textes prévoient que les chirurgiens-dentistes libéraux et salariés des centres de santé conventionnés – au même titre que les médecins et les pharmaciens – verront leur participation à des sessions de DPC financées par l'OGDPC. L'organisme recevra, à cet effet, une contribution annuelle de la CNAM, une dotation de l'État, une fraction du produit d'une contribution de l'industrie pharmaceutique, ainsi que des contributions volontaires d'organismes publics ou privés. Des mesures transitoires seront mises en place pour l'année 2012 mais le DPC devrait véritablement être opérationnel à partir de 2013. [12]

Pour le contrôle, l'organisme de développement professionnel continu délivre une attestation aux chirurgiens-dentistes justifiant de leur participation, au cours de l'année civile, à un programme de développement professionnel continu. Il transmet simultanément, par voie électronique, les attestations correspondantes au conseil compétent de l'ordre des chirurgiens-dentistes dont chaque chirurgien-dentiste relève. Le modèle de l'attestation est défini par arrêté du ministre chargé de la santé. Le conseil compétent de l'ordre des chirurgiens-dentistes s'assure, au moins une fois tous les cinq ans, sur la base des attestations transmises par les organismes de développement professionnel continu ou du diplôme, que les chirurgiens-dentistes relevant de sa compétence ont satisfait à leur obligation annuelle de développement

professionnel continu. Lorsque le chirurgien-dentiste a participé à un programme dispensé par un organisme qui a fait l'objet, à la date de son inscription, d'une évaluation défavorable par la commission scientifique indépendante des chirurgiens-dentistes, l'obligation est réputée non satisfaite. Si l'obligation individuelle de développement professionnel n'est pas satisfaite, le conseil compétent de l'ordre demande au chirurgien-dentiste concerné les motifs du non-respect de cette obligation. Au vu des éléments de réponse communiqués, le conseil compétent de l'ordre apprécie la nécessité de mettre en place un plan annuel personnalisé de développement professionnel continu et notifie à l'intéressé qu'il devra suivre ce plan.
L'absence de mise en œuvre de son plan annuel par le chirurgien-dentiste est susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle.

Les chirurgiens-dentistes qui participent en 2011 et en 2012 à des actions de formation odontologique continue réalisées par des organismes de formation odontologique continue agréés par le conseil national de formation odontologique continue ainsi qu'à des expérimentations d'évaluation des pratiques professionnelles des chirurgiens-dentistes menées avec la Haute Autorité de Santé sont réputés avoir satisfait à l'obligation annuelle prévue par le présent décret au titre de chacune de ces deux années.
Les chirurgiens-dentistes qui souhaitent faire valoir ces actions adressent, le cas échéant, par voie électronique leurs justificatifs de formation ou d'évaluation des pratiques professionnelles au conseil compétent de l'ordre dont ils dépendent.
Les chirurgiens-dentistes qui participent à un seul programme de développement professionnel continu en 2011 ou en 2012 satisfont à leur obligation, par dérogation à l'article R. 4143-2 du code de la santé publique, au titre de ces deux années. [6]

2) Evaluation du coût en termes d'infrastructures (amortissement) et de coût de fonctionnement

2.1.) Sécurité incendie

Nous avons pris pour exemple le matériel minimum imposé par la réglementation (c'est-à-dire le matériel nécessaire pour un cabinet dentaire de moins de 300 m², sur un seul niveau, avec un seul accès).

Nous avons fait réaliser plusieurs devis afin d'être plus représentatifs

Devis 1

- 1 extincteur à eau pulvérisée de 6 L : 115,50 € TTC

- 1 panneau extincteur : 5, 27 € TTC

- 1 plan d'évacuation : 126,60 € TTC

- 1 bloc d'éclairage de secours : 94,95 € TTC

-1 alarme de type 4 : 263,75 € TTC

soit un total de 606,07 € TTC auquel il faut ajouter la maintenance de 25 € par an TTC.

Devis 2 :

- kit ERP comprenant :

•1 extincteur 6 litres eau + additif certifié CE-EN3 avec manomètre de contrôle
• 1 extincteur 2 kg CO2 certifié CE-EN3
• 2 étiquettes de vérification autocollantes
• 2 supports muraux
• 2 plaques extincteur 100 X 100 mm
• 1 plan d'évacuation format A3 (420x297)

•1 registre de sécurité spécial ERP ou Industrie

269,1 € TTC

- 1 alarme de type 4 : 235,61 € TTC

- 1 bloc d’éclairage de secours : 94,48 € TTC

Soit un total de 599, 19 € TTC (sans maintenance)

Devis 3 :

- 1 pack ERP comprenant :

• 1 extincteur 6 litres eau + additifs
• 1 extincteur C02 2 kilos
• 1 registre de sécurité
• 2 panneaux signalétiques de positionnement des extincteurs
• 1 plan d’évacuation avec consigne de sécurité
• 1 trousse de secours

236,80 € TTC

- 1 bloc d’éclairage de secours : 69,37 € TTC

- 1 alarme de type 4 : 105,85 € TTC

Soit un total de 412, 02 € TTC auquel il faut ajouter une maintenance de 15 € TTC par an.

2.2.) Accessibilité aux handicapés

Nous avons pris plusieurs exemples d’aménagement pour l’accessibilité aux personnes handicapées, chaque cabinet ayant sa propre configuration.

Exemple 1 : coût de la réalisation d’une place handicapée :
- tout d'abord la surface d'une place n'est pas la-même 16,50m2 (3,3x5) contre 12,50 (2,5x5) pour une place normale
- la réalisation d'une place neuve nécessite :
• le décapage de la terre végétale sur l'emplacement y compris l’évacuation : 8,25€ HT /m²
• la fourniture et la pose d'un géotextile : 2,50€ HT/m²
• la fourniture et la mise en œuvre d'un empierrement type 0/100 sur 30cm d'épaisseur y compris le compactage : 8,55€ HT/m²
• la finition en 0/31,5 y compris le compactage : 7,50€ HT/m²

• la fourniture et la mise en œuvre d'un enrobé noir 0/6 sur 5cm d'épaisseur à 100kg/m² y compris le compactage : 18€ HT/m²
soit un coût total de 44,80 euros HT le m², donc 670 € TTC pour une place normale et 884 € TTC pour une place « mobilité réduite » auxquels il faut ajouter 455,50 € TTC pour le dessin au sol d'un logo stationnement handicapés soit 1339,50 € TTC au total pour une place « mobilité réduite ».

Exemple 2 : le coût d'un sanitaire
La cuvette chiffrée par exemple dans le projet du cabinet dentaire coûte :
- une cuvette (entrée de gamme) 150 € TTC
- la plaque de commande : 64,60 € TTC
- une barre d'appui latérale : 90,35 € TTC
- un lave-mains spécial personnes à mobilité réduite : 540 € TTC
- un mitigeur 274,55 € TTC
-un siphon 71,50 € TTC
- la pose de l'ensemble: 278,75 € TTC

Soit un total de 1469,75 € TTC

Exemple 3 : le coût d'une porte
- une porte standard coûte en moyenne de 173 à 185 € TTC
- une porte avec une largeur suffisante pour le passage d'une personne à mobilité réduite coûte de 197 à 221 € TTC
- un ferme-porte : 115 € TTC

Soit un total de 312 € TTC minimum

Exemple 4 : le coût d'une rampe d'accès (dans le cas où il faut quelques marches pour accéder à l'accueil du cabinet).
- pour une différence de niveau de 45cm, la réalisation d'une rampe d'accès y compris le palier intermédiaire : 4900€ TTC.

2.3.) Elimination des déchets

Nous avons pris comme exemple un cabinet d'omnipratique avec un praticien travaillant sur un fauteuil 5 jours par semaine.

En ce qui concerne l'élimination des piquants, coupants, la collecte est trimestrielle. Le praticien utilise des boîtes à aiguilles avec une contenance de 7 L. Le prix est de 24,89 € TTC par trimestre soit 99, 56 € TTC par an.

Ce prix regroupe la mise à disposition des contenants, la collecte, le transport jusqu'au site de destruction, l'incinération, la traçabilité par bordereaux Cerfa attestant d'une destruction réglementaire et une convention annuelle.

En ce qui concerne l'élimination des déchets mercuriels, la collecte est annuelle. Le coût de la collecte est de 29 € HT (il n'y a pas de frais supplémentaire si la collecte des DASRI est effectuée au même moment), et celui du kit de déchets mercuriels jusqu'à 5 kg est de 87,61 € HT, soit un coût total de 139, 46 € TTC par an.

Le kit de déchet mercuriel est constitué d'un flacon de 0,5 L pour recevoir l'amalgame sec, d'un flacon de 2 L pour recevoir les capsules pré-dosées, d'un flacon de 2 L pour recevoir les boues mercurielles issues du séparateur d'amalgame, et d'un fût de 30 L pour recevoir le tout. Le prix inclus la mise à disposition des contenants, la collecte, le dépôt en centre de transit agréé, le transport, le traitement et la revalorisation en contre agréé, les bordereaux Cerfa de prise en charge, traçabilité et suivi.

Dans le cas où le séparateur d'amalgame est changé entièrement (et non vidé dans un flacon), la reprise et le retour individualisé des cassettes Metasys ou Cattani est de 23,93 € TTC, des cassettes Dürr dental (avec changement du joint) AZ50, VSA300 Combi séparateur est de 36,56 € TTC, AZ100 est de 65,29€ TTC.

L'élimination des déchets dans cet exemple a donc un coût total minimum par an de : 239,02€TTC.

2.4.) Radioprotection

D’après les articles R5212-25 à 35 du code de la santé publique il existe des obligations en terme de contrôles :

- le contrôle technique interne réalisé par la personne compétente en radioprotection (PCR) : 300 € TTC par an

- le contrôle technique externe réalisé par un organisme agréé par l’agence de sûreté nucléaire (ASN) comme l’APAVE : 290 € TTC par générateur (130 € TTC par générateur supplémentaire) tous les 5 ans

- le contrôle qualité interne réalisé par le praticien nécessite l’achat d’une mire à 338 € TTC

- le contrôle qualité externe et l’audit de contrôle qualité interne réalisé par l’APAVE : 290 € TTC par an (130 € TTC par générateur supplémentaire)

- la vérification périodique des installations électriques réalisée par l’APAVE : 290 € (TTC) par an

- la dosimétrie contrôlée par l’institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) et par la PCR :

• dosimètre personnel (RPL) : tous les 3 mois (catégorie B) : 6,75 € HT par personne

• l’ambiance interne : tous les 3 mois : 6,75 € HT par salle

• l’environnement : tous les 3 mois : 14 ,05 € HT

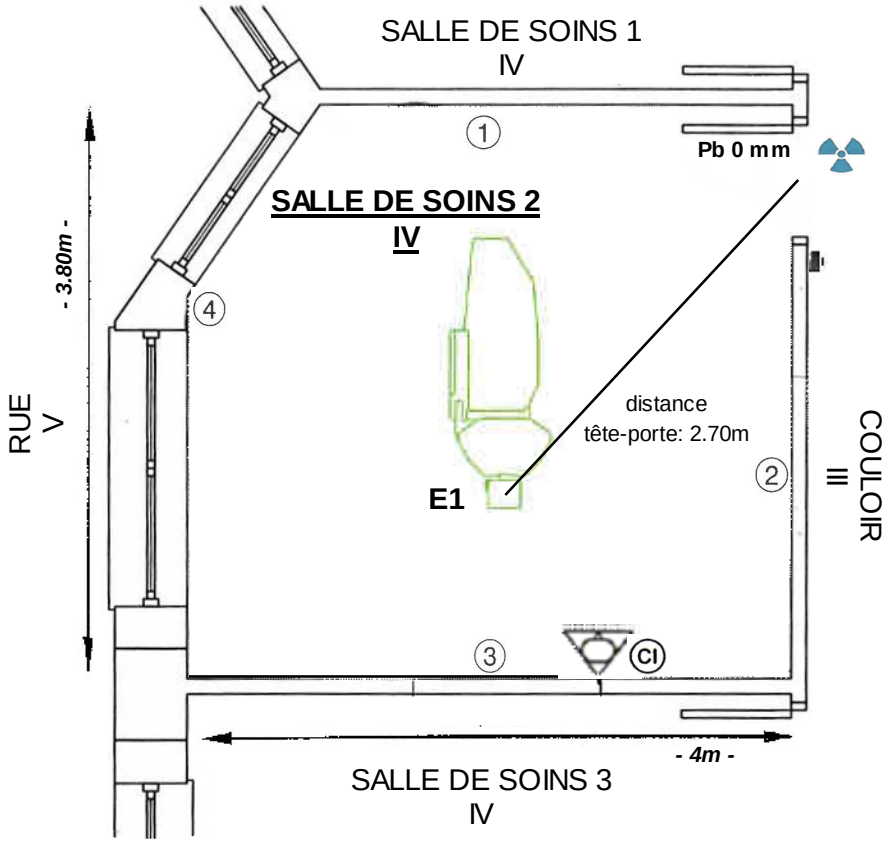
Soit un total de : 131,76 € TTC par an minimum (c’est-à-dire pour un praticien travaillant sans secrétaire ni assistante et n’ayant qu’une salle de travail).

- la formation à la radioprotection des travailleurs intervenant en zone contrôlée ou surveillée réalisée par la PCR à renouveler tous les 3 ans : 300 € TTC

La première année le coût total minimum est donc de : 1639,76 € TTC.

La norme NFC15-160 du 23 mars 2011 impose que les murs de la salle de soins où se trouve un générateur à rayons X aient une équivalence en plomb. Nous avons pris plusieurs salles types comme exemple :

Exemple 1 :



CABINET DENTAIRE :

Etage : RDC ***Hauteur sous plafond*** : 2.50m ***Echelle*** : 2cm/m

Générateur : TROPHY ***Type*** : KODAK 2200 ***N°d'identification*** : WKYA 294

Plancher : béton ***Plafond*** : béton

Etage inférieur : néant ***Etage supérieur*** : appartement privé

DESIGNATION DES LIEUX :

Zone d'occupation transitoire : III

Zone surveillée (port de la dosimétrie passive) : IV

Lieux de passage sans stationnement de personnes : V

Emplacement Pictogramme de Zone surveillée

Commande déportée

MATERIAUX :

1 : placoplâtre + Pb 0,5 mm

2 : placoplâtre + Pb 0,5 mm

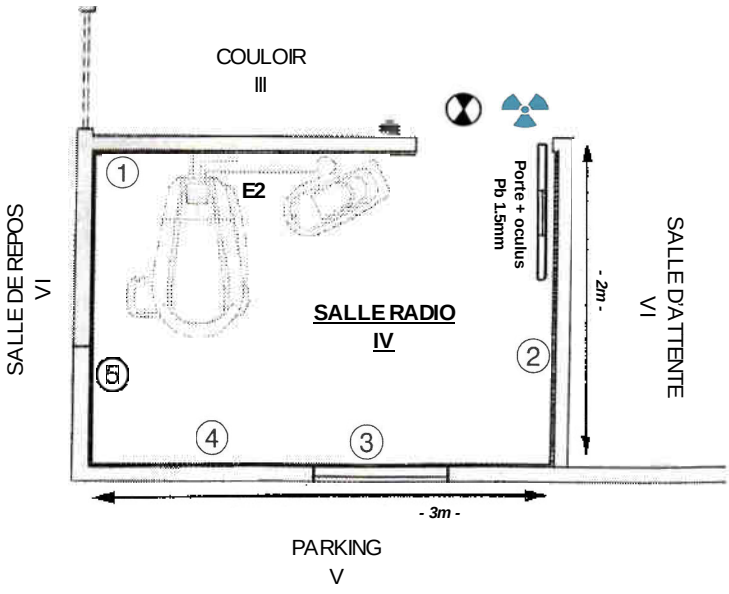
3 : placoplâtre + Pb 0,5 mm

4 : béton / double vitrage

Figure 1 : exemple d'une salle de soins d'un cabinet dentaire aimablement fourni par Mme DOUCHIN, PCR.

Le coût d'un rouleau de plomb autocollant laqué gris avec une épaisseur de 0,5 mm (10 m par 1 m) est de 530 € HT, dans ce cas 4 rouleaux sont nécessaires soit un coût total de 2535, 52 € TTC.

Exemple 2 :



CABINET DENTAIRE :

Etage : RDC ***Hauteur sous plafond*** : 2.50m ***Echelle*** : 2cm/m

Générateur : TROPHY ***Type*** : KODAK 9000 C ***N°d'identification*** : WJXX 095

Plancher : béton ***Plafond*** : béton

Etage inférieur : garage ***Etage supérieur*** : appartement privé

DESIGNATION DES LIEUX :

Zone d'occupation transitoire : III

Zone surveillée (port de la dosimétrie passive) : IV

Lieux de passage sans stationnement de personnes : V

Zone non surveillée (située dans l'établissement) : VI

Emplacement Pictogramme de Zone surveillée

Voyant lumineux

- Commande déportée

MATERIAUX :

1 : placoplâtre plombé 1.5mm

2 : placoplâtre plombé 1.5mm

3 : panneau plombé 1.5mm

4 : béton

5 : placoplâtre plombé 1.5mm

Figure 2 : Exemple 2 d'une salle de soins d'un cabinet dentaire aimablement fourni par Mme DOUCHIN, PCR.

Le coût d'un rouleau de plomb autocollant laqué gris avec une épaisseur de 0,5 mm (10 m par 1 m) est de 530 € HT, d'un rouleau de 1 mm d'épaisseur (5 m par 1 m) est de 500 € HT, d'un rouleau de 1,5 mm (2,5 m par 1 m) est de 365 €, ici il faut 1 rouleau de 0,5 mm, 1 de 1 mm, et 10 de 1,5 mm soit un coût total de 5597,28 € TTC.

Dans cet exemple, la porte est équipée d'un oculus. Le prix d'un oculus de 25 par 20 cm est de 299 € TTC, d'un oculus de 50 par 40 cm est de 598 € TTC.

L'ensemble de la mise aux normes a donc un coût total minimal de 5896,28 € TTC.

Exemple 3 : mise aux normes électriques d’une salle panoramique :

Le coût d’un arrêt d’urgence, d’un contacteur de porte et d’une signalisation lumineuse est de 1000 € TTC.

2.5.) Traçabilité du consommable

Il existe un logiciel qui permet de réaliser la traçabilité du consommable : logos_w ®. Une douchette reliée à un ordinateur scanne des codes barres qui correspondent à un produit consommable. Par exemple les boîtes de cartouches de produit anesthésique présentent un code appelé datamatrix.

Pour les produits ne présentant pas déjà un code sur leur emballage, le logiciel permet d’imprimer des étiquettes avec un code-barres créé par le logiciel.

Le coût de cette traçabilité est d’environ 400 € TTC et il nécessite un temps de travail supplémentaire de 6 min par nouveau lot.

2.6.) Télétransmission

Pour télétransmettre des feuilles de soins électroniques (FSE), nous avons besoin d'une Carte de Professionnel de Santé (CPS) et d'un équipement informatique :

- la CPS est à obtenir auprès du Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (compter 5 semaines de délai en moyenne). Elle est valable 3 ans et est renouvelée automatiquement. Elle est gratuite et le coût de l'abonnement est intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie. Pour un secrétariat, nous pouvons demander une carte professionnelle d'établissement « CPE ».

- un lecteur de carte Vitale « homologué SESAM Vitale » (250 € TTC en moyenne selon qu'il puisse également lire les cartes bancaires ou non).
- un système de facturation SESAM-Vitale accessible soit par un logiciel installé sur l'ordinateur, soit via un navigateur internet, directement en ligne. Le logiciel doit être agréé par le CNDA (Centre National de Dépôt et d'Agrément) et homologué SESAM-Vitale. (Par exemple pour le logiciel Logos_w , le prix de la licence est de 2 195,00 € T.T.C. Au bout d'un an date à date, il faut prévoir environ 500 € par an par la suite. Si nous possédons déjà un logiciel concurrent, les licences sont à 1700,00€ T.T.C.)

Il existe également des solutions autonomes reposant sur un lecteur de cartes Vitale et CPS, et intégrant un logiciel de facturation SESAM-Vitale.

- un ordinateur de bureau récent, fixe ou portable, de type PC ou Mac, avec une imprimante.

- une connexion internet haut débit (ADSL) avec libre choix du fournisseur d'accès internet (FAI).

2.7.) Coût total

2.7.1.) Création d'un cabinet dentaire

- Lors de la création d'un cabinet dentaire, il est impératif que les normes d'accessibilité aux personnes handicapées soient respectées. Si nous reprenons nos exemples cités en 2.2. il faut donc une place de stationnement adaptée (1339,50 € TTC), un sanitaire adapté (1469,75 € TTC), une porte d'entrée adaptée (312 € TTC), une rampe d'accès dans le cas où il existe des marches pour accéder à l'entrée du cabinet (4900 € TTC). Chaque cabinet dentaire est un cas spécifique, il peut exister d'autres travaux à effectuer dans le cas où le cabinet se situe à l'étage d'un immeuble sans ascenseur par exemple, et donc d'autres coûts à prendre en compte. Dans notre exemple, le coût total est de 8021,25 € TTC.

- Concernant la sécurité incendie, nous allons prendre l'exemple le moins coûteux cité en 2.1., c'est-à-dire le devis 3 contenant un extincteur de 6L eau + additifs, un extincteur CO2 de 2 kilos, un registre de sécurité, 2 panneaux signalétiques de positionnement des extincteurs, un plan d'évacuation avec consigne de sécurité et une trousse de secours, un bloc d'éclairage de secours, et une alarme de type 4, pour un coût total de 412,02 € TTC.

- Pour la radioprotection il est nécessaire que la salle de soins soit aux normes pour l'équivalence de plomb des parois. Nous allons prendre le cas le moins coûteux cité en 2.4., soit l'exemple 1 avec un coût total de 2535,52 € TTC.

- La traçabilité du consommable nécessite un investissement en matériel d'environ 400 € TTC (douchette, imprimante d'étiquettes avec codes-barres).

- Enfin, la télétransmission a besoin de différents matériels pour être mise en place : un lecteur de carte vitale, un logiciel compatible SESAM-vitale, un ordinateur, une connexion internet haut débit, soit un coût total (hors matériel informatique et connexion internet), de 2445 € TTC avec le logiciel Logos_w.

Soit un coût total de : 13813,79 € TTC.

2.7.2.) Maintenance annuelle

- Pour le matériel de sécurité incendie utilisé en 2.7.1. : 15 € TTC par an.

- Pour l'élimination des déchets infectieux le coût total par an est de 99,56 € TTC dans notre exemple d'un cabinet d'omnipratique où exerce un praticien sur un fauteuil 5 jours par semaine. L'élimination des déchets d'amalgame par an est de 139,46 € TTC.

Soit un coût total de : 239,02 € TTC.

- Pour la radioprotection l'ensemble des contrôles est de 1508 € TTC la première année (dans le cas d'un seul générateur), la dosimétrie a un coût de 131,76 € TTC minimum par an (dans le cas d'un seul praticien)

Soit un coût total de : 1639,76 € TTC.

- Pour la télétransmission, la maintenance annuelle est de 500 € TTC par an.

Soit un coût total de 2393,78 € TTC.

	Création d’un cabinet dentaire	Maintenance annuelle
Accessibilité handicap	8021,25 €	
Sécurité incendie	412,02 €	15 €
Radioprotection	2535,52 €	1639,76 €
Traçabilité consommable	400 €	
Télétransmission	2445 €	500 €
Elimination déchets		239,02 €
Total	13813,79 €	2393,78 €

Conclusion

Les cabinets dentaires sont soumis à des règles de plus en plus strictes en terme de traçabilité, d'accessibilité aux personnes handicapées, de sécurité incendie, d'élimination des déchets et de radioprotection.
Ces obligations voulues par le législateur nécessitent des aménagements spécifiques ainsi que la mise en œuvre de procédures qui, *in fine*, ont un coût non négligeable pour le cabinet.
Toutefois, force est de constater que ce nouveau contexte réglementaire apparu récemment et vécu parfois par la profession comme une lourde contrainte ne semble pas vouloir être pris en compte par le système assurantiel obligatoire puisque la valeur des lettres clé utilisées par les chirurgiens-dentistes conventionnés pour coter leurs actes n'a quasiment pas évolué depuis une vingtaine d'années (la dernière revalorisation de la valeur de la lettre-clé des soins date de 2003, des radiographies de 1996 et de la prothèse de 1988.)
Ce constat d'un contexte réglementaire de plus en plus pressant associé à une faible revalorisation des prix de vente des soins dentaires fondamentaux et essentiels en terme de santé publique peut expliquer la réflexion de septembre 2010 de la Cour des Comptes quant à « la progression des dépassements sur les soins prothétiques avec un taux de croissance de 3,4% en 2007 » [3].
De plus il n'existe pas d'aide pour la mise aux normes d'un cabinet dentaire. Il faut noter que nous n'avons pas traité des frais d'hygiène et d'asepsie dans ce document.

Les chirurgiens-dentistes d'aujourd'hui sont donc confrontés à des frais supplémentaires qui vont se répercuter sur leur exercice quotidien.

Les chirurgiens dentistes sont de plus en plus nombreux à exercer en groupe, peut-être, entre autre, afin d'obtenir une mutualisation des charges et ainsi partager les frais de fonctionnement. [9]

Simultanément à cette envolée des contraintes, on doit noter une demande de plus en plus forte d'exercice salarié. [4]

Pour compenser l'augmentation des contraintes financières imposées par la réglementation française et européenne ne serait-il pas opportun d'envisager une valorisation du plateau technique nécessaire, à l'instar des « frais de salle » existants dans les cliniques ?

Références bibliographiques

[1] **AFNOR.**

Norme NF C15-160 du 23 mars 2011.

[2] **COMITE DES REGIONS.**

Avis du comité des régions sur la « communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions vers une Europe sans entraves pour les personnes handicapées ».

http://eur-lex.europa.eu/Notice.do?checktexte=checkbox&val=257167%3Acs&pos=9&page=2&lang=fr&pgs=10&nbl=33&list=257851%3Acs%2C250025%3Acs%2C254670%3Acs%2C256353%3Acs%2C257542%3Acs%2C254339%3Acs%2C260481%3Acs%2C254416%3Acs%2C257167%3Acs%2C253331%3Acs%2C&hwords=null&action=GO&visu=%23texte

[3] **COUR DES COMPTES.**

Rapport de la sécurité sociale de septembre 2010.

http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Rapport_securite_sociale_2010_septembre_2010_chapitre_13.pdf

[4] **IRDES, DREES, CNAMTS, MUTUALITE FRANCAISE, RSI ET MSA**.

Chirurgiens dentistes salariés exclusifs par rapport à l'effectif total.

http://www.ecosante.fr/index2.php?base=FRAN&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=

[5] **LEGIFRANCE.**

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

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000821682&fastPos1&fastReqId=1602379715&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte

[6] **LEGIFRANCE.**

Décret n° 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes.

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062430&dateTexte=&categorieLien=id

[7] **MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE.**

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie.

http://www.sante.gouv.fr/guide-de-prevention-des-infections-liees-aux-soins-en-chirurgie-dentaire-et-en-stomatologie.html

[8] **MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, ET DE LA SANTE.**

Le développement professionnel continu.

http://www.sante.gouv.fr/developpement-professionnel-continu-dpc.html

[9] **OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE.**

Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_metier_de_chirurgien_dentiste_-_caracteristiques_actuelles_et_evolutions.pdf

[10] **ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES.**

La traçabilité des dispositifs médicaux.

http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/tracabilite-des-dispositifs-medicaux.html

[11] **ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES.**

La sécurité incendie.

http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/securite-incendie.html

[12] **ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES.**

Le développement professionnel continu.

http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=317&tx_ttnews%5BbackPid%5D=4&cHash=e8d94fad33

[13] **ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES.**

Loi sur l'accessibilité aux personnes handicapées : questions/réponses.

http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Bpointer%5D=3&tx_ttnews%5Btt_news%5D=218&tx_ttnews%5BbackPid%5D=53&cHash=bf8097bb4b

[14] **ROCHER P, CERF G, DRAUSSIN T et coll.**

Guide d'installation des cabinets dentaires aspects réglementaires et conseils. Dossier ADF.

Paris : Association Dentaire Française, 2007

[15] **SESAM-VITALE.**

Fonctionnement du système SESAM-Vitale.

http://www.sesam-vitale.fr/ps/pdf/systeme_sesam-vitale_br.pdf

LE ROUX (Mélanie). – Impact des contraintes réglementaires (hors hygiène-asepsie) sur le coût de fonctionnement d'un cabinet dentaire.- 72 f. ; 3 ill. ; 3 tabl. ; 15 ref. ; 30cm. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2012)

RESUME :

Pour répondre aux exigences de la réglementation européenne, la législation française s'est renforcée notamment en matière de traçabilité, d'accessibilité aux personnes handicapées, d'élimination des déchets, de sécurité incendie et de radioprotection dans les cabinets dentaires. Ces contraintes ont augmenté le coût de fonctionnement de façon non négligeable avec pour répercussion une modification du mode d'exercice des chirurgiens dentistes.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT :

Cabinet dentaire

MOTS CLES MESH :

Gestion cabinet dentaire - Practice management, dental

Législation en odontologie - Legislation dental control

Radioprotection - Radiation protection

Elimination des déchets médicaux – Medical waste disposal

Accessibilité architecturale – Architectural Accessibility

JURY :

Président :	Monsieur le Professeur Alain JEAN
Directeur de thèse :	Monsieur le Docteur Dominique MARION
Assesseur :	Monsieur le Docteur Christophe MARGOTTIN
Assesseur :	Monsieur le Docteur Denys GRAND
Invité :	Monsieur le Docteur Erik PERROT