

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année de soutenance : 2016

N°:

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

Présentée et soutenue publiquement le 16/12/2016

Par François-Xavier Roussel

Né le 25/01/1989 à Roubaix, France

**L'ACCESSIBILITÉ PHYSIQUE DU PATIENT EN SITUATION DE HANDICAP
AU CABINET DENTAIRE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur E. DEVEAUX

Madame le Professeur E. DELCOURT-DEBRUYNE

Assesseurs :

Madame le Docteur A. BLAIZOT

Madame le Docteur I. SOONEKINDT

Monsieur le Docteur A. PANCHOO

ACADEMIE DE LILLE
UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2

**_*_*_*_*_*_*_*_*_

FACULTE de chirurgie dentaire
PLACE DE VERDUN
59000 LILLE

**_*_*_*_*_*_*_*_*_

Président de l'Université : Pr. X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services de l'Université : P-M. ROBERT
Doyen : Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens : Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL
Responsable des Services : S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité : L. LECOCQ

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN Prothèses

T. COLARD Sciences Anatomiques et Physiologiques, Oclusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques,
Radiologie

E. DELCOURT-DEBRUYNE Professeur Emérite Parodontologie

E. DEVEAUX Odontologie Conservatrice - Endodontie
Doyen de la Faculté

G. PENEL **Responsable de la Sous-Section des Sciences Biologiques**

M.M. ROUSSET Odontologie Pédiatrique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN **Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Conservatrice –
Endodontie**

A. BLAIZOT Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

F. BOSCHIN **Responsable de la Sous-Section de Parodontologie**

E. BOCQUET **Responsable de la Sous- Section d'Orthopédie Dento-Faciale**

C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice - Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-Section des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable de la Sous-Section de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire deThèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du jury,

Monsieur le Doyen Etienne DEVEAUX

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier des CSERD (*sous-section Odontologie Conservatrice-Endodontie*)

Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille 2

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de troisième cycle en Sciences Odontologiques

Docteur en Odontologie de l'Université Lille 2

Habilité à Diriger des Recherches

Membre associé national de l'Académie Nationale de Chirurgie-Dentaire

Personne Compétente en Radioprotection

Ancien Président de la Société Française d'Endodontie

Je vous remercie sincèrement de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury. J'ai pu apprécier tout au long de mon cursus la qualité et la rigueur de votre enseignement.

Soyez assuré de mes sentiments les plus reconnaissants et respectueux.

Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE

Professeur des Universités

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de troisième cycle en Sciences Odontologiques

Maîtrise libre de Biologie Humaine

Docteur d'Etat en Odontologie

Habilité à Diriger des Recherches

Membre titulaire de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Ancien Chef de Service d'Odontologie-Caumartin du CHRU de Lille

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je vous remercie sincèrement de l'honneur que vous me faites d'avoir supervisé ma thèse. Merci également pour votre enseignement au cours de mes années d'études. Vous resterez sans aucun doute dans ma mémoire comme dans celle de nombreux étudiants. Veuillez trouver ici, l'expression de ma profonde considération.

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la santé et Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes – Spécialité éthique médicale

Master 2 : Sciences, technologies, santé à finalité recherche, Mention éthique, Spécialité éthique médicale et bioéthique, Université Paris Descartes

Master 2 : Sciences, technologies, santé à finalité recherche, Mention santé publique, Spécialité épidémiologie clinique, Université Paul Sabatier Toulouse III

Maîtrise : Sciences de la vie et de la santé, à finalité recherche, Mention méthodes d'analyse et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie clinique, Université Paul Sabatier Toulouse III

Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologie, Université Paul Sabatier
Toulouse III

J'ai eu la chance de travailler à vos côtés à la fin de mes études dans le service de prévention. Je mets encore tous les jours votre enseignement en pratique.

Je suis très honoré de vous compter parmi les membres de ce jury.

Veillez trouver ici, l'expression de ma profonde considération.

Madame le Docteur Ingrid SOONEKINDT

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

Sous-section Prothèse

Docteur en chirurgie dentaire

Master I Recherche en Anatomie et Taphonomie

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.
Je te souhaite tous mes vœux de réussite pour la
suite de ta carrière professionnelle.

Monsieur le Docteur Ajmal PANCHOO

Docteur en Chirurgie dentaire

Praticien référent auprès des Papillons Blancs

Lauréat du titre « Le nordiste de l'année 2014 »

Je tiens particulièrement à te remercier pour ton aide et tes conseils. J'ai beaucoup d'admiration pour le travail que tu as déjà effectué pour les personnes handicapées. Merci d'avoir accepté de m'accompagner pour la rédaction de cette thèse. Merci pour ta bonne humeur et ta disponibilité tout au long de la rédaction de cette thèse.

Sommaire

Table des matières

Sommaire.....	11
Introduction.....	15
Partie I : L'accessibilité physique et ses enjeux.....	17
1. Le handicap physique.....	18
1.1. Définition du handicap physique.....	18
1.1.1. Définition légale du handicap en France.....	18
1.1.2. Définition et étiologie du handicap physique.....	18
1.1.2.1. Le handicap moteur.....	18
1.1.2.2. Le handicap visuel.....	19
1.1.2.3. Le handicap auditif.....	20
1.2. Données épidémiologiques.....	20
1.2.1. Épidémiologie du handicap dans le monde.....	20
1.2.2. Épidémiologie du handicap physique en France.....	20
1.2.2.1. Épidémiologie du handicap moteur.....	21
1.2.2.2. Épidémiologie du handicap visuel.....	21
1.2.2.3. Épidémiologie du handicap auditif.....	22
2. L'accessibilité des personnes porteur d'un handicap physique au cabinet dentaire.....	22
2.1. Définition de l'accessibilité.....	22
2.1.1. Définition du dictionnaire Larousse.....	22
2.1.2. Qu'est-ce que l'accessibilité physique ?.....	22
2.1.2.1. Selon la loi du 11 février 2005.....	22
2.1.2.2. Selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).....	23
2.2. Données épidémiologiques et constat.....	23
2.2.1. A l'international.....	23
2.2.2. En France.....	24
2.3. Raisons et motivations pour les travaux d'accessibilité.....	25
3. Cadre législatif pour l'accessibilité physique.....	26
3.1. Historique de la législation en France.....	26
3.2. Procédure administratives.....	27
3.2.1. Qu'est-ce qu'un ERP ?.....	27
3.2.2. Obligations relatives aux ERP de 5ème catégorie.....	28
3.2.3. L'Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP).....	28
3.2.4. Création d'un local professionnel.....	29
3.3. Les dérogations.....	29
3.4. Le formulaire Cerfa.....	30
3.5. Sanctions en cas de non respect de la loi.....	30
3.5.1. Les sanctions en cas d'absence de non mise aux normes d'accessibilité.....	30
3.5.1.1. La fermeture administrative.....	30
3.5.1.2. Le délit pénal de discrimination de la personne en situation de handicap pour son handicap.....	31
3.5.1.3. Les sanctions d'ordres pénales si les normes de construction ne sont respectées.....	31
3.5.2. Les sanctions qui concernent l'Ad'AP.....	31
3.5.2.1. Les sanctions pécuniaires.....	31
3.5.2.2. L'imputation du retard.....	31
3.5.2.3. Le constat de carence.....	31
Partie II : Les normes pour l'accessibilité physique.....	33
1. Les prescriptions techniques.....	34
1.1. Les dimension du fauteuil roulant.....	34

1.2.Cheminement extérieur: espace de manœuvre nécessaire pour réaliser un demi-tour.....	34
2.Les normes d'accessibilité.....	34
2.2.Le stationnement.....	34
2.2.1. Si le local contient des places de parking.....	34
2.2.2. Si le local ne dispose pas de places de parking.....	34
2.2.3. Les règles de signalisation et d'aménagement.....	35
2.3.Cheminement extérieur ou intérieur.....	36
2.4.L'entrée, l'accueil, la salle d'attente,la salle de soins,le bureau.....	40
2.5.Les sanitaires.....	45
2.6.Les portes.....	46
2.6.1. La largeur de portes.....	46
2.6.2. L'espace de manœuvre de porte.....	47
2.6.3. Force nécessaire à l'ouverture d'une porte.....	48
2.6.4. Choix des poignées.....	48
2.7.Les escaliers.....	50
2.8.L'ascenseur et l'appareil élévateur.....	51
2.8.1. L'ascenseur.....	51
2.8.2. L'appareil élévateur.....	53
2.9.L'éclairage, la signalétique et le contraste de couleurs.....	54
2.9.1. Une signalétique aux normes.....	54
2.9.2. Le respect des contrastes de couleurs: principe général.....	55
2.10.Les chiens guides et les chiens d'assistance.....	56
Partie III : Exemples d'aménagement de deux cabinets dentaires.....	58
1.Cabinet « Les Marronniers ».....	59
1.1. Présentation du cabinet.....	59
1.2. Le stationnement.....	59
1.3. Cheminement extérieur.....	60
1.4. L'entrée, l'accueil, la salle d'attente, la salle de soins, le bureau.....	61
1.5. Les sanitaires.....	66
1.6. Les portes.....	67
1.6.1. La largeur des portes.....	67
1.6.2. Un espace de manœuvre de porte.....	68
1.7. L'éclairage, la signalétique et les contraste de couleurs.....	68
1.8. La radio panoramique.....	70
2. Maison médicale à Roubaix.....	71
2.1. Présentation de la maison médicale.....	71
2.2. Cheminement extérieur.....	71
2.3. L'ascenseur adapté.....	72
2.4. Les escaliers.....	73
2.5. Signalétique, éclairage et contraste de couleurs.....	75
2.6. Les salles de soins.....	76
Partie IV : Propositions diverses pour améliorer l'accessibilité physique au cabinet dentaire.....	77
1.Faciliter l'accès jusqu'au cabinet dentaire.....	78
1.1.Véhicules adaptés.....	78
1.1.1. Assise dans le véhicule.....	78
1.1.1.1. Le siège pivotant.....	78
1.1.1.2. L'élévateur de siège.....	78
1.1.1.3. Le fauteuil roulant de transfert.....	78
1.1.2. Levage et arrimage.....	78
1.1.2.1. Grue de coffre.....	78
1.1.2.2. Joey lift.....	78
1.1.2.3. Chair topper.....	78

1.1.3. Élévateurs pour fauteuil roulant.....	79
1.1.3.1. Stationnement spacieux.....	79
1.1.3.2. Passage libre.....	79
1.1.3.3. Stationnement étroit.....	79
1.1.4. Conduite autonome.....	79
1.1.4.1. Fourches et boules pour le contrôle de la direction.....	79
1.1.4.2. Commandes manuelles.....	79
1.1.4.3. Pédales.....	79
1.2. Acheminement par un professionnel.....	79
1.3. Le bus dentaire.....	80
2. Améliorer la prise en charge des patients au sein du cabinet.....	81
2.1. Accès au fauteuil.....	81
2.1.1. Un espace de soins adaptables.....	81
2.1.2. L'élévateur pour radio panoramique.....	83
2.1.3. Le lève personne.....	83
2.1.4. Le franchiseur d'escaliers et le fauteuil roulant monte escalier.....	84
2.1.4.1. Le franchiseur d'escaliers.....	84
2.1.4.2. Le fauteuil roulant monte escalier.....	85
2.2. Accès à la bouche.....	86
2.2.1. Le travail à 4 mains : l'aide opératoire au fauteuil.....	86
2.2.2. Moyens de stabilisation de la posture et contentions.....	86
2.3. La salle d'attente zen.....	87
3. Quand l'accessibilité physique est impossible au cabinet.....	89
3.1. Consultation à domicile ou dans les structures de soins spécialisées.....	89
3.1.1. Création d'un cabinet dentaire dans les structures spécialisées.....	89
3.1.2. Les soins dentaires à domicile.....	89
3.3. Moyen de prévention.....	90
3.4. Sensibiliser la profession.....	91
3.4.1. La formation initiale des chirurgiens dentistes.....	92
3.4.2. La formation du personnel soignant et des accompagnants.....	92
Conclusion.....	94
Index des figures.....	96
Index des tables.....	99
Bibliographie.....	101

Introduction

La santé bucco-dentaire est un indicateur de santé mais également un indicateur d'intégration sociale. Quand la santé bucco-dentaire est négligée, elle a un impact négatif sur la santé générale. De même, une mauvaise hygiène bucco-dentaire et l'accumulation de pathologies dentaires vont avoir des conséquences directes en matière d'intégration sociale. [32]

L'objectif de cette thèse est de faire le point sur l'ensemble des mesures qui ont été mises en place pour favoriser l'accessibilité physique au cabinet dentaire pour les personnes en situation de handicap et de proposer des solutions pour faciliter leur prise en charge et ainsi permettre aux personnes en situation de handicap de pouvoir accéder à la santé bucco-dentaire.

Le concept même de handicap a évolué au cours des siècles et la personne d'abord considérée comme infirme est désormais qualifiée de "personne en situation de handicap". Le handicap recouvre une partie non négligeable de la population. Pourtant les personnes handicapées ont souvent été mises de côté en matière d'accessibilité.

Tout chirurgien dentiste peut être amené à soigner une personne présentant un handicap.

Pourtant, les personnes en situation de handicap se trouvent encore confrontées à beaucoup d'obstacles dans leur cheminement jusqu'au cabinet dentaire.

Des mesures ont donc été prises pour légiférer une série de normes facilitant l'accessibilité aux cabinets dentaires pour les personnes handicapées.

Le 11 février 2005, la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, renforce les exigences concernant l'accessibilité en modifiant l'article 41 du code de la construction et de l'urbanisme. Dès lors, « *les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées, dans les parties ouvertes au public.* »[60]

Cette loi s'inscrit comme le référent actuel en matière d'accessibilité physique.

La notion "d'accès physique" met bien en avant qu'une partie de la population, parce qu'elle est en situation de handicap, ne peut pas bénéficier des soins dentaires de la même façon que le reste de la population.

Il paraît impensable pour la majorité de la population de ne pas pouvoir choisir son chirurgien dentiste et encore moins de ne savoir comment accéder aux structures de soins. Cette incapacité est pourtant une réalité pour les personnes handicapées. Et trouver un chirurgien dentiste accessible et ayant la possibilité de réaliser des soins dentaires dans de bonnes conditions peut devenir un véritable parcours du combattant.

Pouvoir accéder physiquement à un cabinet dentaire de proximité en toute autonomie pour la personne en situation de handicap paraît un pré requis indispensable pour que toute personne puisse jouir de soins dentaires.

Dans un premier temps, l'accessibilité physique au cabinet dentaire sera définie et le cadre législatif qui l'entoure sera étudié.

Ensuite, l'ensemble des normes et des prescriptions techniques attenantes à l'accessibilité physique au cabinet dentaire des personnes en situation de handicap sera abordé.

Dans une troisième partie, ces normes seront illustrées avec deux exemples concrets d'aménagements dans des cabinets dentaires.

Enfin, dans une dernière partie, des moyens pour améliorer l'accessibilité physique des personnes porteuses d'un handicap physique seront proposés.

Partie I : L'accessibilité physique et ses enjeux

1. Le handicap physique

1.1. Définition du handicap physique

1.1.1. Définition légale du handicap en France

La **loi du 11 février 2005 dans son Article 114** donne la définition suivante du handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute **limitation d'activité** ou **restriction de participation** à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions **physiques**, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un **trouble de santé invalidant** ».

L'UNAPEI (Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Infirmes) définit la personne handicapée comme une personne à la fois **ordinaire** et **singulière** :

« Elle est ordinaire, parce qu'elle connaît les mêmes besoins que tout le monde, parce qu'elle dispose des mêmes droits que tous et qu'elle accomplit les mêmes devoirs.

Elle est singulière, parce qu'elle est confrontée à plus de difficultés que les autres citoyens, du fait de son handicap. »[54]

1.1.2. Définition et étiologie du handicap physique

Le handicap physique regroupe 3 sortes de handicap :

- le **handicap moteur**,
- le **handicap sensoriel** : comprenant les handicaps **visuel** et **auditif**,
- les **maladies invalidantes** : qui regroupent toutes les maladies respiratoires, digestives, parasitaires, infectieuse (diabète, hémophilie, sida, cancer, hyperthyroïdie...). Elles peuvent être momentanées, permanentes ou évolutives et peuvent avoir des conséquences sur la motricité.

1.1.2.1. Le handicap moteur

1.1.2.1.1. Définition

Le **handicap moteur** qui recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes). Il englobe tous les troubles associés à un dysfonctionnement ou une réduction de l'activité physique d'un individu.

Les déficiences motrices diminuent l'**autonomie** de la personne handicapée qui peut nécessiter l'aide d'un accompagnant pour réaliser les actes de la vie quotidienne mais aussi de la vie sociale et professionnelle.

Il y a différents types de déficiences motrices paralysantes :

- la **paraplégie**, quand la déficience concerne la moitié inférieure du corps (jambes et une partie du tronc),
- la **tétraplégie**, quand la déficience touche les 4 membres et le corps,
- l'**hémiplégi**e, quand la déficience ne touche qu'un seul côté du corps (à droite ou à gauche),
- la **monoplégie**, quand la déficience ne concerne qu'un seul membre (inférieur ou supérieur),
- les **troubles associés**, troubles sphinctériens ou troubles de la sensibilité.

1.1.2.1.2. Étiologie

Le handicap moteur peut être provoqué par différents facteurs. Il peut survenir durant la grossesse, à la naissance, être associé à une maladie génétique ou être la conséquence d'un accident. L'étiologie du handicap moteur est très diverse :

- les **malformations congénitales** : survenues durant la grossesse

- les **accidents à la naissance**
- les **traumatismes extérieurs** : traumatisme crânien
- les **maladies stables ou évolutives** : diabète, sclérose en plaque, rhumatismes (polyarthrite rhumatoïde), tumeurs, métastases, maladies neuromusculaires (myopathies, myasthénies, maladie de Charcot-Marie-Tooth)
- les **maladies génétiques** : héréditaires (mucoviscidose) ou accidentelles (mutation)

Nous pouvons également classer les causes de déficiences motrices par leurs mécanismes lésionnel :

- les déficiences motrices par **lésions cérébrales**,
- les déficiences motrices par **lésions médullaires et neuromusculaires**,
- les déficiences motrices par **lésions ostéo-articulaires**.

1.1.2.2. Le handicap visuel

1.1.2.2.1. Définition

Le **handicap visuel** désigne l'ensemble des troubles liés à la fonction visuelle persistants après traitements.

Il est caractérisé par l'état du champ visuel qui correspond à l'**étendue de l'espace** qu'un œil peut saisir et à l'**acuité visuelle** qui correspond à l'aptitude d'un œil à apprécier les détails. Ces deux critères permettent de définir les différentes sortes de déficiences visuelles :

- Les **malvoyants**, qui ont une acuité visuelle comprise entre 4/10 et 1/10 après correction du meilleur œil,
- Et les **aveugles**, qui ont une acuité visuelle inférieure ou égale à 1/10 après correction. [23]

D'après la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (révisée en 2006), la fonction visuelle comporte 4 catégories:

- la vision normale,
- une déficience visuelle modérée,
- une déficience visuelle grave,
- la cécité. [45]

Ces déficiences auront diverses **conséquences** pour la personnes en fonction de l'atteinte de la fonction visuelle. La personne pourra ainsi connaître des difficultés de lecture, d'écriture qui peuvent êtres préjudiciables pour la compréhension d'un devis par exemple. Ses déficiences pourront limiter ses activités dans sa vie de tous les jours. Certaines personnes ne peuvent pas profiter de l'aide d'un miroir pour se laver les dents. La communication peut être également altérée, tout comme l'évaluation de l'espace et les déplacements. On comprend dès lors la nécessité d'adapter nos locaux pour faciliter le cheminement des personnes atteintes de déficiences visuelles.

1.1.2.2.2. Étiologie

La principale cause de déficience visuelle est la **cataracte**. Elle correspond à une opacification partielle ou totale du cristallin et représente 47,9% des cas de déficience visuelle.

Le **glaucome** est une maladie dégénérative du nerf optique et il est responsable de déficiences visuelles dans 12,3% des cas.

La **Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA)** est une maladie dégénérative de la rétine. Elle a une évolution chronique qui débute généralement après 50 ans. On la retrouve dans 8,7% des cas.

Les **opacités cornéennes** correspondent à des opacifications de la partie antérieure transparente du globe oculaire. Ces opacités représentent 5,1% des déficiences visuelles.

La **rétinopathie diabétique** est une atteinte de la rétine en association avec un diabète. Elle est retrouvée dans 4,8% des cas.

Enfin, la **cécité des enfants** c'est-à-dire l'état d'aveuglement total survient dans 3,6% des cas. [23]

1.1.2.3. Le handicap auditif

1.1.2.3.1. Définition

Le handicap auditif, aussi appelé « **la surdité** » désigne une perte partielle ou totale du sens de l'ouïe. On distingue deux grandes sortes de surdité en fonction de la zone anatomique atteinte : au niveau de l'**oreille externe** et/ou **moyenne** ou au niveau de l'**oreille interne** et/ou des **voies et centres nerveux**.

La **surdité de transmission** correspond à une déficience de l'oreille externe et/ou moyenne qui se caractérise par une perte auditive inférieure à 60 dB . Ces surdités peuvent être traitées de façon médicale ou chirurgicale.

En revanche, les **surdités de perception** qui correspondent à une atteinte de l'oreille interne et/ou des voies et centres nerveux ne peuvent pas bénéficier d'un traitement médical et elles provoqueront des altérations de la communication. [24]

Un test à différentes fréquences (500, 1000 et 2000 Hz) permet d'évaluer le niveau de surdité de la personne. On définit ainsi **quatre niveaux de déficience auditive** :

- la déficience auditive **légère** : de 20 à 40 dB,
- la déficience auditive **moyenne** : de 40 à 70 dB,
- la déficience auditive **sévère** : de 70 à 90 dB,
- la déficience auditive **profonde** : supérieure à 90 dB.

La principale conséquence est un retard dans le développement du **langage oral**. Le développement est globalement associé au degré de la perte auditive. On considère que pour les surdités légères et moyennes, un appareil de correction auditive permet de compenser la perte auditive. Les déficients auditifs ne s'en trouvent donc pas désavantagés pour le développement du langage oral.

En revanche, pour les handicaps auditifs sévères et profonds, les personnes déficientes présentent des difficultés de communication liées aux altérations du développement du langage oral. Ces derniers ont donc souvent recours à des moyens de communication parallèles tel que le langage des signes. [24]

1.1.2.3.2. Étiologie

Là encore, les étiologies sont diverses et elles peuvent être classées selon les deux types de surdité vus précédemment : la surdité de **transmission** et la surdité de **perception**.

Les causes de surdité de transmission liée à l'oreille externe sont l'obstruction du canal auditif externe (bouchon de cérum, ostéome du CAE, corps étranger, sténose congénitale, tumeur du conduit) et la conséquence d'une pathologie infectieuse (otite externe).

Les causes de surdité de perception sont soit **endocochléaires** soit **rétro-cochléaires**. [11]

1.2. Données épidémiologiques

1.2.1. Épidémiologie du handicap dans le monde

D'après le rapport mondial sur le handicap, réalisée en 2011 par l'Organisation Mondiale de la Santé, *"environ 15% des habitants de la planète vivent avec une certaine forme de handicap, dont 2 à 4% avec de grandes difficultés de fonctionnement."*[46]

1.2.2. Épidémiologie du handicap physique en France

L'enquête HID, handicaps-incapacités-dépendance, dirigée par l'INSEE (Institut National de la Statistiques et des Études Économique) a permis d'évaluer la population handicapée en France. [43]

En France, on estime en 2015 que **12 millions de français sur 65 millions** sont touchés par un handicap. Parmi eux, 80% ont un handicap invisible, 1,7 millions sont atteint d'une déficience visuelle et **850 000 ont une mobilité réduite**.

5,5 millions de français se déclarent handicapés

3,97 millions de français ont une carte d'invalidité (soit 6,8 % de la population)

2,3 millions perçoivent une allocation (soit environ 4% de la population)

Maurice Bonnet dans son rapport « pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge des personnes en situation de handicap » précise que « *Dans les années à venir, notre société devra faire face, du fait de la démographie, des progrès de la médecine et de l'évolution profonde de nos modes de vie, à l'augmentation du nombre et de la durée de vie des personnes touchées par des incapacités et nécessitant des services d'aide* »[9]

1.2.2.1. Épidémiologie du handicap moteur

Tableau 1: Épidémiologie du handicap moteur [14]

	Effectif	Effectif/Effectif total (en %)
Personnes atteintes de déficiences motrices (isolées ou associées à d'autre(s) déficience(s))	2300000	3,50%
Personnes atteintes de déficiences motrices isolées, personnes considérées comme « handicapées moteurs »	850000	1,30%

Parmi la population générale, 2300000 personnes présentent des déficiences motrices soit 3,5 % de la population générale.

Parmi elles, on considère que 850000 sont handicapés moteurs soit 1,3 % de la population.

Les handicapés moteurs se déplacent en fauteuil roulant dans 45 % des cas et on évalue que la moitié d'entre eux sont dépendantes pour des actes essentiels à l'existence.

1.2.2.2. Épidémiologie du handicap visuel

Tableau 2: Épidémiologie du handicap visuel [14]

	Effectif	Effectif/Effectif total (en %)
Déficients visuels	1700000	2,60%
Malvoyants légers	560000	0,86%
Malvoyants moyens	932000	1,43%
Malvoyants profonds	207000	0,32%
Aveugles	61000	0,09%

Parmi les déficients visuels, 30% souffrent d'un polyhandicap et 60% sont des personnes de plus de 60 ans. Environ 8000 (soit environ 1%) déficients visuels utilisent des interfaces technologiques telles que les ordinateurs, la reconnaissance vocale, la synthèse vocale, et les écrans tactiles.

Parmi les aveugles, 15% ont appris le braille, 10% l'utilisent le braille pour lire et 10% l'utilisent pour écrire.

1.2.2.3. Épidémiologie du handicap auditif

Tableau 3: Épidémiologie du handicap auditif [14]

	Effectif	Effectif/Effectif total (en %)
Déficients auditifs	5180000	7,97%
Déficients auditifs de moyen à sévère	1430000	2,20%
Déficients auditifs de profond à total	303000	0,47%

Parmi les déficients auditifs, 4/5 ont une ou plusieurs déficience(s) associée(s). La déficience motrice est la plus souvent associée (dans 44% des cas).

Environ 44000 (soit moins de 1%) des déficients auditifs utilisent la langue des signes

2. L'accessibilité des personnes porteur d'un handicap physique au cabinet dentaire

2.1. Définition de l'accessibilité

2.1.1. Définition du dictionnaire Larousse

Le dictionnaire Larousse définit le mot « accessibilité » comme un « droit, possibilité qu'a quelqu'un d'avoir accès à quelque chose ».

Le mot « accessible » quant à lui suppose « un lieu auquel on peut accéder ».[39] Dès lors, on se rend compte que le simple fait d'évoquer le mot « accessibilité » renvoie à une notion de droit élémentaire. Le droit de pouvoir circuler librement pour pouvoir accéder un endroit.

2.1.2. Qu'est-ce que l'accessibilité physique ?

2.1.2.1. Selon la loi du 11 février 2005

La loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 stipule que « *Toute personne handicapée a droit la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation nationale, l'accès aux soins fondamentaux reconnus tous les citoyens ainsi qu'au plein exercice de sa citoyenneté* »[60]

Cette loi s'inscrit dans la continuité de la **déclaration universelle des droits de l'homme** pour le respect des personnes en situation de handicap. L'objectif majeur de l'accessibilité est de permettre aux personnes handicapées de pouvoir vivre une vie ordinaire. Une vie ordinaire suppose une liberté de circulation pour pouvoir exercer pleinement son rôle de citoyen.

L'article 41 de la loi du 11 février 2005, précise qu' « *une personne handicapée dans un aménagement accessible est une personne valide, et inversement une personne valide dans un environnement non accessible est une personne handicapée* ».[64]

Cet article souligne bien la relation intime entre le handicap et son environnement. Il permet également de prendre du recul sur la situation d'être handicapé. Tout le monde un jour ou l'autre peut devenir handicapé.

La notion d'accessibilité est une adéquation entre une personne, qui présente des aptitudes, des difficultés, et un environnement.

2.1.2.2. Selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

D'après l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la mission de santé publique en France, « *l'accessibilité vise l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire supprimant, les discordances entre les capacités, les besoins et les souhaits d'une part, et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement d'autre part* » [33]

Cette définition introduit la notion d'**autonomie**. L'accessibilité physique suppose une liberté de déplacement dans l'espace.

Elle parle également de la **participation**. La participation pour une personne handicapée, c'est pouvoir jouir pleinement de son rôle de citoyen au sein de la société, de la même manière qu'une personne valide.

Les **discordances** quant à elles rappellent que la personne handicapée vit dans un monde qui ne lui permet pas de pouvoir participer en toute autonomie à la vie active.

Rendre quelque chose « **accessible** » serait donc de permettre une réduction voire une suppression de ces discordances.

Quant on élargit cette notion au monde la santé, l'accessibilité physique devient la possibilité d'accéder librement aux services de santé préventifs et curatifs pour les personnes présentant un handicap.

Dans sa définition de l'accessibilité, l'Inpes ajoute que pour parvenir à supprimer ces discordances, l'accessibilité « *requiert la mise en œuvre des éléments complémentaires, nécessaires à toute personne en incapacité permanente ou temporaire pour se déplacer et accéder librement et en sécurité au cadre de vie ainsi qu'à tous les lieux, services, produits et activités. La société, en s'inscrivant dans cette démarche d'accessibilité, fait progresser également la qualité de vie de tous ses membres* » [33]

Rendre quelque chose « **accessible** » serait donc cette fois de mettre en œuvre des **éléments complémentaires** permettant une modulation de l'environnement pour permettre aux personnes handicapées de circuler librement.

Cette définition suppose également que rendre l'environnement accessible physiquement à tout e la population est profitable à tous ses membres.

2.2. Données épidémiologiques et constat

2.2.1. A l'international

Une étude **brésilienne** a évalué l'accessibilité des services dentaires publics pour les personnes handicapées à Fortaleza. L'étude propose d'évaluer l'accessibilité géographique, architecturale et organisationnelle des établissements de santé mais aussi les difficultés liées aux déficiences motrice, visuelle et auditive. On apprend ainsi que « *37,3% des patients et 43,8% des dentistes ont signalé l'infrastructure d'accès physique insuffisante* ». L'étude définit ensuite les principales barrières qui limitent la prise en charge des personnes porteuses de handicap « *Les barrières culturelles, organisationnelles, architecturales, géographiques, et de la communication limitent la demande et l'utilisation des services de soins dentaires* » [40]

Une enquête menée à Leicestershire, au **Royaume-Uni**, a permis d'évaluer l'accessibilité des cabinets dentaires pour les personnes handicapées. L'enquête révèle que « *77% des cabinets sont considérés comme accessibles aux personnes en fauteuil roulant* » par le praticien. En revanche, seulement « *7% d'entre eux possèdent un parking et des toilettes adaptées* ». Elle rapporte également que « *76% des praticiens ont trouvés des difficultés de prise en charge pour cette*

population ». Les principaux freins seraient d'ordre financier. L'enquête conclue que « *des mesures doivent être prises pour rendre les pratiques plus facilement accessible avec des installations appropriées* ». [7]

2.2.2. En France

Il est très difficile d'évaluer précisément les besoins de la population handicapée en matière d'accessibilité.

Cependant, dans leur rapport de mission, les docteurs Hescot et Moutarde, se proposent d'évaluer le nombre de personnes qui, du fait de leur handicap, rencontrent des difficultés à se faire soigner. Ils sont partis d'un constat simple : « *la majeure partie des personnes handicapées physiques vit à domicile tandis que les enfants, adolescents et adultes souffrant de troubles mentaux, neurologiques ou de polyhandicaps vivent en institutions ou en foyers ouverts, soit environ 180 000 personnes.* »

D'après leur conclusion, on parlerait « *a minima d'un demi-million de personnes, enfants et adultes, qui n'ont pas suffisamment voire pas du tout accès à la santé bucco-dentaire.* »

La CPAM du Morbihan, dans son rapport de 2002, révèle que la population générale profite plus facilement des soins dentaires que les personnes en situation de handicap.[12]

Une enquête menée en Moselle en 2005, révèle que, dans les structures de soins accueillant des personnes handicapées, 40% des personnes ne peuvent bénéficier des soins bucco-dentaire dans un cabinet libéral. D'après les résultats de l'enquête, seulement 1/3 des structures proposent une consultation dentaire au moment de l'admission. Et pour 50% des cas seulement c'est un chirurgien dentiste qui réalise l'examen.

Une autre enquête, menée également en 2005 mais cette fois ci en région Provence-Alpes-Côte d'Azur auprès de familles de personnes handicapées, révèle une prise en charge bucco-dentaire tardive pour les personnes handicapées. De plus, compte tenu des difficultés de prise en charge classique, le recours à l'anesthésie générale est préconisé dans 47% des cas. Dans 45% des cas, des avulsions multiples auraient pu être évitées et pour 21% des cas il y a eu un abandon de soins.[35]

A Clermont-Ferrand, l'unité fonctionnelle de soins spécifique enregistre un délai d'attente de 4 mois pour obtenir une première consultation.

Le problème toucherait donc un nombre considérable de famille.

Une personne handicapée ne peut jouir d'une prise en charge de sa santé bucco-dentaire simplement parce qu'elle est handicapée et qu'elle a plus de mal à accéder aux cabinets dentaires. Or, les besoins de soins dentaires pour les personnes handicapées moteurs et la population générale sont les mêmes.

D'autant que les personnes handicapées représente une **population à haut risque de pathologie bucco-dentaire**. [31] Il est reconnu que l'état de leur cavité buccale tend à **s'aggraver avec l'âge**. Ces pathologies peuvent avoir des conséquences sur l'état de **santé général** et détériorer la **qualité de vie** des personnes handicapées (troubles de la mastication, de la phonation, de la communication, douleurs..).

Des difficultés que rencontrent les personnes en situation de handicap à accéder physiquement aux structures de soins de proximité résultent une prise en charge tardive et bien souvent en **urgence**. On arrive ainsi à des situations nécessitant une prise en charge hospitalière sous **anesthésie générale**. Cette prise en charge se traduit bien souvent par des **extractions multiples** pour remettre en état la santé bucco-dentaire. Cependant ces avulsions vont entraîner des difficultés de **nutrition** et de **sociabilisation**. Il est aussi important de noter que **financièrement** la prise en charge dans un cabinet libéral est beaucoup moins importante qu'à l'hôpital sous anesthésie générale.[27]

Il paraît très important que la profession soit sensibilisée aux difficultés que rencontrent les personnes en situation de handicap à se rendre dans les cabinets libéraux pour se faire soigner et toutes les conséquences qui en découlent. Dans le paragraphe qui suit nous expliquerons les raisons et les motivations pour les travaux d'accessibilité.

2.3. Raisons et motivations pour les travaux d'accessibilité

Pascal Jacob, dans son rapport sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées, nous explique que : « *Le monde de la santé est mal préparé dans son ensemble et sauf exceptions, à prendre en charge, accueillir et soigner, les personnes présentant un handicap, surtout si celui-ci est lourd.* »[34]

Ce rapport met en avant les **difficultés** que rencontre les personnes handicapées à accéder à la santé bucco-dentaire.

La loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 stipule que « *Toute personne handicapée a droit la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation nationale, l'accès aux soins fondamentaux reconnus tous les citoyens ainsi qu'au plein exercice de sa citoyenneté*»[60]

Cette loi légitime la notion d'accessibilité aux personnes en situation de handicap. En dentaire, le but est de rendre **chaque cabinet dentaire accessible à tous**. Cette notion d'accessibilité est valable pour l'accès au bâtiment en tant que tel mais elle va s'étendre également à l'accès à l'information, à la communication et aux prestations.

Elle s'inscrit dans la lignée de la **lutte contre la discrimination** des personnes handicapées. Elle met tous les citoyens sur un pied d'**égalité** en permettant un accès aux soins et à la santé à tous et s'oppose à la discrimination.

Précisons que la loi d'accessibilité s'applique à toutes les formes de handicap. Elle ne se limite donc pas au simple **handicap moteur**. Il est bien entendu nécessaire d'améliorer l'accessibilité des personnes circulants en fauteuil roulant ainsi que toutes les personnes à mobilité réduite mais également faciliter l'accès aux personnes atteintes de déficience visuelle, auditive, cognitive et psychique. L'idée est de permettre un accès aux soins bucco-dentaires à tous.

L'objet de cette thèse est de rendre compte de l'accessibilité physique au cabinets dentaires. Par conséquent nous ne nous étendrons pas sur les autres formes de handicap.

Pour les **déficients visuels**, les règles d'accessibilité permettront: une facilitation de la lecture (par l'utilisation de grands caractères par exemple), un doublage sonore des messages d'alerte (interphone, système de secours dans les ascenseurs...), repérage par des indicateurs tactiles, identification des obstacles grâce à un contraste de couleur et un éclairage adapté.

Les **déficients auditifs** auront à leur disposition des boucles à induction magnétique (Grâce à ce système, le son provenant d'un équipement de sonorisation est transmis à l'appareil auditif de la personne qui peut ainsi l'entendre sans être gênée par des éventuels bruits ambiants) et un doublage des messages d'alerte grâce à une signalisation visuelle (interphone, ascenseur...).

Enfin, et c'est l'handicap le plus reconnu, la **déficience motrice** (qui comprend la mobilité, l'atteinte et la préhension) et les personnes à mobilité réduite. Un série de règles permettront d'assurer un déplacement par fauteuil roulant dans le cabinet dentaire.

Grâce à cette loi, il sera **plus facile** pour une personne handicapée de trouver un cabinet accessible sans être obligé de faire des kilomètres pour se faire soigner dans l'un des seuls centres dentaires de sa région. Dans ces conditions, le nombre de cabinets dentaires accessibles et par conséquent le **choix du chirurgien dentiste** laissé aux personnes à mobilité réduite va tendre à augmenter considérablement.

Cependant, nous verrons que la **mise en application** des normes d'accessibilité handicapé peut paraître **difficilement réalisable** dans le cas de certains cabinets dentaires. En effet, beaucoup de chirurgiens dentistes en activité présentent encore des locaux très peu accessibles.

3. Cadre législatif pour l'accessibilité physique

3.1. Historique de la législation en France

C'est seulement en **1974** que le gouvernement français élabore une **première loi en faveur de l'accessibilité handicapée**. Cette loi intitulée "**orientation en faveur des handicapés**" stipule que chaque création d'établissement recevant du public accueillant plus de 20 personnes se devait d'être accessible. [65]

En 1978, un décret va étendre la notion d'accessibilité à l'**espace public** en fixant des mesures pour les transports publics et les installations ouvertes au public pour faciliter le déplacement des personnes à mobilité réduite.[57]

Le 30 août 1999, le décret "relatif aux prescriptions techniques concernant l'accessibilité aux personnes handicapées de la voirie publique ou privée ouverte à la circulation publique" complétera le précédent en proposant des **normes d'accessibilité spécifiques**.[59]

Le décret du 1er février 1978, va lui fixer les mesures destinées à rendre accessibles les **installations neuves** ouvertes au public aux personnes à mobilité réduite.[56]

La loi du 13 juillet 1991 rendra obligatoires ces mesures pour l'obtention d'un permis de construire.[58]

Le 11 février 2005, la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, renforce les exigences concernant l'accessibilité en modifiant l'article 41 du code de la construction et de l'urbanisme. Dès lors, « *les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées, dans les parties ouvertes au public.* »[64]

Le 17 mai 2006, un décret précise les « conditions » d'accessibilité.[61]

Depuis janvier 2007, tous les cabinets dentaires neufs et tout nouvel immeuble comprenant un cabinet dentaire doivent respecter les normes d'accessibilité.

En 2011, tous les locaux créés par **changement de destination** afin de se transformer en cabinet dentaire doivent également respecter ces normes.

Devant l'accumulation des retards et la complexité de mise en accessibilité, le gouvernement offrent des délais supplémentaires aux professions libérales.

L'ordonnance du 26 septembre 2014, relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, met en place deux décrets. Le premier explique les détails de la procédure de l'Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP) dont nous verrons les détails par la suite. Et le second, modifie les dispositions du code de la construction pour l'accessibilité des personnes en situation de handicap des établissements recevant du public. Nous verrons également les détails de ce décret par la suite. [66]

Le **1er janvier 2015** devient alors la date limite pour rendre ses locaux accessibles aux personnes handicapées. Nous verrons à quelles conditions.

Enfin, le **5 août 2015**, une loi ratifiant l'ordonnance du 26 septembre 2014, va permettre de nouveaux délais pour la mise en conformité des cabinets médicaux. [63]

Ce bref historique permet de se rendre compte que la prise de conscience de la part des politiques

sur les difficultés des personnes en situation de handicap est **relativement récente**. Il reste encore beaucoup de progrès à réaliser notamment en matière d'accessibilité, pour permettre à chacun peu importe son handicap, de pouvoir jouir pleinement de son rôle dans la société.

3.2. Procédure administratives

Comme cela a été vu précédemment, la **loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**, oblige les chirurgiens dentistes de rendre leur cabinet ou établissement accessible à toute personne présentant un handicap.[60]

Pour bien resituer le sujet, il faut bien redéfinir quels sont les types d'établissements concernés ?

3.2.1. Qu'est-ce qu'un ERP ?

D'après le **code de la construction et de l'habitation**, « *constituent des établissements recevant du public tous bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels des personnes sont admises, soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque, ou dans lesquels sont tenues des réunions ouvertes à tout venant ou sur invitation, payantes ou non. Sont considérées comme faisant partie du public toutes les personnes admises dans l'établissement à quelque titre que ce soit en plus du personnel.* »[67]

Le code de la construction et de l'habitation stipule que les **locaux des professions libérales ouverts aux clients ou patients** sont des établissements recevant du public (ERP).

Les établissements recevant du public sont classés en **5 catégories** en fonction du nombre de personnes qu'ils peuvent accueillir. Selon les catégories des ERP, les obligations d'accessibilité au 1er janvier 2015 sont différentes :

- 1ère catégorie : ERP ayant une capacité d'accueil supérieure à 1 500 personnes,
- 2e catégorie : supérieure à 700 personnes,
- 3e catégorie : supérieure à 300 personnes,
- 4e catégorie : inférieure à 300 personnes et au-dessus d'un seuil variable selon le type d'ERP,
- **5e catégorie** : en dessous de ce seuil variable.

Ces catégories ont été établies par les **services départementaux d'incendie et de secours dans le but de réglementer la sécurité incendie et de définir des règles d'évacuation**. A chaque catégorie d'ERP est associé une capacité maximale de personnes pouvant être présentent dans les locaux au même moment.

La très grande majorité des cabinets libéraux sont donc des ERP de 5ème catégorie. Dans la suite de cette thèse, nous nous concentrons donc en particulier sur cette catégorie d'ERP.

Tous les **ERP neufs** ont l'obligation de se rendre accessible. Un chirurgien dentiste souhaitant créer son cabinet se voit dans l'obligation de le rendre **entièrement accessible** selon des normes très précises que nous verrons par la suite.

Pour les **ERP existant**, l'objectif est de rendre, dans la mesure du possible, son établissement totalement accessible. Nous verrons qu'il n'est pas toujours facile de soumettre un local existant à toutes les normes en vigueur. Dans ce cas précis le praticien pourra bénéficier d'une **dérogation**. Néanmoins cette dérogation s'appliquera **uniquement** aux normes d'accessibilité non réalisables. Il n'existe pas de dérogation totale. Si un cabinet ne peut se rendre accessible pour un certain point, il devra l'être pour l'ensemble des autres points et ainsi devenir conforme aux yeux de la loi, même s'il ne satisfait pas l'ensemble des règles d'accessibilité.

3.2.2. Obligations relatives aux ERP de 5ème catégorie

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, prévoyait pour les ERP **existant** avant le 1er janvier 2007 (dont les cabinets dentaires) que la mise aux normes d'accessibilité soit terminée pour le **1er janvier 2015**.

Selon le code de la construction et de l'habitation, l'**échéance** pour rendre ses locaux accessibles a été fixée **au 31 décembre 2014**. En d'autres termes, tous les ERP devaient en principe être conformes aux règles d'accessibilité depuis de 31 décembre 2014.

La loi prévoyait qu'au 31 décembre 2014, les ERP de catégorie 5 et en particulier les cabinets dentaires, devaient assumer les normes d'accessibilités qui sont appliquées au neuf dans au moins une partie du cabinet. Cette partie alors rendue accessible doit se trouver à proximité de l'entrée du local et elle doit permettre au praticien de réaliser l'ensemble des soins proposés par le cabinet.

Face au **retard accumulé** et au constat que l'échéance du 1er janvier 2015 devenait un **objectif irréaliste**, des **délais supplémentaires** ont été accordé aux professionnels de santé.

Ainsi, pour tous les ERP qui n'étaient pas conformes aux normes d'accessibilité à la date du 1er janvier 2015, de nouvelles dispositions ont été accordées avec la possibilité de la création d'un **Agendas d'Accessibilité Programmée (Ad'AP)**.

3.2.3. L'Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP)

Les Ad'AP permettent donc aux professionnels de santé dont les locaux n'étaient pas conformes à la date du 1er janvier 2015, de s'engager à réaliser l'ensemble des travaux d'accessibilité dans un **délai maximum de trois ans** (pour les ERP de cinquième catégorie).[62] La **date limite** pour déposer le dossier Ad'AP à la mairie a été fixée au **27 septembre 2015**.

Au 31 décembre 2014, il y avait 3 **cas de figure** :

- **l'ERP n'était pas accessible** : le chirurgien dentiste devait créer un agenda d'accessibilité programmée comportant l'analyse de l'ensemble des besoins nécessaires pour que l'ERP soit conforme aux règles d'accessibilité, un calendrier détaillé pour l'avancement des travaux et un plan de financement,

- **l'ERP était accessible** : le chirurgien dentiste devait justifier au préfet du département auquel est rattaché avant le 1er mars 2015 que son local respecte les règles d'accessibilité. Pour les ERP de cinquième catégorie la préfecture demandait une attestation sur l'honneur. Une copie de cette attestation devait également être envoyée à la commission pour l'accessibilité de la commune [68],

- **l'ERP n'était pas accessible mais le sera au 27 septembre 2015** (date limite pour déposer le dossier Ad'AP) : le chirurgien dentiste devait déposer un dossier Ad'AP au mentions spécifiques. [69]

Les cas particuliers :

Ce qu'il faut faire pour être certain de respecter la **loi du 11 février 2005** et l'**ordonnance du 26 septembre 2014** relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées:

1. Si le dossier Ad'AP a été transmis avec du **retard**:
Il faut justifier ce retard auprès de la préfecture.
2. Si le dossier Ad'AP **n'a pas été fait** et qu'il y a un refus de la part du chirurgien dentiste de

rendre ses locaux accessibles:

Risque d'amende de 45000 euros si c'est une personne physique et une amende de 225000 euros si c'est une personne morale.

3. Si le dossier Ad'AP **n'a pas été fait mais qu'il y a une volonté de la part du chirurgien dentiste de rendre ses locaux accessibles**:

Le praticien doit remplir et envoyer son dossier Ad'AP au plus vite pour se rendre accessible et justifier de son retard auprès de la préfecture pour éviter toute sanction.

4. Si le praticien **reprend** un ERP dans lequel un **dossier Ad'AP a déjà été réalisé**:

Le plan Ad'AP en cours est toujours valable et le chirurgien dentiste qui reprend la structure doit continuer les travaux de mise aux normes.

5. Si le praticien **crée son ERP** et que l'ERP n'a pas de dossier Ad'AP en cours:

Il doit faire les démarches pour la mise aux normes de son local et envoyer un dossier Ad'AP comme nous allons le voir avec le cas de la création d'un local professionnel. [66]

3.2.4. Création d'un local professionnel

Toute création d'un cabinet dentaire dans un bâtiment neuf ou dans un local qui avait une autre fonction (**changement de destination du local**), se réalise dans le respect des règles d'accessibilité.

Dans le cas d'une nouvelle construction, il n'y a **pas de dérogation possible**. En revanche, une dérogation peut être demandée en cas d'installation dans un local destiné préalablement une autre activité (**création par changement de destination**).

Il faut bien distinguer le "changement de destination" et le "changement d'usage".

Le **changement de destination** est dirigé par l'urbanisme et toute dérogation obtenue par un cabinet dentaire crée par changement de destination reste valable contrairement aux autres dérogations aux normes d'accessibilité.

Le **changement d'usage**, d'un local habitable en cabinet dentaire par exemple, est régi par la mairie. Ainsi, la mairie, après une étude approfondie, pourra ou non délivrer une autorisation de changement d'usage. Le chirurgien dentiste reçoit alors une autorisation à titre personnel

L'autorisation de changement d'usage est totalement indépendante de la dérogation aux règles d'accessibilité.

3.3. Les dérogations

Les **dérogations** aux normes d'accessibilité ne sont valables que pour les **ERP existants** devant faire l'objet d'une mise en conformité, et les **ERP créés par changement de destination**.

Elles concernent **une ou plusieurs** prescriptions techniques sur la réglementation handicapée. Il existe une commission consultative départementale, la **Commission Consultative Départementale de Sécurité et d'Accessibilité (CCDSA)**, dirigée par le préfet qui a pour objet la sécurité et l'accessibilité. La loi prévoit ainsi **4 dérogations** possibles:

- L'**impossibilité technique** lié à l'environnement ou à la structure du bâtiment,
- La **préservation du patrimoine architectural**,
- Une **disproportion** manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences,
- Un **refus** par l'assemblée générale des **copropriétaires** de réaliser des travaux d'accessibilité.

[64]

La disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences peut être justifié en particulier sur l'**impact économique** qu'une telle mise aux normes pourrait entraîner ou sur la **restriction de l'espace de travail** qu'elle pourrait amener.

En effet, d'une part, le prix des aménagements peut être **disproportionné** et entraîner une diminution d'activité importante qui se ressentirait dans le chiffre d'affaire et qui pourrait à terme entraîner une fermeture du cabinet.

D'autre part, la mise aux normes peut entraîner une **perte d'espace de travail** importante dans des locaux déjà étriés et inextensibles (les aménagements nécessaires étant trop encombrants).

Le chirurgien dentiste devra évidemment présenter un dossier acceptable (financement, espace) aux autorités compétentes pour justifier les éventuelles dérogations attenantes à son cabinet.

On notera que l'obtention d'une dérogation prévaut pour l'ERP et non le locataire. La dérogation ne peut donc être remise en cause en cas de changement de praticien. Cependant, si des travaux nécessitant l'acquisition d'un permis de construire sont envisagés, la disproportion économique ne tient plus et l'ERP reçoit alors une obligation de mise aux normes.

3.4. Le formulaire Cerfa

Pour toutes demandes de **dérogation**, demandes de **construction**, **aménagement** ou **modification** de l'ERP, **sans** permis de construire ni de permis d'aménager et, le cas échéant, pour toutes demandes d'approbation d'un **Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP)** pour la mise en conformité de l'ERP sur deux ou trois ans, le praticien a dû remplir un **formulaire Cerfa**. (cf annexe 1)

Si le praticien **possède déjà un permis de construire**, il peut remplir un autre formulaire **spécifique**.

Le formulaire cerfa s'intitule « Demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public ». Il devait être envoyé, dûment complété, à la mairie à laquelle est rattaché le local avant le 27 septembre 2015.

Des conseils techniques concernant les normes d'accessibilité peuvent être demandés à la direction départementale des territoires et de la mer.[41]

3.5. Sanctions en cas de non respect de la loi

La loi prévoit **deux types de sanction**. La première, en cas de non respect de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et la seconde, en cas de non respect de l'ordonnance du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées qui introduit l'Ad'AP.

3.5.1. Les sanctions en cas d'absence de non mise aux normes d'accessibilité

3.5.1.1. La fermeture administrative

La mairie et en particulier le maire lui-même peut décider de la fermeture d'un établissement s'il ne respecte pas les normes d'accessibilité. L'accessibilité handicapée est une obligation pour tous les ERP.

Selon l'article L. 111-8-3-1 du code de la construction et de l'habitation, « *L'autorité administrative peut décider la fermeture d'un établissement recevant du public qui ne répond pas aux prescriptions de l'article L. 111-7-3* » [70]

3.5.1.2. Le délit pénal de discrimination de la personne en situation de handicap pour son handicap

Le fait de ne pas vouloir soigner un patient seulement parce qu'il est handicapé est répréhensible d'une sanction de **75000 euros maximum** et de **5 ans en prison**.

Selon l'article 225-1 du code pénal, « *Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison (...) de leur handicap (...)* ». [71]

Selon l'article 225-2 du code pénal, « *La discrimination définie à l'article 225-1, commise à l'égard d'une personne physique ou morale, est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsqu'elle consiste :*

1° À refuser la fourniture d'un bien ou d'un service ; (...)

4° À subordonner la fourniture d'un bien ou d'un service à une condition fondée sur l'un des éléments visés à l'article 225-1 (...)

Lorsque le refus discriminatoire prévu au 1° est commis dans un lieu accueillant du public ou aux fins d'en interdire l'accès, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende ». [72]

3.5.1.3. Les sanctions d'ordres pénales si les normes de construction ne sont respectées

Si l'ERP ne satisfait pas ses obligations en matière d'accessibilité, le praticien peut être sanctionné d'une amende de **45000 euros** maximum et **6 mois de prison** si récidive.

En effet, l'article L. 152-4 du code de la construction et de l'habitation stipule, « *Est puni d'une amende de 45 000 euros le fait, pour les utilisateurs du sol, les bénéficiaires des travaux, les architectes, les entrepreneurs ou toute autre personne responsable de l'exécution de travaux, de méconnaître les obligations imposées par les articles L. 111-4, L. 111-7, L. 111-8, L. 111-9, L. 111-10, L. 111-10-1, L. 111-10-4, L. 112-17, L. 112-18, L. 112-19, L. 125-3, L. 131-4 et L. 135-1, par les règlements pris pour leur application ou par les autorisations délivrées en conformité avec leurs dispositions. En cas de récidive, une peine d'emprisonnement de six mois peut en outre être prononcée. »[73]*

3.5.2. Les sanctions qui concernent l'Ad'AP

3.5.2.1. Les sanctions pécuniaires

En cas de d'absence de transmission:

- du dossier Ad'AP sans justification au le 27 septembre 2015,
- du dossier de suivi,
- du document attestant l'achèvement des aménagements,

Les ERP de catégorie 5 se verront sanctionnés d'une amende de **1500 euros** et une amende de **5000 euros** sanctionnera tous les autres établissements.

3.5.2.2. L'imputation du retard

Tous les dossiers Ad'AP sont censés avoir été déposés depuis la date du 27 septembre 2015. En cas de retard non justifié, la loi prévoit une imputation du retard sur le temps prévu pour réaliser les travaux nécessaires à la mise en conformité (défini dans le dossier Ad'AP). Donc tout retard non justifié entraînera une réduction de durée pour l'Ad'AP équivalente à la durée du retard.

3.5.2.3. Le constat de carence

Le constat de carence est la situation dans laquelle se trouve le praticien s'il s'est abstenu de débiter les travaux d'aménagement pour l'Ad'AP ou si les travaux présentent un retard disproportionnel à la durée initialement prévue, ou encore si à la fin de la durée prévue par l'Ad'AP les aménagements n'ont pas été réalisés.

La sanction sera évidemment étudiée au cas par cas en fonction:

- de la disproportion entre ce qui était initialement prévu et ce qui a été réalisé,
- des problèmes éventuellement rencontrés par le praticien pendant les travaux de mise aux normes.

Le préfet peut, comme le stipule l'ordonnance du 26 septembre 2014, appliquer les sanctions prévues en cas de constat de carence. Ces sanctions sont les suivantes:

- la suppression de la validité de l'agenda d'accessibilité programmé si les aménagements n'ont pas commencé,
- l'élaboration d'une provision comptable en fonction de la somme prévue pour les travaux qui n'ont pas été exécutés si un retard disproportionné a été constaté,
- Une interpellation formelle faite au maître d'ouvrage (qui n'a pas exécuté son obligation à son terme) de réaliser les aménagements avec de nouvelles échéances. Cette mise en demeure s'accompagne d'une sanction pécuniaire s'élevant de 5 à 20% de la somme prévue pour la finalisation des travaux.[66]

Les différentes procédures administratives liées à l'accessibilité physique ont été évoquées en expliquant ce qu'est un ERP, en montrant les obligations qui en découlent et en expliquant la possibilité de créer un agenda Ad'AP. Les différents types de dérogations possibles et les sanctions relatives au non respect des différentes lois ont également été évoqués.

Partie II : Les normes pour l'accessibilité physique

1. Les prescriptions techniques

1.1. Les dimension du fauteuil roulant

Un fauteuil roulant a des **dimensions particulières** (dimensions d'encombrement) que l'on doit prendre en compte. On estime que le gabarit d'un fauteuil roulant est de **0,75 x 1,25 m**.

1.2. Cheminement extérieur: espace de manœuvre nécessaire pour réaliser un demi-tour

En extérieur, quand la personne en fauteuil roulant se retrouve confrontée à un choix d'itinéraire ou en face de portes accessibles mais qui nécessitent l'accès à un système permettant l'entrée, un **espace de manœuvre** acceptant la possibilité de faire un demi-tour est obligatoire.

2. Les normes d'accessibilité

L'**arrêté du 8 décembre 2014** fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public, va définir l'ensemble des normes d'accessibilité applicables à tous les ERP de cinquième catégorie.[74]

2.2. Le stationnement

2.2.1. Si le local contient des places de parking

Si des **places de parking** sont intégrées au cabinet dentaire, il faut qu'il y ait une ou plusieurs places de stationnement réservée(s) aux personnes handicapées. Ces places doivent être **adaptées** pour les handicapés et elles ne peuvent être utilisées que par des personnes handicapées. Cette obligation vaut que le parking soit intérieur ou extérieur. Évidemment les places de parking réservées aux handicapés doivent elles mêmes être accessibles, c'est à dire proche de l'entrée comme de la sortie du cabinet et de l'accueil ainsi que l'éventuel ascenseur, tout cela suivant un chemin logique et accessible.

2.2.2. Si le local ne dispose pas de places de parking

Si le cabinet dentaire n'a **pas de places de parking** attitrées, le chirurgien dentiste peut demander à la mairie l'installation de places de parking adaptées pour les personnes handicapées dans un rayon proche du cabinet. En effet, seul le maire de la commune peut autoriser un emplacement réservé aux personnes en possession de la carte européenne de stationnement grâce à un arrêté. Ainsi le maire interviendra que ce soit en voirie publique qu'en voirie privée disponible à la circulation publique (pour les ERP par exemple).

- 1 Dimensions: Largeur de 3,30 m minimum/ Longueur: 5 m minimum
- 2 Largeur fauteuil de 0,80 m
- 3 Dévers inférieur ou égal à 3%
- 4 Signalisation horizontale sur les limites ou le long de l'emplacement
- 5 Panneau conforme à l'arrêté du 26 juillet 2011 relatif à la signalisation des routes et des autoroutes en ce qui concerne la signalisation des emplacements réservés aux véhicules utilisés par les personnes titulaires de la carte de stationnement
- 6 Abaissé de trottoir à proximité
- 7 Largeur de trottoir de 0,80 m minimum [75]

2.3. Cheminement extérieur ou intérieur

Le cheminement de la personne en situation de handicap depuis la voirie publique jusqu'au local doit être le plus fluide possible. Il doit éviter dans la mesure du possible le croisement d'autres individus qui occasionneraient des difficultés supplémentaires. Les normes changent selon le type d'établissement. On notera ainsi des différences entre le cheminement dans un ERP ou dans un bâtiment d'habitation collectif, donc soumis à une copropriété.[76]

Tableau 5: Normes pour la largeur minimale du cheminement (extérieur et intérieur) [55]

	Règle générale	Tolérances possibles (rétrécissement ponctuel)	Atténuations (en cas de contraintes structurelles)	Motifs de dérogations mobilisables
Établissement Recevant du Public (le local)	1,20 m	$0,9 \text{ m} \leq \text{largeur} \leq 1,2 \text{ m}$		<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilité technique • Préservation du patrimoine architectural • Disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences pour l'ERP
Bâtiment d'habitation collectif où est installé le local (les parties communes de l'immeuble d'habitation)	1,20 m	$0,90 \text{ m} \leq \text{largeur} \leq 1,20 \text{ m}$	Largeur $\geq 0,90 \text{ m}$	<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilité technique • Préservation du patrimoine architectural • Disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leurs conséquences <ul style="list-style-type: none"> • Refus des travaux par l'assemblée générale des copropriétaires

Il existe **9 points de vigilance** à respecter pour un cheminement intérieur et extérieur accessible à tous en totale autonomie et sans danger :

- Prévoir une aire de giration (\emptyset 150 cm)
- En cas de choix d'itinéraire
 - En cas de $\frac{1}{2}$ tour nécessaire (valable aussi pour les poussettes)

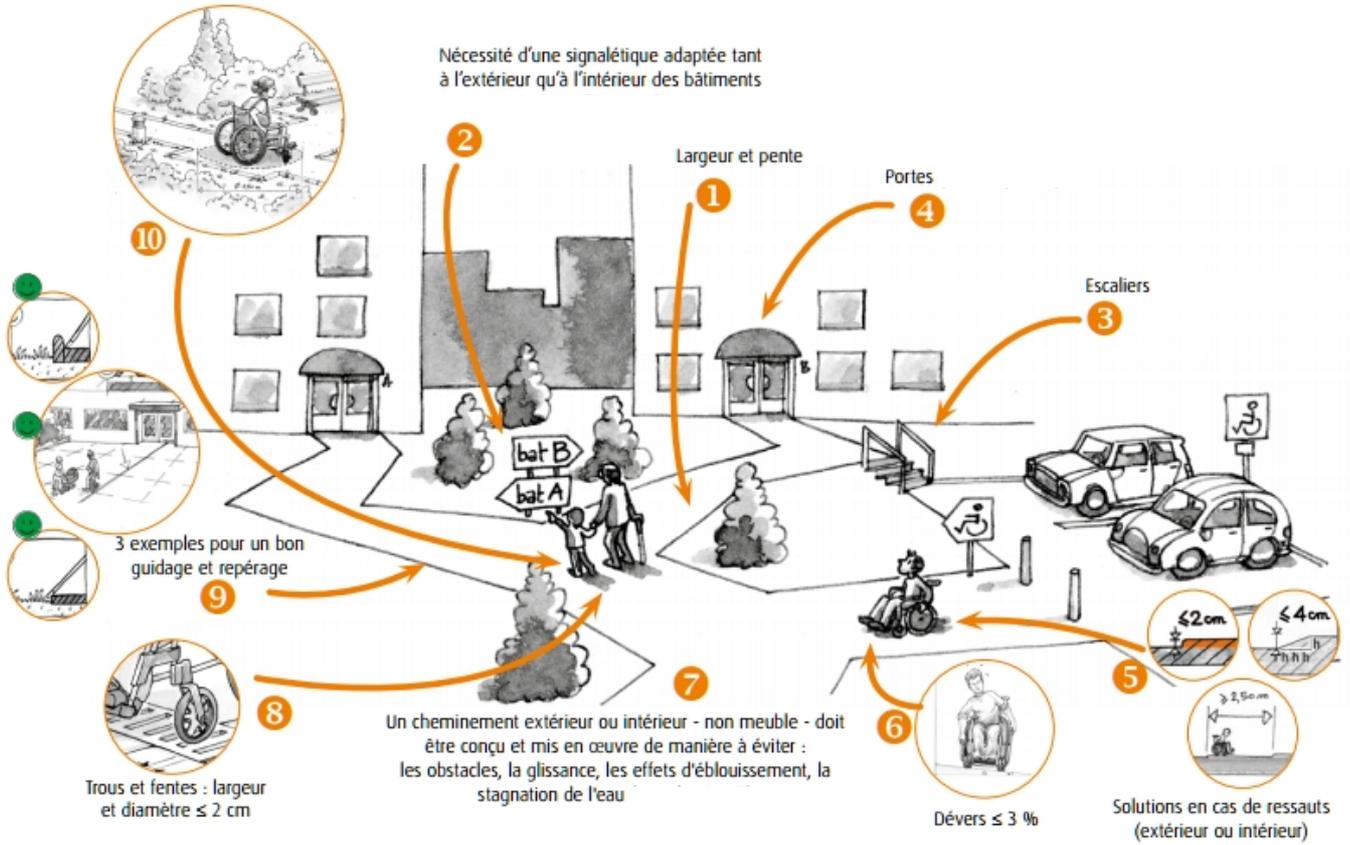


Figure 2: Les 9 points de vigilance pour les cheminements intérieur et extérieur [55]

Tableau 6: Règles relatives aux pentes (extérieur et intérieur) [55]

	Règle générale	Sur de courtes distances	Motifs de dérogations mobilisables
Établissement Recevant du Public	$\leq 6 \%$	$\leq 10 \%$ sur une distance inférieure à 2 m	Impossibilité technique <ul style="list-style-type: none"> • Préservation du patrimoine architectural • Disproportion manifeste • Refus des travaux par l'assemblée générale des copropriétaires
Bâtiments d'habitation collectifs	$\leq 5 \%$	$\leq 8 \%$ sur $2\text{m} \leq 10\text{m}$ $\leq 10 \%$ sur $0,50\text{m}$	

Pour une pente $\geq 5 \%$, un palier de repos est obligatoire tous les 10 m et il est conseillé d'ajouter une protection afin d'empêcher toutes chutes associées à la rupture de niveau. On notera que si la rupture est supérieure à 40 cm, la protection devient obligatoire.

En règle générale, un palier de repos de dimensions 120 cm par 140 cm est nécessaire en amont et en aval de chaque pente pour laisser un temps de récupération à la personne à mobilité réduite. Ces paliers doivent être horizontaux avec un dévers maximum autorisé de 3 %.

Les paliers n'acceptent aucun débattement de porte.

Pour faciliter le cheminement il est possible d'utiliser des contrastes de revêtement tels que des éléments de texture ou des couleurs permettant un accès plus intuitif. Il existe différents dispositifs rendant l'accès plus évident et intuitif tels que les bandes de couleur ou des bandes podotactiles pour les aveugles et malvoyants notamment.[77]

2.4. L'entrée, l'accueil, la salle d'attente, la salle de soins, le bureau

Il existe des **normes dimensionnelles** pour permettre à la personne handicapée de circuler librement. Au moment de la réalisation des plans (lors d'une création par exemple) il est important de prendre en compte le débattement des portes et tout le mobilier qui sera présent dans le cabinet. La personne handicapée doit avoir accès, comme n'importe quelle personne, aux informations et/ou équipement mis à disposition du public à l'accueil.

Tableau 7: Le palier de repos, l'espace de manœuvre et l'espace d'usage [55]

Type d'espace	Caractéristiques dimensionnelles	Lieux d'installation
Le palier de repos : Il 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 x 1,40 m Il est horizontal au dévers près.	<ul style="list-style-type: none"> • En haut et en bas de chaque plan incliné. • De part et d'autre de chaque porte automatique coulissante.
L'espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour (aire de giration) : Il permet la manœuvre du fauteuil mais aussi d'une personne avec une ou deux cannes. Il permet de s'orienter différemment ou de faire demi tour.	L'espace de manœuvre reste lié au cheminement mais avec une exigence de largeur correspondant à Ø 1,50	<ul style="list-style-type: none"> • Dans chaque WC adapté, en extérieur devant la porte. • Il est recommandé d'en installer un en chaque point d'un cheminement où un choix d'itinéraire est donné à l'utilisateur : devant un accueil, dans une salle d'attente, dans un cabinet de consultation, devant les ascenseurs...
L'espace d'usage : Il permet le positionnement du fauteuil roulant ou d'une personne avec 1 ou 2 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 x 1,30 m horizontal	<ul style="list-style-type: none"> • Devant chaque équipement ou aménagement : interphones/ visiophones, boîtes aux lettres, dispositifs de commande des parties communes, plans de travail adaptés, salle d'attente,... • Dans chaque WC • Dans chaque salle d'eau...

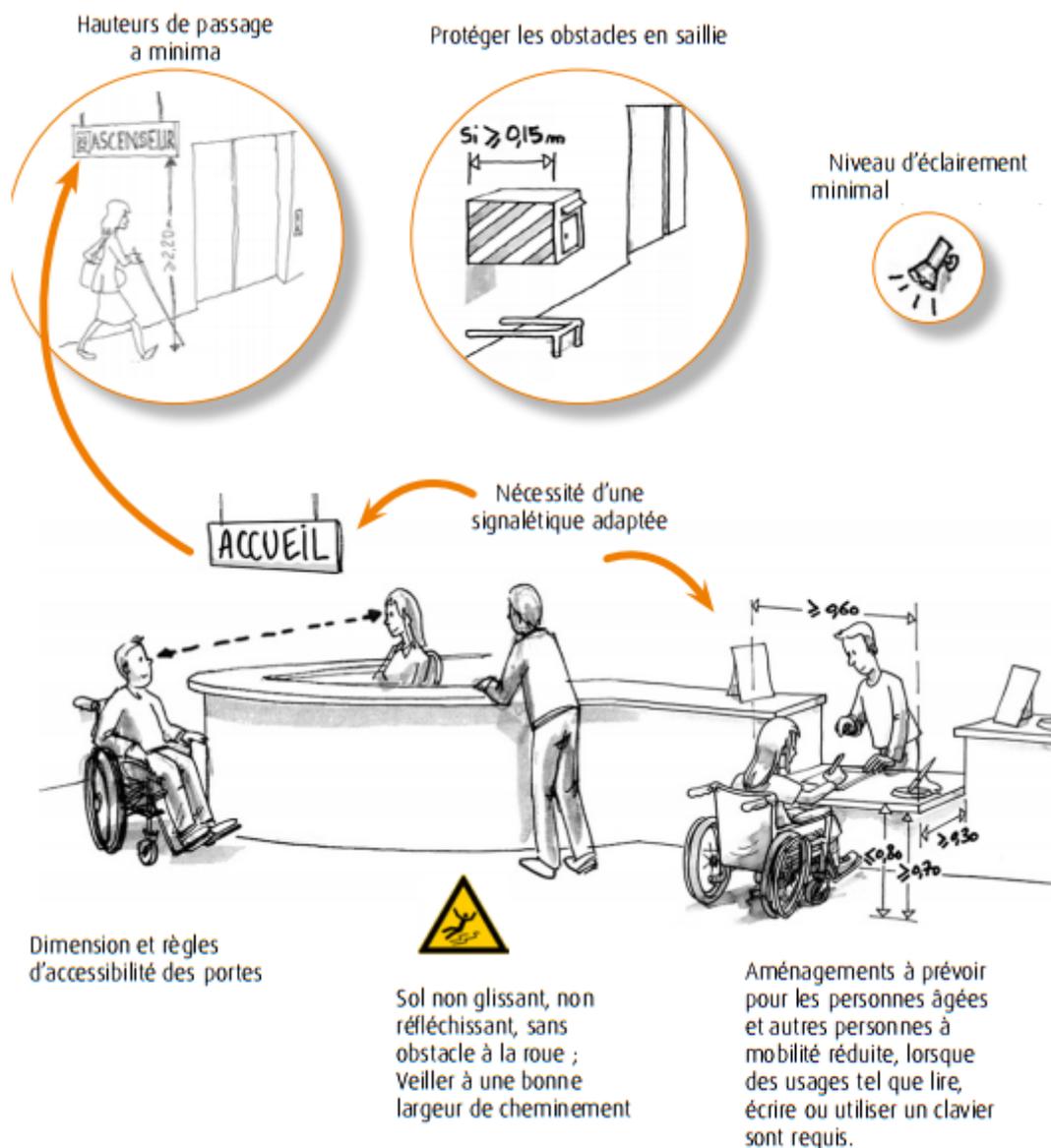


Figure 3: Les points de vigilance spécifiques au cheminement intérieur [55]

Points particuliers:

Portier vidéo obligatoire en cas de remplacement de l'interphone en l'absence de vision directe de l'accès par le personnel d'accueil :

- $0,90\text{ m} \leq H \leq 1,30\text{ m}$,
- Installation d'une caméra,
- Il peut être équipé d'une boucle d'induction magnétique (Pour communication audio au profit des personnes malentendantes),
- Si déverrouillage électrique de la porte, le signal indiquant ce déverrouillage doit être sonore et visuel,
- Bouton de déverrouillage qui présente un contraste visuel et tactile par rapport à l'environnement.

[78]

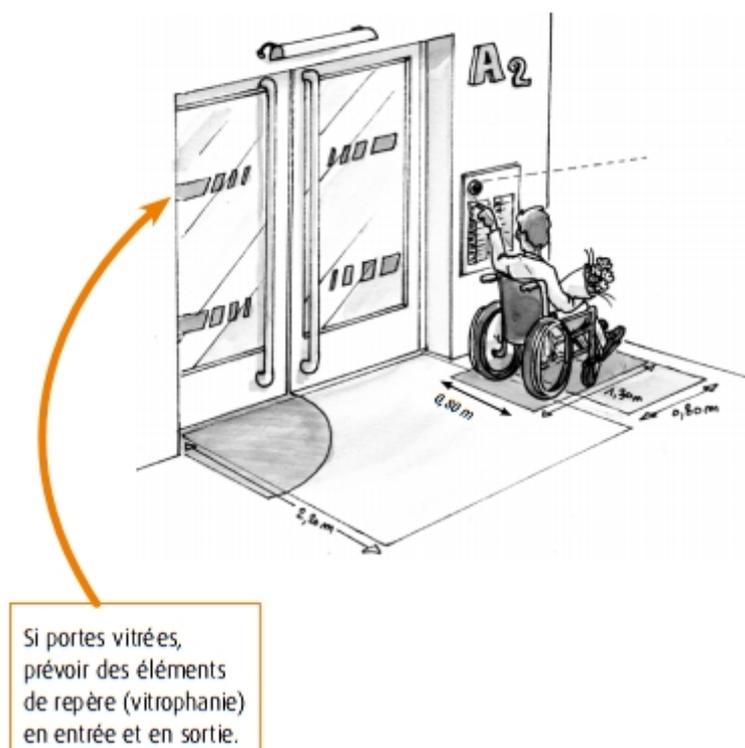


Figure 4: Élément de repère visuel pour les portes vitrées [55]

2.5. Les sanitaires

Même principe que pour les places de parking, si l' ERP autorise l'accès à ses toilettes au public, il faut qu'**au moins un des WC** soit **accessible** aux patients handicapés. Si le local ne comporte qu'un seul sanitaire, ce dernier se doit d'être accessible. Si maintenant l' ERP possède des sanitaires pour homme et pour femme, il doit y avoir un toilette accessible pour les deux sexes. Il est à noter que pour les ERP existants, il est possible de réaliser un seul WC accessible pour les deux sexes. Ce dernier devra être facilement accessible et bien mis en évidence par des pictogrammes explicatifs autorisant leur utilisation par les deux sexes.

L'obligation d'ouvrir ses sanitaires au public dépend du règlement sanitaire du département de l' ERP. Ce règlement est disponible auprès de la préfecture départementale ou de l' ARS (Agence Régionale de Santé).

Les **dimensions pour un sanitaire adapté** sont: (au minimum):

- Largeur utile de porte: 0,77 m
- Une barre de rappel horizontale située sur la porte ($0,70\text{ m} \leq H \leq 0,80\text{ m}$),
- Un espace d'usage (1,30 m x 0,80 m) hors débattement de la porte ou à proximité
- Un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour (ou aire de giration $\varnothing 1,50\text{ m}$) ou, à défaut, en extérieur devant la porte,
- Un lave-mains (H maxi 0,85 m et 0,70 m sous équipement) à 0,40 m minimum de l'angle rentrant du mur ou de tout obstacle. [79]

Chevauchement de l'espace de manoeuvre avec possibilité de demi-tour d'une largeur de 15 cm est autorisé sous la vasque du lave-mains ou du lavabo accessible.

Dans un ERP existant, en présence de contraintes techniques, l'aire de giration ($\emptyset 1,50$ m) peut être présente à l'extérieur du cabinet d'aisance proche de la porte d'accès.
3 options possibles

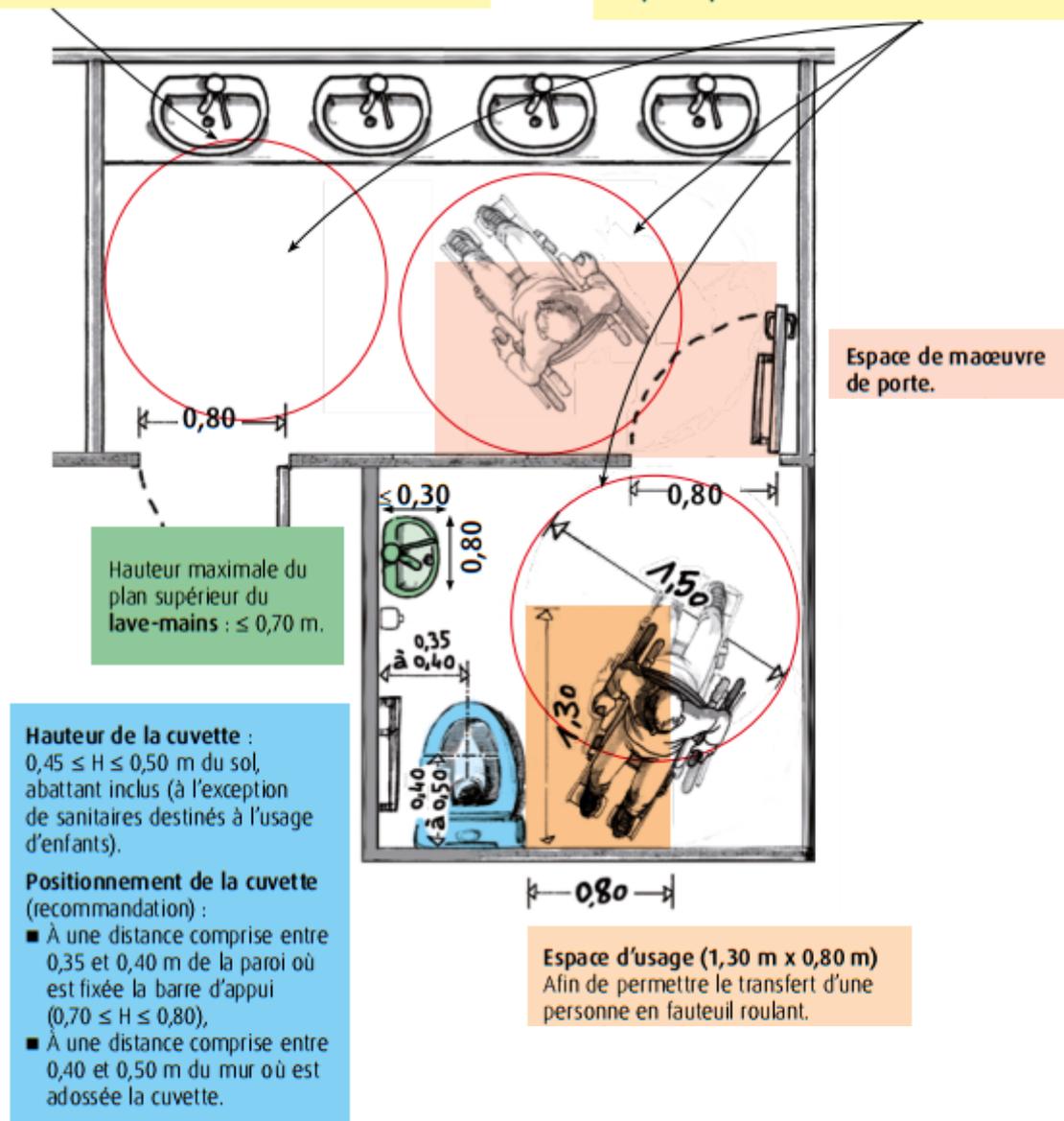


Figure 5: Les points de vigilance à respecter pour les sanitaires [55]

2.6. Les portes

Il y a deux points essentiels à respecter pour rendre une porte accessible : la largeur de porte et l'espace de manoeuvre de porte.

2.6.1. La largeur de portes

Pour un ERP neuf ou existant accueillant moins de 100 personnes:

- Largeur de porte $\geq 0,80$ m
- Passage utile $\geq 0,77$ m

Pour un ERP existant accueillant moins de 100 personnes mais qui présente des contraintes, une tolérance est acceptée :

- Largeur de porte $\geq 0,80$ m

- Passage utile $\geq 0,77$ m (si présence de 2 battants de porte, respecter cela à minima pour le battant le plus utilisé).

Pour un ERP accueillant plus de 100 personnes, il faut des portes de 120 cm de large minimum.

Pour un bâtiment d'habitation collectif, il faut des portes de 0,80 m de large avec une largeur utile de 0,77 m au niveau des parties communes.

Les ressauts sont également normés et doivent être d' hauteur faible : ≤ 2 cm ou ≤ 4 cm mais avec un chanfrein à 1 pour 3 jusqu'à un maximum de 33%.

Nécessité de prévoir un espace de manœuvre de porte

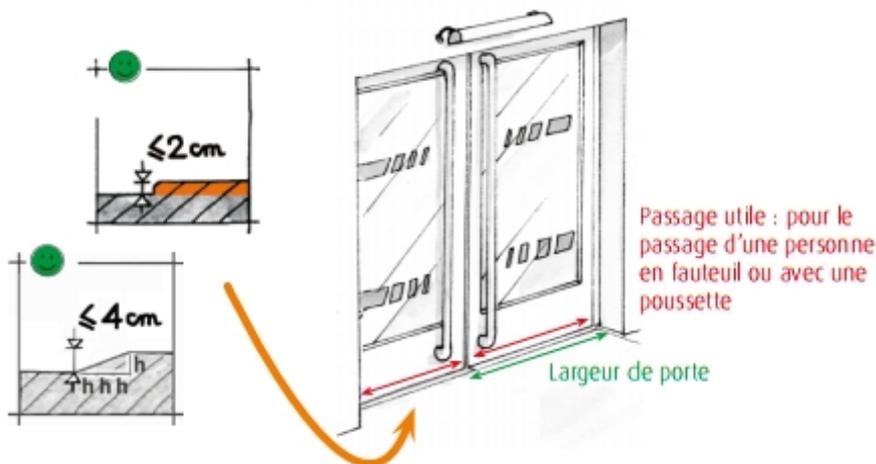


Figure 6: L'espace de manœuvre de porte [55]

2.6.2. L'espace de manœuvre de porte

Au niveau de chaque porte, il faut aménager un **espace de manœuvre** de la largeur du cheminement et dont la longueur varie en fonction du type de porte:

- Porte à pousser : 1,70 m
- Porte à tirer : 2,20 m

Cette règle est valable de part et d'autre des portes ouvertes au public.

De plus, l'espace de manœuvre doit être positionné de manière adéquate avec le sens d'ouverture de la porte et il doit permettre l'accès à la poignée.

Dans les ERP neufs, il faut qu'il y ait une **distance d'au moins 40 cm** à partir de l'extrémité de la poignée pour laisser suffisamment d'espace pour les jambes et ainsi faciliter l'accès à la poignée.

A noter que pour un bâtiment d'habitation collectif existant qui présentent des difficultés d'ordre technique, cette distance peut ne pas être respectée.

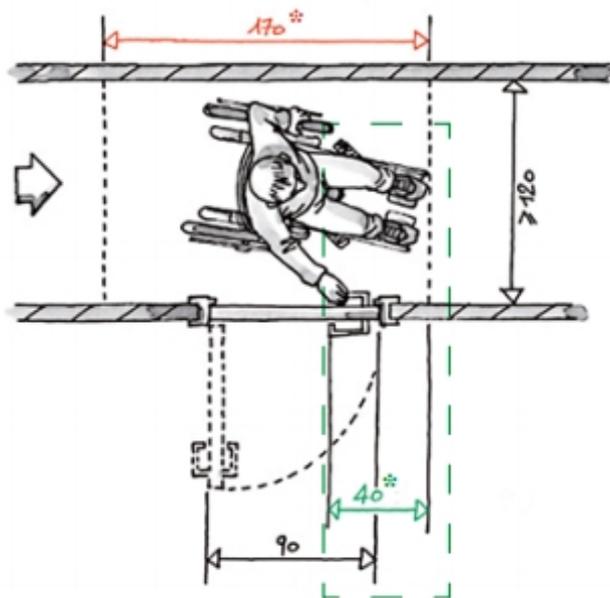


Figure 7: L'espace de manœuvre de porte 2 [55]

Si la porte a une ouverture automatique l'espace de manœuvre n'est pas obligatoire.

2.6.3. Force nécessaire à l'ouverture d'une porte

L'arrêté stipule que la force nécessaire à l'ouverture d'une porte doit être **inférieure à 50 newtons** soit l'équivalent de moins de 5 kg.

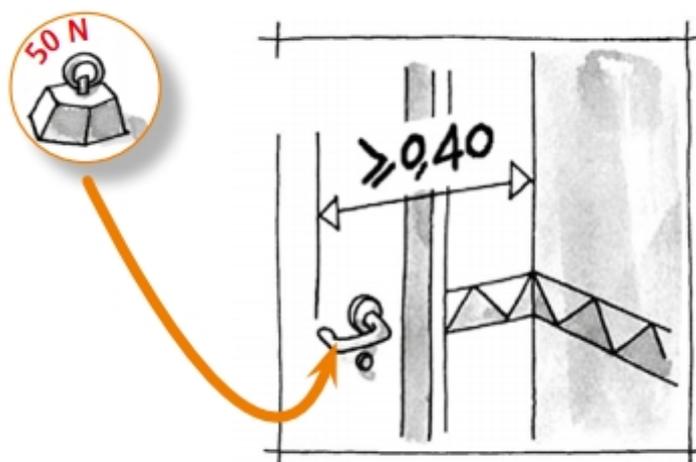


Figure 8: Force nécessaire à l'ouverture d'une porte [55]

2.6.4. Choix des poignées

Le choix des poignées apparaît alors comme déterminant et on préférera installer des poignées permettant "**un bras de levier**" et manipulable avec une moindre force.

Il faut également apposer des **éléments de repère** à l'entrée et à la sortie des portes vitrées.

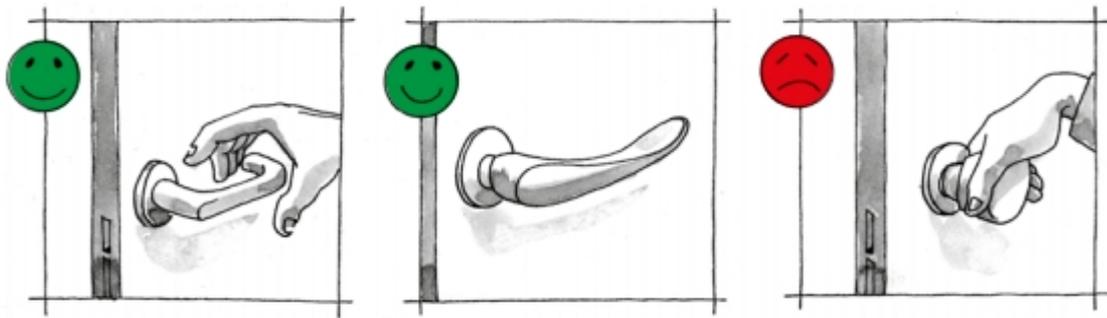
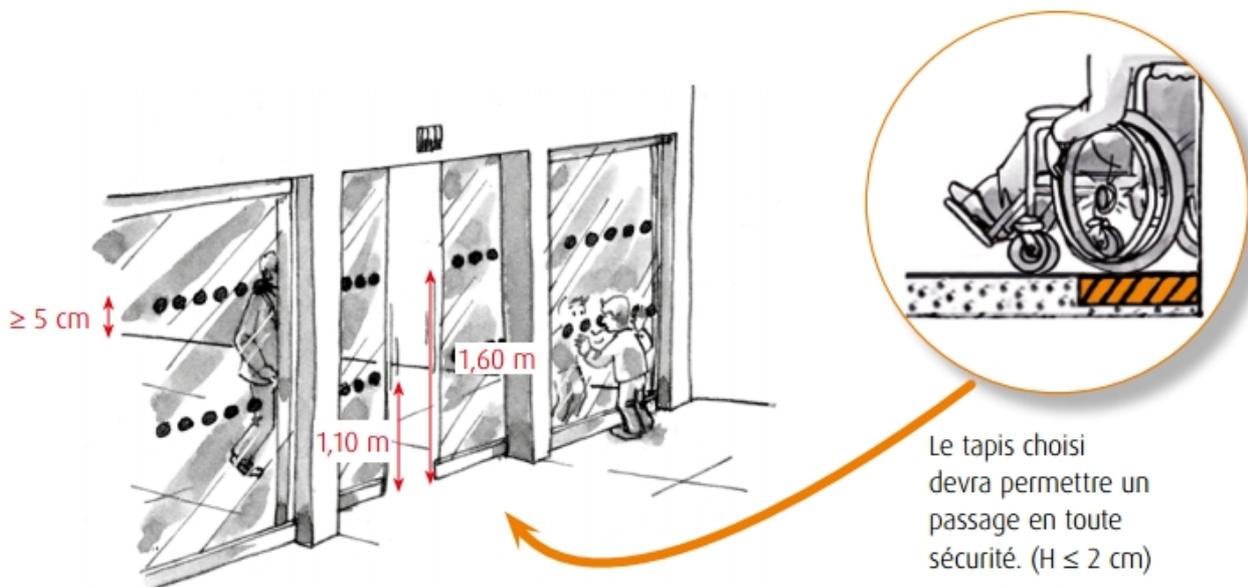


Figure 9: Choix des poignées [55]



Devant des portes coulissantes à ouverture automatique, il n'y a pas besoin d'un espace de manœuvre de porte mais prévoir un **palier de repos (120 cm x 140 cm)**.

Figure 10: Nécessité d'un palier de repos devant les portes à ouverture automatique [55]

Pour rappel, devant des portes coulissantes à **ouverture automatique**, il n'y a pas besoin d'un espace de manœuvre de porte mais prévoir un **palier de repos (120 cm x 140 cm)**.



Figure 11: Particularité du bouton de déverrouillage [55]

Si la porte présente un bouton de déverrouillage, il faut que ce dernier soit facilement repérable et que, une fois actionné, il laisse un temps suffisant à la personne à mobilité réduite de passer.[80] [81]

2.7. Les escaliers

Tableau 8: Normes handicapées relatives aux escaliers [55]

	Hauteur des marches (\leq en cm)	Profondeur de la marche (giron) (\geq en cm)	Largeur entre mains courantes (en cm)	Nombre de mains courantes
Règles communes	17	28	100	2
Établissement Recevant du Public (= le local)	-	-	-	1 (Uniquement si le fait d'ajouter la seconde main courante a pour conséquence de réduire la largeur de passage à moins d'1 m)
Bâtiment d'habitation collectif (= les parties communes de l'immeuble d'habitation)	17	28	100 (80 pour les bâtiments existants en cas de contraintes techniques impactant la solidité du bâtiment)	2

Dans le cas d'un local neuf, les mains courantes doivent être continues, avec une préhension

aisée, suffisamment rigides et bien mises en valeur grâce à des éléments de contraste visuel (par un éclairage par exemple). Horizontalement, elles se prolongent de la longueur d'une marche au-delà de la 1^{ère} marche et sans occasionner d'obstacle dans la circulation.[82]

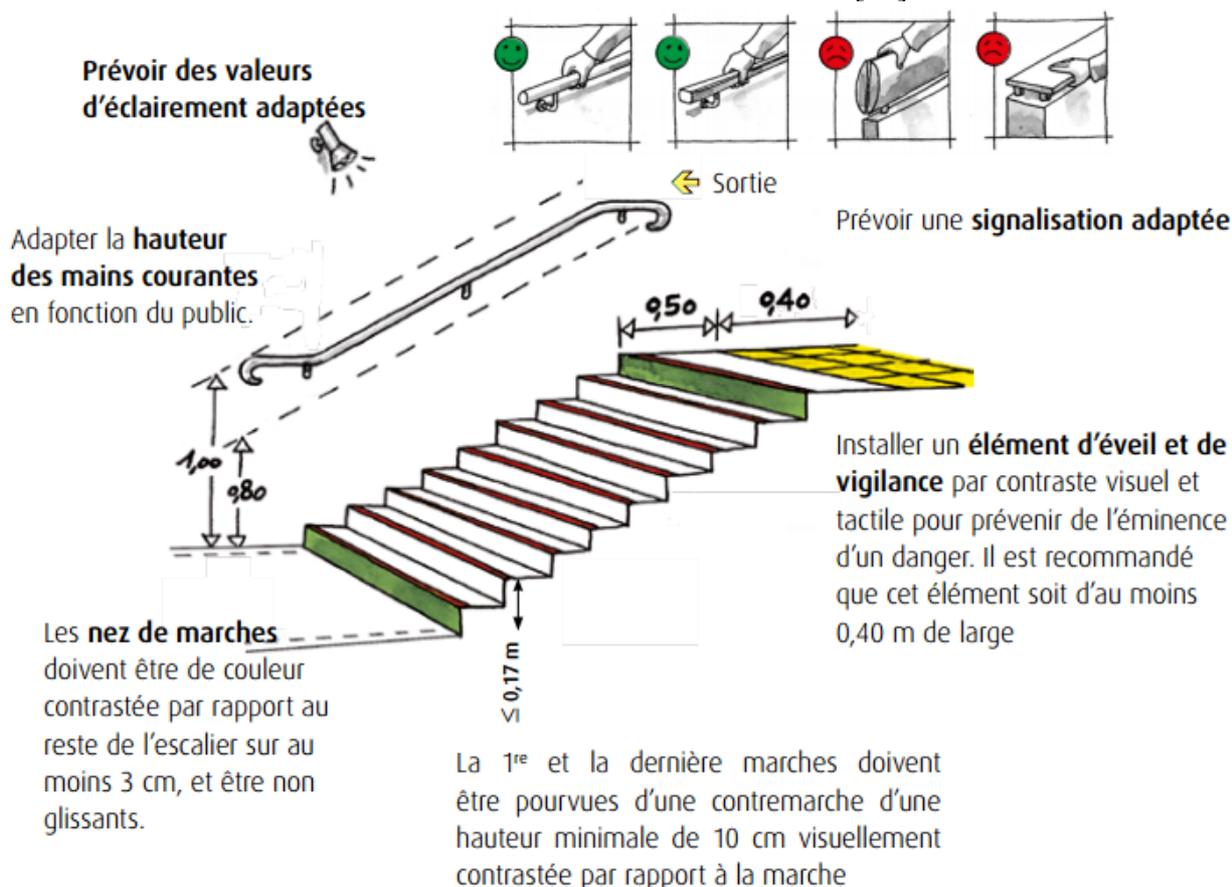


Figure 12: Les points de vigilance relatifs aux escaliers [55]

2.8. L'ascenseur et l'appareil élévateur

2.8.1. L'ascenseur

Selon l'article 7-2 de l'arrêté du 1er Août 2006, dans les ERP neufs, tout ascenseur doit être accessibles aux handicapés. La personne en situation de handicap doit pouvoir facilement accéder aux commandes extérieures et intérieures permettant de faire fonctionner l'ascenseur. L'ascenseur doit disposer de moyens facilitant l'accès à la cabine. Un écran doit informer l'utilisateur des mouvements de montée-descente de l'ascenseur, des étages desservis et du système de secours.[81]

Trois types d'ascenseur sont distingués :

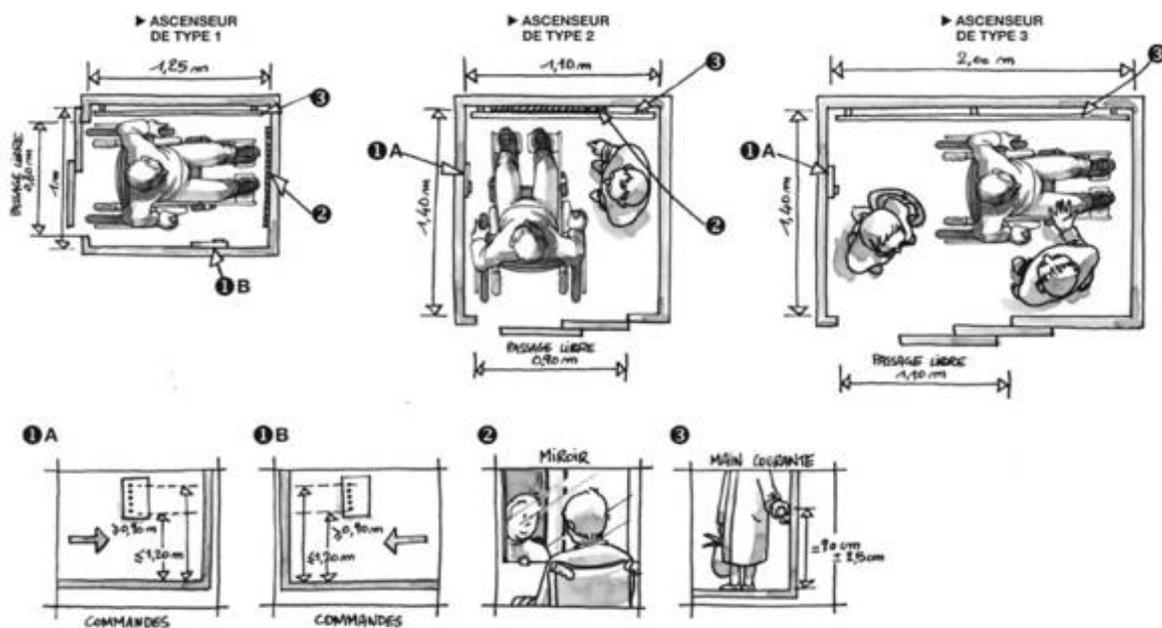


Figure 13: Les trois types d'ascenseur autorisé avec leurs dimensions [1]

L'ascenseur de type 1 autorise une cabine d'ascenseur de 1 x 1,25 mètre. Toutefois des cabines de tailles supérieures sont préférables.

Dans tous les cas la largeur pour le passage utile de la porte doit être supérieure ou égale à 0,80 mètre.

En fonction de l'**effectif admis aux étages supérieurs ou inférieurs** l'ascenseur devient obligatoire. Le seuil au-delà duquel l'ascenseur devient obligatoire a été fixé à un effectif de cinquante personnes. Ainsi pour un effectif admis supérieur ou égal à cinquante personnes un ascenseur devient obligatoire. Il est important de noter que si l'effectif admis est inférieur à cinquante personnes mais que l'accès aux étages supérieurs et inférieurs offre des prestations supplémentaires, l'ascenseur devient là aussi obligatoire. Une personne en situation de handicap doit pouvoir prétendre aux mêmes prestations qu'une personne valide.[82]

N_i : NOMBRE DE PERSONNES POUVANT ÊTRE REÇUES SIMULTANÉMENT À L'ÉTAGE i

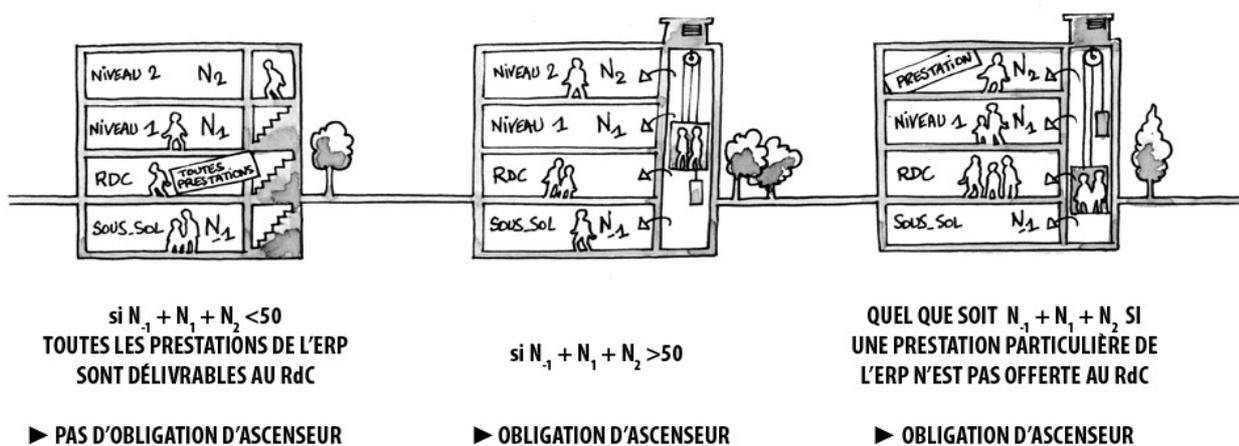


Figure 14: L'obligation d'ascenseur dépend du nombre de personnes pouvant être présente simultanément à chaque étage [1]

A partir du moment où il a été décrété que l'ascenseur était obligatoire, il **ne pourra se substituer** en un plan incliné ou un escalier mécanique. Néanmoins une dérogation est envisageable pour la

réalisation d'un appareil élévateur comme nous le verrons par la suite.[83]

2.8.2. L'appareil élévateur

L'**appareil élévateur** ne peut se substituer à un ascenseur. Cependant dans certains cas, le chirurgien dentiste peut demander une **dérogation**. Il devra réaliser un dossier et respecter les conditions de l'article R 111-19-6. Dans ce cas précis, l'appareil élévateur devra évidemment être utilisable par tous et à tout moment avec l'aide du personnel qualifié. Il devra aussi respecter les normes en vigueur au même titre qu'un ascenseur.[84]

L'installation d'un appareil élévateur s'obtient après dérogation et après un examen minutieux compte tenu des difficultés d'entretien et de gestion. On notera qu'en cas de dérogation à la pose d'un ascenseur, on préférera l'utilisation d'un appareil élévateur à translation verticale plutôt qu'un modèle à déplacement oblique. Il n'existe pour le moment aucune réglementation concernant ces appareils élévateurs. On dispose simplement de deux normes qui sont sur le point d'être réformées par la communauté européenne.[82]



Figure 15: Élévateur à translation verticale [25]



Figure 16: *Élévateur à déplacement oblique [29]*

2.9. L'éclairage, la signalétique et le contraste de couleurs

La **qualité de l'éclairage** est un élément primordial pour permettre un cheminement aisé et sans difficulté. Qu'il soit naturel ou artificiel, à l'intérieur ou à l'extérieur, il ne doit pas créer de gêne à la vision. Il faut l'utiliser à bon escient pour mettre en avant les éléments renforçant l'accessibilité tels que les escaliers, une baie vitrée, un ressaut, une signalétique...

Tableau 9: *Valeurs réglementaires d'éclairage a minima (en lux) en fonction de l'environnement [55]*

	Valeurs réglementaires d'éclairage a minima (en lux)
Cheminement extérieur	20
Circulations piétonnes des parcs de stationnement	20
Escalier et équipement mobile	150
Parcs de stationnement	20
Postes d'accueil	200
Circulation intérieure horizontale	100

Et inversement, l'éclairage ne doit pas flouter les éléments de signalétique et ne doit pas éblouir les patients qu'ils soient valides ou en fauteuil.

2.9.1. Une signalétique aux normes

La **taille des signalétiques** peut être définie par le rapport distance d'observation/ hauteur

minimale des lettres/ dimension a minima du logo comme suit:

Tableau 10: Normes de signalétique [55]

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

Il faut utiliser des polices facilement lisibles.

Il faut éviter les passages en caractère italique.

Quand la signalétique se présente comme un seul mot, il faut privilégier des caractères majuscules.

Quand la signalétique se présente comme une série de mot, il faut privilégier des caractères majuscules et minuscules.

Dans tous les cas, il faut qu'il y ait un contraste important entre la couleur des lettres et le fond du support.[85]

2.9.2. Le respect des contrastes de couleurs: principe général

Le respect des **contrastes de couleurs** est important en particulier pour les personnes malvoyantes. Pour que le cheminement soit le plus intuitif possible, on va utiliser des contrastes de couleurs afin que ces patients puissent mieux appréhender les dimensions et la disposition du cabinet. On mettra donc en valeur des objets important dans la progression au sein du cabinet comme par exemple: un interrupteur, une porte, une poignée..[86]

Tableau 11: Tableau indicatif présentant le contraste entre les différentes couleurs en pourcentage [55]

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

 Contraste acceptable

 Contraste insuffisant

 Cas limite

Source : P. Arthur and R. Passini, *Wayfinding - People, Signs and Architecture*, McGraw-Hill Ryerson, Witby, Ontario, 1992.

Paul Arthur et Romedi Passini, dans leur ouvrage intitulé "Wayfinding: People, Signs, and Architecture", ont défini un tableau indicatif permettant d'évaluer la valeur de contraste entre deux couleurs. On estime qu'il faut dépasser la valeur de 70% pour que le contraste soit acceptable. [5]

2.10. Les chiens guides et les chiens d'assistance

Les **chiens guides** et les **chiens d'assistance** posent un problème évident d'asepsie et ils n'ont donc logiquement pas accès à la salle de soins. En revanche, ils peuvent circuler librement dans les parties accessibles librement par le public telles que l'accueil et la salle d'attente. Il est à noter qu'interdire le libre accès à des chiens guides ou d'assistance dans un lieu public est passible de sanction.

Voici différents extraits de l'article R241-22 du code de l'action sociale et des familles :

« L'accès aux transports, aux lieux ouverts au public, ainsi qu'à ceux permettant une activité professionnelle, formatrice ou éducative est autorisé aux chiens guides d'aveugle ou d'assistance accompagnant les personnes titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte de priorité pour personne handicapée, ou la personne chargée de leur éducation pendant toute leur période de formation prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles ». [87]

« La présence du chien guide d'aveugle ou d'assistance aux côtés de la personne handicapée ne doit pas entraîner de facturation supplémentaire dans l'accès aux services et prestations auxquels celle-ci peut prétendre ». [87]

« L'interdiction des lieux ouverts au public aux chiens guides d'aveugles et aux chiens d'assistance mentionnés au 5° de l'article L. 245-3, qui accompagnent les personnes titulaires de la carte d'invalidité mentionnée à l'article L. 241-3, est punie de l'amende prévue pour les contraventions de la 3ème classe ». [87]

Dans cette partie, les différentes normes permettant l'accessibilité physique des personnes en situation de handicap au cabinet dentaire ont été développées.

Ces normes peuvent être illustrées avec différents exemples d'aménagement qui ont été réalisés dans des cabinets dentaires.

Partie III : Exemples d'aménagement de deux cabinets dentaires

1. Cabinet « Les Marronniers »

1.1. Présentation du cabinet

Le cabinet se trouve en plein centre ville et a été créé en 2010 par les architectes Philippe Marguier et Guillaume Wattel. Les locaux abritaient une banque et le projet a été de les réaménager entièrement en cabinet dentaire.

Le cabinet comporte 6 salles de soins, un hall d'accueil spacieux, une salle d'attente donnant sur des sanitaires accessibles, une salle de stérilisation, un vestiaire privé avec là aussi un sanitaire et un bureau pour les archives. Une demande d'autorisation d'aménagement a donc été déposée avec un dossier sur l'accessibilité. (cf Annexe 2). Un plan d'aménagement intérieur du cabinet est également disponible en annexe (cf Annexe 3).

1.2. Le stationnement

Le cabinet les marronniers dispose de quatre places de stationnement privées dont une qui est **réservée** aux personnes en situation de handicap.

Cette place de parking respecte bien sûr les dimensions vues précédemment.

L'emplacement handicapé est lui même bien accessible et se situe à proximité de la pente permettant l'accès au cabinet.

Le parking a été spécialement surélevé par rapport au niveau du trottoir afin de faciliter le cheminement extérieur.

Le choix a été fait ici de ne pas mettre de signalisation horizontale sur les limites ou le long de l'emplacement. Ces deux derniers points sont en effet facultatifs.



Figure 17: Place de stationnement handicapé (en rouge) et cheminement extérieur (en vert) [photo prise par l'auteur]

1.3. Cheminement extérieur

Il ne présente **pas d'obstacle**. La place de stationnement handicapé se trouve dans le parking privé, réservé à la clientèle du cabinet. Cela permet de faciliter le cheminement extérieur des personnes en situation de handicap en minimisant toute interaction avec une personne qui aurait pu limiter la liberté de passage .

De plus, comme vu précédemment, la place de stationnement handicapé a été placée le plus près possible de l'entrée du cabinet.

Le cheminement extérieur respecte la **règle relative aux pentes** avec un dévers $\leq 6\%$ et un **palier de repos** juste avant la porte d'entrée 10 mètres après. Le palier de repos respecte lui aussi les dimensions prescrites de 120 cm x 140 cm.

La largeur du chemin est elle aussi aux normes, avec une largeur supérieure à 1,20 mètre.

Un léger chanfrein au début du dévers respecte lui aussi les normes requises.

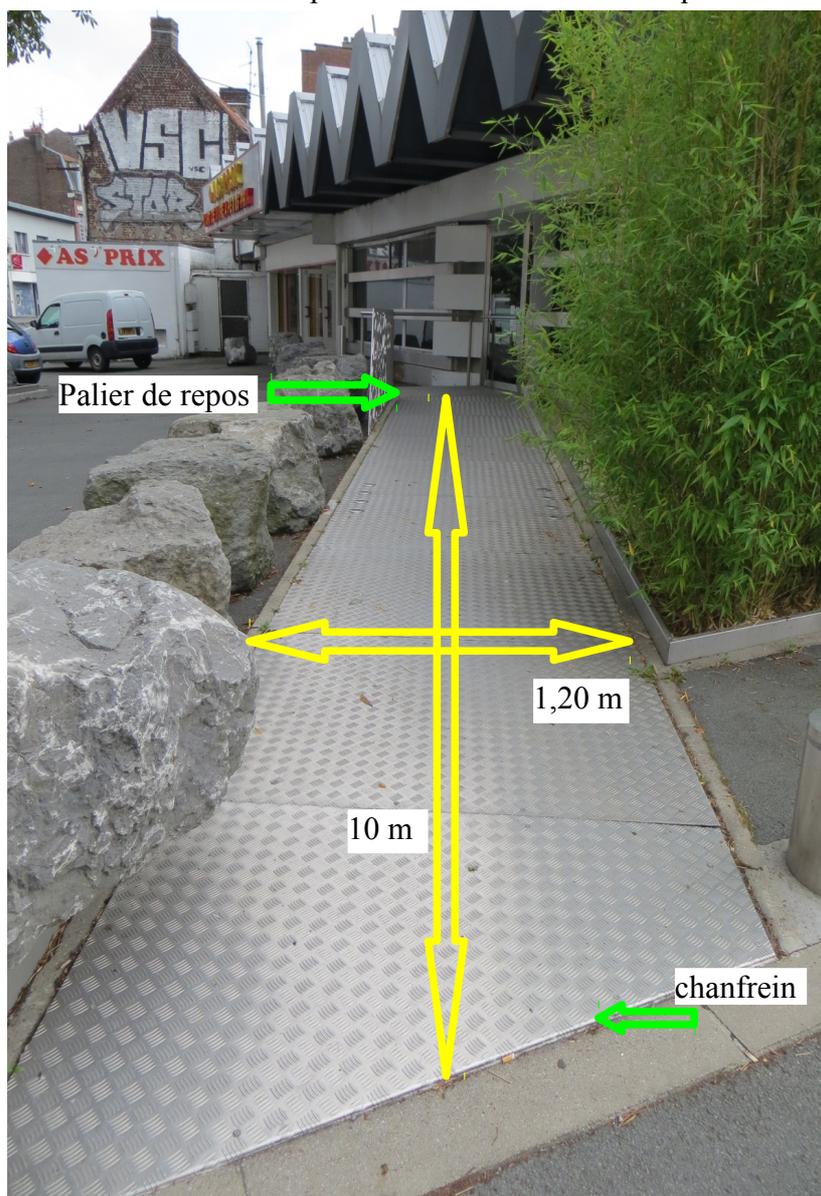


Figure 18: Cheminement extérieur avec dévers $\leq 6\%$, largeur de 1,20 mètre, palier de repos à 10 mètres, léger chanfrein conforme aux normes [photo prise par l'auteur]

Des **bandes d'éveil à la vigilance** ainsi que des **contrastes de revêtement** ont été utilisés pour faciliter l'identification du cheminement afin qu'il soit le plus intuitif possible.

Le **palier de repos** respecte les normes dimensionnelles de 120 cm x 140 cm et il est horizontal et plan.

Il se situe au point le plus haut du plan incliné permettant l'accès au cabinet et il fait face à la porte d'entrée. Il s'insère donc bien comme partie intégrante du cheminement extérieur.

Il permet à une personne debout mais à mobilité réduite ou à une personne en fauteuil roulant de se reposer et de reprendre son souffle.

L'interphone a été rendu accessible avec un **espace d'usage** permettant le positionnement du fauteuil roulant ou d'une personne avec une ou deux cannes pour utiliser l'interphone.

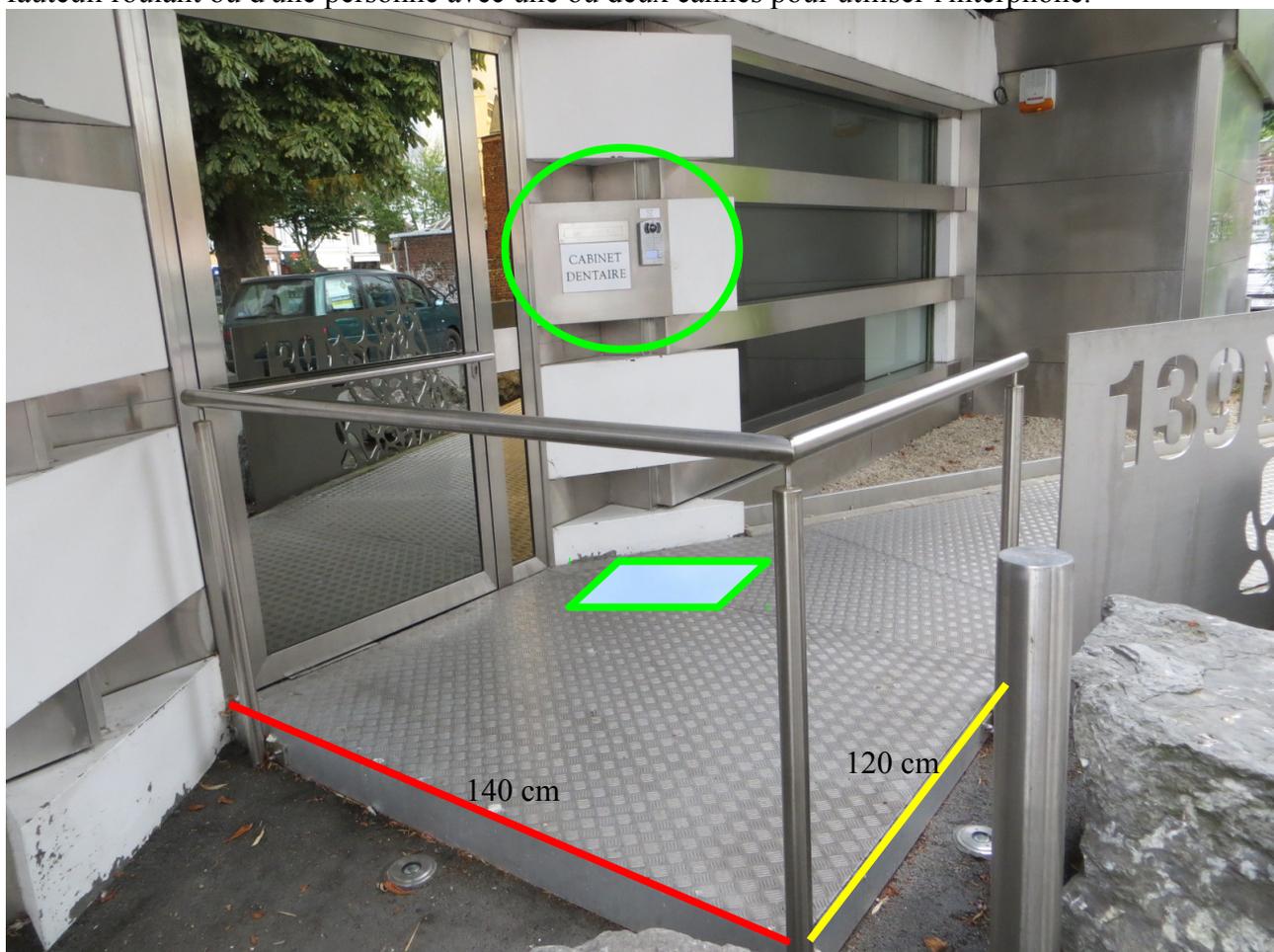


Figure 19: Palier de repos juste avant l'entrée dans le cabinet avec interphone accessible (en vert)
[photo prise par l'auteur]

1.4. L'entrée, l'accueil, la salle d'attente, la salle de soins, le bureau

Une fois dans le hall d'entrée, on s'aperçoit que l'**espace de manœuvre** est largement respecté avec de multiples possibilités de demi-tour. Cela permet la manœuvre du fauteuil mais aussi d'une personne avec une ou deux cannes. La personne en situation de handicap a ici le libre choix de s'orienter différemment et de faire demi-tour.

L'espace de manœuvre a une exigence de **largeur de 1,50 mètre de diamètre**. Il est intimement lié aux règles de cheminement.

Nous verrons que cette règle sera parfaitement respectée dans l'ensemble du cabinet que ce soit au niveau de l'accueil, de la salle d'attente, dans la salle de consultation, ainsi que dans l'ensemble du cabinet.

La personne handicapée aura dès lors le loisir de pouvoir accéder facilement à tous les espaces autorisés du cabinet.

Le sol en béton ciré ne présente aucun obstacle. Il est entièrement lisse et horizontal dans l'ensemble du cabinet et il est évidemment non glissant.



Figure 20: Hall d'entrée spacieux avec un espace de manoeuvre important offrant aux personnes en fauteuil un cheminement aisé [photo prise par l'auteur]

Dès que la personne en situation de handicap entre dans le cabinet, il peut profiter d'une **vision directe** avec le personnel d'accueil.

En outre, la personne en fauteuil roulant peut lire, écrire ou même utiliser un clavier, une tablette grâce à un **aménagement à hauteur**. Cela permet par exemple au chirurgien dentiste d'expliquer un devis, à la personne en situation de handicap de remplir son questionnaire médical aisément et dans un cadre plus général, de pouvoir obtenir une réelle interaction avec l'assistante dentaire, la secrétaire ou le chirurgien dentiste, de la même manière qu'une personne valide.

Cet aménagement respecte là encore les **normes dimensionnelles** :

- hauteur du pupitre inférieure ou égale à 0,80 mètre,
- hauteur pour l'insertion des jambes supérieure ou égale à 0,70 mètre,
- largeur du pupitre supérieure ou égale à 0,30 mètre,
- longueur du pupitre supérieure ou égale à 0,60 mètre.

Le cabinet respecte les normes handicapées même au niveau des espaces réservés au personnel. Ainsi il est possible d'embaucher une personne handicapée, soit à l'accueil soit comme assistant(e).



Figure 21: Aménagement adaptée à hauteur de la personne circulant en fauteuil [photo prise par l'auteur]

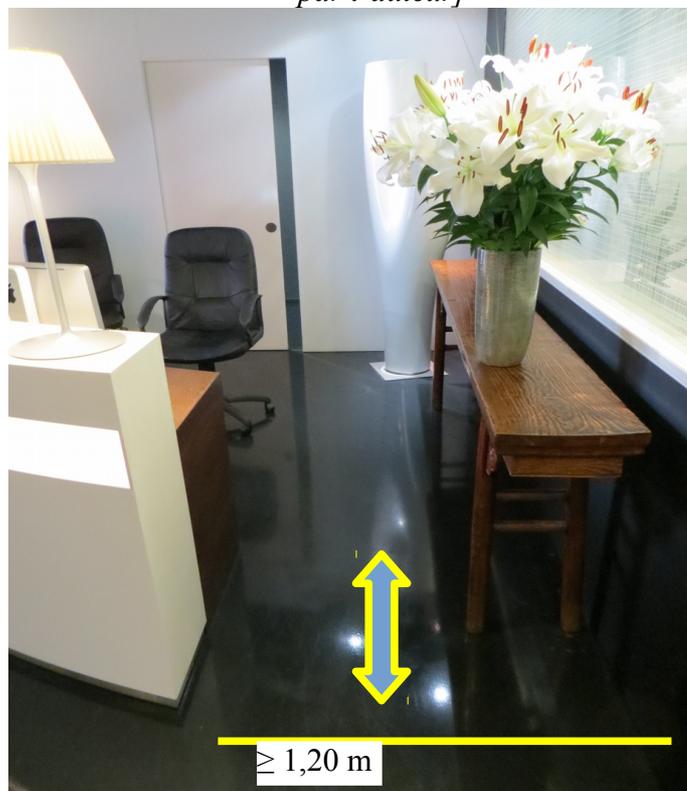


Figure 22: L'ensemble du cabinet respecte les normes handicapée (ici l'accueil) [photo prise par l'auteur]

La salle d'attente présente elle aussi un **espace de manœuvre** supérieur à 1,50 mètre de diamètre.



Figure 23: Salle d'attente spacieuse avec un espace de manœuvre $\geq 1,50$ m permettant un accès aisé et autorisant des demi-tour [photo prise par l'auteur]

La porte vitrée présente des repères (**vitrophanie, autocollant**) en entrée et en sortie.



Figure 24: Éléments de repère en entrée et sortie destinés au personnes mal-voyantes [photo prise par l'auteur]

Toutes les salles de soins sont **accessibles** avec une ouverture de porte suffisamment importante. Le fauteuil est disposé **au centre** de la salle de soin afin de permettre une circulation aisée tout autour que ce soit en fauteuil roulant ou avec une ou deux cannes. Un **espace d'usage** (1,30 m x 0,80 m) a été pensé pour permettre le **transfert** du patient de son fauteuil au fauteuil dentaire.



Figure 25: Salle de soin accessible [photo prise par l'auteur]

1.5. Les sanitaires



Pictogramme bien mis en evidence

Figure 26: Toilettes mixtes avec accès handicapé [photo prise par l'auteur]

Ces sanitaires sont **ouverts à la patientèle** et donnent sur la salle d'attente. Ils sont **mixtes** et il n'a donc pas été nécessaire de réaliser un WC accessible pour chaque sexe. Le **pictogramme** explique la possibilité d'utilisation des WC par les deux sexes.



Figure 27: Sanitaire adapté [photo prise par l'auteur]

Un des deux WC est **réservé** aux personnes en situation de handicap.

Ce WC respecte les points de vigilance vus précédemment :

- une porte de 0,77 m utile,
- un espace d'usage $\geq 1,30$ m x 0,80 m,
- la porte étant coulissante on a pas de débattement,
- un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour (diamètre $\geq 1,50$ m),
- un lave-mains à hauteur et à plus de 40 cm de la baie vitrée,
- hauteur et positionnement de la cuvette respectés,
- un espace d'usage de 1,30 m x 0,80 m pour permettre le transfert du fauteuil roulant au WC.

1.6. Les portes



Figure 28: Porte d'entrée adaptée [photo prise par l'auteur]

Toutes les portes du cabinet sont **accessibles**, qu'elles soient battantes ou sur glissière. Ainsi elles respectent bien les deux points vus précédemment:

1.6.1. La largeur des portes

- une largeur de porte $\geq 0,80$ m,
- un passage utile $\geq 0,77$ m,
- pas d'obstacle au sol.

1.6.2. Un espace de manœuvre de porte

L'**espace de manœuvre de porte** correspond à un espace de largeur équivalent à celui du cheminement mais sa longueur peut varier selon le type de porte:

- porte battante à pousser : 1,70 mètre,
- porte battante à tirer : 2,20 mètres.

Il faut respecter 40 centimètres de distance depuis le bord extérieur de la poignée jusqu'au mur ou tout autre obstacle.

Les poignées sont facilement utilisables et il faut très peu d'effort pour les ouvrir. L'effort nécessaire doit être inférieur à 50 Newton soit l'équivalent de – 5 kilogrammes.

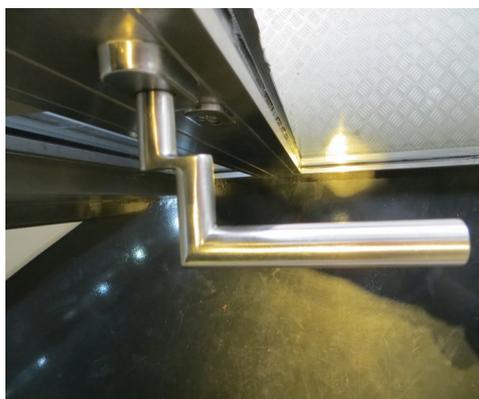


Figure 30: Les poignées du cabinet sont toutes adaptées [photo prise par l'auteur]

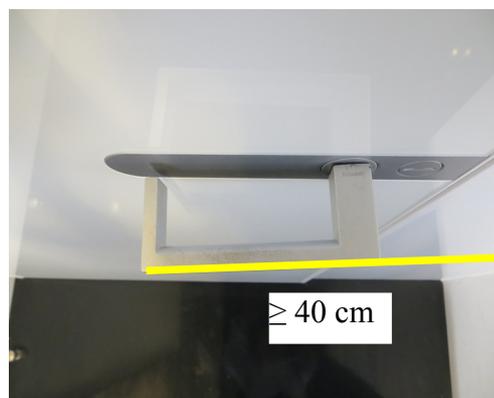


Figure 29: Distance d'au moins 40 cm à partir de l'extrémité de la poignée [photo prise par l'auteur]

1.7. L'éclairage, la signalétique et les contrastes de couleurs



Figure 31: Contraste noir et blanc à l'entrée des salles de soins [photo prise par l'auteur]

Un jeu de **contraste** important apparaît au niveau du palier des salles de soins : noir en dehors et blanc à l'intérieur.

Le contraste est donc de 91% d'après le tableau indicatif vu précédemment, ce qui représente la valeur maximale.

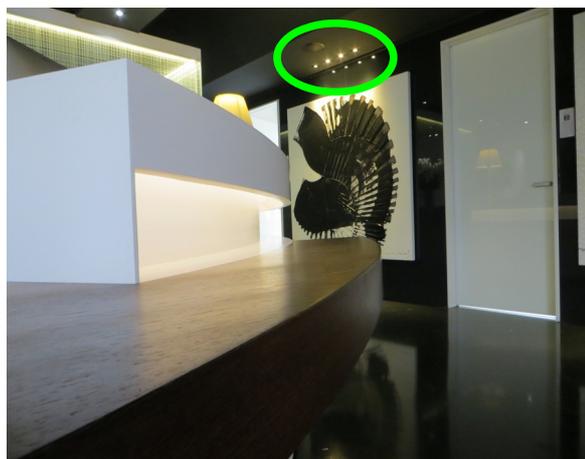


Figure 32: Contraste noir et blanc au niveau des portes [photo prise par l'auteur]

L' **éclairage** au plafond présentant un **contraste** important oscillant entre le noir et le blanc facilite la vision du passage de l'entrée à l'accueil puis de la salle d'attente à la salle de soins.

L'architecte des locaux a pris grand soin du design. Le patient bien souvent anxieux à l'idée de se faire soigner, se sent rapidement apaisé. Cela peut grandement faciliter la relation de confiance entre praticien et son patient.

Il y a un **contraste** important entre les portes blanches donnant sur les salles de soins , les murs et les sols de couleur noirs.

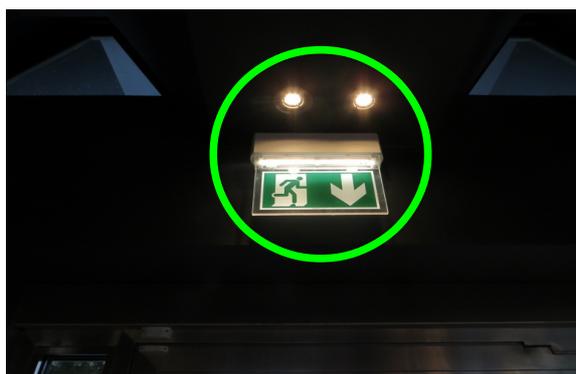


Figure 33: Pictogramme sortie de secours mis en évidence par deux spots [photo prise par l'auteur]

Les **pictogrammes** importants sont mis en évidence par des spots.

Les personnes malvoyantes ou déficientes cognitives peuvent ainsi facilement discerner les points importants dans leur **cheminement** au sein du cabinet.

Cela permet de bien appréhender les volumes des différentes pièces et de bien distinguer chaque pièce avec sa fonction.



Figure 34: Revêtement spécial et spots pour le cheminement extérieur [photo prise par l'auteur]

Le **dévers** extérieur permettant l'accès à la porte d'entrée présente un **contraste de revêtement** pour les personnes malvoyantes.

Ce contraste de revêtement peut aussi jouer un rôle antidérapant en cas de pluie.

Enfin, il y a 4 spots au sol de part et d'autre du cheminement extérieur afin d'accompagner la personne en situation de handicap.

1.8. La radio panoramique

La radio panoramique a elle aussi été pensée pour les personnes en situation de handicap.

En effet, cette radio panoramique a la particularité de pouvoir s'**adapter** aux personnes circulant en fauteuil roulant.

Le cas échéant, il existe des solutions pour les installations de radio panoramique non adaptables.

Là aussi, un contraste noir sur blanc facilite la compréhension dans le cheminement intérieur.

L'**éclairage** est **automatisé**.



Figure 35: Radio panoramique adaptable [photo prise par l'auteur]

2. Maison médicale à Roubaix

2.1. Présentation de la maison médicale

Cette maison médicale a été créée récemment et comporte deux cabinets dentaires et trois cabinets de médecin généraliste. Elle se trouve également en plein centre ville.

Tous les aménagements qui ont été mis en œuvre pour rendre les cabinets dentaires accessibles.

2.2. Cheminement extérieur

Les **règles dimensionnelles** ont été prises en compte afin de faciliter l'accès aisé à la structure médicale. Un **dévers** permet à la patientèle circulant en fauteuil roulant d'accéder au sas d'entrée. Les points de vigilance ont là aussi été respectés avec une **pente \leq à 6%** avec un **palier de repos** à moins de dix mètres. La personne à mobilité réduite peut dès lors reprendre son souffle et pénétrer dans la maison médicale.

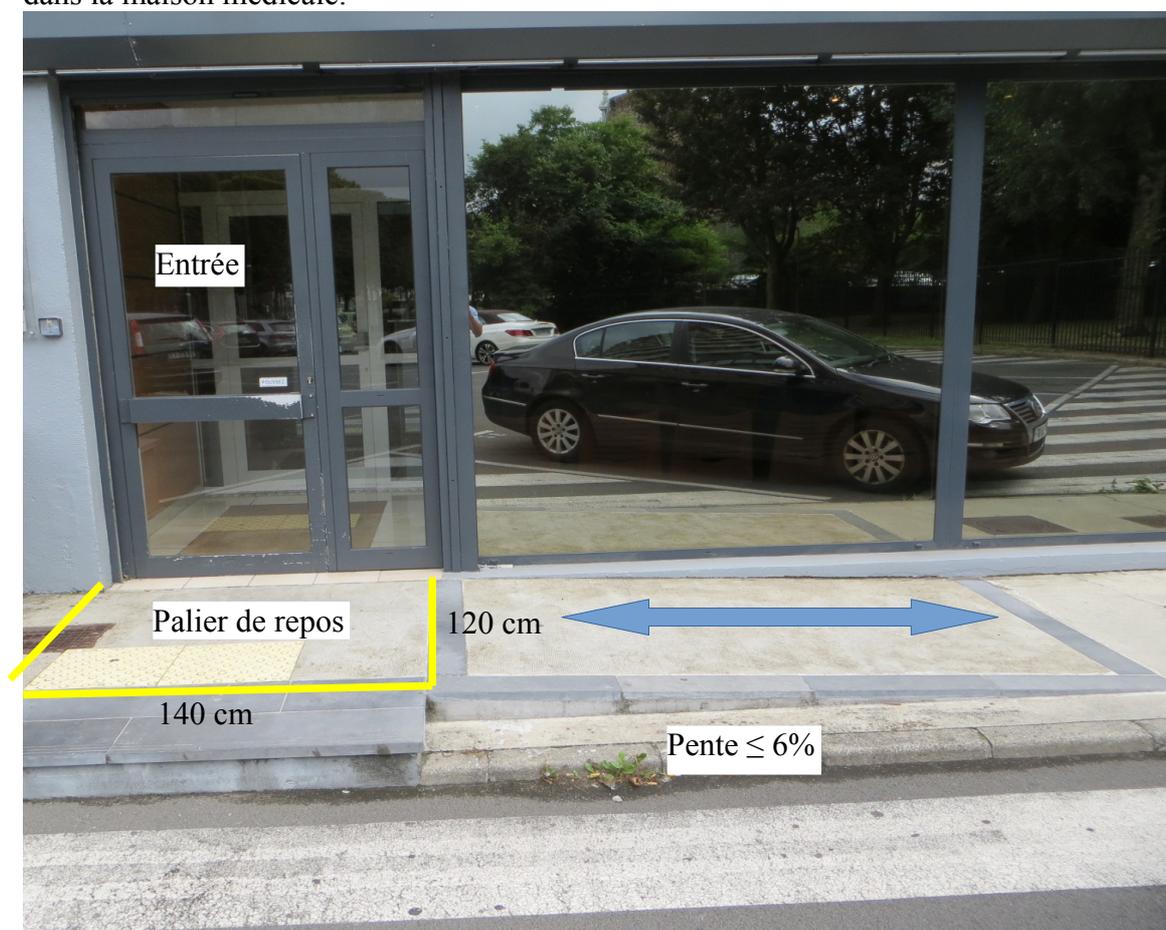


Figure 36: Cheminement extérieur avec dévers \leq à 6 % et palier de repos [photo prise par l'auteur]

Un **contraste de revêtement** a été utilisé afin de mettre en évidence l'accès handicapé.



Figure 37: Bande podotactile [photo prise par l'auteur]

Une **bande podotactile** destinée à la clientèle aveugle ou malvoyante a été placée devant la marche.

2.3. L'ascenseur adapté

La maison médicale dispose d'un **ascenseur de type 1**. En effet, la cabine respecte les dimensions minimales de 1 mètre sur 1,30 mètre. Cela correspond aux dimensions de l'espace d'usage.

La largeur de passage utile de la porte est supérieure ou égale à 0,80 mètre conformément aux normes en vigueur. Cet ascenseur permet aux personnes à mobilité réduite de pouvoir jouir des dispositifs médicaux disponibles à l'étage.

Cet ascenseur dispose d'une **main courante** à 90 centimètres du plancher, tout comme le système de commande qui se trouve entre 90 centimètres et 120 centimètres du plancher. Il présente également un **miroir** conformément aux normes.



Figure 38: Ascenseur de type 1 [photo prise par l'auteur]

La porte est automatisée et en cas de problème un **interphone** a été placé à côté du système de commande.



Figure 39: Pictogramme "usage réservé aux personnes à mobilité réduite" et porte automatique [photo prise par l'auteur]

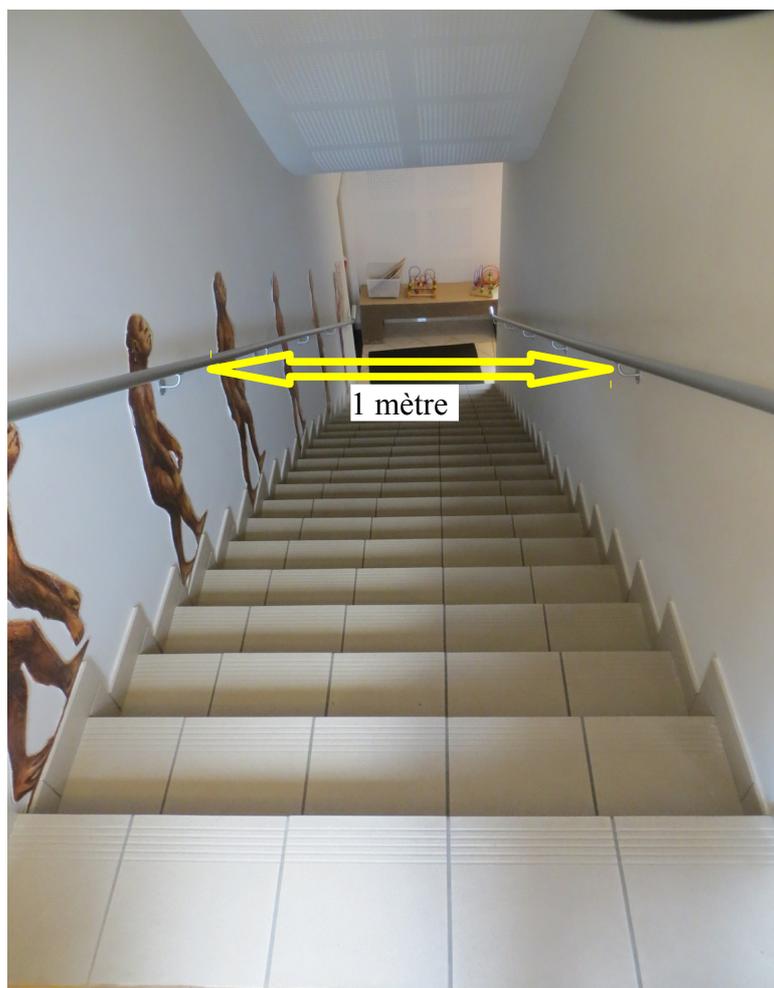
2.4. Les escaliers

La maison médicale dispose également d'un **escalier** pour rejoindre le premier étage. Là encore les normes ont été respectées:

- une hauteur des marches inférieure ou égale à 17 centimètres,
- une profondeur de marche supérieure ou égale à 28 centimètres,
- deux mains courantes de part et d'autre de l'escalier,
- une largeur entre les mains courantes de 100 centimètres,
- un éclairage adapté avec des valeurs d'éclairement dans les normes.

Les **mains courantes** sont continues, rigides, facilement différenciables par rapport aux murs, facilement préhensile avec les mains (coupe en rondelle). Elles présentent un prolongement horizontal correspondant à la longueur d'une marche au-delà de la première marche. Les mains courantes sont fixées entre 1 mètre et 0,80 mètre.

Une **signalisation adaptée** (non visible sur la photo) a également été disposée en haut et en bas de l'escalier.



*Figure 40: Escalier respectant les points de vigilance
[photo prise par l'auteur]*



*Figure 41: Bande podotactile située en haut de l'escalier [photo prise par
l'auteur]*

Une **bande podotactile** a été ajoutée en haut de l'escalier pour éviter toute chute et signaler l'éminence d'un danger (la fin ou le début de l'escalier). Elle fait aussi office d'élément d'éveil et de vigilance grâce à un contraste de couleur (jaune sur carrelage gris). La bande podotactile est d'une largeur supérieure à 40 centimètre conformément aux recommandations.

2.5. Signalétique, éclairage et contraste de couleurs

Dans la salle d'attente, la patientèle peut utiliser les toilettes. Ces toilettes sont mixtes et présentent un **WC adapté** à la patientèle en situation de handicap.

On observe un **pictogramme** "toilettes mixtes" bien mis en évidence au milieu de la porte.

La poignée est facile à manœuvrer et oppose une faible résistance au moment où on l'actionne.

L'**espace de manœuvre de porte** est ici aussi bien respecté.

Au sol, des triangles de carrelage de couleur rouge et gris offrent un **contraste de couleur** pour mettre en évidence l'entrée des toilettes.



Figure 42: Entrée des toilettes avec une signalétique particulière (en rouge) [photo prise par l'auteur]

2.6. Les salles de soins

Les salles de soins sont spacieuses et offrent un **espace de manœuvre** important.

Le **transfert** du fauteuil roulant au fauteuil dentaire peut se faire facilement.

Nous noterons qu'en cas d'impossibilité de transfert, le chirurgien dentiste a la possibilité de réaliser les soins à côté du fauteuil dentaire en profitant de l'envergure offerte par les bras de l'unité.



Figure 43: Salle de soins adaptées [photo prise par l'auteur]

Cette partie de la thèse avait pour but de donner des exemples concrets de mise aux normes de deux cabinets dentaires de centre ville bien exposés aux problème d'accessibilité.

Mais serait-il possible de rendre l'accessibilité physique encore plus intuitive et autonome pour les personnes en situation de handicap ?

Dans la dernière partie, différentes solutions permettant de faciliter l'accès jusqu'au cabinet dentaire seront évoquées, en particulier avec le transport de la personne handicapée depuis son domicile jusqu'au cabinet dentaire. Il existe également des solutions pour améliorer la prise en charge et l'accessibilité physique des patients handicapés au sein du cabinet. Enfin, des solutions seront abordées pour les personnes ne pouvant toujours pas bénéficier de soins dentaires malgré la mise aux normes d'accessibilité des cabinets dentaires.

Partie IV : Propositions diverses pour améliorer l'accessibilité physique au cabinet dentaire

1. Faciliter l'accès jusqu'au cabinet dentaire

Avoir un cabinet dentaire aux normes en matière d'accessibilité est une chose, permettre à la personne en situation de handicap d'accéder librement jusqu'au local en est une autre.

1.1.Véhicules adaptés

1.1.1. Assise dans le véhicule

L'idée est d'adapter un siège du véhicule, en tant que conducteur ou en tant que passager, pour permettre à la personne en situation de handicap de profiter de son véhicule avec confort et sécurité.

1.1.1.1. Le siège pivotant

Pour faciliter le transfert du fauteuil roulant au siège passager ou conducteur, on peut réaliser un aménagement permettant au siège de pivoter vers l'ouverture de la portière facilitant ainsi l'accès au véhicule.

Il existe deux solutions en fonction des besoins de la personnes handicapées. La première permet au siège de sortir partiellement du véhicule (le turnout) et la seconde, en deux temps (rotation puis translation) fait sortir le siège de 40 cm rendant le siège encore plus accessible (le turny low vehicle).

1.1.1.2. L'élévateur de siège

Quand le siège pivotant ne suffit pas pour rendre le siège accessible, il est possible d'ajouter un élévateur qui va permettre au siège de sortir entièrement du véhicule et ainsi faciliter encore plus l'accès. La solution est l'élévateur de siège turny qui va pivoter à l'extérieur du véhicule et descendre à la hauteur souhaitée pour permettre le transfert du fauteuil roulant au siège de la voiture.

1.1.1.3. Le fauteuil roulant de transfert

Mais il existe une solution encore plus facile pour la réalisation du transfert du véhicule au fauteuil roulant grâce au fauteuil roulant de transfert carony. L'idée est de faire du fauteuil roulant un siège de voiture. La personne à mobilité réduite reste donc assise durant tout le transfert. Le fauteuil carony présente les mêmes caractéristiques que tout autre fauteuil roulant mais il permet, après aménagement du véhicule, de remplacer un siège automobile.

1.1.2. Levage et arrimage

L'idée est ici de trouver des solutions pour arrimer le fauteuil roulant au véhicule.

1.1.2.1. Grue de coffre

La grue de coffre offre une aide non négligeable pour la manipulation du fauteuil roulant et pour permettre son transfert dans le coffre du véhicule. Elle se trouve dans le coffre et elle permet la bascule du fauteuil roulant depuis l'extérieur vers l'intérieur du véhicule grâce à un bras de levier.

1.1.2.2. Joey lift

Le joey lift comporte une plate-forme où il est possible d'arrimer solidement le fauteuil roulant depuis l'extérieur du véhicule. La plate-forme va ensuite se lever et ranger le fauteuil dans le coffre de la voiture. Cette solution, contrairement à la grue de coffre, ne nécessite pas de guidage manuel de la part de ses utilisateurs.

1.1.2.3. Chair toppler

Le chair toppler propose de ramasser le fauteuil roulant directement depuis le siège conducteur pour le stocker ensuite au niveau d'un coffre de toit.

1.1.3. Élévateurs pour fauteuil roulant

Les élévateurs pour fauteuil roulant permettent à la personne de pénétrer dans le véhicule adapté sans sortir de son fauteuil de manière sûre et efficace. On verra différentes solutions en fonction de la place offerte par le stationnement.

1.1.3.1. Stationnement spacieux

Les élévateur pour fauteuil roulant type braun ability sont de bonnes solutions si la place de stationnement est spacieuse.

1.1.3.2. Passage libre

Les élévateur de la série braun vista proposent d'éviter de bloquer l'ouverture des portières. Cette solution évite également de ne pas cacher une partie de l'habitacle et des fenêtres permettant ainsi de faciliter la conduite du véhicule.

1.1.3.3. Stationnement étroit

En ville, il est parfois très difficile pour les personnes en situation de handicap de trouver des places suffisamment spacieuses pour permettre l'utilisation d'un élévateur pour fauteuil roulant classique. L'élévateur Braun Swing-A-Way est un élévateur spécialement conçu pour les places de stationnement étroites. Il permet de déposer et de reprendre la personne en fauteuil sans dépasser l'amplitude d'une ouverture de porte.

1.1.4. Conduite autonome

On va réaliser des modifications pour rendre le véhicule adapté à la conduite de la personne handicapée qui pourra circuler de façon totalement autonome .

1.1.4.1. Fourches et boules pour le contrôle de la direction

Pour faciliter le contrôle de la direction du véhicule il est possible d'utiliser une boule ou une fourche de préhension qui va réduire de façon considérable la force nécessaire à l'utilisation du volant.

1.1.4.2. Commandes manuelles

Des systèmes de commande manuels peuvent assurer les commandes d'accélération et de freinage classiquement assurés par les pédales. En particulier, les systèmes carospeed classic et carospeed manox disposent également de la technologie du démarrage en côte.

On notera que les commandes manuelles peuvent s'avérer utiles pour bien d'autres commandes telles que le klaxon, le régulateur de vitesse...

1.1.4.3. Pédales

Les pédales menox s'adaptent aux besoins de l'utilisateur. Elles peuvent être réhaussées, bloquées...suivant les particularités du handicap du conducteur. [6]

1.2. Acheminement par un professionnel

L'acheminement par un professionnel permet à une personne à mobilité réduite, qui n'a pas la possibilité de se déplacer avec son propre véhicule, de se rendre au cabinet dentaire.

Deux solutions s'offrent à nous. La première est de passer par les **véhicules adaptés** proposés par les communes et/ou les départements. La seconde est de passer par des **associations locales** ou des **entreprises de taxis privées**.

Dans les deux cas, les services proposent l'acheminement de la personne en situation de handicap depuis son domicile jusqu'au cabinet dentaire grâce à des véhicules adaptés et conformes aux

normes PMR (Personnes à Mobilité Réduite). Un **service d'accompagnement** peut être proposé dans certaines situations.



Figure 44: Véhicule TPMR [16]

Le **coût** de ces transports est variable selon le prestataire. Nous noterons que l' **APA (allocation Personnalisée d' Autonomie)** permet de bénéficier d'une prise en charge des déplacements en fonction de la dépendance et de l'âge de la personne. [49]

L'**assurance maladie** et la **CPAM** peuvent également couvrir des frais de déplacement médicaux sous certaines conditions. Pour pouvoir en bénéficier, l'utilisateur doit justifier son handicap et il doit obtenir une prescription médicale de transport.

Un service de taxi, d'ambulance et VSL (Véhicules Sanitaires Légers) peuvent aussi assurer le transport. Ils sont tous conventionnés et la sécurité sociale les prend en charge.

Il est nécessaire de contacter directement la CPAM de son département pour se renseigner sur les prises en charge.

Pour les accompagnants, il est possible d'obtenir une **carte européenne de stationnement**. Cette carte autorise la personne accompagnante de stationner sur les places réservées aux personnes en situation de handicap afin de permettre à ce dernier d'accéder au cabinet de son choix. Elle est délivrée par la **Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)** du département auquel ils sont rattachés. [42]

1.3. Le bus dentaire

Il a été constaté que même dans les régions profitant d'un véritable réseau de soins dédié aux personnes handicapées, une partie cette population ne peut profiter des soins bucco-dentaires. La spécificité de leur handicap complique leur transport vers des établissements de soins bucco-dentaire.

Le bus dentaire se comporte comme un cabinet dentaire sauf qu'il se déplace directement vers les patients. Il augmente ainsi considérablement l'offre de soins. De plus, pour la personne handicapée, il lui permet d'éviter le stress lié au transport et de conserver ses repères. Le patient reste dans son environnement habituel, entouré de ses proches. Cela se traduit par une diminution de son anxiété.

Le bus dentaire est donc un **cabinet dentaire mobile** qui respectant les **normes d'accessibilité** pour les personnes en situation de handicap mais qui est également **conforme aux règles associées aux centres de santé**.

Il dispose de tout le nécessaire pour la réalisation de soins dentaire :

- un fauteuil dentaire modulable,
- une radiographie numérique,

- un système d'asepsie avec stérilisation et traçabilité,
- un ordinateur regroupant les dossiers, radio, télétransmission vers la sécurité sociale,
- un scialytique adaptable,
- un meuble comprenant tout le matériel,
- un unit avec turbine, contre-angle, pièce à main,
- possibilité d'intégrer un système de sédation consciente et une radiographie panoramique adaptée.

A l'extérieur, un **hayon élévateur** permet aux personnes à mobilité réduite de rentrer dans le bus même en fauteuil roulant.

L'unité dentaire mobile du centre hospitalier Sambre-Avesnois dans le département du Nord ainsi que le bus Handident dans la région Paca sont de bons exemples.



Figure 45: Bus dentaire de la région Paca [26]

2. Améliorer la prise en charge des patients au sein du cabinet

2.1. Accès au fauteuil

Il est primordial que l'espace de soins soit adapté à l'accueil des personnes handicapées. Il faut que le fauteuil dentaire soit dans une **position centrale**, bien dégagé et sans obstacle dans la salle de soins. L'espace de soins doit permettre le **transfert** du fauteuil roulant au fauteuil dentaire. Il est important de noter que la manipulation de la personne en situation de handicap ne fait pas partie de la pratique classique de la chirurgie dentaire et que la responsabilité du chirurgien dentiste est engagée. Ce transfert suppose un apprentissage méthodique de la technique, ainsi que des précautions particulières à assimiler. Le chirurgien dentiste peut demander l'aide de l'accompagnant qui connaît bien le patient et les spécificités de son handicap. L'**assistante dentaire** joue aussi un rôle important pour faciliter le transfert.

Il n'est pas toujours possible de réaliser le transfert et il est parfois nécessaire de réaliser les soins dentaires avec le patient sur son fauteuil roulant. Dans ce cas précis, il faut trouver des solutions pour que le praticien trouve des **positions de travail** et d'**ergonomie** lui permettant de réaliser des soins de qualité. Il faut aussi que le chirurgien dentiste puisse avoir **accès** à son **instrumentation** rotative et à tous les dispositifs mis à disposition pour la réalisation des soins.

Enfin, nous envisagerons la création d'un fauteuil dentaire spécifique, adapté et modulable qui faciliterait le transfert de la personne porteuse du handicap au fauteuil dentaire.

2.1.1. Un espace de soins adaptables

Pour faciliter la prise en charge des patients handicapés le praticien peut créer dans son cabinet un **espace de soin modulable**. Dans une pièce spacieuse accessible, il pourra ainsi prendre en charge la personne en situation de handicap en adaptant l'espace de travail, en fonction du type de handicap, de la mobilité du patient et de ses pathologies.

Afin de faciliter la prise en charge, le fauteuil dentaire et tous ses satellites peuvent être déplacés

grâce à un **système sur roulettes** pour faire face aux diverses difficultés de prise en charge. L'unité avec tous les systèmes rotatifs sont à disposition du praticien soit grâce à un **kit mobile** sur roulettes soit grâce à un bras classique mais qui pourra s'adapter à toutes les situations.

Pour permettre au praticien de soigner dans de bonnes conditions, le siège présente des dimensions différentes par rapport à un fauteuil dentaire "classique", avec une assise et un dossier **élargis**. La tête doit être modulable dans les trois dimensions de l'espace et il serait intéressant d'y ajouter des rabats latéraux pour permettre un bon calage de la tête du patient. Ces systèmes permettent une amélioration de la stabilité du patient sur le fauteuil et ainsi sécuriser l'acte de soin.

Dans certains cas le **transfert** du fauteuil roulant au fauteuil dentaire peut s'avérer trop compliqué. Une solution serait de pouvoir réaliser les soins dentaires sans que la personne handicapée ne quitte son fauteuil. Il existe un système qui permet au fauteuil roulant, une fois solidement fixé, de réaliser tous les mouvements d'un fauteuil dentaire classique ce qui facilite l'accès à la bouche pour le chirurgien dentiste. On peut ainsi adapter le fauteuil roulant en fauteuil dentaire. Ce système se présente sous la forme d'un support avec des glissières modulables qui permettent d'amarrer solidement le fauteuil dentaire. Une fois fixé, le chirurgien dentiste pourra adapter la position du fauteuil à son grès et réaliser les soins de façon optimale.

Cette solution est également intéressante car elle permet d'éviter:

- pour le praticien de devoir porter la personne handicapée sur le fauteuil dentaire
- pour le patient, le stress lié au transfert de fauteuil.

Le patient est installé dans son propre fauteuil et se sent plus en confiance.

La problématique est la même pour le **patient alité**. Il faudrait également un système permettant d'incliner le matelas pour permettre là encore un bon accès à la bouche. Pour un maintien de la posture et en particulier de la tête on pourrait utiliser deux coussins de calage de part et d'autre de la face. Par ailleurs, pour éviter toute contamination, il serait intéressant d'utiliser des protections imperméables à déposer sous la tête du patient avant la réalisation des soins.

Dans tous les cas le praticien bénéficiera d'une meilleure ergonomie, d'un confort de travail amélioré qui se traduira par un gain de temps et des soins de meilleure qualité.[44]



Figure 46: Salle de soins modulable [44]

2.1.2. L'élévateur pour radio panoramique

Il existe des radios panoramiques adaptées permettant la réalisation de clichés sur les personnes en

fauteuil roulant. Dans le cas de la création d'une structure, il faut privilégier l'installation d'une radio panoramique adaptée car le cabinet doit être entièrement accessible. Si la radio panoramique est déjà en place mais qu'elle n'a pas été pensée pour les personnes en fauteuil roulant il existe des solutions pour la rendre accessible. Compte tenu du prix d'une radio panoramique c'est une économie non négligeable. Deux solutions semblent tout à fait envisageables pour rendre la radio panoramique accessible et à moindre coût.

La problématique est ici de **surélever le patient** avec son fauteuil roulant pour permettre la réalisation du cliché.

La première solution serait l'utilisation d'un **élévateur** de fauteuil roulant. Le patient reste dans son fauteuil roulant, il s'insère sur des rails présents sur l'élévateur et s'attache solidement. Une fois que le patient se retrouve sur l'élévateur, le chirurgien dentiste peut adapter la hauteur et obtenir un cliché de la même manière que pour une personne valide. Après la prise du cliché, il faut redescendre l'élévateur, détacher le fauteuil et libérer le patient. Toutefois il est parfois difficile de laisser le patient dans son fauteuil.

La seconde solution serait l'utilisation d'un **fauteuil élévateur** spécifique. Un transfert du fauteuil roulant du patient jusqu'au fauteuil élévateur sera à réaliser. Ce dernier permettrait au patient d'atteindre la hauteur nécessaire à la prise du cliché et à la réalisation de la radio panoramique.



Figure 47: Exemple de siège élévateur [50]

2.1.3. Le lève personne

Le **lève-personne** est un dispositif mobile permettant au personnel soignant ou à l'accompagnant la réalisation du transfert du fauteuil roulant au fauteuil dentaire. Le transfert est ainsi facilité et sécurisé. Il permet de soulever entièrement la personne en situation de handicap grâce à un système de sangles reliées à une assise.

Le lève-personne a été pensé pour les personnes présentant des difficultés à supporter leur propre poids et pour qui le transfert du fauteuil roulant au fauteuil dentaire nécessite un portage.

Avec ce système, il est possible de réaliser le transfert du patient depuis une position assise, semi-

assise mais il est aussi possible de réaliser le transfert de personne alitées.



Figure 48: Lève-personne mobile [25]

2.1.4. Le franchiseur d'escaliers et le fauteuil roulant monte escalier

2.1.4.1. Le franchiseur d'escaliers

Le **franchiseur d'escaliers** est un dispositif permettant à une personne circulant en fauteuil roulant de monter et descendre des escaliers tout en restant assis dans son fauteuil. Ce dispositif peut s'adapter à tous les modèles de fauteuils roulants manuels. Il est facilement transportable et facile d'utilisation. Il présente donc un avantage certain par rapport à l'élévateur d'escaliers (mobile et disponible). Nous noterons qu'il est parfois possible de le fixer directement sur le fauteuil en fonction du type de fauteuil.

Cependant ce produit présente quelques **limites**. En effet, la personne à mobilité réduite souhaitant utiliser un franchiseur d'escaliers devra nécessairement être accompagnée par une tierce personne. Le prix peut également être un obstacle car il est encore très onéreux. Comme nous l'avons vu, il est parfois possible de le fixer directement au fauteuil. Mais pour certains types de fauteuil roulant un transfert sera obligatoire.

Pour évaluer au mieux le type de franchiseur d'escaliers nécessaire à une personne à mobilité réduite, il est important de connaître sa taille, son poids et aussi le modèle de son fauteuil roulant.

Il existe deux types de franchiseur d'escalier :

- le **franchiseur à roues** qui se décline en 2 versions : le scalasiège ou le scala pour fauteuil roulant. Ce type de franchiseur présente l'avantage de pouvoir l'utiliser dans les escaliers droits et dans les escaliers tournants. Il est également peu encombrant,
- le **franchiseur à chenille** : il n'est utilisable que dans les escaliers droits et il est plus encombrant que le franchiseur à roues. Si l'escalier présente un palier, ce dernier doit obligatoirement avoir une profondeur de 130 centimètres minimum. Mais il présente les avantages de s'adapter à beaucoup de fauteuil roulant y compris les fauteuils roulants électriques et il est moins compliqué d'utilisation que le précédent pour la personne

accompagnante. [13]



Figure 50: Franchiseur d'escalier à roues [25]



Figure 49: Franchiseur d'escaliers à chenille [17]

2.1.4.2. Le fauteuil roulant monte escalier

Le **fauteuil roulant monte escalier** est une bonne alternative aux franchiseurs d'escaliers. C'est fauteuil roulant électrique équipé de chenilles permettant de monter-descendre les escaliers de façon totalement **autonome**. Il va être capable d'évaluer la pente de l'escalier tout en maintenant la personne handicapée dans le fauteuil. Il va savoir corriger son alignement pour rester dans l'axe de l'escalier grâce à une détection automatique.

Mais il présente également quelques **limites** : il est très onéreux, il ne fonctionne que pour des escaliers droits (contrairement au franchiseur à roues), les marches de l'escalier ne doivent pas dépasser une certaine hauteur, la pente ne doit pas être supérieure à 33° et il a évidemment une autonomie limitée.



Figure 51: Fauteuil roulant monte escalier [53]

2.2. Accès à la bouche

Le patient **polyhandicapé** peut présenter des difficultés **motrices et fonctionnelles** qui compliquent l'**accès à la bouche**. Les mouvements incontrôlés du patient peuvent créer des situations dangereuses pour le patient comme pour le praticien. Le chirurgien dentiste doit étendre ses compétences classiques pour anticiper un maximum toutes réactions involontaires de la part du patient en situation de handicap. Ainsi, dans certaines situations, l'utilisation de dispositifs de sécurisation et de maintien de posture du patient peuvent s'avérer indispensables afin de réaliser les soins dentaires dans de bonnes conditions.

Il est important de noter que tous ces moyens doivent être expliqués et introduits pour que l'expérience au fauteuil soit la moins traumatisante possible pour la personne handicapée.

Nous verrons par la suite différents moyens permettant de faciliter l'accès à la bouche du patient.

2.2.1. Le travail à 4 mains : l'aide opératoire au fauteuil

Compte tenu des difficultés que l'on peut rencontrer en soignant une personne handicapée, l'**assistante dentaire** joue un rôle primordial dans la prise en charge. Pour rappel, en France, l'assistante dentaire a interdiction de travailler dans la bouche du patient. Elle assiste le chirurgien dentiste, c'est une **aide opératoire**. Son rôle dans la prise en charge est d'optimiser le travail du dentiste. Elle doit anticiper les besoins du praticien et ainsi faciliter considérablement la prise en charge des patients. Ainsi, elle va préparer les matériaux, présenter les instruments, aspirer les fluides, isoler la langue ou la joue de la zone de travail. Cette isolation se fait grâce au miroir, à l'aspiration ou encore grâce à des écarteurs et elle permet de sécuriser le patient et de d'assurer une bonne visibilité du champ opératoire.

Ainsi, et afin d'assurer une bonne prise en charge, un travail à quatre mains paraît un prérequis quasi indispensable pour une personne handicapée.

Le chirurgien dentiste est focalisé sur ses soins, il perd moins de temps et se fatigue moins.



Figure 52: Le travail à quatre mains [36]

2.2.2. Moyens de stabilisation de la posture et contentions

"On appelle contention physique l'utilisation de toute méthode manuelle, tout dispositif physique ou mécanique qu'un individu ne peut ôter facilement et qui restreint sa liberté de mouvement ainsi que l'accès à son propre corps. "[4]

Soigner une personne handicapée peut s'avérer complexe. La pratique de l'art dentaire nécessite une dextérité particulière. Les soins réalisés sont minutieux et demandent beaucoup de précision dans le geste. Une personne présentant des troubles du comportement et/ou des troubles mentaux peut avoir

des réactions et des comportements inadaptés à la bonne pratique. Parfois il est très difficile pour le praticien d'anticiper les mouvements et les réactions de son patient. Dans ce cas précis, il y a un réel danger pour le patient comme pour le praticien. Les outils utilisés (turbine, contre-angle, sonde..) en bouche peuvent s'avérer très mutilants et dommageables.

Dans certaines situations, pour réaliser les soins dentaires dans de bonnes conditions, il est donc conseillé d'utiliser des moyens de stabilisations et de contentions.

Ces contentions permettent d'éviter des mouvements incongrus et bien souvent involontaires de la part de la personne handicapée. Le praticien utilisera des techniques psycho-comportementales pour obtenir dans la mesure du possible le **consentement** du patient handicapé.

Une fois le patient maintenu et stabilisé, le praticien pourra réaliser les soins de façon optimale, de manière plus sereine et sans danger pour le patient.

Il paraît donc intéressant pour un praticien de s'équiper d'un certains nombres de contentions et autres ceintures de stabilisations pour améliorer la prise en charge d'une partie de la population handicapée.



Figure 53: Attache poignets[51]



Figure 54: Harnais 3 ou 5 points [52]

2.3. La salle d'attente zen

Une étude iranienne menée chez des patients handicapés physiques atteints de lésions de la moelle épinière, révèle que ces patients connaissent « plus de dépression et de l'anxiété » ce qui a pour conséquence de « plus mauvaises pratiques d'hygiène buccale, des niveaux plus élevés de la plaque, saignement gingival, et caries que les témoins en bonne santé ».[47]

Les difficultés que rencontrent les personnes handicapées à se rendre dans un cabinet dentaire

et leur expériences difficiles avec le monde médical, amplifient leur stress et leur anxiété à propos des soins dentaires. Il paraît donc nécessaire de les rassurer et de les accompagner depuis leur prise de rendez vous jusqu'à la salle de soins. Nous verrons que le chirurgien dentiste dispose de plusieurs outils de communication pour rendre son cabinet plus agréable notamment lors du passage en salle d'attente.

En effet, la **salle d'attente** est un passage obligatoire pour le patient suite à sa prise de rendez-vous. Le patient se retrouve alors **seul** avec plus ou moins d'**appréhension** dans un environnement qui ne lui est pas familier. Il va directement se faire un avis sur le cabinet et sur les soins qui y sont pratiqués avant même de connaître le praticien. Il est donc très important de le mettre à l'aise. La salle d'attente doit créer une ambiance **zen** inspirant la **tranquillité** et la **sérénité**.

Pour se faire, on privilégiera des **matériaux naturels**, des peintures douces, un mobilier design, rappelant la nature, les vacances.. La **propreté** de la salle d'attente est elle aussi primordiale. Si la salle d'attente n'est pas propre, automatiquement le patient aura une mauvaise vision du cabinet. Le patient associera la propreté de la salle d'attente aux soins que le chirurgien dentiste réalisera dans sa bouche.

Il est aussi intéressant d'utiliser des messages destinés à détendre mais aussi à un informer le patient sur les pratiques du cabinet (en matière d'accessibilité handicapée par exemple).

Dans cet objectif, il est possible de diffuser des **DVD** sur un écran. Beaucoup de sociétés se proposent de louer leur vidéo à diffuser des séquences destinées à détendre et **informer** le patient. Il est également possible d'acquérir un écran tactile interactif qui pourra informer le patient selon le thème qu'il aura choisi.

Tous ces **outils de communication** contribuent à réduire l'anxiété du patient dans la salle d'attente et ils facilitent donc d'une certaine manière l'accessibilité jusqu'au la salle de soins.



Figure 55: Salle d'attente "zen" [38]

3. Quand l'accessibilité physique est impossible au cabinet

3.1. Consultation à domicile ou dans les structures de soins spécialisées

Le rapport de la mission odontologie, constate que seulement 15% des établissements des personnes âgées assurent des vacations de soins dentaires par des dentistes libéraux.[8]

Il est des situations où la personne en situation de handicap ne pourra se déplacer vers les structures libérales. Permettre l'accessibilité physique aux cabinet libéraux s'avère dès lors **insuffisant**. Il est donc important de proposer des **alternatives**. La plus évidente est d'inverser les rôles en terme d'accessibilité : il faudrait organiser un réseau de soins permettant aux chirurgiens dentistes de pouvoir eux-mêmes accéder à leur patientèle immobilisée.

Pour schématiser, les personnes handicapées vivent soit dans leur domicile soit dans des institutions spécialisées comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), les Instituts Médico-Educatifs (IME) ou les Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes (EHPAD).

3.1.1. Création d'un cabinet dentaire dans les structures spécialisées

L'idée serait de créer un **cabinet dentaire** dans chaque MAS, dans chaque IME et dans chaque EHPAD. Ces structures déjà entièrement adaptées et accessibles aux personnes en situation de handicap pourraient ainsi répondre directement aux problèmes bucco-dentaires de leurs résidents. L'ensemble des soins serait alors réalisé **en interne** en collaboration avec toute l'équipe soignante. Cela faciliterait grandement l'accessibilité physique à une partie de la population handicapée, cela limiterait les coûts liés au transport et cela faciliterait l'installation de mesures de prévention au sein de ces établissement.

3.1.2. Les soins dentaires à domicile

Le fait de devoir organiser la venue d'un accompagnateur et d'un transport médicalisé et le fait de devoir encore vérifier si le cabinet dentaire est conforme aux normes handicapées conduisent dans certain cas au renoncement des soins.

Pour palier ce problème, l'association Dent'Adom établie en Île-de-France propose une prise en charge des patients handicapées et/ou personnes âgées à leur domicile. L'association met à disposition l'ensemble des éléments nécessaires à la prise en charge des soins bucco-dentaires en les rendant **mobiles**. Les chirurgiens dentistes membres peuvent ainsi profiter d'un fauteuil dentaire, d'une radiographie, d'une unité comprenant turbines, contre-angle, pièce à main, aspiration.. comme dans un cabinet classique. L'ensemble des soins « classiques » peut ainsi être réalisé. Pour l'acheminement du matériel, le dentiste peut profiter d'un accompagnant et d'un véhicule utilitaire mis à sa disposition.

Cette association a été inaugurée en juillet 2013 et semble profiter à une population de plus en plus importante. Il serait donc intéressant de proposer ce type d'aide à domicile à l'ensemble du territoire français en organisant des réseaux de soins spécifiques.



Figure 56: Soins à domicile [19]

3.3. Moyen de prévention

Pour éviter l'expression des besoins et en particulier de la douleur, il est reconnu que l'**examen de dépistage** reste le moyen le plus efficace. Cet examen est réalisé par un chirurgien dentiste mais il est important de noter que le personnel soignant ainsi que les accompagnants doivent pouvoir, dans la mesure du possible, anticiper les pathologies bucco-dentaires pour pouvoir orienter le patient handicapé vers les structures adéquates. La **prévention** sera d'autant plus importante pour les patients non coopérants ou qui présentent un trouble de la communication. [18]

Dans l'ouvrage « *Oral Health Care for People with Mental Health Problems Guidelines and Recommendations* », il est indiqué que « *Les études montrent que ces personnes ont davantage de pathologies que la population générale et des besoins accrus en soin et prévention.* »[22]

Krekmanova, Hakeberg, Robertson, Braathen et Klingberg ont étudié l'apparition des douleurs et l'inconfort associé chez des enfants ou adolescents porteurs d'un handicap physique. Cette étude révèle que cette population spécifique connaît significativement plus de douleur et d'inconfort au niveau bucco-dentaire que pour le reste de la population. Les auteurs mettent en avant l'importance des habitudes d'**hygiène bucco-dentaire** et les **habitudes alimentaires**. [37]

Une étude bibliographique intitulée « *Oral health in children with physical and intellectual disabilities* » a été réalisée afin d'évaluer l'état de santé bucco-dentaire des enfants ayant un handicap physique et/ou intellectuel. Cette étude arrive à la conclusion que « *les enfants handicapés physiques (...) constituent un groupe qui a besoin de soins dentaires **précoces** et **réguliers** afin de prévenir et de limiter la gravité des pathologies observées* ». [15]

L'idée est ici de mettre en avant la **prévention** dans la santé bucco-dentaire des patients handicapés. En effet, le phénomène carieux et la majorité des problèmes de parodonte peuvent être évités grâce à une prévention de qualité. Si le système de prévention est amélioré, les problèmes bucco-dentaires chez la personne handicapée seront diminués en amont.

Il est important de ne pas minimiser les risques et les complications liés à une mauvaise santé

bucco-dentaire. Il paraît ainsi primordial qu'il y ait une prise de conscience générale de la part des accompagnants et de tous les acteurs de santé sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire. On est souvent tenté de dédramatiser la mauvaise hygiène bucco-dentaire des personnes handicapées. Les accompagnants n'ont pas souvent conscience des risques encourus et des conséquences d'une mauvaise hygiène buccale. L'hygiène bucco-dentaire passe souvent au second plan. Elle est effacée par les difficultés inhérentes au handicap qui paraissent plus graves. Il est donc important de rappeler l'importance d'un bon brossage, comment vérifier que le brossage a bien été effectué, comment aider à la réalisation d'un bon **brossage**, rappeler l'importance du **fluor** et éviter les mauvaises habitudes alimentaires.

De plus, si les pathologies dentaires chez la personne handicapée diminuent, les douleurs entraînées par les soins et la prise en charge financière des familles accompagnantes seront moindres et des soins dentaires plus complexes tels que les travaux de prothèses, eux mêmes encore plus onéreux, seraient évités.

Ce constat peut bien sûr être élargi à l'ensemble de la population mais il est d'autant plus important chez la personne présentant un handicap.

"Un des moyens pour limiter les problèmes d'accès au soin c'est de limiter le besoin de soins et de préserver autant que possible le capital santé bucco-dentaire".[32]

Le réseau Handident a fait de la prévention une de ses priorités :

« La prévention sous toutes ses facettes, éducationnelle vis-à-vis de l'entourage de la personne handicapée et des structures d'accueil semble un axe majeur à développer pour diminuer le recours aux soins »[26]

3.4. Sensibiliser la profession

L'étude PNIR (Programme National Inter Régime) de 2004 visant à développer des indicateurs afin de caractériser la santé bucco-dentaire des enfants présentant des troubles cognitifs et moteurs, précise que : *« Les dispositifs favorisant la réalisation de bilans réguliers, le développement de réseaux de soins et la mise en place de programmes d'éducation à la santé peuvent permettre d'améliorer la santé bucco-dentaire de la population handicapée. »[3]*

L'étude met en avant 5 éléments visant à améliorer la santé bucco-dentaire chez les enfants et adolescents de 6 à 20 ans :

- formation et accompagnement à l'hygiène et à la prophylaxie bucco-dentaire vis-à-vis du personnel des établissements et des familles,
 - prise en charge de la sédation consciente,
 - réévaluation financière des actes réalisés avec cette technique,
 - promotion des réseaux ou filières de soins spécifiques,
 - engagement des partenaires conventionnels sur des objectifs médicaux. [3]

La loi du 11 février 2005 permet aux personnes en situation de handicap de pouvoir accéder plus facilement aux soins dentaires. La personne handicapée peut alors **choisir** son cabinet dentaire et son praticien. Mais est-ce que les chirurgiens dentistes se sentent eux mêmes capables de soigner une patientèle handicapée ?

En effet, il semble que beaucoup de praticiens présentent une **méconnaissance du handicap**. Or, la prise en charge des personnes en situation de handicap est bien **singulière**. Le praticien a donc rendu son cabinet accessible mais se retrouve démuné face à son patient handicapé par manque d'information, par manque de formation, de matériel adapté et de temps.

Il serait dès lors logique de proposer une **formation initiale** complète et mettre en place des journées de **formation continue** sur le thème du handicap. Les difficultés résident en l'absence de

référentiels professionnels et en l'absence d'intérêt de la part de la sécurité sociale. Il n'existe pas de cotation spécifique alors qu'il faut en moyenne trois fois plus de temps pour soigner une personne handicapée.

3.4.1. La formation initiale des chirurgiens dentistes

Jacob, dans son « rapport sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées » rapporte que *"La peur ressentie par les professionnels de santé crée une peur du patient handicapé"*. [34]

La formation a pour but de permettre au chirurgien dentiste de pouvoir soigner toutes les pathologies dentaires. Elle aborde les difficultés résidant autour de la relation praticien-patient "classique". Cependant, beaucoup de chirurgien dentistes semblent encore démunis face à une patientèle handicapée.

En effet, en 2004, l'enquête PNIR établie que 86,6% des chirurgiens dentistes n'ont pas pu profiter d'une formation spécifique concernant les soins des patients à besoins particuliers. [46]

Cela pose évidemment des difficultés d'accessibilité aux soins pour les personnes en situation de handicap.

Dans l'article « Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients », les docteurs Hennequin, Faulks et Roux font le constat que *« Pour améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées, il est nécessaire de renforcer les connaissances, les pratiques des chirurgiens dentistes, l'organisation des soins. Ces conditions peuvent être réunies avec l'aide d'une équipe interdisciplinaire de spécialistes qui associe les médecins, les chirurgiens dentistes, les infirmiers, les orthophonistes, les kinésithérapeutes. La confrontation des connaissances et des expériences permet une approche holistique du patient handicapé et de sa famille »* [30]

Les réseaux Handident proposent des formations pour les praticiens. Ces formations apprennent aux chirurgiens dentistes libéraux les spécificités de la prise en charge et les techniques de communications pour les personnes handicapées. Il est aussi possible de se former aux techniques de sédation consciente vues précédemment.

"Le praticien libéral lors de la consultation dépiste les situations nécessitant une prise en charge spécifique pour les soins dentaires. Il réalisera les soins lorsque ceux-ci sont possibles en cabinet. Si non il informera la cellule de coordination pour une nouvelle orientation. Son inscription dans le réseau garantit au patient un accueil et des soins adaptés et personnalisés. Actuellement, une cinquantaine de cabinets libéraux partenaires proposent des soins." [26]

Le réseau Handident est une **collaboration** entre les différentes structures de soins dentaires en commençant par le cabinet libéral.

3.4.2. La formation du personnel soignant et des accompagnants

L'étude intitulée « Effect of preventive dentistry training program for caregivers in community facilities on caregiver and client behavior and client oral hygiene » et rédigée par Glassman et Miller, met en évidence la nécessité de développer des **programmes d'information** destinés au **personnel soignant** et aux **accompagnants** des personnes en situation de handicap, les modules de formation à l'hygiène bucco-dentaire favorisent un brossage mieux supervisé, un temps de brossage mieux respecté et une réduction significative des indices de plaque dentaire chez les patients porteur de handicap. [20]

Hennequin, dans son rapport de la commission publique destiné à la Haute Autorité de Santé, précise que pour permettre aux personnes non autonomes d'avoir une hygiène bucco-dentaire adéquate, l'aide du **personnel soignant** est évidemment primordial. Il a aussi été démontré que le

brossage est d'autant plus efficace que le personnel soignant est bien formé .[28]

De même, Paulsson et coll, démontrent que dans les structures de soins spécialisé, la technique de brossage des personnes handicapées est plus efficace avec l'aide du personnel soignant et que l'hygiène bucco-dentaire s'en voit évidemment améliorée.[48] [2]

Pour améliorer l'**hygiène bucco-dentaire** chez les personnes handicapées il faut savoir déterminer les causes de refus et tenter de lever les oppositions aux règles d'hygiène. Le but étant d'obtenir une bonne **coopération** du patient .

Le personnel soignant montre souvent peu d'intérêt à la santé bucco-dentaire du fait de la gravité des problèmes inhérent au handicap. Il peut percevoir l'aide au brossage comme une activité peu gratifiante.

De même, Chalmers promeut l'hygiène bucco-dentaire et la compréhension des mécanismes qui provoquent les différents pathologies dentaires à l'aide de **fiches pédagogiques** adaptées peut permettre au personnel soignant et aux accompagnants de prendre conscience de l'importance de la santé dentaire en particulier chez les personnes handicapées. Grâce à une meilleur connaissance des techniques de brossage, des pathologies dentaires, le personnel soignant pourra **identifier prématurément** les besoins en soins dentaires de la personne handicapée et ainsi la redirigé plus précocement vers un spécialiste. [10]

Conclusion

Malgré l'évolution des mentalités sur la question du handicap, leur prise en charge reste bien perfectible. Grâce à l'application de la loi du 11 février 2005, l'accessibilité physique des personnes en situation de handicap aux cabinets dentaires se trouve réellement améliorée mais elle soulève encore de nombreuses difficultés qu'il est important de corriger pour permettre une prise en charge bucco-dentaire globale et pour tous.

En effet, bien qu'elle soit en cours de résolution, l'accessibilité physique et la mise aux normes des locaux de soins bucco-dentaires génèrent des complications d'ordre financier et organisationnel. Il serait utopiste de penser que l'intégralité des cabinets dentaires sera conforme aux règles d'accessibilité à court terme. Comme cela a été évoqué, pour de nombreux locaux, la mise aux normes paraît encore compliquée voir impossible et elle est donc sujette à différentes dérogations.

Il est indéniable que la plupart des chirurgiens dentistes soit sensibilisée à la question du handicap et peu d'entre eux refusent catégoriquement de rendre leur locaux accessibles. Les praticiens ont globalement de très bons rapports relationnels avec les personnes handicapées mais ils se sentent souvent démunis face aux difficultés de mise en conformité de leur cabinet et face à la complexité de la prise en charge.

Il est évident que la mise en accessibilité des locaux ne suffit pas pour soigner une personne handicapée même si c'est un pré-requis indispensable pour permettre les soins dans de bonnes conditions.

Pour tendre vers une amélioration de la prise en charge des personnes handicapées, il est important d'associer l'accessibilité physique à des mesures compensatoires spécifiques. Différentes solutions ont été abordées dans cette thèse afin de faciliter l'accès jusqu'au cabinet dentaire, afin d'améliorer la prise en charge des patients dans le cabinet que ce soit au niveau de l'accès au fauteuil ou à la bouche et afin de rendre les soins dentaires accessibles aux personnes handicapées n'ayant pas la possibilité de se déplacer vers un cabinet dentaire. La nécessité d'améliorer la formation des chirurgiens dentistes, des assistants dentaires, des accompagnants et du personnel soignant pour améliorer la prise en charge physique a également été évoquée.

Il paraît important de se concentrer sur l'humain et ainsi de recentrer la question du handicap autour de la personne elle-même. Par exemple, le gouvernement canadien propose à ses citoyens d'amener leur pierre à l'édifice grâce à des témoignages dans le cadre de l'élaboration d'une nouvelle loi sur l'accessibilité.[21]

La personne handicapée doit rester au centre des préoccupations.

L'amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap doit être globale. Chaque intervenant doit se sentir concerné pour perfectionner la santé bucco-dentaire des personnes porteuses de handicap.

Index des figures

Index des figures

Figure 1: Les points de vigilance pour la place de parking handicapée [55].....	35
Figure 2: Les 9 points de vigilance pour les cheminements intérieur et extérieur [55].....	38
Figure 3: Les points de vigilance spécifiques au cheminement intérieur [55].....	40
Figure 4: Élément de repère visuel pour les portes vitrées [55].....	41
Figure 5: Les points de vigilance à respecter pour les sanitaires [55].....	42
Figure 6: L'espace de manœuvre de porte [55].....	43
Figure 7: L'espace de manœuvre de porte 2 [55].....	44
Figure 8: Force nécessaire à l'ouverture d'une porte [55].....	44
Figure 9: Choix des poignées [55].....	45
Figure 10: Nécessité d'un palier de repos devant les portes à ouverture automatique [55].....	45
Figure 11: Particularité du bouton de déverrouillage [55].....	46
Figure 12: Les points de vigilance relatifs aux escaliers [55].....	47
Figure 13: Les trois types d'ascenseur autorisé avec leurs dimensions [1].....	48
Figure 14: L'obligation d'ascenseur dépend du nombre de personnes pouvant être présente simultanément à chaque étage [1].....	48
Figure 15: Élévateur à translation verticale [25].....	49
Figure 16: Élévateur à déplacement oblique [29].....	50
Figure 17: Place de stationnement handicapé (en rouge) et cheminement extérieur (en vert) [photo prise par l'auteur].....	54
Figure 18: Cheminement extérieur avec dévers $\leq 6\%$, largeur de 1,20 mètre, palier de repos à 10 mètres, léger chanfrein conforme aux normes [photo prise par l'auteur].....	55
Figure 19: Palier de repos juste avant l'entrée dans le cabinet avec interphone accessible (en vert) [photo prise par l'auteur].....	56
Figure 20: Hall d'entrée spacieux avec un espace de manœuvre important offrant aux personnes en fauteuil un cheminement aisé [photo prise par l'auteur].....	57
Figure 21: Aménagement adaptée à hauteur de la personne circulant en fauteuil [photo prise par l'auteur].....	58
Figure 22: L'ensemble du cabinet respecte les normes handicapée (ici l'accueil) [photo prise par l'auteur].....	58
Figure 23: Salle d'attente spacieuse avec un espace de manœuvre $\geq 1,50$ m permettant un accès aisé et autorisant des demi-tour [photo prise par l'auteur].....	59
Figure 24: Éléments de repère en entrée et sortie destinés aux personnes mal-voyantes [photo prise par l'auteur].....	59
Figure 25: Salle de soin accessible [photo prise par l'auteur].....	60
Figure 26: Toilettes mixtes avec accès handicapé [photo prise par l'auteur].....	61
Figure 27: Sanitaire adapté [photo prise par l'auteur].....	61
Figure 28: Porte d'entrée adaptée [photo prise par l'auteur].....	62
Figure 29: Distance d'au moins 40 cm à partir de l'extrémité de la poignée [photo prise par l'auteur].....	63
Figure 30: Les poignées du cabinet sont toutes adaptées [photo prise par l'auteur].....	63
Figure 31: Contraste noir et blanc à l'entrée des salles de soins [photo prise par l'auteur].....	63
Figure 32: Contraste noir et blanc au niveau des portes [photo prise par l'auteur].....	64
Figure 33: Pictogramme sortie de secours mis en évidence par deux spots [photo prise par l'auteur].....	64
Figure 34: Revêtement spécial et spots pour le cheminement extérieur [photo prise par l'auteur].....	64
Figure 35: Radio panoramique adaptable [photo prise par l'auteur].....	65
Figure 36: Cheminement extérieur avec dévers $\leq 6\%$ et palier de repos [photo prise par l'auteur].....	66
Figure 37: Bande podotactile [photo prise par l'auteur].....	66

Figure 38: Ascenseur de type 1 [photo prise par l'auteur].....	67
Figure 39: Pictogramme "usage réservé aux personnes à mobilité réduite" et porte automatique [photo prise par l'auteur].....	68
Figure 40: Escalier respectant les points de vigilance [photo prise par l'auteur].....	69
Figure 41: Bande podotactile située en haut de l'escalier [photo prise par l'auteur].....	69
Figure 42: Entrée des toilettes avec une signalétique particulière (en rouge) [photo prise par l'auteur].....	70
Figure 43: Salle de soins adaptées [photo prise par l'auteur].....	71
Figure 44: Véhicule TPMR [16].....	75
Figure 45: Bus dentaire de la région Paca [26].....	76
Figure 46: Salle de soins modulable [44].....	77
Figure 47: Exemple de siège élévateur [50].....	78
Figure 48: Lève-personne mobile [25].....	79
Figure 49: Franchiseur d'escaliers à chenille [17].....	80
Figure 50: Franchiseur d'escalier à roues [25].....	80
Figure 51: Fauteuil roulant monte escalier [53].....	80
Figure 52: Le travail à quatre mains [36].....	81
Figure 53: Attache poignets[51].....	82
Figure 54: Harnais 3 ou 5 points [52].....	82
Figure 55: Salle d'attente "zen" [38].....	83
Figure 56: Soins à domicile [19].....	85

Index des tables

Index des tables

Tableau 1: Épidémiologie du handicap moteur [14].....	21
Tableau 2: Épidémiologie du handicap visuel [14].....	21
Tableau 3: Épidémiologie du handicap auditif [14].....	22
Tableau 4: Les places de parking handicapées [55].....	35
Tableau 5: Normes pour la largeur minimale du cheminement (extérieur et intérieur) [55].....	37
Tableau 6: Règles relatives aux pentes (extérieur et intérieur) [55].....	38
Tableau 7: Le palier de repos, l'espace de manœuvre et l'espace d'usage [55].....	39
Tableau 8: Normes handicapées relatives aux escaliers [55].....	46
Tableau 9: Valeurs réglementaires d'éclairement a minima (en lux) en fonction de l'environnement [55].....	50
Tableau 10: Normes de signalétique [55].....	51
Tableau 11: Tableau indicatif présentant le contraste entre les différentes couleurs en pourcentage [55].....	51

Bibliographie

1. [accessibilite-batiment.fr. Circulaire n° DGUHC 2007-53 du 30 novembre 2007 \[Internet\]. \[consulté le 14 nov 2016\]. Disponible sur: http://www.accessibilite-batiment.fr/erp-neufs/circulation-interieures-verticales/ascenseur/circulaire.html](http://www.accessibilite-batiment.fr/erp-neufs/circulation-interieures-verticales/ascenseur/circulaire.html)
2. Almomani F, Brown C, Williams KB. The effect of an oral health promotion program for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J.* 2006;29(4):274-81.
3. [ameli.fr. Pratiques et Organisation des Soins 2006 n°4 \[Internet\]. \[consulté le 29 sept 2016\]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sante-publique-pratiques-et-organisation-des-soins/les-articles-de-la-revue/pratiques-et-organisation-des-soins-2006-n-4/indicateurs-bucco-dentaires.php](http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sante-publique-pratiques-et-organisation-des-soins/les-articles-de-la-revue/pratiques-et-organisation-des-soins-2006-n-4/indicateurs-bucco-dentaires.php)
4. Anaes. Évaluation des techniques professionnelles [Internet]. 2000 [consulté le 29 sept 2016]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/1823665-Evaluation-des-pratiques-professionnelles.html>
5. Arthur P, Passini R. Wayfinding: People, Signs, and Architecture. *Focus Strategic Communications*; 1992. 238 p.
6. [Autoadapt.com. Solutions d'adaptation de véhicules \[Internet\]. \[consulté le 30 sept 2016\]. Disponible sur: https://www.autoadapt.com/fr/](https://www.autoadapt.com/fr/)
7. Baird WO, McGrother C, Abrams KR, Dugmore C, Jackson RJ. Access to dental services for people with a physical disability: a survey of general dental practitioners in Leicestershire, UK. *Community Dent Health.* 2008;25(4):248-52.
8. Bois D, Massonnaud J, Melet J. Mission odontologie. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [consulté le 10 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/293217/>
9. Bonnet M. Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge des personnes en situation de handicap [Internet]. [consulté le 29 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000701/index.shtml>
10. Chalmers JM. Behavior management and communication strategies for dental professionals when caring for patients with dementia. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent.* août 2000;20(4):147-54.
11. Collège Français d'ORL et CCF. Item 294. Altération de la fonction auditive (Incluant l'item 33. Dépistage des troubles auditifs chez l'enfant) : objectifs pédagogiques [Internet]. [consulté le 20 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.orlfrance.org/college/DCEMitems/DCEMECNitems294.html>
12. Cyffers C. Soins dentaires pour personnes handicapées. Morbihan: CPAM; 2003.
13. Delcey M, Crombecque D, Ravaud J., Stiker H., Ville I, Bonnefon G, et al. Déficiences motrices et situations de handicaps : Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques, troubles associés. [Internet]. [consulté le 20 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/273587/>
14. Devailly J-P. épidémiologie des handicaps,évaluation des handicaps et de la qualité de vie [Internet]. Fichier PDF. [consulté le 22 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.fichier-pdf.fr/2012/02/12/ue-2-3-s2-epidemio-evaluation-handicap/>
15. Diéguez-Pérez M, de Nova-García M-J, Mourelle-Martínez MR, Bartolomé-Villar B. Oral

health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: Systematic review I. J Clin Exp Dent. 2016;8(3):e337-343.

16. dlm.fr. Location de TPMP / Handybus - DLM Location [Internet]. [consulté le 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.dlm.fr/location-de-voitures-utilitaires/gamme/location-handibus-tpmr/8>
17. enmouvement.ca. Roby à Montréal - Monte escalier motorisé pour fauteuil roulant [Internet]. [consulté le 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.enmouvement.ca/fr/roby-montreal-monte-escalier-motorise-pour-fauteuil-roulant.html>
18. Gallagher JE, Fiske J. Special Care Dentistry: a professional challenge. Br Dent J. 2007;202(10):619-29.
19. Gepner A. Des soins dentaires à domicile... [Internet]. [consulté le 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.lemondedesaidants.com/actu-soins-dentaires-a-domicile.php>
20. Glassman P, Miller CE. Effect of preventive dentistry training program for caregivers in community facilities on caregiver and client behavior and client oral hygiene. N Y State Dent J. 2006;72(2):38-46.
21. Gouvernement du Canada. Consulter les Canadiens au sujet d'une législation sur l'accessibilité [Internet]. 2016 [consulté le 24 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.edsc.gc.ca/fr/consultations/invalidite/legislation/index.page>
22. griffiths J, Jones V, Leeman I, Lewis D, Patel K, Wilson K, et al. Oral Health Care for People with Mental Health Problems Guidelines and Recommendations [Internet]. [consulté le 29 sept 2016]. Disponible sur: http://www.academia.edu/7695445/Oral_Health_Care_for_People_with_Mental_Health_Problems_Guidelines_and_Recommendations
23. Handicap.fr. La déficience visuelle [Internet]. Handicap.fr. [consulté le 19 oct 2016]. Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/art-handicap-sensoriel-68-6023.php>
24. Handicap.fr. La surdité [Internet]. Handicap.fr. [consulté le 19 oct 2016]. Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/art-handicap-sensoriel-68-3048.php>
25. handicat.com. Classification - Plate forme  levatrice verticale [Internet]. [consulté le 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.handicat.com/classif4-num-02-01-03.html>
26. handidentpaca.fr. Handident PACA une association d di e à la santé bucco-dentaire des personnes handicap es [Internet]. Handident. [consulté le 28 sept 2016]. Disponible sur: <http://handidentpaca.fr/>
27. Has-sante.fr. Audition publique « Accès aux soins des personnes en situation de handicap » du 22 au 23 octobre 2008 [Internet]. [consulté le 6 oct 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_674890/fr/audition-publique-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-du-22-au-23-octobre-2008
28. Has-sante.fr. Accès aux soins des personnes en situation de handicap - Rapport de la commission d'audition publique [Internet]. [consulté le 29 sept 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736311/fr/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-rapport-de-la-commission-d-audition-publique

29. hellopro.fr. Plate-forme élévatrice oblique [Internet]. [consulté le 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.hellopro.fr/plate-forme-elevatrice-oblique-2017092-1120279-produit.html>
30. Hennequin M, Faulks D, Roux D. Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. *J Dent.* 2000;28(2):131-6.
31. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E. Inequalities in oral health for children with disabilities: a French national survey in special schools. *PloS One.* 2008;3(6):e2564.
32. Hescot P, Moutarde A. Rapport de la mission « Handicap et santé bucco-dentaire » [Internet]. Réseau Lucioles. 2011 [consulté le 28 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.reseau-lucioles.org/rapport-de-la-mission-handicap-et-sante-bucco-dentaire/>
33. Inpes. Législation [Internet]. [consulté le 5 oct 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/sante-handicap/france/Legislation.asp>
34. Jacob P. Rapport de Pascal Jacob sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées - Santé - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [consulté le 28 sept 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-pascal-jacob-sur-l-acces-aux-soins-et-a-la-sante-des-personnes>
35. Jausseron M. Enquête auprès des familles sur la santé bucco-dentaire des personnes handicapées mentales dans les établissements de la Chrysalide Marseille et de la Chrysalide Martigues [Internet]. Handident. [consulté le 6 oct 2016]. Disponible sur: <http://handidentpaca.fr/>
36. Julaud S. Assistante en parodontologie : un métier très technique. *PAD Prof Assist Dent.* 2015;12(2):34-7.
37. Krekmanova L, Hakeberg M, Robertson A, Braathen G, Klingberg G. Perceived oral discomfort and pain in children and adolescents with intellectual or physical disabilities as reported by their legal guardians. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2016;17(4):223-30.
38. Labeyrie Dessalles S. Cabinet dentaire rénovation de la salle d'attente [Internet]. www.projet-deco.fr. [consulté le 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.projet-deco.fr/2014/10/cabinet-dentaire-renovation-de-la-salle-d-attente.html>
39. Larousse.fr. Accessibilité [Internet]. [consulté le 5 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accessibilit%C3%A9/421>
40. Leal Rocha L, Vieira de Lima Saintrain M, Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer A. Access to dental public services by disabled persons. *BMC Oral Health.* 13 mars 2015;15:35.
41. Ministère de l'Environnement, de l'Energie et de la Mer. Formulaire Cerfa et modèles types de la procédure Ad'AP [Internet]. [consulté le 6 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.developpement-durable.gouv.fr/Formulaires-Cerfa-et-modeles-types.html>
42. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) [Internet]. [consulté le 10 oct 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/affaires-sociales/handicap/droits-et-aides/article/maison-departementale-des-personnes-handicapees-mdph>

43. Mormiche P. L'enquête HID (Handicaps-invalidités-dépendance) de l'Insee - Numéro 87-88 - décembre 1998 [Internet]. [consulté le 5 oct 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=COUHS2010zn
44. mutualite.fr. Un centre dentaire adapté aux personnes handicapées [Internet]. La Mutualité Française. [consulté le 10 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/actualites/un-centre-dentaire-adapte-aux-personnes-handicapees/>
45. Organisation Mondiale de la Santé. Cécité et déficience visuelle [Internet]. WHO. [consulté le 19 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/fr/>
46. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Rapport mondial sur le handicap [Internet]. WHO. [consulté le 28 sept 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/fr/
47. Pakpour AH, Kumar S, Scheerman JFM, Lin C-Y, Fridlund B, Jansson H. Oral health-related quality of life in Iranian patients with spinal cord injury: A case-control study. *Injury*. 2016;47(6):1345-52.
48. Paulsson G, Söderfeldt B, Nederfors T, Fridlund B. The effect of an oral health education program after three years. *Spec Care Dentist*. 2003;23(2):63-9.
49. service-public.fr. Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) [Internet]. [consulté le 10 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>
50. sofamed.com. Siège élévateur Aquatec Orca - Siège de bain [Internet]. [consulté le 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.sofamed.com/elevateur-de-bain-invacare-aquatec-orca-p-2345.html>
51. sofamed.com. Attache-poignets médicales pour immobiliser les mains d'un patient [Internet]. [consulté le 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.sofamed.com/attache-poignets-p-4485.html>
52. sofamed.com. Harnais 3/5 points de retenue - Fauteuil Roulant [Internet]. [consulté le 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.sofamed.com/harnais-3-ou-5-points-p-4307.html>
53. topchair.fr. Le fauteuil roulant monte escalier : Topchair-S [Internet]. Topchair. [consulté le 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.topchair.fr/fr/fauteuil-roulant-monte-escalier/>
54. Unapei.org. Le handicap mental : sa définition [Internet]. [consulté le 30 sept 2016]. Disponible sur: <http://unapei.org/Le-handicap-mental-sa-definition.html>
55. unapl.fr. La loi « Handicap », accessibilité aux locaux professionnels [Internet]. [consulté le 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.unapl.fr/index.php/la-loi-handicap-accessibilite-aux-locaux-professionnels.html>
56. Décret n°78-109 du 1 février 1978 Fixant les mesures destinées à rendre accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite les installations neuves ouvertes au public. 78-109 févr 1, 1978.
57. Décret n°78-1167 du 9 décembre 1978 fixant les mesures destinées à rendre accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite les installations ouvertes au public existantes appartenant à certaines personnes publiques et à adapter les services de transport public pour faciliter les déplacements des personnes handicapées. 78-1167 déc 9, 1978.

58. LOI n° 91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public. 91-663 juill 13, 1991.
59. Décret n° 99-756 du 31 août 1999 relatif aux prescriptions techniques concernant l'accessibilité aux personnes handicapées de la voirie publique ou privée ouverte à la circulation publique pris pour l'application de l'article 2 de la loi no 91-663 du 13 juillet 1991. 99-756 août 31, 1999.
60. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.
61. Décret n° 2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation. 2006-555 mai 17, 2006.
62. LOI n° 2014-789 du 10 juillet 2014 habilitant le Gouvernement à adopter des mesures législatives pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées. 2014-789 juill 10, 2014.
63. LOI n° 2015-988 du 5 août 2015 ratifiant l'ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées et visant à favoriser l'accès au service civique pour les jeunes en situation de handicap. 2015-988 août 5, 2015.
64. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées - Article 41.
65. Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
66. Ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées.
67. Code de la construction et de l'habitation - Article R*123-2. Code de la construction et de l'habitation.
68. Code de la construction et de l'habitation - Article R111-19-33. Code de la construction et de l'habitation.
69. Code de la construction et de l'habitation - Article R111-19-47. Code de la construction et de l'habitation.
70. Code de la construction et de l'habitation - Article L111-8-3-1. Code de la construction et de l'habitation.
71. Code pénal - Article 225-1. Code pénal.
72. Code pénal - Article 225-2. Code pénal.
73. Code de la construction et de l'habitation - Article L152-4. Code de la construction et de l'habitation.

74. Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public.
75. Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public - Article 3.
76. Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public - Article 6.
77. Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public - Article 2.
78. Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public - Article 5.
79. Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public - Article 12.
80. Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public - Article 10.
81. Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public - Article 11.
82. Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public - Article 7.

83. 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.
84. Code de la construction et de l'habitation - Article R*111-19-6. Code de la construction et de l'habitation.
85. Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public - Article 14.
86. Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public - Article 9.
87. Code de l'action sociale et des familles - Article R241-22. Code de l'action sociale et des familles.

Annexes

6 – Agenda d'accessibilité programmée**Ce projet comporte une demande d'Agenda d'accessibilité programmée sur une, deux ou trois années**

Avez-vous antérieurement bénéficié d'une prorogation du délai de dépôt au titre d'une situation financière délicate ou suite à un refus d'un premier agenda? (Article L. 111-7-6 du code de la construction et de l'habitation)

Oui Non

Si oui, veuillez joindre l'arrêté préfectoral correspondant

6-1 Situation de votre établissement à la date de la demande au regard des obligations d'accessibilité en vigueur définies par l'arrêté prévu à l'article R. 111-19-7 du code de la construction et de l'habitation (Parties de l'établissement accessibles, parties restant à mettre en accessibilité, dérogations obtenues...)

.....

Veuillez joindre une note annexe si le projet le nécessite

6-2 Chiffrage et calendrier détaillés de la mise en accessibilité de l'établissement

Les actions concourant à la mise en accessibilité de l'établissement sont les travaux définis dans la notice descriptive d'accessibilité (Article R. 111-19-19 CCH, pièce n° 10 du bordereau de dépôt des pièces à joindre), ainsi que l'élaboration d'études, des demandes de devis, des appels d'offre, etc., et les autres actions de mise en accessibilité telles que les solutions liées à l'organisation permettant de délivrer les prestations au public (signalétique)

Actions de mise en accessibilité programmées	Date de début (semestre, mois, ...)	Date de fin (semestre, mois, ...)	Coût prévisionnel

Veuillez joindre une note annexe si le projet nécessite un plus grand nombre d'actions de mise en accessibilité.

Coût de la mise en accessibilité	
Année 1	
Année 2	
Année 3	
Total	

7 - Engagement du ou des demandeur(s)

J'atteste avoir qualité pour demander cette autorisation :

Je (nous) soussigné(és), auteur(s) de la demande, certifie(ions) exacts les renseignements qui y sont contenus.

J'ai pris connaissance des règles générales de construction prévues par le chapitre premier du titre premier et par les chapitres II et III du titre II du livre premier du code de la construction et de l'habitation et notamment celles concernant l'accessibilité et la sécurité incendie et m'engage à respecter les règles du code de la construction et de l'habitation relatives à la solidité et à la sécurité des personnes.

à

Le :

Signature du (des) demandeur(s)

Si vous souhaitez vous opposer à ce que les informations nominatives comprises dans ce formulaire soient utilisées à des fins commerciales, cochez la case ci-contre :
 Si vous êtes un particulier : La loi n° 78 -17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses contenues dans ce formulaire pour les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès aux données nominatives les concernant lorsqu'ils ne portent pas atteinte à la recherche d'infractions fiscales et la possibilité de rectification sous réserve des procédures prévues au code général des impôts et au Livre des procédures fiscales. Ces droits peuvent être exercés à la mairie. Les données recueillies seront transmises aux services compétents pour l'instruction de votre demande.



Bordereau de dépôt des pièces jointes à une demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un Etablissement recevant du public et à la demande d'approbation d'un Agenda d'accessibilité programmée le cas échéant

Veillez cocher les cases correspondant aux pièces jointes à votre demande et reporter le numéro correspondant sur la pièce jointe.

L'attention du pétitionnaire est attirée sur le fait que la commission de sécurité et d'accessibilité pourra lui demander des pièces complémentaires si la compréhension du projet le nécessite.

Pièces	Numéro de la pièce	Nombre d'exemplaires à fournir
<input type="checkbox"/> Imprimé de demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public et de demande d'approbation d'un Agenda d'accessibilité programmée le cas échéant	1	4
<input type="checkbox"/> Plan de situation	2	4

1 - Dossier destiné à la vérification de la conformité aux règles de sécurité incendie (Art R. 123-22 du code de la construction et de l'habitation)

Pièces	Numéro de la pièce	Nombre d'exemplaires à fournir
<input type="checkbox"/> Une notice récapitulant les dispositions prises pour satisfaire aux mesures prévues par le règlement de sécurité et notamment : <ul style="list-style-type: none"> • les matériaux utilisés pour le gros œuvre, la décoration et les aménagements intérieurs • la ou les solutions retenues pour l'évacuation des personnes de chaque niveau de la construction en tenant compte des différentes situations de handicap 	3	3
<input type="checkbox"/> Un plan de situation, des plans de masse et de façades des constructions projetées faisant ressortir : <ul style="list-style-type: none"> • les conditions d'accessibilité des engins de secours • les largeurs des voies et les emplacements des baies d'intervention pompiers • la présence de tout bâtiment ou local occupé par des tiers 	4	3
<input type="checkbox"/> Des plans de coupe et des plans de niveaux, ainsi qu'éventuellement ceux des planchers intermédiaires aménagés dans la hauteur comprise entre deux niveaux ou entre le dernier plancher et la toiture du bâtiment, faisant apparaître notamment : <ul style="list-style-type: none"> • les largeurs des passages affectés à la circulation du public tels que les dégagements, escaliers, sorties • la ou les solutions retenues pour l'évacuation des personnes de chaque niveau de la construction en tenant compte des différentes situations de handicap • les caractéristiques des éventuels espaces d'attente sécurisés 	5	3
<input type="checkbox"/> La ou les demande(s) de dérogation(s) éventuelle(s), la ou les fiche(s) explicative(s) et tous les documents utiles à leur justification	6	3

N. B : les documents de détail concernant les installations techniques doivent être fournis par le constructeur ou l'exploitant avant le début des travaux portant sur ces installations ; ils sont alors communiqués à la commission de sécurité

2 - Dossier destiné à la vérification de la conformité aux règles d'accessibilité (Arrêté du 11 septembre 2007 DEVU0763039A) (PC 39 ou PA 50)

Pièces	Numéro de la pièce	Nombre d'exemplaires à fournir
<input type="checkbox"/> Plan coté dans les trois dimensions (longueur, largeur, hauteur), à une échelle adaptée, précisant : <ul style="list-style-type: none"> • les cheminements extérieurs (fonctions, largeurs, pentes, dévers, éclairage, solutions techniques pour assurer le guidage, le repérage, ...) • les raccordements (voirie/parties extérieures de l'établissement ; parties extérieures/parties intérieures du ou des bâtiments constituant l'établissement) • les circuits destinés aux piétons et aux véhicules (liaison accès au terrain/voie interne/places de stationnement adaptées/circulations piétonnes/entrée de l'établissement) • les espaces de manœuvre, de retournement et de repos extérieurs • les pentes des plans inclinés et les dévers de cheminement 	7	3

<input type="checkbox"/>	<p>Plan côté dans les trois dimensions (longueur, largeur, hauteur), à une échelle adaptée, pour chaque niveau et pour chaque bâtiment précisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les circulations intérieures horizontales et verticales (fonctions, largeurs, pentes, dévers ...) • Les aires de stationnement • Les locaux sanitaires destinés au public • Le sens d'ouverture des portes et leur espace de débatement • Les espaces d'usage, de manœuvre, de retournement et de repos intérieurs • L'emplacement des appareils sanitaires et leurs accessoires obligatoires • Les places de stationnements adaptées et réservées aux personnes handicapées et la mention du taux de ces places • Cas particuliers des ERP de 5^{ème} catégorie situés dans un cadre bâti existant et des IOP existantes : Délimitation de la partie de bâtiment accessible aux personnes handicapées et indications permettant de s'assurer que les prestations sont accessibles dans cette partie. 	8	3
<input type="checkbox"/>	Plans avant travaux s'il s'agit d'un bâtiment existant	9	3
<input type="checkbox"/>	<p>Notice descriptive présentant les points suivants pour expliquer comment le projet prend en compte l'accessibilité (Art. R. 111-19-19 CCH) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimensions des locaux ouverts aux usagers de l'établissement • Caractéristiques fonctionnelles et dimensionnelles des équipements techniques et des dispositifs de commande utilisables par le public • Nature et couleur des matériaux et revêtements de sols, murs et plafonds • Traitement acoustique des espaces • Dispositif d'éclairage des parties communes et, le cas échéant, niveaux d'éclairage et moyens éventuels d'extinction progressive des luminaires <p>S'il s'agit d'un établissement ou d'une installation recevant du public assis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emplacements accessibles aux personnes en fauteuil roulant : nombre, taux par rapport au nombre total de places assises, localisation, cheminements permettant d'y accéder depuis l'entrée de l'établissement • Dans le cas d'un établissement recevant du public assis de plus de 1 000 places, l'arrêté municipal fixant le nombre d'emplacements accessibles <p>S'il s'agit d'un établissement disposant de locaux d'hébergement destinés au public</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre et caractéristiques des chambres, salles d'eau et cabinets d'aisance accessibles aux personnes handicapées : taux de ces chambres et locaux par rapport au nombre total de chambres, localisation, répartition par catégorie, le cas échéant <p>S'il s'agit d'un établissement ou d'une installation comportant des cabines d'essayage, d'habillage ou de déshabillage ou des douches :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre et caractéristiques des cabines et douches accessibles aux personnes handicapées <p>S'il s'agit d'un établissement ou d'une installation comportant des caisses de paiement disposées en batterie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de caisses aménagées pour être accessibles aux personnes handicapées et leur localisation 	10	3
<input type="checkbox"/>	Dans le cas d'un parking de plus de 500 places, couvert ou non, dépendant d'un établissement recevant du public ou d'une installation ouverte au public : Arrêté municipal prévu à l'article 3 de l'arrêté du 1 ^{er} août 2006 (NOR : SOCU0611478A) fixant le nombre de places de stationnement automobile adaptées et réservées	11	3
<input type="checkbox"/>	La ou les demande(s) de dérogation(s) éventuelle(s), la ou les fiche(s) explicative(s) et tous les documents utiles à leur justification	12	3

3 - Dossier destiné à la vérification de la demande de validation de l'Ad'ap

Pièces	Numéro de la pièce	Nombre d'exemplaires à fournir
<input type="checkbox"/> Si le propriétaire ou l'exploitant de cet établissement est une collectivité territoriale ou un établissement public, la délibération de, respectivement, son organe délibérant ou son conseil d'administration l'autorisant à présenter la demande de validation de l'agenda	13	3
<input type="checkbox"/> Si le propriétaire ou l'exploitant de cet établissement est une commune ou un établissement public de coopération intercommunale, les modalités de la politique d'accessibilité menée sur le territoire et tout particulièrement les concertations menées avec les représentants des commerçants sur les questions de voirie et d'accès de leurs établissements recevant du public	14	3
<input type="checkbox"/> Si des concertations ont été menées pendant l'élaboration de l'agenda avec les partenaires du projet, dont notamment les associations de personnes handicapées, les comptes-rendus des dites concertations	15	3
<input type="checkbox"/> En cas de co-signataires, les engagements financiers de chacun d'eux.	16	3



Récépissé de dépôt d'une demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public (ERP) assortie ou non une demande d'approbation d'un Agenda d'accessibilité programmée (Ad'ap)

1/2

Madame, Monsieur,

Vous avez déposé une demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public assortie éventuellement d'une demande d'approbation d'un Agenda d'accessibilité programmée.

Le délai d'instruction de votre dossier est de QUATRE MOIS.

Toutefois, dans le mois qui suit le dépôt de votre dossier, l'administration peut vous écrire pour vous indiquer qu'il manque une ou plusieurs pièces à votre dossier.

Dans ce cas, le délai d'instruction de quatre mois ne commencera à courir qu'à partir de la date de réception de la dernière pièce manquante (R. 111-19-22 et R. 111-19-36 du code de la construction et de l'habitation).

Si toutes les pièces manquantes n'ont pas été fournies dans le délai que l'administration vous aura accordé, votre demande sera automatiquement rejetée.

I. Décision sur la demande d'autorisation de construire, modifier ou aménager un établissement recevant du public

Votre **dossier est complet et ne comporte pas de demande de dérogation** aux règles de sécurité incendie ou aux règles d'accessibilité :

La décision relative à votre demande sera prise dans le délai de quatre mois. À défaut de décision expresse dans ce délai, l'autorisation de travaux est considérée comme accordée.

Votre **dossier est complet et comporte une demande de dérogation** aux règles de sécurité incendie :

- 1) la demande de dérogation **est accordée par arrêté de l'autorité compétente (articles R. 123-13 et R. 111-19-23 du code de la construction et de l'habitation)**. La décision relative à votre demande d'autorisation est prise dans le délai de quatre mois ou à défaut de décision expresse dans ce délai, l'autorisation de travaux est considérée comme accordée.
- 2) la demande de dérogation **est refusée par arrêté de l'autorité compétente (articles R. 123-13 et R. 111-19-23 du code de la construction et de l'habitation) ou, en l'absence de réponse, elle est considérée comme un refus de dérogation**. Dans un délai de quatre mois, votre demande est refusée par arrêté ou, en l'absence d'arrêté de refus, la décision est considérée comme un refus d'autorisation tacite.

Votre **dossier est complet et comporte une demande de dérogation** aux règles d'accessibilité :

- 1) la demande de dérogation **est accordée par arrêté du préfet (article R. 111-19-23 du code de la construction et de l'habitation), ou, en l'absence de réponse, pour les demandes de dérogation portant sur un établissement de 3^e, 4^e ou 5^e catégorie, elle est considérée comme une décision implicite d'acceptation**. La décision relative à votre demande d'autorisation est prise dans le délai de quatre mois ou à défaut de décision expresse dans ce délai, l'autorisation de travaux est considérée comme accordée.
- 2) la demande de dérogation **est refusée par arrêté du préfet (article R. 111-19-23 du code de la construction et de l'habitation) ou, en l'absence de réponse, pour les demandes de dérogation portant sur un établissement de 1^{er} ou 2^e catégorie, elle est considérée comme un refus de dérogation tacite**. Dans un délai de quatre mois, votre demande d'autorisation de travaux est refusée par arrêté ou, à défaut de décision expresse dans ce délai, la décision est considérée comme un refus d'autorisation.

II. Décision sur la demande d'approbation d'un Agenda d'accessibilité programmée

Si votre **dossier comporte une demande** d'approbation d'un Agenda d'Accessibilité Programmée la décision relative à cette demande est prise dans le délai de quatre mois ou à défaut de décision expresse dans ce délai, la demande est considérée comme accordée.

Cependant en cas de refus de la demande d'autorisation de construire, modifier ou aménager un ERP, la demande d'Agenda d'accessibilité programmée visée au I. est refusée.

En cas de refus de la demande d'approbation d'un Ad'ap, la décision précisera le délai qui vous est laissé pour présenter une nouvelle demande.

III. Autres procédures administratives

Par ailleurs, votre projet peut également être soumis au respect de la réglementation de l'urbanisme et **nécessiter l'obtention d'une déclaration préalable**, notamment s'il entraîne un changement de destination du bâtiment, modifie des structures porteuses ou le volume d'une construction existante. Si une déclaration préalable est nécessaire, elle sera instruite en parallèle de la présente autorisation.

Annexe 2 : Notice d'accessibilité du cabinet les marronniers :

1 - PRESENTATION GLOBALE DU PROJET

Le projet concerne l'aménagement d'un cabinet dentaire dans une ancienne banque sur l'avenue Jean Jaurès en plein cœur de Ronchin.

A l'extérieur, les façades seront réaffectées : remise en état des menuiseries, vitrages opacifiés et peinture des maçonneries en anthracite.

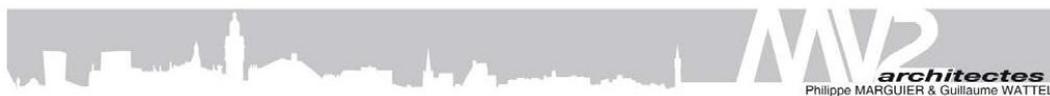
Les modifications principales concernent l'intérieur mais ne touchent en aucun cas à la structure : l'ensemble des cloisons actuelles du fonctionnement de la banque seront déposés pour permettre le nouvel aménagement intérieur.

Il s'agit de la création de six cabinets dentaires, d'un hall d'accueil et d'une salle d'attente avec sanitaires accessibles au public. Le projet comprend aussi l'aménagement d'une salle de stérilisation, de vestiaires et sanitaires, d'une salle de repos et d'un local archives uniquement accessibles par le personnel.

Des éléments contrastés seront disposés en deux bandes horizontales d'une largeur de 5cm, situées respectivement à 1.10 et 1.60m de hauteur.

2 - CHEMINEMENTS EXTÉRIEURS

Dispositions réglementaires	Dispositions prévues
Accès à l'une des entrées principales depuis l'accès au terrain.	Depuis l'accès principal, le cheminement extérieur se fait sur un terrain présentant une pente inférieure à 1%
Signalisation adaptée : <ul style="list-style-type: none">- à l'entrée du terrain- à proximité des places de stationnement- en chaque point où un choix d'itinéraire est donné	Le cabinet médical sera indiqué par un panneau lumineux à l'entrée de la parcelle et en façade du bâtiment. Les places de stationnement accessibles seront marqués selon la réglementation.
Signalisation : Visibilité <ul style="list-style-type: none">- contraste par rapport à l'environnement immédiat- vision et lecture possible en positions debout et assis- absence d'effets d'éblouissement, de reflet ou de contre-jour- si situés à moins de 2,20m permettre de s'approcher à moins d'un mètre Lisibilité : <ul style="list-style-type: none">- contraste par rapport au fond du support- hauteur des caractères proportionnée aux circonstances- hauteur mini des éléments relatifs à l'orientation : 15 mm- hauteur mini des autres éléments : 4,5 mm Compréhension : <ul style="list-style-type: none">- recours à des icônes et pictogrammes	Le projet ne nécessite pas d'autre signalisation que celles précitées.



- pictogrammes normalisés ¹ lorsqu'ils existent	
Contraste visuel et tactile du revêtement par rapport à son environnement A défaut, repère continu visuellement contrasté et tactile	Toutes les surfaces extérieures du projet seront maintenues en enrobés exceptés les massifs de végétation sur rue.
Profil en long : - pente inférieure à 5 % - tolérances exceptionnelles : 8 % sur 2 mètres et 10 % sur 50 cm - palier de repos à pente nulle en haut et en bas de chaque plan incliné - si pente supérieure à 4 % palier de repos tous les 10 mètres maximum - dimensions mini des paliers de repos : 1,20 m x 1,40m - ressauts à bords arrondis ou chanfreinés de hauteur inférieure à 2 cm - ressauts : tolérance pour une hauteur de 4 cm en cas de pente inférieure à 33 % sur toute sa hauteur - « pas d'âne » interdits	L'accès se fait par le terrain naturel présentant une pente inférieure à 1% on veillera à ce que les 2.20m devant l'accès principal soit plat. L'accès principal au site ne présentera aucun ressaut supérieur à 2cm.
Profil en travers : - largeur mini libre de tout obstacle : 1,40 m - tolérance pour une largeur de 1,20 m ponctuelle - absence de stagnation d'eau - dévers inférieur à 2 %	Conforme
Espaces de manœuvre avec possibilité de demi-tour : - en chaque point du cheminement où un choix d'itinéraire est donné - largeur correspondant à un diamètre de 1,50 m	Conforme
Espace de manœuvre de porte : - ouverture en poussant : longueur mini de 1,70 m - ouverture en tirant : longueur mini de 2,20 m - sas d'isolement : présence d'un espace rectangulaire de 1,20 m x 2,20 m devant chaque porte à l'intérieur du sas - sas d'isolement : présence d'un espace rectangulaire de 1,20m x 1,70m devant chaque porte à l'extérieur du sas	La porte principale d'accès présente un espace de manœuvre suffisant.
Espace d'usage : - nécessaire devant chaque équipement - espace rectangulaire de 0,80m x 1,30m	Conforme
Sol ou revêtement : - non meuble - non glissant - non réfléchissant - sans obstacle à la roue	Les sols extérieurs sont en enrobés.
Trous ou fentes de dimension inférieure à 2 cm	Conforme



<p>Si obstacles inévitables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - hauteur de passage libre de 2,20 m mini - éléments de contraste visuel et rappel tactile au sol en cas de saillie de plus de 15 cm 	<p>Le seul obstacle en hauteur est l'arbre, le propriétaire veillera à son entretien afin de laisser 2.20m de libre en tout point du cheminement d'accès.</p>
<p>Protection contre les chutes en cas de rupture de niveau de plus de 40 cm située à moins de 90 cm</p>	<p>Sans objet</p>
<p>Éléments visuels contrastés sur les parois vitrées situées en bordure des cheminements</p>	<p>Les parties vitrées en façade seront intégralement opacifiées par mesure de confidentialité.</p>
<p>Volée d'escaliers de trois marches ou plus : respect du chapitre 8</p>	<p>Sans objet</p>
<p>Croisement d'un itinéraire véhicules :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dispositif d'éveil de la vigilance des piétons - signalisation pour les conducteurs - éclairage 	<p>Sans objet</p>

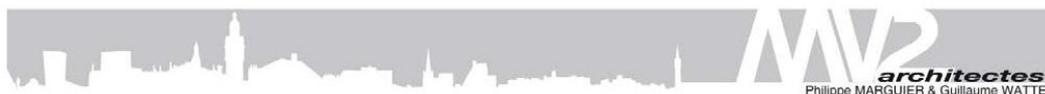
3 - STATIONNEMENT

Dispositions réglementaires	Dispositions prévues
<p>Places adaptées et réservées positionnées à proximité des accès</p>	<p>Lors de la réfection des abords et accès, une place de parking accessible au PMR sera marquée et signalisée selon réglementation.</p>
<p>Places adaptées reliées aux accès par un cheminement accessible</p>	<p>Les places sont à proximité des accès.</p>
<p>Nombre de places adaptées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2% du nombre de places - au delà de 500 places, fixé par arrêté municipal avec un minimum de 10 	<p>Place PMR sur l'ensemble des 4 places affectées au cabinet dentaire.</p>
<p>Repérage : marquage au sol et signalisation verticale</p>	<p>Cf ci avant.</p>
<p>Caractéristiques dimensionnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - espace horizontal au dévers près largeur mini de 3m30 	<p>Dimensions prévues selon réglementation.</p>
<p>Si contrôle d'accès ou de sortie, possibilité de se signaler par des personnes sourdes, malentendantes ou muettes</p>	<p>Le dispositif de contrôle d'accès se situera à une hauteur de moins d'1.30m, et comportera un signal sonore et un repère visuel afin de généraliser son utilisation.</p>



4 – ACCES A L' ETABLISSEMENT	
Dispositions réglementaires	Dispositions prévues
Niveau d' accès principal accessible	Le niveau intérieur est à moins de 2cm au dessus du niveau extérieur.
Entrée principale facilement repérable	L'entrée principale se trouve à côté de l' enseigne, c' est la seule porte d' accès visible : elle est donc clairement repérable.
Dispositifs d' accès et éléments d' informations : Visibilité : <ul style="list-style-type: none"> - contraste par rapport à l' environnement immédiat - vision et lecture possible en positions debout et assis - absence d' effets d' éblouissement, reflet ou contre-jour - accès possible à moins de 1 m pour les signalisations de hauteur inférieure à 2,20m Lisibilité : <ul style="list-style-type: none"> - contraste par rapport au fond du support - hauteur des caractères proportionnée aux circonstances - hauteur mini des éléments relatifs à l' orientation : 15 mm - hauteur mini des autres éléments : 4,5 mm Compréhension : <ul style="list-style-type: none"> - recours à des icônes et pictogrammes - pictogrammes normalisés lorsqu' ils existent Signal lié au fonctionnement : sonore et visuel	Les éléments d' information seront conformes à la réglementation.
Dispositif de commande manuelle : <ul style="list-style-type: none"> - situé à plus de 40 cm de tout obstacle à un fauteuil - hauteur entre 90 cm et 1m30 - utilisable en position debout ou assis - déverrouillage électromagnétique : temps suffisant pour permettre l' accès par des personnes en fauteuil 	Toutes les commandes électriques se feront par détecteur de présence, le public n' aura pas besoin d' accéder à des commandes manuelles.
Si contrôle d' accès ou de sortie, possibilité de se signaler par des personnes sourdes, malentendantes ou muettes.	Le système de commande d' ouverture de la porte se fait par détection de présence et permet l' ouverture pour personnes en position assises ou debout.

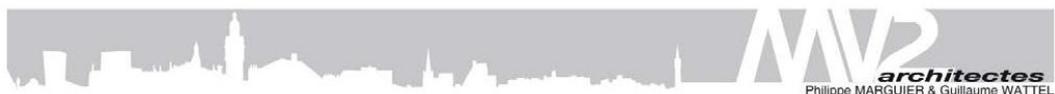
5 - ACCUEIL DU PUBLIC	
Dispositions réglementaires	Dispositions prévues
Si plusieurs points d' accueil, au moins un est rendu accessible	Une unique banque d' accueil.



<p>Banque d'accueil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - utilisables debout ou assis - hauteur maxi de 0,80m - vide de 0,70m x 0,60m x 0,30m - sonorisation : signal acoustique par induction magnétique signalé par pictogramme - éclairage conforme aux dispositions du chapitre 14 	<p>La banque d'accueil présentera un linéaire de plus de la moitié de sa longueur permettant son utilisation par une personne assise, et lui permettant également de pouvoir lire, écrire ou visualiser un écran.</p>
--	---

6 – CIRCULATIONS INTERIEURES HORIZONTALES

Dispositions réglementaires	Dispositions prévues
Accès autonome à l'ensemble des locaux ouverts au public	Chaque pièce accessible au public est accessible au PMR.
<p>Profil en long :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pente inférieure à 5 % - tolérances exceptionnelles : 8 % sur 2 mètres et 10 % sur 50 cm - palier de repos en pente nulle en haut et en bas de chaque plan incliné - si pente supérieur à 4 %, palier de repos tous les 10 m maximum - dimensions mini des paliers de repos : 1,20m x 1,40m - ressauts à bords arrondis ou chanfreinés de hauteur inférieure à 2 cm - ressauts : tolérance pour une hauteur de 4 cm en cas de pente inférieure à 33 % sur toute sa hauteur - « pas d'âne » interdits 	Conforme
<p>Profil en travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - largeur mini libre de tout obstacle : 1,40 m - tolérance pour une largeur de 1,20 m ponctuelle - dévers inférieur à 2 % 	Conforme
<p>Espace de manœuvre de porte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ouverture en poussant : longueur mini de 1,70 m - ouverture en tirant : longueur mini de 2,20 m - sas d'isolement : présence d'un espace rectangulaire de 1,20mx2,20m devant chaque porte rectangulaire de 1,20mx1,70m devant chaque porte à l'extérieur du sas 	Chaque porte accessible au public présente un espace de manœuvre suffisant, cf plans.
<p>Espace d'usage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nécessaire devant chaque équipement - espace rectangulaire de 0,80m x 1,30m 	Cf plans.
<p>Sol ou revêtement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - non meuble - non glissant - non réfléchissant - sans obstacle à la roue 	L'ensemble des sols intérieurs sera en résine blanche non réfléchissante et sans ressaut ou trous.
Trous ou fentes de dimension inférieure à 2 cm	Sans objet



Si obstacles inévitables : - hauteur de passage libre de 2,20m mini - éléments de contraste visuel et rappel tactile au sol en cas de saillie de plus de 15 cm	Sans objet
Protection contre les chutes en cas de rupture de niveau de plus de 40 cm située à moins de 0,90 m	Sans objet
Éléments visuels contrastés sur les parois vitrées situées en bordure des cheminements	Des éléments contrastés seront disposés en deux bandes horizontales d'une largeur de 5cm, situées respectivement à 1.10 et 1.60m de hauteur.
Volées d'escaliers de trois marches ou plus : respect du chapitre 8	Sans objet

7 -CIRCULATIONS VERTICALES

Escaliers

Sans objet

Ascenseurs

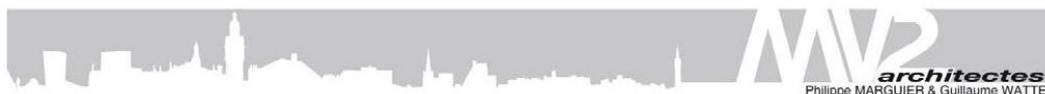
Sans objet

Tapis roulants, escaliers et plans inclinés mécaniques

Sans objet

8 – NATURE ET COULEUR DES MATERIAUX DE REVETEMENTS ET QUALITE ACOUSTIQUE

Dispositions réglementaires	Dispositions prévues
Tapis fixes : - rigide, ne présentant pas d'obstacle à la roue - ressauts de moins de 2 cm	Conforme
Respect des existences réglementaires acoustiques en temps de réverbération et surface de matériaux absorbants	L'ensemble des matériaux respecteront les critères de valeur réglementaire de réverbération et de surface équivalente de matériaux absorbants suivant réglementation.



9 – PORTES, PORTIQUES ET SAS

Dispositions réglementaires	Dispositions prévues
Caractéristiques dimensionnelles : <ul style="list-style-type: none"> - portes desservant plus de 100 personnes : largeur 1,40m avec un vantail d'au moins 0,90m - portes desservant moins de 100 personnes : largeur 0,90m - portiques de sécurité : largeur 0,80m 	La porte d'accès principale et l'ensemble des portes accessibles au public ont une ouverture de 0.90m.
Poignées de portes : <ul style="list-style-type: none"> - facilement préhensibles en position debout ou assis - extrémité à plus de 40cm de tout obstacle 	Les poignées de porte seront facilement préhensibles et manœuvrables en position debout ou assise ainsi que par une personne ayant des difficultés à saisir et à faire un geste de rotation du poignet. Elles seront situées à distance d'angle rentrants.
Déverrouillage des systèmes d'ouverture électrique signalé par un signal sonore et lumineux	Sans objet
Effort d'ouverture inférieur à 50 N	Les portes seront facile à ouvrir sans effort conséquent.

10 - SANITAIRES

Dispositions réglementaires	Dispositions prévues
Cabinet aménagé accessible avec lavabo à chaque niveau disposant de sanitaires à disposition du public	Présence d'un cabinet accessible PMR.
En cas de sanitaires séparés par sexe, cabinet aménagé accessible par sexe également	Sans objet
Espace d'usage : <ul style="list-style-type: none"> - latéral par rapport à la cuvette - espace rectangulaire de 0,80m x 1,30m 	Cf plans
Espaces de manœuvre avec possibilité de demi-tour : <ul style="list-style-type: none"> - à l'intérieur du cabinet ou à défaut en extérieur devant la porte - largeur correspondant à un diamètre de 1,50m 	Cf plans
Dispositif permettant de refermer la porte derrière soi	Cf plans
Lave-mains à hauteur maxi de 0,85m à l'intérieur du cabinet	Le cabinet accessible respectera les réglementations de hauteur pour chacun de ses éléments.
Hauteur d'assise comprise entre 0,45m et 0,50m	
Barre d'appui entre 0,70m et 0,80m avec fixation permettant de prendre appui	
Un lavabo par groupe respectant : <ul style="list-style-type: none"> - hauteur maxi de 0,80m et vide 0,70 x 0,60x 0,30 	
Urinoirs à des hauteurs différentes	Sans objet

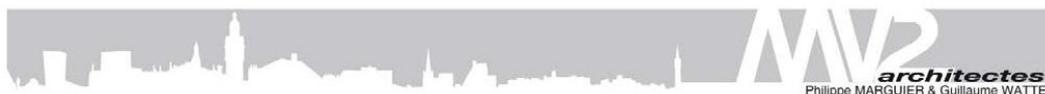
11 - SORTIES

Dispositions réglementaires	Dispositions prévues
Sorties normales : <ul style="list-style-type: none">- repérable de tout point- aucun risque de confusion avec les issues de secours	Des éléments de repérage en signalétique visibles seront positionnés selon les règles en vigueur.

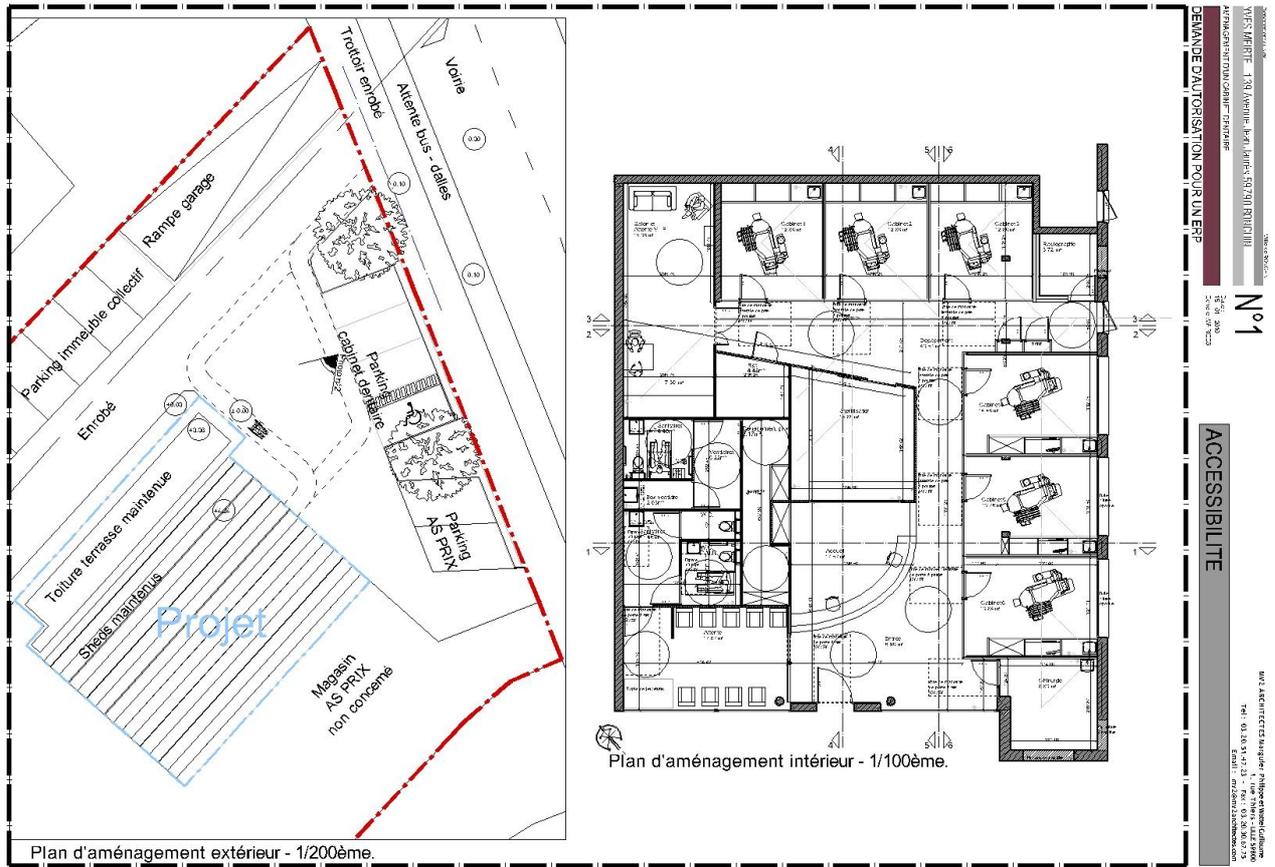
12 - ECLAIRAGE

Dispositions réglementaires	Dispositions prévues
Valeurs d'éclairage mesurées au sol : <ul style="list-style-type: none">- 50 lux en tout point de cheminement extérieur- 20 lux en tout point du parc de stationnement- 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	Les dispositifs d'éclairage des différentes parties du projet respecteront la réglementation, des luminaires spécifiques seront ajoutés au niveau des locaux nécessitant de plus grande valeur d'éclairage.
Éclairage temporisé : extinction progressive	Sans objet
Détection de présence : <ul style="list-style-type: none">- couverture de l'ensemble de la zone- chevauchement des zones successives	L'éclairage des sanitaires sera commandé par une détection de présence qui respectera l'ensemble des règles en vigueur.
Absence d'effets d'éblouissement direct ou de reflet sur la signalétique en position debout et assis	Chaque dispositif de signalisation fera l'effet d'une mise en lumière particulière afin de vérifier sa lisibilité sans reflet.

Date et signature du demandeur,



Annexe 3 : Plan d'aménagement intérieur du cabinet les marronniers :



Th. D. : Chir. Dent. : Lille 2 : 2016 –N°:

L'accessibilité physique du patient en situation de handicap au cabinet dentaire / **ROUSSEL FRANCOIS-XAVIER**.-p. 123 : ill. 67; réf. 87.

Domaines : Déontologie et législation

Mots clés Rameau:

Handicapés - Soins dentaires ; Etablissements recevant du public - Accessibilité aux handicapés ; Santé Publique – Droit ; Handicapés moteurs ; Cabinet dentaire - droit

Mots clés FMeSH:

Soins dentaires pour personnes handicapées ; Accessibilité des services de santé ; Gestion cabinet dentaire – législation et jurisprudence

La loi du 11 Février 2005 a pour objectif de favoriser l'accès pour tous aux soins bucco-dentaires. Elle impose aux praticiens de nouvelles réglementations de mise en accessibilité de leurs cabinets aux patients handicapés.

La première partie traite de l'accessibilité physique et de ses enjeux en chirurgie dentaire, en redéfinissant les termes „accessibilité“ et „handicap physique“ puis en posant le cadre législatif autour de la loi sur l'accessibilité.

La deuxième partie expose les normes et les prescriptions techniques pour l'accessibilité physique.

Deux exemples d'aménagement de cabinet dentaire respectant les normes handicapées sont proposés dans la troisième partie.

Enfin, différentes propositions pour améliorer l'accessibilité physique des personnes en situation de handicap au cabinet dentaire sont évoquées en quatrième partie. Comment faciliter l'accès jusqu'au cabinet dentaire ? Comment améliorer la prise en charge des patients au sein du cabinet lui-même ? Puis des solutions sont proposées lorsque l'accessibilité physique est impossible au cabinet dentaire.

JURY :

Président : Professeur **DEVEAUX Etienne**

Assesseurs : Professeur **DELCOURT-DEBRUYNE Elisabeth**

Docteur **BLAIZOT Alessandra**

Docteur **SOONEKINDT Ingrid**

Membre invité : Docteur **PANCHOO Ajmal**