



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

Année de soutenance : 2017

N°:

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

Présentée et soutenue publiquement le 6 janvier 2017

Par Chloé MICHEL LEOST

Née le 6 juin 1992 à Saint-Saulve, France

**GUIDE D'INSTALLATION DES CABINETS DENTAIRES**

**Mise à jour du Dossier de l'ADF**

**JURY**

Président :	Monsieur le Professeur Thomas COLARD
Assesseurs :	<u>Monsieur le Docteur Philippe ROCHER</u>
	Madame le Docteur Céline CATTEAU
	Madame le Docteur Amélie de BROUCKER

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	:	X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	Pr. E. DEVEAUX
Assesseurs	:	Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI, Pr. G. PENEL
Chef des Services Administratifs	:	S. NEDELEC

\*\*\*\*\*

**PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES :**

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques Radiologie
<b>E. DELCOURT-DEBRUYNE</b>	Responsable de la Sous-Section de Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice – Endodontie <b>Doyen de la Faculté</b>
<b>G. PENEL</b>	Responsable de la Sous-Section des <b>Sciences Biologiques</b>
M.M. ROUSSET	Odontologie Pédiatrique

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

<b>T. BECAVIN</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Odontologie Conservatrice – Endodontie</b>
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la santé, Odontologie Légale
<b>F. BOSCHIN</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Parodontologie</b>
<b>E. BOCQUET</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Orthopédie Dento-Faciale</b>
<b>C. CATTEAU</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale</b>
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice – Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
<b>C. DELFOSSE</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Odontologie Pédiatrique</b>
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice – Endodontie
<b>J.M. LANGLOIS</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation</b>
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
<b>M. SAVIGNAT</b>	Responsable de la Sous-Section des <b>Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie</b>
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
<b>J. VANDOMME</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Prothèses</b>

### **Réglementation de présentation du mémoire de Thèse**

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 Professeur Thomas COLARD**

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie.*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur au Muséum National d'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

*Je vous remercie pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury de thèse et pour l'immense honneur que vous me faites. Soyez assuré de mon profond respect.*

**Madame le Docteur Céline CATTEAU**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**  
*Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie  
Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

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

Coordonnateur inter-région du DES de Médecine Bucco-Dentaire

Docteur de l'Université d'Auvergne – Discipline Odontologie

Master II Recherche « Santé et Populations », Spécialité Evaluation en Santé &  
Recherche Clinique - Université Claude Bernard, Lyon I

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales – Université Lille2

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les soins  
dentaires – UFR d'Odontologie de Clermont-Ferrand

Formation certifiante « concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au  
contexte de vie d'un patient » - CERFEP Lille

*Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury,  
je vous en suis sincèrement reconnaissante. Au  
cours de mes années d'études j'ai suivi votre  
enseignement avec plaisir. Je vous remercie pour  
vos qualités pédagogiques et humaines. Veuillez  
trouver, à travers ce travail, l'expression de ma  
profonde estime.*

**Madame le Docteur Amélie de BROUCKER**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**  
*Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques,  
Biomatériaux, Biophysique et Radiologie.*

Docteur en Chirurgie Dentaire

*Je vous remercie pour la gentillesse avec laquelle vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse. J'ai particulièrement apprécié les vacances passées à vos côtés. Votre confiance en moi m'a permis de développer une meilleure assurance dans ma pratique. Soyez assurée de mon immense gratitude.*



**Monsieur le Docteur Philippe ROCHER**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**  
*Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques,  
Biomatériaux, Biophysique et Radiologie.*

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)  
Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales  
D.E.A de Génie Biologique et Médicale (option Biomatériaux)  
D.U de Génie Biologique et Médicale  
C.E.S de Biomatériaux

*Je tiens à vous remercier vivement pour la confiance que vous m'avez témoignée avec la direction de cette thèse. J'ai vraiment apprécié votre disponibilité tout au long de ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de ma plus haute considération.*

*Je dédie cette thèse...*



## Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>14</b>
<b>Organisation générale des locaux.....</b>	<b>16</b>
1. Organisation d'un cabinet dentaire.....	16
1.1. Introduction .....	16
1.2. Conseils .....	16
1.3. Obligations et recommandations .....	16
1.4. Textes.....	17
1.5. Organisation pratique.....	19
1.6. Conclusion .....	21
2. Faisabilité d'une opération d'installation.....	22
2.1. Introduction .....	22
2.2. Obligations .....	23
2.3. Dispositifs d'aide .....	24
2.4. Textes.....	25
2.5. Conséquences pratiques .....	26
3. Accessibilité aux personnes handicapées.....	28
3.1. Introduction .....	28
3.2. Obligations .....	28
3.3. Textes.....	47
3.4. Conséquences pratiques .....	48
4. Sécurité .....	49
4.1. Introduction .....	49
4.2. Obligations .....	49
4.3. Textes.....	51
<b>Éléments de confort et de sécurité.....</b>	<b>53</b>
1. Ambiance lumineuse .....	53
1.1. Introduction .....	53
1.2. Obligations et recommandations .....	54
1.3. Textes.....	57
1.4. Conséquences pratiques .....	57
2. Ambiance sonore .....	59
2.1. Introduction .....	59
2.2. Obligations .....	59
2.3. Textes.....	61
3. Ambiance thermique et hygrométrique, qualité de l'air .....	63
3.1. Introduction .....	63
3.2. Obligations .....	63
3.3. Textes.....	65
3.4. Conséquences pratiques .....	66
4. Installation des appareils de radiodiagnosics.....	69
4.1. Introduction .....	69
4.2. Obligations .....	69
4.1. Textes.....	77
4.2. Conséquences pratiques .....	78
<b>Matériaux utilisables .....</b>	<b>80</b>
1. Revêtements de sol et muraux, plans de travail et plafonds .....	80
1.1. Introduction .....	80
1.2. Recommandations .....	80
<b>Circuits de distribution .....</b>	<b>85</b>
1. Eau.....	85

1.1. Introduction .....	85
1.2. Obligations .....	85
1.3. Textes .....	86
1.4. Conséquences pratiques .....	86
1.5. Conseils pratiques .....	89
2. Air comprimé .....	90
2.1. Introduction .....	90
2.2. Recommandations .....	90
2.3. Textes .....	92
2.4. Conséquences pratiques .....	92
3. Electricité .....	93
3.1. Introduction .....	93
3.2. Obligations .....	94
3.3. Textes .....	94
3.4. Conséquences pratiques .....	95
<b>Cahier des charges pour chaque pièce du cabinet .....</b>	<b>97</b>
1. La salle de soins .....	97
1.1. Introduction .....	97
1.2. Conseils .....	97
2. Le secrétariat, l'accueil .....	102
2.1. Introduction .....	102
2.2. Conseils .....	102
3. La salle d'attente .....	104
3.1. Introduction .....	104
3.2. Conseils .....	104
4. La salle de stérilisation .....	106
4.1. Introduction .....	106
4.2. Conseils .....	106
5. Le local destiné à l'entreposage des déchets .....	109
5.1. Introduction .....	109
5.2. Conseils .....	109
5.3. Obligations .....	109
6. Les toilettes .....	113
6.1. Introduction .....	113
6.2. Conseils .....	113
<b>Conclusion .....</b>	<b>114</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>116</b>
<b>Lexique .....</b>	<b>125</b>

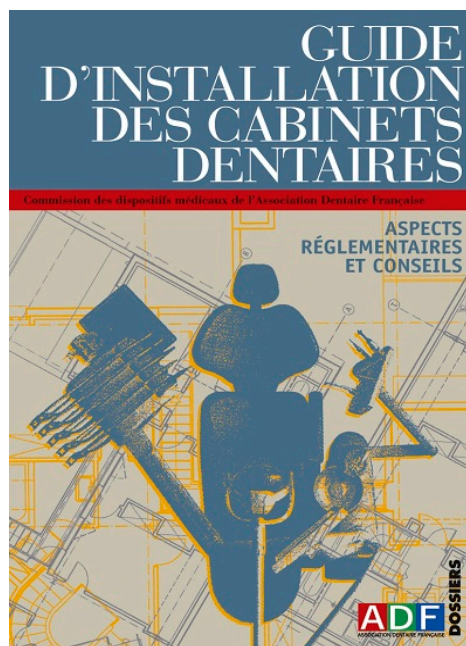
## Introduction

Créée en 1970, l'**Association dentaire française (ADF)** réunit aujourd'hui de nombreux organismes professionnels du monde dentaire.

Etroitement liée au développement de la profession, elle se distingue sur différents champs d'action.

En effet, elle s'impose comme le porte-parole privilégié pour défendre les intérêts de la profession sur les grands thèmes déterminant son avenir. Aussi, elle pilote des commissions et groupes de travail qui réfléchissent à l'émergence de nouvelles pratiques et à l'élaboration de nouvelles recommandations. Enfin, elle propose différents outils de formation continue aux professionnels (formations en ligne, rendez-vous tels que le congrès annuel, publications).

Parmi ces publications, les **Dossiers de l'ADF** (1) ont pour objectif d'offrir une réponse la plus complète possible aux interrogations des praticiens concernant différents aspects de la pratique quotidienne. Ces dossiers s'inscrivent ainsi dans cette démarche de formation continue et sont publiés lors du Congrès ADF annuel de novembre.



*Illustration 1 : Première de couverture du Guide d'installation des cabinets dentaires*

Le **Guide d'installation des cabinets dentaires – Aspects réglementaires et conseils** (2) fait partie des Dossiers de l'ADF, il a été publié en 2006 et mis à jour en 2007.

Il rassemble les obligations à respecter par les professionnels pour toute opération d'installation et apporte également des recommandations et conseils afin de faciliter celle-ci.

De cette façon, il constitue un outil utile au jeune praticien souhaitant créer son cabinet qui, pour chaque étape de sa démarche, pourra consulter ce livre pour y trouver des informations.

Qu'il s'agisse d'un projet de construction ou de rénovation, le *Guide d'installation des cabinets dentaires* propose aux professionnels des conseils sur l'organisation générale et l'aménagement des locaux, il présente la réglementation relative à l'accessibilité aux personnes handicapées et les règles issues des différentes normes (appareils de radiodiagnostic, électricité), enfin il met à disposition un cahier des charges pour chaque pièce du cabinet.

Dans un contexte d'évolution permanente de la société, le cadre législatif du chirurgien-dentiste et de son cabinet change constamment. Afin d'être en accord avec la loi, ces changements doivent être connus de tous.

Par conséquent, il est nécessaire d'actualiser le *Guide d'installation des cabinets dentaires* dont la dernière mise à jour date de 2007.

Pour ce faire, en partant de la version de 2007 du *Guide*, j'ai comparé le cadre législatif et réglementaire de l'époque avec l'actuel.

En effet, pour chaque sujet abordé dans le livre, j'ai cherché si les articles de loi cités avaient changé, si des arrêtés ou des décrets avaient été publiés et si les normes avaient été révisées.

Je me suis également appuyée sur les différents écrits parus tels que les documents élaborés par le Ministère de la Santé, l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) ou encore les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC). Mes recherches ont aussi reposé sur les publications du Conseil de l'Ordre et les Dossiers de l'ADF.

Enfin, j'ai pu actualiser les informations grâce aux données recueillies.

## Organisation générale des locaux

### 1. Organisation d'un cabinet dentaire

#### 1.1. Introduction

Il n'existe pas d'obligation d'ordre général en ce qui concerne l'organisation d'un cabinet dentaire sauf pour les **déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (DASRI)**, la **radioprotection** et en cas d'**embauche de personnel**.

En l'absence de texte réglementaire, ce sont des recommandations et quelques conseils qui sont formulés.

#### 1.2. Conseils

L'aménagement d'un cabinet dentaire doit être organisé autour des patients qui s'y rendent, ainsi qu'autour des personnes qui y travaillent quotidiennement.

Un cabinet ergonomique permet des déplacements sans obstacle, tant dans les zones cliniques que paracliniques, afin de faciliter les accès aux différents équipements et matériels et aux zones administratives, d'accueil et d'attente.

La rigueur dans la planification, la conception et la réalisation d'un cabinet dentaire, étapes essentielles à la réussite du cabinet, nécessite le plus souvent des avis spécialisés.

#### 1.3. Obligations et recommandations

L'organisation du cabinet dentaire se fait autour des différentes pièces qui le composent.

Certaines pièces sont incontournables du fait de la nature même de l'activité qui est exercée dans les locaux alors que d'autres sont rendues obligatoires par certains textes législatifs et réglementaires. Enfin, certaines pièces dépendent de la superficie des locaux, et ne sont nullement obligatoires.

Les pièces nécessaires à toute installation minimale d'un cabinet sont :



- un accueil/secrétariat ;
- une salle d'attente ;
- une salle de soins ;
- une salle de stérilisation ;
- un local technique ;
- une zone de stockage des DASRI ;
- des toilettes pour le public.

En cas d'emploi de personnel, certaines pièces sont obligatoires :

- des toilettes ;
- une salle de repos avec restauration.

Il est possible, quand la superficie le permet, d'ajouter :

- un bureau privé pour le praticien ;
- une salle de radiologie ;
- une salle de chirurgie ;
- un laboratoire ;
- une salle de prévention.

## 1.4. Textes

### ⇒ Code du travail

- Article R.4221-1 (3) : définition des lieux de travail. Il s'agit des « *lieux destinés à recevoir des postes de travail situés ou non dans les établissements auxquels le travailleur a accès dans le cadre de son travail* ».
- Article R.4224-2 (4) : « *Les bâtiments abritant des lieux de travail doivent avoir des structures et une solidité appropriées au type d'utilisation* ».
- Article R.4224-9 à R.4224-13 (5–9) : réglementation de sécurité des portes et portails selon leur catégorie (va-et-vient, transparents, coulissants, s'ouvrant vers le haut); obligation d'entretien et de contrôles réguliers.
- Article R.4224-14 (9) : « *les lieux de travail sont équipés d'un matériel de premier secours adapté à la nature des risques et facilement accessible.* » Ce matériel doit faire l'objet d'une signalisation par panneaux.
- Article R.4225-6 et R.4225-7 (10, 11) : aménagement des locaux, des postes de travail et des signaux de sécurité pour l'accessibilité des travailleurs

handicapés.

- Article R.4228-1 (12) : les employeurs doivent mettre à la disposition des travailleurs les moyens d'assurer leur propreté individuelle, notamment des vestiaires, des lavabos, des cabinets d'aisances.
- Article R.4228-2 (13) : les vestiaires collectifs et les lavabos doivent être installés dans un local spécial de surface convenable, isolé des locaux de travail et de stockage. Si les vestiaires et les lavabos sont installés dans des locaux séparés, la communication entre eux doit se faire sans passer par les locaux de travail ou de stockage et sans passer par l'extérieur.
- Article R.4228-6 (14) : aménagement des vestiaires collectifs avec des sièges et des armoires individuelles ininflammables. Ces armoires doivent permettre de suspendre au moins deux vêtements de ville et comprendre, le cas échéant, un compartiment réservé aux vêtements de travail souillés de matières dangereuses, salissantes ou malodorantes. Ces armoires doivent être munies d'un cadenas ou d'une serrure.
- Article R.4228-7 (15) : les lavabos doivent être à eau potable, l'eau doit être à température réglable et distribuée à raison d'un lavabo pour dix travailleurs au plus. Des moyens de nettoyage, de séchage ou d'essuyage doivent être mis à disposition et entretenus ou changés chaque fois que cela est nécessaire.
- Article R.4228-10 (16) : réglementation sur les cabinets d'aisances :
  - aménagement
  - nombre de cabinets minimum en fonction du nombre d'employés : 1 cabinet et 1 urinoir pour 20 hommes et 2 cabinets pour 20 femmes.
- Article R.4225-7 (11) : installations sanitaires appropriées pour les personnes handicapées physiques.
- Article R.4228-16 (17) : dispenses possibles par l'inspection du travail pour des raisons tenant à la disposition des locaux.
- Article R.4228-19 (18) : interdiction de laisser les travailleurs prendre leur repas dans les locaux affectés au travail.
- Article R.4228-23 (19) : si le nombre de salariés prenant leur repas sur place est inférieur à 25, l'employeur doit mettre à leur disposition un emplacement permettant de se restaurer dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité.
- Article R.4228-25 (20) : à défaut de local de repos, le local de restauration doit pouvoir en faire office en dehors des heures de repas.

⇒ **Code de la santé publique**

- Article R.1335-7 (21) : modalités d'entreposage des DASRI

Les modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins et assimilés, notamment la durée d'entreposage ainsi que les caractéristiques et les conditions d'entretien des locaux d'entreposage, sont définies par arrêté des ministres chargés de l'environnement et de la santé, pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

⇒ **Code de la construction et de l'habitation**

- Articles R.111-19 à R.111-19-12 (22–34) : dispositions concernant l'accessibilité des établissements recevant du public aux personnes handicapées.
  - Cheminements praticables par les personnes handicapées
  - Ascenseurs
  - Escaliers
  - Parcs de stationnement automobile
  - Toilettes
  - Signalisation

⇒ **Arrêté du 7 septembre 1999** (35) relatif aux modalités d'entreposage des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques (articles 2 à 11).

## 1.5. Organisation pratique

Plusieurs éléments doivent être pris en considération :

- a) le développement des nouvelles technologies ;
- b) la communication ;
- c) l'hygiène et l'asepsie.

⇒ **REPARTITION DES ESPACES**

Les différentes zones fonctionnelles (publique, privée, clinique, accueil, administrative, etc.) et les rapports entre elles doivent être définis et clarifiés, même schématiquement.

Dans un cabinet bien conçu, chacun doit pouvoir se déplacer avec un trajet minimum. Le praticien et son assistante doivent atteindre les équipements et le matériel le plus aisément possible.

Une flexibilité relative au niveau des salles de soins est très utile en raison de l'évolution rapide des techniques et de l'apparition de nouveaux matériels.

### ⇒ DETERMINATION DES ZONES FONCTIONNELLES

Cette étape dans la réalisation de l'**espace dentaire** est possible en divisant de façon simple le cabinet en trois zones distinctes :

- une zone « **active** » où se concentre l'activité de l'équipe soignante et nécessitant le niveau de propreté le plus élevé ;
- une zone « **semi-active** » servant de sas, l'activité de l'équipe soignante y est moins dense ;
- une zone « **passive** » dans laquelle l'équipe soignante n'a pas d'activité.

La **zone active** regroupe :

- la ou les salles de soins ;
- la salle de stérilisation.

Eventuellement :

- la salle de chirurgie ;
- le laboratoire ;
- le local technique.

La **zone semi-active** regroupe :

- l'accueil et le secrétariat ;
- le bureau du praticien pour recevoir les patients ;
- la salle de radiologie ;
- la pièce de stockage ;
- la salle de prévention et d'information.

La **zone passive** comprend :

- la salle d'attente ;

- les toilettes des patients ;
- éventuellement la salle de repos du personnel qui, le plus souvent, se trouve dans la zone semi-active car elle comporte régulièrement une partie vestiaire pour le personnel ainsi que des toilettes privées.

## 1.6. Conclusion

Cette séparation physique de l'espace dentaire devra concilier le respect des **normes d'hygiène** (réduction du risque de contamination croisée) et les **principes ergonomiques** (réduction des trajets, diminution de la tension et de la fatigue tant pour le praticien que pour l'assistante et le patient).

## **2. Faisabilité d'une opération d'installation**

### **2.1. Introduction**

La faisabilité d'une opération d'installation a pour objet de définir la possibilité ou non de construire ou d'aménager un cabinet dentaire dans un lieu donné.

Lors d'un **projet de construction** ou de **rénovation**, différents acteurs interviennent afin :

- d'élaborer un programme qui va traduire l'expression des besoins,
- d'arrêter le projet à construire au vu du programme,
- de suivre l'ensemble de l'opération.

Cette démarche chronologique doit correspondre à un calendrier précis.

Avant le montage d'une opération de construction ou de rénovation, il est nécessaire de s'assurer de la qualité et du rôle de chaque intervenant.

⇒ **LE MAÎTRE D'OUVRAGE** (le propriétaire) :

- Personne (publique ou privée) pour le compte de laquelle des travaux ou un ouvrage immobilier sont réalisés.
- Il commande l'opération et en assure le financement.
- Il est responsable de la commande, du choix des entreprises et de l'ouvrage construit ou rénové après réception des travaux.

⇒ **LE MAÎTRE D'OEUVRE** (l'architecte) :

- Personne chargée de réaliser un ouvrage ou des travaux immobiliers pour le compte du maître d'ouvrage, ou d'en diriger la réalisation.
- Il est responsable de la conception et de la réalisation de l'ouvrage. Il s'assure de la réalisation selon les règles de l'art.
- Il élabore un projet répondant au programme et, après acceptation du maître d'ouvrage, est responsable de l'exécution des travaux par les entreprises.

Un cabinet dentaire est un **établissement recevant du public (ERP) de type U** :  
**« établissement de soins sans hébergement de 5e catégorie pouvant recevoir moins de 100 personnes ».**

## 2.2. Obligations

### ⇒ OBLIGATIONS DEONTOLOGIQUES

Toute installation dans un ensemble immobilier à caractère exclusivement commercial est interdite.

### ⇒ AUTORISATIONS ADMINISTRATIVES

- **Aménagement d'un cabinet dentaire dans un immeuble à usage de bureaux et professions libérales** : l'immeuble devra respecter la réglementation relative aux ERP.
- **Aménagement d'un cabinet dentaire dans un local initialement affecté à l'habitation** : si le local est dans un immeuble en copropriété, il faut s'assurer que le règlement de copropriété permette l'installation d'une profession libérale. Si ce n'est pas le cas, une modification de ce règlement s'impose, lors d'une assemblée générale des copropriétaires.

Dans tous les cas, une **déclaration de changement d'usage des locaux** auprès des services administratifs compétents est nécessaire. Dans les communes de plus de 200 000 habitants et dans les départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne, il est nécessaire d'avoir une autorisation préalable délivrée par le préfet du département après avis du maire.

- **Construction nouvelle** : il faudra tenir compte des règlements d'urbanisme de la commune et, le cas échéant, des règles propres au lotissement.

Tous travaux ayant pour conséquence une modification des locaux existants ou un changement d'affectation des locaux devront faire l'objet soit d'un **permis de construire**, soit d'une **déclaration préalable de travaux**.

Quiconque désirant entreprendre des travaux soumis à une autorisation de construire doit faire appel à un architecte pour établir le projet architectural faisant l'objet de la demande de permis de construire.

Toutefois, le recours à l'architecte n'est pas obligatoire pour les constructions dont la surface maximale de plancher n'excède pas 150 m<sup>2</sup> et dont la demande est faite par une personne physique.

La surface de plancher est égale à la somme des surfaces de plancher closes et couvertes, sous une hauteur de plafond supérieure à 1,80 m, calculée à partir du nu intérieur des façades du bâtiment.

Le recours à l'architecte n'est pas obligatoire pour des travaux soumis au permis de construire ou à autorisation de travaux qui concernent exclusivement l'aménagement et l'équipement des espaces intérieurs des constructions et des vitrines commerciales ou qui sont limités à des reprises n'entraînant pas de modification visible de l'extérieur.

Le maître d'ouvrage doit souscrire, avant l'ouverture du chantier, une **assurance « dommage ouvrage » obligatoire**.

**En tant qu'ERP, le cabinet dentaire doit être accessible aux personnes handicapées.** Cette obligation s'applique aussi bien aux immeubles neufs qu'aux immeubles existants. Les ERP existants doivent être conformes à la réglementation relative à l'accès des personnes handicapées.

### **2.3. Dispositifs d'aide (36)**

Lors d'une opération d'installation, il est possible de bénéficier de certaines aides financées par l'Etat, la sécurité sociale ou les collectivités territoriales.

Ces dispositifs d'aide revêtent différentes formes et varient selon leurs conditions d'attribution, leur durée et la zone d'installation choisie :

- **Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)** est une allocation mensuelle de 1 200 € brute et imposable versée pendant la durée des études à un étudiant qui s'engage à s'installer dans un territoire défini régionalement par l'ARS.
- **L'exonération de la CFE (cotisation foncière des entreprises)** est attribuée pour une durée de 2 à 5 ans à tout professionnel de santé qui s'installe dans une commune de moins de 2 000 habitants ou située dans une ZRR (zone de revitalisation rurale).
- **Les exonérations en ZRR** s'adressent à toute activité nouvelle dans les communes situées en ZRR, il s'agit d'exonération d'IR ou d'IS (8 ans) ou



d'exonération totale de cotisations sociales pour l'embauche d'un salarié (<150% du SMIC) (1 an).

- **Le contrat incitatif** est une option de la convention passée avec la sécurité sociale pour les chirurgiens-dentistes qui s'installent dans une zone très sous-dotée appartenant au zonage conventionnel. Il s'agit d'une participation financière à l'équipement (15 000 €) et d'une prise en charge de la totalité des cotisations Urssaf au titre des allocations familiales (3 ans renouvelables).
- **Les bourses d'études, prises en charge de frais, mises à disposition de locaux, etc.**, qui dépendent des collectivités locales.

## 2.4. Textes

### ⇒ Code de la construction et de l'habitation

- Articles R.111-19-16 à R.111-19-20 (37–41) : Le dossier de demande du permis de construire ou d'autorisation de travaux doit comporter les plans et documents nécessaires pour vérifier la conformité des travaux aux règles d'accessibilité et aux règles de sécurité. Il doit être établi en 3 exemplaires.
- Article R.123-2 (42) : définition de l'établissement recevant du public : 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.
- Article R.123-19 (43) : classification des ERP en 5 catégories, en fonction de l'effectif du public accueilli
- Article L.631-7 à L.631-9 (44–46) : dispositions concernant le changement d'usage des locaux

### ⇒ Code de l'urbanisme

- Article L.421-1 (47) : obligation d'obtenir un permis de construire pour tous travaux de construction
- Articles L.421-4 (48) : travaux exemptés de permis de construire
- Article R.431-2 (49) (50) : cas dans lesquels le recours à un architecte n'est pas obligatoire

- Loi 77-2 du 3 janvier 1977 sur l'architecture (51)

⇒ **Code de la santé publique**

- Article R.4127-215 (52) : « *La profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont notamment interdits :*

*1° l'exercice de la profession dans un local auquel l'aménagement ou la signalisation donne une apparence commerciale,*

*2° toute installation dans un ensemble immobilier à caractère exclusivement commercial... ».*

⇒ **Code des assurances**

- Article L.242-1 (53) : obligation de souscrire une assurance dommage ouvrage en cas de travaux

## **2.5. Conséquences pratiques**

Le **permis de construire** est une autorisation administrative délivrée sous réserve du droit des tiers. Il est donc recommandé au demandeur de s'assurer que son projet de construction respecte bien les droits privés éventuels des tiers intéressés.

Il peut s'agir notamment de **servitudes** de droit privé telles que les servitudes de vue, d'enselement, de mitoyenneté ou de passage.

Pour un projet situé dans un lotissement, il peut également s'agir des règles figurant au cahier des charges du lotissement.

Il est également recommandé au demandeur :

- de s'informer auprès des services de l'urbanisme des règles concernant plus particulièrement la protection de l'environnement, l'hygiène et la sécurité du travail, la sécurité et la santé publiques dont le respect relève de sa propre responsabilité ;
- de s'assurer que la conception du projet permette l'usage normal de la construction dans le respect des dites règles.

La présente recommandation vise notamment les projets de construction à destination autre que l'habitation.

Le maire délivre les permis de construire et dispose d'un pouvoir d'initiative pour les visites concernant l'accessibilité et la sécurité des établissements recevant du public de 5e catégorie.

Les avis des différentes commissions n'étant que consultatifs, la responsabilité de prendre l'arrêté d'ouverture, de fermeture ou de poursuite d'exploitation revient au maire.

⇒ **Places de stationnement**

Le nombre de places de stationnement à réaliser lors d'une opération immobilière est souvent imposé par un document réglementaire : Plan Local d'Urbanisme (PLU) ou Plan d'Occupation des Sols (POS), règlement du Plan d'Aménagement de Zone (PAZ) et règlement de lotissement.

Des dispositions dérogatoires peuvent être prévues sous réserves :

- de justifier de l'achat d'un nombre équivalent de places de stationnement à proximité,
- ou de s'acquitter d'une taxe spécifique auprès de la collectivité, en vue de la réalisation de parcs publics de stationnement.

Si les travaux ou constructions ne sont pas soumis à l'obtention d'un permis de construire, les dispositions contenues dans le plan local d'urbanisme relatives à la réalisation d'aires de stationnement s'appliquent.

### 3. Accessibilité aux personnes handicapées

#### 3.1. Introduction

Est réputé accessible aux personnes handicapées tout établissement ou installation offrant à ces personnes, notamment à celles qui se déplacent en fauteuil roulant, la possibilité, dans des conditions normales de fonctionnement, de pénétrer dans l'établissement ou l'installation, d'y circuler, d'en sortir et de bénéficier de toutes les prestations offertes au public en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçu.

*Depuis l'ordonnance du 26/09/2014 (54), le concept du « handicap » s'est élargi :  
« Tout type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique et  
les personnes âgées »  
Il désigne alors les personnes à mobilité réduite mais aussi ayant une déficience visuelle  
ou auditive ou encore une déficience cognitive ou psychique.*

#### 3.2. Obligations

La demande du permis de construire ou de l'autorisation de travaux doit être accompagnée d'une **notice d'accessibilité** concernant les établissements recevant du public.

Ces dispositions sont les mêmes qu'il s'agisse de la construction d'un bâtiment neuf ou de la création d'un ERP dans un bâtiment existant.

L'article 41 de la loi 2005-102 du 11 février 2005 (55) *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* a modifié le code de la construction et de l'habitation (CCH) **en rendant obligatoire** pour tous les établissements recevant du public (ERP), **même existants, le respect des normes en matière d'accessibilité aux personnes handicapées.**

Le décret n°2006-555 du 17 mai 2006 *relatif à l'accessibilité des ERP et des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation* (56), portant application des dispositions de l'article 41 de la loi, a précisé les règles applicables en la matière.

En ce qui concerne les cabinets dentaires, ERP de 5e catégorie, c'est l'article R.111-19-7 (29) qui s'applique :

- Les travaux de modification ou d'extension des ERP, sans changement de destination, réalisés à l'intérieur des volumes ou surfaces existants, doivent permettre de maintenir les conditions d'accessibilités existantes.
- Les travaux entraînant la construction de surfaces ou de volumes nouveaux doivent être accessibles aux personnes handicapées, quel que soit leur handicap.

Cette obligation porte sur les parties extérieures et intérieures des établissements et installations. Elle concerne :

- les circulations,
- une partie des places de stationnement automobile,
- les ascenseurs,
- les locaux et leurs équipements.

L'aménagement des locaux doit donc permettre, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées :

- de circuler,
- d'accéder aux locaux et équipements,
- d'utiliser les équipements,
- de se repérer,
- de communiquer
- de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement a été conçu.

Depuis le 1er janvier 2015, les parties de bâtiments où sont réalisées des travaux de modification sans changement de destination doivent être conformes à la réglementation.

L'ordonnance du 26 septembre 2014 (54) *relative à la mise en accessibilité des ERP, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées*, a élargi le concept de handicap à « tout type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique et le personnes âgées » et a permis la création d'Agendas d'Accessibilité Programmée (Ad'AP) pour la mise en accessibilité de l'établissement sur 1, 2 ou 3 ans. Toutefois, il fallait entrer dans ce dispositif avant le 27 septembre 2015 pour les établissements non accessibles au 1er janvier 2015.

Des dérogations peuvent être accordées par le préfet :

- pour des motifs liés à la conservation du patrimoine architectural,
- en cas de refus par l'assemblée générale des copropriétaires de réaliser des travaux dans les parties communes,
- en cas d'impossibilité technique résultant de l'environnement du bâtiment, et notamment :
  - les caractéristiques du terrain ;
  - la présence de construction existante ;
  - la présence de contraintes liées au classement de la zone de construction, notamment au regard de la réglementation de prévention contre les inondations ;
  - pour la création d'un ERP dans une construction existante, en raison des difficultés liées à ses caractéristiques ou à la nature des travaux qui y sont réalisés ;
  - lorsque les travaux d'accessibilité sont susceptibles d'avoir des conséquences excessives sur l'activité de l'établissement ;
  - si l'établissement remplit une mission de service public, les dérogations ne peuvent être accordées que si des mesures de substitution sont prévues.

Un ascenseur est obligatoire dans les parties de bâtiments d'habitation collectifs de plus de 3 étages accueillant des logements au-dessus ou au-dessous du rez-de-chaussée. Chaque niveau doit être desservi par l'ascenseur.

Ces dispositions s'appliquent aux ERP et aux installations ouvertes au public existant, ainsi qu'aux ERP de 5e catégorie créés par changement de destination pour accueillir des **professions libérales**.

Ces textes sont complétés par un **arrêté du 8 décembre 2014** (57) précisant les caractéristiques techniques relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées lors de la construction ou de la création d'établissements recevant du public ou d'installations ouvertes au public.

#### ⇒ **CHEMINEMENT EXTERIEUR**

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

## 1. Repérage et guidage

- Une signalisation adaptée doit être mise en place à l'entrée du terrain de l'opération, à proximité des places de stationnement pour le public, ainsi qu'en chaque point du cheminement accessible où un choix d'itinéraire est donné à l'utilisateur.
- Le revêtement du cheminement accessible doit présenter un contraste visuel et tactile par rapport à son environnement, ou au moins sur toute sa longueur un repère continu, tactile pour le guidage à l'aide d'une canne d'aveugle, et visuellement contrasté par rapport à son environnement pour faciliter le guidage des personnes malvoyantes.

## 2. Caractéristiques dimensionnelles

### a) Profil en long :

Le cheminement accessible doit être horizontal et sans ressaut.

Lorsqu'une dénivellation ne peut être évitée, un plan incliné de pente inférieure ou égale à 6% doit être aménagé afin de la franchir. Les valeurs de pentes suivantes sont tolérées exceptionnellement :

- Jusqu'à 10 % sur une longueur inférieure ou égale à 2 m ;
- Jusqu'à 12 % sur une longueur inférieure ou égale à 0,50 m.

Un palier de repos est nécessaire en haut et en bas de chaque plan incliné. En cas de plan incliné de pente supérieure ou égale à 5 %, un palier de repos est nécessaire tous les 10 m.

Un faible écart de niveau peut être traité par un ressaut à bord arrondi ou muni d'un chanfrein et dont la hauteur doit être inférieure ou égale à 2 cm. Cette hauteur maximale peut toutefois être portée à 4 cm si le ressaut comporte sur toute sa hauteur une pente ne dépassant pas 33 %.

La distance minimale entre deux ressauts successifs est de 2,50 m. Ces ressauts successifs doivent être séparés par des paliers de repos.

Les pentes créées comportant plusieurs ressauts successifs, dits « pas d'âne », sont interdites.

Un plan incliné ne doit pas présenter pas de ressaut, ni en haut ni en bas.

### b) Profil en travers :

La largeur minimale du cheminement accessible doit être de 1,20 m libre de tout obstacle, sans préjudice des prescriptions prévues par le règlement de sécurité

contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.

En cas de rétrécissement ponctuel, la largeur minimale du cheminement peut, sur une faible longueur, être comprise entre 0,90 m et 1,20 m de manière à permettre le passage d'une personne en fauteuil roulant.

Le cheminement doit être conçu et mis en œuvre de manière à éviter la stagnation d'eau. Lorsqu'un dévers est nécessaire, il doit être inférieur ou égal à 3 %.

*c) Espaces de manœuvre et d'usage pour les personnes circulant en fauteuil roulant :*

Un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour est nécessaire en chaque point du cheminement où un choix d'itinéraire est donné à l'utilisateur. De même, un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour est nécessaire au droit du système de contrôle d'accès des portes d'entrée desservies par un cheminement accessible.

Un espace de manœuvre de porte est nécessaire de part et d'autre de chaque porte ou portillon situé le long du cheminement, à l'exception des portes et portillons automatiques coulissants dès lors qu'est prévue la détection de toute personne avant le passage de la porte et son passage de la porte en toute sécurité, des portes et des portillons ouvrant uniquement sur un escalier et des portes des sanitaires, des douches et des locaux non adaptés.

Un espace d'usage est nécessaire devant chaque équipement ou aménagement situé le long du cheminement afin d'en permettre l'atteinte et l'usage.

### **3. Sécurité d'usage**

- Le sol ou le revêtement de sol du cheminement accessible doit être non meublé, non glissant, non réfléchissant et sans obstacle à la roue.
- Les trous et fentes situés dans le sol du cheminement doivent avoir une largeur ou un diamètre inférieur ou égal à 2 cm.
- Le cheminement accessible doit être libre de tout obstacle. Afin d'être repérables et d'éviter le danger de choc, les éléments éventuels qui ne peuvent pas être mis en dehors du cheminement doivent répondre aux exigences suivantes :
  - s'ils sont suspendus au-dessus du cheminement, laisser un passage libre d'au moins 2,20 m de hauteur au-dessus du sol ;



- s'ils sont implantés sur le cheminement, quelle que soit leur hauteur, ou en saillie latérale de plus de 15 cm sur le cheminement, comporter un élément de contraste visuel par rapport à leur environnement immédiat et un rappel tactile ou un prolongement au sol.
- Afin d'être repérables et d'éviter le danger de choc, lors de leur installation ou lorsque des travaux sont réalisés sur le cheminement, les éléments suspendus en porte-à-faux ou en saillie latérale de plus de 15 cm qui ne peuvent pas être mis en dehors du cheminement accessible doivent être accompagnés de dispositifs permettant de prévenir du danger de choc. Ces dispositifs sont situés dans la zone de balayage d'une canne de détection, présentent des angles arrondis et ne présentent pas d'arête vive.
- Lorsque le cheminement est bordé à une distance inférieure à 0,90 m par une rupture de niveau d'une hauteur de plus de 0,40 m, un dispositif de protection doit être implanté afin d'éviter les chutes.
- En cas de travaux réalisés sur un cheminement bordé à une distance inférieure à 0,90 m par une rupture de niveau d'une hauteur de plus de 0,25 m, un dispositif de protection doit être implanté afin d'alerter les personnes du risque de chute.
- Lorsqu'un escalier est situé dans un espace de circulation, la partie située en dessous de 2,20 m, si elle n'est pas fermée, doit être visuellement contrastée, comporter un rappel tactile au sol situé dans la zone de balayage d'une canne de détection et être réalisée de manière à prévenir les dangers de chocs pour des personnes aveugles ou malvoyantes.
- Les parois vitrées situées sur les cheminements ou en bordure immédiate de ceux-ci doivent être repérables par des personnes de toutes tailles à l'aide d'éléments visuels contrastés par rapport à l'environnement immédiat et visibles de part et d'autre de la paroi.
- Toute volée d'escaliers comportant trois marches ou plus doit répondre aux exigences applicables aux escaliers (citées après dans la partie « escaliers »), à l'exception des dispositions concernant l'éclairage.
- Toute volée d'escalier comportant moins de trois marches doit répondre aux exigences applicables aux escaliers (citées après dans la partie « escaliers ») (sauf la sous-partie « 2. Sécurité d'usage »), à l'exception de la disposition concernant l'éclairage.

- Lors de l'installation et du remplacement du dispositif d'éveil à la vigilance, celui-ci doit respecter les dispositions décrites dans l'annexe 7 de l'arrêté. Les spécifications de la norme NF P 98-351:2010 sont réputées satisfaire à ces exigences.
- Lorsqu'un cheminement accessible croise un itinéraire emprunté par des véhicules, la covisibilité entre les conducteurs des véhicules et les piétons doit être garantie afin de permettre à chacun de pouvoir évaluer la possibilité de franchir le croisement sans risque de collision. Pour cela, le cheminement doit comporter au droit de ce croisement :
  - un élément permettant l'éveil à la vigilance des piétons ;
  - un marquage au sol et une signalisation qui indiquent également aux conducteurs des véhicules qu'ils croisent un cheminement pour piétons.

Le cheminement doit comporter un dispositif d'éclairage répondant aux exigences définies à l'article 14.

#### ⇒ **STATIONNEMENT**

Tout parc de stationnement automobile intérieur ou extérieur à l'usage du public et dépendant d'un établissement recevant du public ou d'une installation ouverte au public doit comporter une ou plusieurs places de stationnement adaptées pour les personnes handicapées et réservées à leur usage.

Une place de stationnement adaptée doit être aisément repérable par tous à partir de l'entrée du parc de stationnement, positionnée, dimensionnée et équipée de façon à permettre aux personnes titulaires de la carte de stationnement pour personnes handicapées, et en particulier à une personne en fauteuil roulant ou à son accompagnateur, de stationner son véhicule au plus proche d'un cheminement accessible conduisant à une entrée ou à une sortie accessible de l'établissement.

Les places adaptées, quelle que soit leur configuration, notamment lorsqu'elles sont réalisées dans un volume fermé, sont telles qu'un usager en fauteuil roulant peut quitter l'emplacement une fois le véhicule garé.

Les places des parcs de stationnement automobile adaptées pour les personnes handicapées doivent répondre aux dispositions suivantes :

## **1. Situation**

Les places de stationnement adaptées nouvellement créées doivent être localisées à proximité d'une entrée, de la sortie accessible, du hall d'accueil ou de l'ascenseur et reliées à ceux-ci par un cheminement accessible. La borne de paiement doit être située dans un espace accessible.

Dans les parcs de stationnement en ouvrage enterrés ou aériens, les places de stationnement adaptées et réservées aux personnes handicapées peuvent être concentrées sur les deux niveaux les plus proches de la surface.

## **2. Repérage**

Chaque place adaptée destinée au public doit être repérée par un marquage au sol ainsi que par une signalisation verticale.

## **3. Nombre**

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

## **4. Caractéristiques dimensionnelles**

Une place de stationnement adaptée doit correspondre à un espace horizontal au dévers près, inférieur ou égal à 3%. La largeur minimale des places adaptées doit être de 3,30 m et leur longueur minimale doit être de 5 m.

Pour les places situées en épi ou en bataille, lorsque les travaux sont réalisés ou lorsque les nouvelles places sont créées, une surlongueur de 1,20 m est matérialisée sur la voie de circulation des parcs de stationnement par une peinture ou une signalisation adaptée au sol afin de signaler la possibilité pour une personne en fauteuil roulant de sortir par l'arrière de son véhicule.

Qu'elle soit à l'extérieur ou à l'intérieur du bâtiment, une place de stationnement adaptée doit se raccorder sans ressaut de plus de 2 cm au cheminement d'accès à l'entrée du bâtiment ou à l'ascenseur.

## **5. Atteinte et usage**

S'il existe un contrôle d'accès ou de sortie du parc de stationnement, le système doit permettre à des personnes sourdes, malentendantes ou muettes de signaler leur présence au personnel et d'être informées de la prise en compte de leur appel. En particulier et en l'absence d'une vision directe de ces accès ou sorties par le personnel :

- Tout signal lié au fonctionnement du dispositif d'accès doit être sonore et visuel ;
- Les appareils d'interphonie doivent être munis d'un système permettant au personnel de l'établissement de visualiser le conducteur.

Lors de leur installation et de leur renouvellement, les appareils d'interphonie doivent comporter :

- Une boucle d'induction magnétique ;
- Un retour visuel des informations principales fournies oralement.

### ⇒ **ACCES AUX BATIMENTS**

Le niveau d'accès principal à chaque bâtiment où le public est admis doit être accessible en continuité avec le cheminement extérieur accessible.

Tout dispositif visant à permettre ou restreindre l'accès au bâtiment ou à se signaler au personnel doit pouvoir être repéré, atteint et utilisé par une personne handicapée. L'utilisation du dispositif doit être la plus simple possible.

#### **1. L'accès au bâtiment**

L'accès au bâtiment (ou à une partie du bâtiment) doit être horizontal et sans ressaut.

Lorsqu'il ne peut être évité, un faible écart de niveau peut être traité par un ressaut à bord arrondi ou muni d'un chanfrein et dont la hauteur est inférieure ou égale à 2 cm. Cette hauteur peut être portée à 4 cm si le ressaut comporte sur toute sa longueur une pente ne dépassant pas 33 %.

Lorsqu'une dénivellation ne peut être évitée, une rampe doit être aménagée afin de la franchir. Cette rampe est, par ordre de préférence :

- Une rampe permanente, intégrée à l'intérieur de l'établissement ou construite sur le cheminement extérieur de l'établissement.

- Une rampe inclinée permanente ou posée avec emprise sur le domaine public. L'espace d'emprise permet alors les manœuvres d'accès d'une personne en fauteuil roulant.
- Une rampe amovible, qui peut être automatique ou manuelle.

Une rampe permettant de traiter un dénivelé présent à l'accès du bâtiment doit présenter les caractéristiques suivantes :

- supporter une masse minimale de 300 kg ;
- être suffisamment large pour accueillir une personne en fauteuil roulant ;
- être non glissante ;
- être contrastée par rapport à son environnement ;
- être constituée de matériaux opaques.

Une rampe permanente ou posée ne doit pas présenter de vides latéraux.

Une rampe amovible doit être stable et assortie d'un dispositif permettant à la personne handicapée de signaler sa présence au personnel de l'établissement, tel qu'une sonnette.

Ce dispositif de signalement répond aux critères suivants :

- être situé à proximité de la porte d'entrée ;
- être facilement repérable ;
- être situé au droit d'une signalisation visuelle, tel qu'un panneau, pour expliciter sa signification ;
- comporter un système indiquant son bon état de fonctionnement, dans le cas d'une rampe amovible automatique ;
- être situé à une hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m, mesurée depuis l'espace d'emprise de la rampe et à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant.

L'utilisateur doit être informé de la prise en compte de son appel.

Les employés de l'établissement doivent être formés à la manipulation et au déploiement de la rampe amovible.

## **2. Repérage**

Les entrées principales du bâtiment doivent être facilement repérables et détectables par des éléments architecturaux ou par un traitement utilisant des matériaux différents ou visuellement contrastés.

S'il est prévu, le numéro ou la dénomination du bâtiment doit être situé à proximité immédiate de la porte d'entrée.

Tout dispositif visant à permettre ou restreindre l'accès au bâtiment ou à se signaler au personnel doit être facilement repérable par un contraste visuel ou une signalétique et ne doit pas être situé dans une zone sombre.

## **3. Atteinte et caractéristiques minimales**

Les systèmes de communication entre le public et le personnel ainsi que les dispositifs de commande manuelle mis à la disposition du public doivent être situés à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant et à une hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m.

Le système d'ouverture des portes doit être utilisable en position « debout » comme en position « assise ».

Lorsqu'il existe un dispositif de déverrouillage électrique, il doit permettre à une personne à mobilité réduite d'atteindre la porte et d'entamer la manœuvre d'ouverture avant que la porte ne soit à nouveau verrouillée.

Tout signal lié au fonctionnement d'un dispositif d'accès doit être sonore et visuel.

S'il existe un contrôle d'accès à l'établissement, le système doit permettre à des personnes sourdes, malentendantes ou muettes de signaler leur présence au personnel et d'être informées de la prise en compte de leur appel. En particulier et en l'absence d'une vision directe de ces accès par le personnel, les appareils d'interphonie doivent être munis d'un système permettant au personnel de l'établissement de visualiser le visiteur.

### ⇒ **ACCUEIL**

Tout aménagement, équipement ou mobilier situé au point d'accueil du public et nécessaire pour accéder aux espaces ouverts au public, pour les utiliser et pour les comprendre, doit pouvoir être repéré, atteint et utilisé par une personne handicapée.

Lorsqu'il y a plusieurs points d'accueil à proximité l'un de l'autre, l'un au moins d'entre eux doit être rendu accessible dans les mêmes conditions d'accès et

d'utilisation que celles offertes aux personnes valides, et être prioritairement ouvert et signalé de manière adaptée dès l'entrée. En particulier, le dispositif d'accueil doit bénéficier d'une ambiance visuelle et sonore adaptée. Ainsi, toute information strictement sonore nécessaire à l'utilisation normale du point d'accueil doit faire l'objet d'une transmission par des moyens adaptés ou être doublée par une information visuelle.

Les espaces ou équipements destinés à la communication doivent faire l'objet d'une qualité d'éclairage renforcée.

Les banques d'accueil doivent être utilisables par une personne en position « debout » comme en position « assise » et permettre la communication visuelle de face, en évitant l'effet d'éblouissement ou de contre-jour dû à l'éclairage naturel ou artificiel, entre les usagers et le personnel. Lorsque des usages tels que lire, écrire ou utiliser un clavier sont requis, une partie au moins de l'équipement doit être à une hauteur maximale de 0,80 m et présenter un vide en partie inférieure d'au moins 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur permettant le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant.

La disposition relative au vide en partie inférieure ne s'applique pas dès lors qu'un des points d'accueil est situé à un étage ou niveau non desservi par un ascenseur ou un élévateur.

Lorsque l'accueil est sonorisé et en cas de renouvellement ou d'installation d'un tel système, celui-ci doit être équipé d'un système de transmission du signal acoustique par induction magnétique, respectant la norme NF EN 60118-4:2007. Ce système doit être signalé par un pictogramme.

Les postes d'accueil doivent comporter un dispositif d'éclairage.

#### ⇒ **CIRCULATIONS INTERIEURES HORIZONTALES**

Les circulations intérieures horizontales doivent être accessibles et sans danger pour les personnes handicapées. Les principaux éléments structurants du cheminement doivent être repérables par les personnes ayant une déficience visuelle.

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

Les circulations intérieures horizontales doivent répondre aux exigences applicables au cheminement extérieur accessible définies précédemment, à l'exception des dispositions concernant l'aménagement d'espaces de manœuvre avec possibilité de

demi-tour pour une personne circulant en fauteuil roulant, le repérage, le guidage et le passage libre sous les obstacles en hauteur qui est réduit à 2 m dans les parcs de stationnement.

Sous réserve que le maître d'ouvrage fournisse un plan correspondant au respect de la largeur de 1,20 m dans les circulations horizontales de l'établissement, des allées structurantes ainsi que d'autres allées pourront être mises en place selon les caractéristiques suivantes, sans préjudice des dispositions prévues par le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public :

- les allées structurantes doivent avoir une largeur de 1,20 m et permettre à une personne en fauteuil roulant d'accéder depuis l'entrée aux prestations essentielles de l'établissement ;
- les autres allées doivent avoir une largeur de 1,05 m au sol au minimum et de 0,90 m au minimum à partir d'une hauteur de 0,20 m par rapport au sol ;
- des espaces de manœuvre avec possibilité de demi-tour doivent être positionnés tous les 6 m au maximum ainsi qu'au croisement entre deux allées.

#### ⇒ **CIRCULATIONS INTERIEURES VERTICALES**

Toute dénivellation des circulations horizontales supérieures ou égales à 1,20 m détermine un niveau décalé considéré comme un étage. Lorsque le bâtiment comporte un ascenseur, tous les étages comportant des locaux ouverts au public doivent être desservis.

Lorsque l'ascenseur, l'escalier ou l'équipement mobile n'est pas visible depuis l'entrée ou le hall du niveau principal d'accès au bâtiment, il doit y être repéré par une signalisation adaptée. Lorsqu'il existe plusieurs ascenseurs, escaliers ou équipements desservant de façon sélective les différents niveaux, cette signalisation doit aider l'utilisateur à choisir l'ascenseur, l'escalier ou l'équipement mobile qui lui convient. Pour les ascenseurs, cette information doit figurer également à proximité des commandes d'appel.



## ⇒ **ESCALIERS**

Les escaliers doivent pouvoir être utilisés en sécurité par les personnes handicapées y compris lorsqu'une aide appropriée est nécessaire. La sécurité des personnes doit être assurée par des aménagements ou équipements facilitant notamment le repérage des obstacles et l'équilibre tout au long de l'escalier.

A cette fin, les escaliers ouverts au public dans des conditions normales de fonctionnement doivent répondre aux dispositions suivantes :

### **1. Caractéristiques dimensionnelles**

La largeur minimale entre mains courantes doit être de 1 m.

Les marches doivent être d'une hauteur inférieure ou égale à 17 cm. La largeur du giron doit être supérieure ou égale à 28 cm.

### **2. Sécurité d'usage**

En haut de l'escalier et sur chaque palier intermédiaire, un revêtement de sol doit permettre l'éveil à la vigilance à une distance de 0,50 m de la première marche grâce à un contraste visuel et tactile. Pour une implantation plus efficace, permettant à une personne aveugle ou malvoyante de détecter cet éveil à la vigilance, cette distance peut être réduite à un giron de la première marche de l'escalier.

La première et la dernière marche doivent être pourvues d'une contremarche d'une hauteur minimale de 0,10 m, visuellement contrastée par rapport à la marche sur au moins 0,10 m de hauteur.

Les nez de marches doivent être contrastés visuellement par rapport au reste de l'escalier sur au moins 3 cm en horizontal, et être non glissants.

L'escalier doit comporter un dispositif d'éclairage.

### **3. Atteinte et usage**

L'escalier doit comporter une main courante de chaque côté. Dans le cas où leur installation dans un escalier existant aurait pour conséquence de réduire le passage à une largeur inférieure à 1 m, ou dans les escaliers à fût central de diamètre inférieur ou égal à 0,40 m, une seule main courante est exigée.

Toute main courante doit être située à une hauteur comprise entre 0,80 et 1 m. Toutefois, lorsqu'un garde-corps tient lieu de main courante, celle-ci devra être située pour des motifs de sécurité à la hauteur minimale requise pour le garde-corps. La

main courante doit se prolonger horizontalement de la longueur d'une marche au-delà de la première et de la dernière marche de chaque volée sans pour autant créer d'obstacle au niveau des circulations horizontales. Elle doit être continue, rigide et facilement préhensible, et être différenciée de la paroi support grâce à un éclairage particulier ou à un contraste visuel.

### ⇒ **ASCENSEURS**

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

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

#### **Un ascenseur est obligatoire :**

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

Le seuil de cinquante personnes est porté à cent personnes pour les ERP de 5e catégorie lorsqu'il existe des contraintes liées à la présence d'éléments participant à la solidité du bâtiment ainsi que pour les établissements d'enseignement quelle que soit la catégorie.

Un appareil élévateur vertical peut être installé à la place d'un ascenseur, dans les cas suivants :

- l'établissement est situé dans une zone où un plan de prévention du risque d'inondation, tel que prévu par le code de l'environnement ou la topographie du terrain ne permet pas l'aménagement d'un cheminement accessible ou ne garantit pas l'accessibilité de l'entrée de l'établissement ;
- à l'intérieur d'un établissement situé dans un cadre bâti existant.

### ⇒ **REVETEMENTS DES PAROIS**

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

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

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

### ⇒ **PORTES ET SAS**

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

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

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

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

## 1. Caractéristiques dimensionnelles

**Les portes principales** desservant les locaux pouvant recevoir moins de 100 personnes doivent avoir une largeur de passage utile minimale de 1,20 m. Si les portes sont composées de plusieurs vantaux, la largeur nominale minimale du vantail couramment utilisé doit être de 0,80 m, soit une largeur de passage utile de 0,77 m. Les portiques de sécurité doivent avoir une largeur de passage utile minimale de 0,77 m.

Un espace de manœuvre de porte est nécessaire devant chaque porte, à l'exception de celles ouvrant sur un escalier et des portes des sanitaires, douches et cabines d'essayage ou de déshabillage non adaptés.

Les sas doivent être tels que :

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

## 2. Atteinte et usage

**Les poignées** de porte doivent être facilement préhensibles et manœuvrables en position « debout » comme « assise », y compris par une personne ayant des difficultés à saisir et à faire un geste de rotation du poignet.

Lorsqu'une porte est à ouverture automatique, la durée d'ouverture permet le passage de personnes à mobilité réduite. Le système doit être conçu pour pouvoir détecter des personnes de toutes tailles.

Lorsqu'une porte comporte un système d'ouverture électrique, le déverrouillage est signalé par un signal sonore et lumineux.

L'effort nécessaire pour ouvrir la porte doit être inférieur ou égal à 50 N, que la porte soit ou non équipée d'un dispositif de fermeture automatique.

En cas de dispositif lié à la sécurité ou à la sûreté de l'établissement ou de l'installation, les personnes mises en difficulté par ces dispositifs doivent pouvoir se signaler à l'accueil, repérer la porte adaptée et la franchir sans difficulté.

### **3. Sécurité d'usage**

En cas de travaux ou de leur renouvellement, les portes ou leur encadrement ainsi que leur dispositif d'ouverture doivent présenter un contraste visuel par rapport à leur environnement.

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

#### ⇒ **EQUIPEMENTS ET DISPOSITIFS DE COMMANDE**

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

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

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

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

#### **1. Repérage**

Les équipements et le mobilier doivent être repérables grâce notamment à un éclairage particulier ou à un contraste visuel.

Les dispositifs de commande doivent être repérables par un contraste visuel ou tactile.

#### **2. Atteinte et usage**

Un espace d'usage est nécessaire au droit de tout équipement, mobilier, dispositif de commande et de service.

Un équipement ou un élément de mobilier au moins par groupe d'équipements ou d'éléments de mobilier doit être utilisable par une personne en position « debout » comme en position « assise ».

Pour être utilisable en position « assise », cet équipement ou élément de mobilier doit présenter les caractéristiques suivantes :

- Hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m et à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant :
  - pour une commande manuelle ;
  - lorsque l'utilisation de l'équipement nécessite de voir, lire, entendre, parler ;
- Hauteur maximale de 0,80 m et vide en partie inférieure d'au moins à 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur pour permettre le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant, lorsqu'un élément de mobilier permet de lire un document, écrire, utiliser un clavier.

#### ⇒ **SANITAIRES**

Chaque niveau accessible, lorsque les sanitaires y sont prévus pour le public, doit comporter au moins un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées circulant en fauteuil roulant et comportant un lavabo accessible. Les cabinets d'aisances aménagés doivent être installés au même emplacement que les autres cabinets d'aisances lorsque ceux-ci sont regroupés. Si cette disposition ne peut être respectée, les cabinets d'aisances adaptés séparés des cabinets d'aisance non accessibles doivent être signalés.

Lorsqu'il existe des cabinets d'aisances séparés pour chaque sexe, un cabinet d'aisances accessible séparé doit être aménagé pour chaque sexe. Dans ce cas, tout cabinet adapté pour les personnes handicapées pouvant être utilisé par des personnes de chaque sexe doit être accessible directement depuis les circulations communes et signalé par des pictogrammes rappelant la possibilité de leur utilisation par des personnes des deux sexes, handicapées ou non.

Les lavabos, ou un lavabo au moins par groupe de lavabos, doivent être accessibles aux personnes handicapées ainsi que les divers aménagements tels que miroir, distributeur de savon, sèche-mains, patères.

Le cabinet d'aisances adapté pour les personnes handicapées doit comporter, en dehors du débattement de porte, un espace d'usage accessible à une personne en

fauteuil roulant, situé latéralement par rapport à la cuvette, ainsi qu'un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour situé à l'intérieur du cabinet ou, à défaut, à l'extérieur.

Le cabinet d'aisances adapté pour les personnes handicapées doit comporter :

- un dispositif permettant de refermer la porte derrière soi une fois entré ;
- un lave-mains accessible dont le plan supérieur est situé à une hauteur maximale de 0,85 m ;
- une surface d'assise de la cuvette située à une hauteur comprise entre 0,45 m et 0,50 m du sol, abattant inclus, à l'exception des sanitaires destinés spécifiquement à l'usage d'enfants ;
- une barre d'appui latérale prévue à côté de la cuvette, permettant le transfert d'une personne en fauteuil roulant et apportant une aide au relevage. La barre est située à une hauteur comprise entre 0,70 m et 0,80 m. Sa fixation ainsi que le support doivent permettre à un adulte de prendre appui de tout son poids.

Les lavabos accessibles doivent respecter les exigences énoncées précédemment relatives à la hauteur du mobilier.

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

**A l'issue des travaux de mise en conformité, le maître d'ouvrage fait établir, soit par un contrôleur technique, soit par un architecte différent de celui qui a signé le permis de construire, une attestation constatant que les travaux réalisés respectent les règles d'accessibilité. Cette attestation doit être adressée à l'autorité qui a délivré le permis de construire dans les trente jours d'achèvement des travaux.**

**En cas de non-respect de ces obligations, l'autorité administrative peut décider de la fermeture de l'ERP concerné.**

### 3.3. Textes

#### ⇒ Code de la construction et de l'habitation

##### **Accessibilité aux personnes handicapées :**

- Article L.111-7 (58) : Les dispositions architecturales, les aménagements et équipements intérieurs et extérieurs des locaux d'habitation, des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des

lieux de travail doivent être accessibles aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique.

- Article L.111-7-3 (59) : Les établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées par des moyens adaptés aux différents handicaps.
- Article L.111-7-4 (60) : établissement d'un document attestant de la conformité des locaux, à l'issue de l'achèvement des travaux de mise aux normes et soumis à permis de construire
- Article L111-8 (61) : nécessité d'avoir un permis de construire ou, le cas échéant, une autorisation pour les travaux de création, d'aménagement ou de modification d'un établissement recevant du public
- Article L.111-8-3-1 (62) : fermeture possible de l'ERP en cas de non-respect des obligations
- Articles R.111-19 à R.111-19-12 (22–34) : dispositions concernant l'accessibilité des établissements recevant du public aux personnes handicapées
- Articles R.111-19-27 et R.111-19-28 (63, 64) : attestation de fin de travaux
- **Arrêté du 8 décembre 2014** (57) fixant les dispositions prises pour l'application des articles R.111-19-7 à R.111-19-11 (29–33) du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n°2006-55 (56) 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.

### 3.4. Conséquences pratiques

Compte tenu des contraintes exigées par la réglementation sur l'accessibilité des personnes handicapées, l'implantation d'un cabinet dentaire nécessitera une superficie importante.

De ce fait, si plusieurs postes de soins y sont envisagés, on ne pourra tenir compte de la réglementation que sur un de ces postes afin de réduire les zones de circulation et de contournement nécessaires à l'accessibilité.



## 4. Sécurité

### 4.1. Introduction

La demande du permis de construire ou de l'autorisation de travaux faite à la mairie doit être accompagnée d'une **notice de sécurité** concernant les établissements recevant du public de 5<sup>e</sup> catégorie.

Ces dispositions sont les mêmes qu'il s'agisse de la construction d'un bâtiment neuf ou de la création d'un ERP dans un bâtiment existant.

### 4.2. Obligations

#### ⇒ DEPOT DU DOSSIER EN MAIRIE

Le dépôt du dossier de sécurité se fait à l'appui de la demande d'autorisation de construire (permis de construire ou déclaration de travaux).

Dans le cas où l'obtention d'un permis de construire n'est pas nécessaire, le dossier de sécurité doit être déposé en mairie au moins 3 mois avant le début des travaux.

#### ⇒ SECURITE INCENDIE (65)

**Les ERP de 5<sup>e</sup> catégorie dont l'effectif théorique est de moins de 20 personnes** doivent respecter les obligations suivantes :

- être dotés d'extincteurs portatifs, à eau pulvérisée, de 6 litres au minimum, conformes aux normes, à raison d'un appareil pour 200 m<sup>2</sup>, avec un minimum d'un appareil par niveau.  
En outre, les locaux présentant des risques particuliers d'incendie doivent être dotés d'un extincteur approprié aux risques. Tous les extincteurs doivent être facilement accessibles, utilisables par le personnel de l'établissement et maintenus en bon état de fonctionnement.
- être équipés d'un **système d'alarme** par cabinet dont le choix est laissé à l'initiative du chef d'établissement (exemple: détecteur de fumée). Il doit être audible de tout point du bâtiment pendant le temps nécessaire à l'évacuation. Ce système d'alarme ne doit pas permettre la confusion avec d'autres signalisations.
- des consignes précises, affichées bien en vue, doivent indiquer :

- a) le **numéro** d'appel des **sapeurs-pompiers (18)** ;
  - b) l'adresse du **centre de secours de premier appel (15)** ;
  - c) les dispositions immédiates à prendre en cas de sinistre.
- les **installations électriques** doivent être conformes aux normes les concernant. Il ne doit être fait usage que de canalisations (câbles électriques) ne propageant pas la flamme. L'emploi de douilles volantes ou de fiches multiples est interdit. Les installations ne doivent comporter que des canalisations fixes ; les canalisations mobiles alimentant les appareils ne doivent pas faire obstacle à la circulation du public.
  - les **escaliers protégés et les circulations horizontales** d'une longueur totale supérieure à 10 m ou présentant un cheminement compliqué, ainsi que les salles d'une superficie supérieure à 100 m<sup>2</sup>, doivent être équipés d'une installation fixe d'éclairage de sécurité de type non permanent (blocs autonomes d'éclairage de sécurité, par exemple). Dans les autres cas, des moyens d'éclairages électriques portatifs (lampes électriques à piles ou accumulateurs) doivent être mis à la disposition du personnel de l'établissement, ou bien il est fait emploi de dispositifs luminescents (autocollants ou peintures) pour les signalisations.

En cas d'emploi de personnel, les cabinets doivent répondre aux exigences du code du travail :

- Article R4216-2-1 (66) : Les lieux de travail situés dans les bâtiments neufs ou dans les parties neuves de ces bâtiments doivent être dotés, à chaque niveau, d'**espaces d'attente sécurisés** ou d'espaces équivalents, dont le nombre et la capacité d'accueil varient en fonction de la disposition des lieux de travail et de l'effectif des personnes handicapées susceptibles d'être présentes.
- Article R4216-5 (67) : Chaque dégagement doit avoir une largeur minimale de passage proportionnée au nombre total de personnes appelées à l'emprunter.
- Article R4227-4 (68) : Les établissements doivent comporter des dégagements (...) répartis de manière à permettre une évacuation rapide (...) toujours libres. (...) Ces dégagements doivent être disposés de manière à éviter les culs-de-sac.
- Article R4227-13 (69) : Une signalisation doit indiquer le chemin vers la sortie la plus proche ainsi que le chemin vers l'espace d'attente sécurisé ou l'espace équivalent le plus proche.
- Article R4227-33 (70) : Les installations d'extinction doivent faire l'objet d'une signalisation durable aux endroits appropriés.
- Article R4227-37 (71) : Une consigne de sécurité incendie doit être établie et affichée de manière très apparente.

### ⇒ **SECURITE ASCENSEURS**

Les propriétaires d'immeubles équipés d'un ascenseur doivent désormais appliquer des règles de sécurité concernant notamment :

- le verrouillage des portes palières,
- l'accès sans danger des personnes à la cabine,
- la protection des utilisateurs contre les chocs provoqués par la fermeture des portes,
- la prévention des risques de chute et d'écrasement de la cabine,
- la mise à disposition des utilisateurs des moyens d'alerte et de communication avec un service d'intervention,
- la protection des circuits électriques de l'installation, etc.

Certaines de ces mesures de sécurité ont jusqu'au 3 juillet 2018 pour être mises en place.

L'entretien de l'ascenseur doit également être assuré. Un contrat d'entretien écrit doit être conclu avec une entreprise spécialisée, d'une durée qui ne peut être inférieure à 1 an. Les propriétaires doivent également faire procéder à des contrôles techniques tous les 5 ans.

Ces dispositions font partie intégrante de la réglementation en matière de sécurité : il s'agit de dispositions relatives à la sécurité incendie et électricité propres aux ascenseurs.

## **4.3. Textes**

### ⇒ **Code de la construction et de l'habitation**

- Article R.123-11 : Les ERP doivent être dotés de dispositifs d'alarme et d'avertissement, d'un service de surveillance et de moyens de secours contre l'incendie appropriés aux risques. Les ERP situés en infrastructure doivent permettre aux services publics qui concourent aux missions de sécurité civile d'assurer la continuité de leurs communications radioélectriques avec les moyens propres à ces services, en tout point de l'établissement.
- Article R.123-14 (72) : pouvoirs du maire pour procéder à des visites de contrôle, afin de vérifier le respect des dispositions particulières en matière de

sécurité

- Article R.123-22 (73) : Le dossier permettant de vérifier la conformité d'un établissement recevant le public avec les règles de sécurité doit comprendre les pièces suivantes :
  - une notice descriptive précisant les matériaux utilisés tant pour le gros œuvre que pour la décoration et les aménagements intérieurs ;
  - un ou plusieurs plans indiquant les largeurs des passages affectés à la circulation du public, tels que dégagements, escaliers, sorties, la ou les solutions retenues pour l'évacuation de chaque niveau de la construction en tenant compte des différents types et situations de handicap ainsi que les caractéristiques des éventuels espaces d'attente sécurisés.

Ces plans et tracés de même que leur présentation doivent être conformes aux normes en vigueur.

- Article R.123-27 (74) : Le maire assure, en ce qui le concerne, l'exécution des dispositions de protection contre les risques d'incendie et de panique.
- Article R.125-1 à R.125-2-8 (75–89) : dispositions relatives à la sécurité et à l'entretien des ascenseurs
- Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP) (90).
  - Article PE 25 : Règles de sécurité concernant les ascenseurs
  - Article PE 26 : Moyens d'extinction
  - Article PE 27 : Alarme, alerte, consignes
  - Article PE 24 : Eclairage, signalisation

## Eléments de confort et de sécurité

### 1. Ambiance lumineuse (91)

Cette partie est sujette à de profonds changements en fonction de l'évolution de la normalisation (parution 2017).

#### 1.1. Introduction

Les conditions d'un bon éclairage dans un cabinet dentaire sont décrites dans les **normes ISO 9680 :2014, DIN 5035-3 et EN 12464-1**, la norme européenne étant la plus complète. Son objectif est de servir de guide pratique dans le projet d'éclairage qui accompagne toute nouvelle implantation de lieu de travail intérieur.

Un projet d'éclairage doit contribuer à une bonne appréciation des conditions de travail. Elle sera effective quand tous les besoins fondamentaux qualitatifs et quantitatifs seront satisfaits, à savoir :

- le **confort visuel** ;
- la **performance visuelle**, en particulier dans des circonstances difficiles ;
- la **sécurité**.

Les contraintes professionnelles de vision du chirurgien-dentiste sont très hautes (92).

Elles incluent 5 des 6 conditions normatives à savoir :

- travail très visuel,
- très haute précision du travail,
- contrastes des détails et/ou dimensions faibles de la zone à observer,
- tâches à effectuer sur une longue durée,
- erreurs coûteuses à corriger.

La 6e condition concerne la faiblesse de la capacité visuelle, condition remplie par toute personne portant des lunettes ou lentilles.

## 1.2. Obligations et recommandations

**Le parfait éclairage de la salle de soins s'impose de façon incontournable.** Il est donc impératif de respecter les normes de protection établies (normes ISO 9680:2014 et DIN 5035-3).

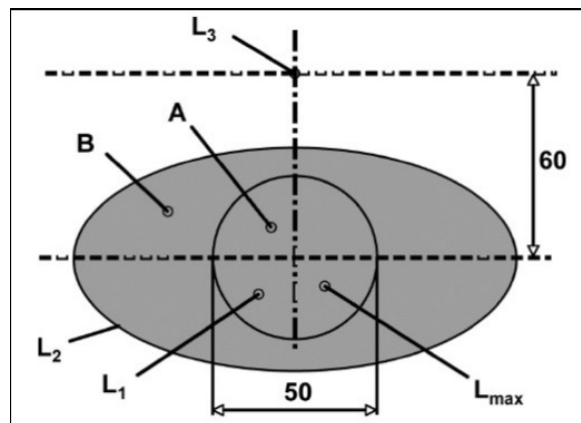
La technologie LED (93–95) s'impose ces dernières années et révolutionne l'éclairage. Les normes devant s'adapter, elles sont actuellement en cours de mise à jour et paraîtront au cours de l'année 2017.

⇒ **NORME ISO 9680:2014**

- **Zone opératoire**

A-Lmax	<b>Eclairage maximum</b>	<b>15000 – 8000 lux</b>
A-L1	<b>Eclairage minimum</b>	<b>11250 – 6000 lux</b>
B-L2	<b>Eclairage limite zone</b>	<b>7500 – 4000 lux</b>
L3	<b>Yeux du patient</b>	<b>1200 lux max</b>

*Tableau 1 : Valeurs d'éclairage des zones selon la norme ISO 9680:2014*



*Illustration 2 : Détail des zones d'éclairage selon la norme ISO 9680:2014*

- **Zone de bureau**

La recommandation est de 500 lux. (96)

⇒ **NORME DIN 67505**

- **Zone opératoire**

E3	<b>Eclairage minimum</b>	<b>12000 – 8000 lux</b>
E3	<b>Eclairage limite zone</b>	<b>9000 – 2000 lux</b>
E3	<b>Yeux du patient</b>	<b>1000 lux max</b>

*Tableau 2 : Valeurs d'éclairage des zones selon la norme DIN 67505*

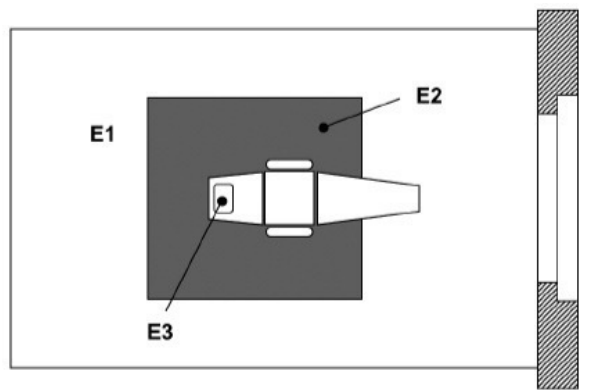


Illustration 3 : Détail des zones d'éclairage selon la norme DIN 67505

- **Zone de travail**

E2	<b>Eclairage moyen</b>	<b>1000 lux</b>
----	------------------------	-----------------

- **Zone de circulation**

E1	<b>Eclairage moyen</b>	<b>500 lux</b>
----	------------------------	----------------

- **Zone de bureau**

La recommandation est de 500 lux.

**Il est impératif de n'avoir aucun éblouissement pour le praticien, son assistante et les patients.**

⇒ **Couleur de la lumière**

<b>Zone</b>	<b>Température de la couleur</b>	<b>Indice de rendu des couleurs</b>
E3	4500-6000 °K	Ra > 85
E1/E2	> 4000 °K	Ra > 90
Bureau	> 4000 °K	

Tableau 3 : Valeurs de température et d'indice de rendu des couleurs selon les zones d'éclairage

NB. Lumière du jour = 5400 °K à 45° latitude Nord/Ra 100%

⇒ **NORME EUROPEENNE EN 12464-1**

L'éclairage doit être assuré par un scialytique, au niveau opératoire, et par une lumière ambiante. **L'usage d'un scialytique seul est tout à fait exclu.**

Tout dispositif médical mis sur le marché doit être revêtu du marquage CE médical, attestant qu'il remplit les Exigences Essentielles de sécurité et de santé.

Il convient de choisir des appareils :

- en respect des normes ;
- adaptés au volume de la pièce à éclairer (surface et hauteur de plafond).

Dans le cadre du code du travail, certaines obligations s'imposent :

- l'éclairage doit être conçu et réalisé pour éviter la fatigue visuelle, ainsi que les affections de la vue qui en résultent ;
- les locaux de travail doivent disposer d'une lumière naturelle suffisante.

Ainsi, pendant la présence du personnel dans les locaux affectés au travail et leurs dépendances, ainsi que dans les zones et voies de circulation extérieures empruntées de façon habituelle pendant les heures de travail, les niveaux d'éclairage doivent correspondre aux valeurs suivantes (article R4223-4 du code du travail (97)) :

- voies de circulation intérieure : **40 lux**,
- locaux de travail, vestiaires et sanitaires : **120 lux**,
- escaliers et entrepôts : **60 lux**,
- locaux aveugles affectés à un travail permanent : **200 lux**.

Dans les zones de travail, le niveau d'éclairage doit être adapté à la nature et à la précision des travaux à effectuer.

En **éclairage artificiel**, le rapport des niveaux d'éclairage dans un même local entre la zone de travail et l'éclairage général, ainsi qu'entre les locaux contigus en communication, doit être compris entre 1 et 5.

Les postes de travail situés à l'intérieur des locaux doivent être protégés du **rayonnement solaire**, gênant, soit par la conception des ouvertures, soit par des protections fixes ou mobiles appropriées.

Les dispositions doivent être prises pour protéger les travailleurs contre l'éblouissement et la fatigue visuelle provoqués par des surfaces à forte luminance entre surfaces voisines.

Toutes dispositions doivent être prises pour que les travailleurs ne puissent se trouver incommodés par les effets thermiques dus au rayonnement des sources d'éclairage mises en œuvre. Les sources d'éclairage doivent être aménagées ou installées de façon à éviter tout risque de brûlure.



Les organes de commande d'éclairage doivent être d'accès facile. Dans les locaux aveugles, ils doivent être munis de voyants lumineux.

Le matériel d'éclairage doit pouvoir être entretenu aisément.

### 1.3. Textes

#### ⇒ Code du travail

- Article R4223-1 (98) et suivants : règles relatives à l'éclairage et à l'éclairage des locaux affectés au travail et de leurs dépendances, notamment les passages et escaliers, des espaces extérieurs où sont effectués des travaux permanents, des zones et voies de circulation extérieures empruntées de façon habituelle pendant les heures de travail

### 1.4. Conséquences pratiques

#### ⇒ PARAMETRES DEFINISSANT L'AMBIANCE LUMINEUSE DE LA SALLE DE SOINS

- **la distribution des luminances**, c'est-à-dire la gestion des contrastes entre zones d'ombre et de lumière ;
- **l'éclairage** qui désigne les quantités de lumière zone par zone, à savoir la zone de travail et les zones environnantes. Dans les cas où le travail nécessite un éclairage très élevé, il convient d'organiser le retour progressif à un éclairage ambiant lorsque le regard sort de la zone de travail. La norme **EN 12464-1** recommande de multiplier le nombre de zones environnantes, chacune étant moins éclairée que la précédente.
- **l'éblouissement** qui est la sensation produite par des surfaces brillantes dans le champ visuel. Selon son intensité, l'éblouissement est dit **d'inconfort** ou **d'incapacité**. Provenant des éclairages eux-mêmes ou des réflexions sur des surfaces brillantes, il peut aggraver aussi bien l'équipe opératoire que les patients.
- **le modelé**, défini par les directions dans lesquelles l'éclairage est émis. C'est en jouant sur les différentes directions d'éclairage que l'on met en valeur les objets, leurs textures, les apparences, volumes, ombres et rendus. Il est différent dans la zone de travail et dans les zones environnantes, puisque les éléments à mettre en avant ne sont pas les mêmes.
- **l'aspect des couleurs** défini par la température de couleur en **degrés Kelvin**

et l'**indice de rendu des couleurs en % (IRC)**.

⇒ **D'AUTRES CONTRAINTES TECHNIQUES S'AJOUTENT :**

- **la stabilité de la source lumineuse** : les papillotements des sources et effets stroboscopiques sont à proscrire ;
- **le facteur de maintenance** qui décrit le vieillissement de l'appareil d'éclairage et de ses sources : il doit garantir un éclairage minimum requis pour une longue période, malgré l'usure des sources, l'empoussièrisme et autres facteurs réducteurs des performances des appareils ;
- **les considérations énergétiques** :
  - directes, dans l'utilisation optimale de la lumière naturelle ;
  - indirectes, en évitant les consommations superflues d'énergie.

⇒ **EN DEHORS DES SALLES DE SOINS**

- La **zone d'accueil** doit rester bien éclairée au-dessus de la banque d'accueil pour permettre à la personne affectée à ce poste de travailler dans de bonnes conditions. Les autres secteurs de la réception peuvent recevoir un éclairage par petites touches permettant la mise en valeur des éléments décoratifs.
- La **zone d'attente** devra privilégier un éclairage chaud, doux et reposant afin de rassurer les patients dans un confinement proche de leur lieu de vie habituel.
- Les **zones de circulation** n'ont pas besoin d'un éclairage important : l'utilisation d'un éclairage faible ou indirect en hauteur est préconisée, accompagnée d'éclairage de signalisation ou de cheminement en partie basse.
- Comme les salles de soins, les **postes de travail** du personnel sont souvent les plus délicats à éclairer : pour la plupart, munis d'un écran informatique, il faudra utiliser des appareils limitant l'éblouissement avec une lumière diffuse ou indirecte.

## 2. Ambiance sonore

### 2.1. Introduction

Le cabinet dentaire est un lieu de soins. Il se doit de présenter un confort acoustique particulier à plusieurs niveaux :

- De l'intérieur vers l'extérieur ;
- De l'extérieur vers l'intérieur ;
- Entre toutes les pièces du cabinet.

### 2.2. Obligations

#### ⇒ CONFIDENTIALITE ET SECRET PROFESSIONNEL

Le respect du **secret professionnel** s'impose à tout chirurgien-dentiste. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire ce qui lui a été confié, ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Le secret professionnel s'impose également aux personnes employées dans le cabinet.

Le secret professionnel s'applique à toutes les informations qui circulent dans le cabinet dentaire et qui concernent les patients, que ces informations soient adressées au chirurgien-dentiste, ou le cas échéant à la secrétaire, la standardiste, l'assistante dentaire, ou à toute personne travaillant dans le cabinet.

Afin d'assurer le respect de cette obligation, l'isolation acoustique entre les différentes pièces devra être suffisante pour éviter les indiscretions.

#### ⇒ LUTTE CONTRE LE BRUIT

- **Réglementation acoustique pour les bâtiments nouveaux et les parties nouvelles de bâtiments existants relevant de tout établissement de santé et de soins (depuis le 9 janvier 1995).** Ces bâtiments doivent être **construits de façon à limiter les bruits** :
  - à l'intérieur des locaux, par une isolation acoustique vis-à-vis de l'extérieur ;
  - entre locaux, par la recherche des conditions d'absorption acoustique et par la limitation des bruits engendrés par les équipements des bâtiments.

Les valeurs d'isolement acoustiques maximales à respecter entre les pièces d'un cabinet dentaire sont :

- entre le local de soin d'une part et d'autre part la salle d'attente ou d'autres pièces où peuvent se trouver des patients : **42 dB** ;
- entre les voies de circulation interne et toutes les pièces où peuvent se trouver des patients : **27 dB**.
- La constitution des murs et des sols doit être telle que le niveau de pression pondéré du bruit de choc perçu dans un local de consultation, une salle d'attente ou tout autre local où peuvent se trouver des patients (à l'exclusion des sanitaires) ne dépasse pas 60 dB.
- L'**isolement acoustique** contre les bruits de l'extérieur des locaux de soins ne doit pas être inférieur à **30 dB**.
- Ces dispositions sont applicables à toute demande de permis de construire ou déclaration de travaux pour surélévations ou additions de bâtiments déposée à compter du 29 novembre 2003.

#### ⇒ En cas d'emploi de personnel

Il existe un principe général de prévention, en vertu duquel l'employeur prend des mesures de prévention visant à supprimer ou à réduire au minimum les risques résultant de l'exposition au bruit, en tenant compte du progrès technique et de la disponibilité de mesures de maîtrise du risque à la source.

L'exposition d'un travailleur ne peut en aucun cas dépasser la valeur limite d'exposition quotidienne de 87 dB.

Pour les travailleurs soumis à une exposition quotidienne supérieure ou égale à 80 dB, des actions de prévention sont déclenchées (protecteurs auditifs individuels, signalisation appropriée, examen audiométrique préventif).

#### ⇒ DIFFUSION DE MUSIQUE

Si le praticien souhaite diffuser de la musique sur le message d'attente téléphonique, le code de la propriété intellectuelle prévoit que les auteurs, compositeurs et éditeurs de musique doivent donner leur accord avant la diffusion publique de leurs œuvres et recevoir en contrepartie une rémunération. C'est la **SACEM** qui est chargée de délivrer l'autorisation de diffusion et d'en percevoir les droits, qui seront ensuite répartis entre les créateurs et éditeurs de musique.

Pour la sonorisation de la salle d'attente dans un cabinet privé, les honoraires du praticien ne sont pas influencés par celle-ci, les patients constituent « un ensemble de destinataires potentiellement déterminés » et non un groupe indéterminé, ils sont en nombre limité et ne choisissent pas la musique diffusée.

Ainsi, l'ordre des chirurgiens-dentistes considère que les praticiens ne sont pas dans l'obligation de verser une rémunération à la SACEM ou à la SPRE pour la diffusion de musique dans la salle d'attente (99). Cependant la SACEM continue de la demander.

En ce qui concerne la diffusion de musique dans la salle de soin, le praticien n'est pas tenu de verser une rémunération à la SACEM.

#### ⇒ **LA CONTRIBUTION A L'AUDIOVISUEL PUBLIC**

En application des dispositions de l'article 1605 du code général des impôts, la contribution à l'audiovisuel public est due en cas de détention d'un appareil récepteur de télévision ou d'un dispositif assimilé permettant la réception de la télévision dans un cabinet.

**Cette redevance est due au titre de chaque poste détenu. Toutefois, un abattement de 30 % est appliqué pour chaque poste à partir du 3<sup>e</sup>.** Il convient de s'assurer, cependant, dans quel régime fiscal exerce le praticien.

### **2.3. Textes**

#### ⇒ **Code de la santé publique**

- Article L.1110-4 (100) : obligation au secret professionnel
- Article R.4127-206 (101) : respect du secret professionnel par le chirurgien-dentiste
- Article R.4127-207 (102) : respect du secret professionnel par le personnel

#### ⇒ **Code de la construction et de l'habitation**

- Articles R.111-23-1 (103) et suivants : caractéristiques acoustiques

#### ⇒ **Code du travail**

- Article R.4431-1 (104) et suivants: principes généraux de prévention des

risques dus au bruit et mesures de contrôle

⇒ **Code de la propriété intellectuelle**

- Article L.122-1 (105) et suivants : définition et protection des droits d'auteurs
- Article L.123-1 (106) et suivants : durée de la protection des droits d'auteurs
- Article L.131-4 (107) : droit pour l'auteur d'une œuvre de percevoir une rémunération
- Articles L.335-2 et L.335-3 (108, 109) : dispositions pénales pour non-respect des obligations relatives à la production du droit d'auteur, définition du délit de contrefaçon

⇒ **Code général des impôts**

- Article 1605 à 1605 quater (110–113) : contribution à l'audiovisuel public
- Article 1840 W ter (114)

⇒ **Arrêté du 25 avril 2003** (115) relatif à la limitation du bruit dans les établissements de santé : détermination des valeurs d'isolement acoustique à respecter tant en interne que vis-à-vis de l'extérieur pour les établissements de santé

⇒ **Circulaire du 25 avril 2003** (116) relative à l'application de la réglementation acoustique des bâtiments autres que d'habitation

⇒ **Instruction 3 P-3-05 du 5 juillet 2005** (117) précisant les modalités d'imposition à la redevance audiovisuelle des redevables professionnels

### **3. Ambiance thermique et hygrométrique, qualité de l'air**

#### **3.1. Introduction**

En cabinet dentaire, **l'air peut être contaminé** :

- par différents **micro-organismes** (bactéries, levures, champignons, virus et parasites) qui sont soit naturellement présents, soit apportés par l'homme, soit véhiculés ou non par des particules. C'est l'**aérobiocontamination** (rougeole, syndrome respiratoire aigu sévère, varicelle...)

**Des dispositions particulières doivent être prises pour éviter toute infection nosocomiale.**

- par des **émanations chimiques**, toxiques ou non, provenant des matériaux ou de produits chimiques utilisés dans le cabinet dentaire (résine, amalgame, composite, vapeurs mercurielles, eugénol...). C'est l'**aérocontamination chimique**.
- par des **émanations d'odeurs** provenant de produits dentaires (eugénol...) ou liés à la présence de personnes dans une pièce (salle d'attente, toilettes...).
- par la présence d'**amiante**. Une vigilance particulière doit être apportée à la mise en conformité quant à la présence d'amiante dans certains immeubles bâtis.

#### **3.2. Obligations**

⇒ **AMIANTE**

Pour les immeubles dont le permis de construire a été délivré avant le 1er juillet 1997, il y a obligation de procéder à la recherche d'amiante au niveau des flocages, calorifugeages et faux-plafonds. On vérifie et sonde les composants qui sont accessibles sans travaux destructifs.

En cas de présence d'amiante, l'état de conservation des éléments concernés doit être vérifié. En fonction du résultat de cette vérification, il est procédé soit à :

- **un contrôle périodique** de l'état de conservation de ces éléments,
- **une surveillance** du niveau d'empoussièrement,
- **des travaux de confinement** ou **de retrait** de l'amiante.

Un dossier technique, dit DTA (***Dossier technique amiante***), regroupant notamment les informations relatives à la recherche et à l'identification des matériaux contenant de l'amiante doit être établi, conservé et actualisé.

Ce dossier doit préciser la date, la nature, la localisation et les résultats des contrôles périodiques, des mesures d'empoussièrement et, le cas échéant, des travaux effectués à l'issue du diagnostic.

Ces opérations sont réalisées à la demande du propriétaire de l'immeuble par des entreprises justifiant de sa capacité à réaliser ces travaux par l'obtention de la certification délivrée par des organismes certificateurs accrédités à cet effet.

⇒ **EN CAS D'EMBAUCHE DU PERSONNEL, LE CODE DU TRAVAIL FIXE LA REGLEMENTATION APPLICABLE A L'AERATION DES LOCAUX :**

Dans les locaux fermés où les travailleurs sont appelés à séjourner, l'air doit être renouvelé de façon à maintenir un état de pureté de l'atmosphère propre à préserver la santé des travailleurs et à éviter les élévations exagérées de température, les odeurs désagréables et les condensations.

Les installations d'aération et d'assainissement des locaux de travail doivent faire l'objet de contrôles périodiques.

Il en est de même pour les installations collectives de VMC, qui doivent être vérifiées et entretenues régulièrement.

⇒ **TABAC**

Obligation de rappeler de manière permanente le principe d'interdiction de fumer dans les locaux (article R3512-2 du code de la santé publique (118)) par une signalisation apparente accompagnée d'un message sanitaire de prévention (article R3512-7 du code de la santé publique (119)).

Interdiction d'aménager des emplacements à disposition des fumeurs au sein des établissements de santé (article R3512-3 du code de la santé publique (120)).

⇒ **TEMPÉRATURE**

La température intérieure d'un bâtiment, non climatisé, ayant fait l'objet d'un permis de construire déposé après le 1er juin 2001, doit être inférieure ou égale à la température conventionnelle de référence déterminée par la région. Pour connaître



cette température intérieure conventionnelle de référence, il convient de s'adresser à la Direction Départementale de l'Équipement du lieu d'installation du cabinet.

En ce qui concerne les locaux où sont donnés des soins médicaux à des personnes non hospitalisées, l'arrêté du 25 juillet 1977 (121) fixe la limite supérieure de la température de chauffage à 22°C en moyenne, sans pouvoir dépasser 24°C.

### 3.3. Textes

#### ⇒ Code de la santé publique

- Articles R 1334-14 à R 1334-29 (122–137) et R1337-2 à R1337-5 (138–144) et l'annexe 13-9 (145) : réglementation concernant l'amiante
- Articles R3512-2 (118), R3512-3 (120) et R3512-7 (119) : réglementation concernant le tabac

#### ⇒ Code du travail

- Articles L4121-1 à L4121-5 (146–150) : principes généraux de prévention et obligations des employeurs pour assurer la sécurité et la santé du personnel de travail
- Article R4222-1 (151) et suivants : réglementation applicable en matière d'aération et d'assainissement des locaux de travail.
- Article R4212-2 (152) et suivants : réglementation concernant les installations de ventilation dans les zones de travail en terme de nuisance sonore (bruit, vibration) ou de gêne liée à la vitesse, à la température et à l'humidité de l'air. Réglementation concernant l'entretien et le contrôle ultérieur d'efficacité des installations de ventilation. Réglementation également concernant les parois internes des circuits d'arrivée d'air avec l'utilisation de matériaux non dangereux pour le personnel.
- Article R4412-129 (153) : certification des entreprises réalisant des travaux de retrait ou de confinement de matériaux contenant de l'amiante

#### ⇒ Code de la construction et de l'habitation

- Article R.111-20 (154) : caractéristiques thermiques minimales des bâtiments nouveaux et parties nouvelles des bâtiments.

⇒ **Autres textes**

- Arrêté du 25 juillet 1977 relatif à la limitation de la température de chauffage dans les locaux et établissements sanitaires et hospitaliers et dans les logements où sont donnés des soins médicaux ou qui logent ou hébergent des personnes âgées ou des enfants en bas âge (121).
- Arrêté du 9 octobre 1987 relatif au contrôle de l'aération et de l'assainissement des locaux de travail pouvant être prescrit par l'inspecteur du travail (155).
- Arrêté du 8 octobre 1987 relatif au contrôle périodique des installations d'aération et d'assainissement des locaux de travail (156).
- Arrêté du 25 avril 1985 relatif à la vérification et à l'entretien des installations collectives de ventilation mécanique contrôlée (157).
- Arrêté du 21 décembre 2012 relatif aux recommandations générales de sécurité et au contenu de la fiche récapitulative du « dossier technique amiante » (158).

### **3.4. Conséquences pratiques**

Lors de l'installation ou du réaménagement du cabinet dentaire, le chirurgien-dentiste doit s'assurer du respect réglementaire concernant l'**amiante**.

Il doit posséder le *Dossier technique amiante* concernant le cabinet dentaire.

**La salle d'examen et de soins doit être systématiquement individualisée des autres zones.**

Le chirurgien-dentiste optimise la maîtrise de la qualité de l'air, lors de l'aménagement de chacune de ces zones par l'application de recommandations professionnelles (**mise en place de systèmes mécaniques ou naturels permettant l'aération quotidienne de la salle d'attente et de la salle de soins**) et de dispositifs réglementaires (**mise en place des récupérateurs d'amalgame humide près des sources de rejet...**).

Deux facteurs essentiels interviennent dans la qualité de l'air :

- le renouvellement de l'air
- la température et l'humidité relative (hygrométrie de l'air)

## ⇒ LE RENOUVELLEMENT DE L'AIR

C'est ce qui permet de limiter les deux voies de contamination chimique et bactérienne.

### • **Zone clinique et para clinique**

Pour des raisons d'hygiène, l'extraction de l'air par la ventilation doit assurer un **renouvellement de la totalité du volume en une heure.**

Lors de l'agencement du cabinet dentaire, le chirurgien-dentiste a le choix parmi plusieurs systèmes de ventilation du plus simple au plus élaboré.

#### - **Ventilation manuelle**

C'est la mise en place d'une **fenêtre avec double vitrage** dans chaque zone, en PVC ou en aluminium, avec un cadre lisse pour des raisons d'isolation et de facilité de nettoyage. Chaque zone, clinique ou para clinique, devrait avoir une fenêtre. Il est recommandé de placer le **store à l'extérieur** pour supprimer une source de poussière et de vecteur d'aérobiocontamination.

La ventilation quotidienne des zones clinique et para clinique est recommandée pour un volume de local suffisant (surface : 15 à 20 m<sup>2</sup> – hauteur : 2,5 m ou plus).

#### - **Ventilation mécanique forcée**

La présence d'une ventilation mécanique forcée (VMC) permet l'extraction de l'air et participe à son renouvellement, avec une attention particulière en cas de système de filtrage et/ou de recyclage de l'air. Un exemple : l'air provenant d'un local tel que le laboratoire de prothèse ne doit pas être envoyé après recyclage dans la salle de stérilisation.

## ⇒ LA TEMPÉRATURE ET L'HUMIDITÉ RELATIVE (HYGROMETRIE DE L'AIR)

Tout mode de chauffage est autorisé :

- **Sol** : selon les normes du bâtiment,
- **Radiateurs** : à eau chaude ou électrique. Il est préférable d'installer un modèle facile à nettoyer (par exemple des plaques lisses, pleines et disposées au-dessus du sol avec un accès aisé des parties arrières du radiateur).

Cependant, l'installation d'une climatisation doublée d'un humidificateur et d'un filtre bactériologique est un choix préférable pour des raisons de confort de travail et d'hygiène. Elle doit être située en dehors des plans de travail afin que les flux d'air

engendrés par les climatiseurs soient dirigés en face d'ouverture (porte, fenêtre) et surtout à distance des zones opératoires (plan de travail et unit).

Une humidité relative de 40 à 60 % donne un air suffisamment sec pour limiter la sudation et suffisamment humide pour limiter la siccité des muqueuses.

Une sonde de température et d'hygrométrie peut être installée dans les zones cliniques et para cliniques.

#### ⇒ LES ACTIONS DE PREVENTION LORS DE L'INSTALLATION DU CABINET DENTAIRE

- La **contamination de l'air** est le reflet de l'état des surfaces. La prévention de cette contamination a pour premier objectif de lutter contre les poussières. Le chirurgien-dentiste doit éliminer les pièges à poussières lors de l'aménagement intérieur du cabinet (rideaux, moquettes, plantes, stores, etc.). Les sols, les surfaces ainsi que les éléments physiques (radiateurs, étagères, placards...) doivent être accessibles pour leur nettoyage aisé.
- Le **matériel informatique** pose un problème. Il est souhaitable que l'unité centrale soit installée hors de la salle de soins car son ventilateur interne augmente la pollution de l'air en disséminant les poussières accumulées par l'électricité statique. Le clavier devra être protégé par un cache plastique ou sera tactile.
- Le chirurgien-dentiste opte pour les **systèmes d'aspiration** à moyen et haut volume permettant également l'évacuation rapide des particules aérocontaminantes. Ils seront installés selon les normes NF EN ISO10637.
- Les fraisages de **résine** ainsi que les manipulations de **liquide de monomère** se font avec le port de masques à haut pouvoir de filtration et à distance du patient. C'est pourquoi la mise en place d'un espace « laboratoire », à distance de la salle de soins, avec son propre système de ventilation, est recommandée lors de l'installation ou de l'aménagement d'un cabinet dentaire.
- Les **récupérateurs d'amalgame humide** doivent être disposés selon les normes et à proximité de la source de rejet. Les **récupérateurs d'amalgame sec** doivent être toujours fermés et mis dans la zone potentiellement contaminée pour éviter tout risque d'émanation mercurielle.
- Le cabinet dentaire ne doit pas être sujet à des **flux de circulation d'air** violents afin d'éviter les déplacements d'air désagréables ou malodorants (**vitesse d'air pour un travail sédentaire : de 0,1 à 0,25 m/s**) et de limiter les sources d'aérocontamination. C'est pourquoi une étude des flux de circulation d'air est faite pour placer la salle des soins dans les meilleures conditions.

## **4. Installation des appareils de radiodiagnosics (159)**

### **4.1. Introduction**

Les dispositions législatives et réglementaires concernant les dangers potentiels des rayonnements ionisants sont essentiellement contenues dans le code de la santé publique et le code du travail.

Ces textes définissent d'une part, les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers potentiels des rayonnements ionisants et d'autre part, pour les patients, le contrôle et l'optimisation des doses reçues lors d'exposition à des fins médicales.

### **4.2. Obligations**

#### **⇒ CONDITIONS D'AMENAGEMENT DES LOCAUX**

La conformité de l'installation est en grande partie liée à la **sécurité électrique** (mise à la terre), à la **sécurité radiologique** (opacité des parois aux rayons X, signalisation de la zone réglementée, zone d'intervention disponible pour l'utilisation et la maintenance).

L'aménagement d'une nouvelle installation de radiologie doit satisfaire aux règles fixées par la **norme NF C15-160** de mars 2011.

#### ***Précision :***

*La révision de la norme NF C15-160 en mars 2011 a permis la mise à jour de la norme NF C15-160 de novembre 1975 et normes collatérales (pour le domaine dentaire : NF C15-163 et NF C15-163/A1) désormais réunies en une seule norme.*

*L'arrêté du 22 août 2013 (160) a porté homologation de la décision n°2013-DC-0349 de l'ASN du 4 juin 2013 (161) qui complète la norme NF C15-160 en fixant les règles techniques minimales de conception des installations.*

Modification d'une installation...		Nouvelle installation
... mise en service <u>avant</u> le 01/01/2016	... mise en service <u>après</u> le 01/01/2016	
<p><i>NFC 15-160 de 1975 et normes associées</i></p> <p><b>ou</b></p> <p><i>NFC 15-160 de 2011 + prescriptions de la décision de l'ASN n°2013-DC-0349</i></p>	<p><i>NFC 15-160 de 2011 + prescriptions de la décision de l'ASN n°2013-DC-0349</i></p>	<p><i>NFC 15-160 de 2011 + prescriptions de la décision de l'ASN n°2013-DC-0349</i></p>

Tableau 4 : Synthèse des exigences en fonction de la date de mise en service de l'installation

Lors de la modification d'une installation mise en service avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016, celle-ci est réputée conforme si elle reste fidèle aux anciennes normes.

Il est donc possible de rester aux anciennes normes lorsque l'on modifie une installation en demeurant avec le même type d'appareil mais aussi lorsqu'on passe d'une panoramique à un Cone Beam.

**Attention...**

*L'ASN considère que la norme NF C15-160 de mars 2011 citée dans la décision n°2013-DC-0349 du 4 juin 2013 (161) ne convient pas à toutes les situations et crée des difficultés techniques d'application. En ce sens, elle propose le « **Projet de décision fixant les règles techniques minimales de conception auxquelles doivent répondre les locaux dans lesquels sont utilisés des appareils électriques émettant des rayonnements X, à l'exception des locaux où sont utilisés des accélérateurs** » (162).*

*Ce projet n'amène pas d'exigence supplémentaire, les installations conformes à la décision n°2013-DC-0349 seront donc conformes à la nouvelle décision.*

*Son entrée en vigueur se fera le **1<sup>er</sup> janvier 2017**. Concernant les locaux ne respectant pas encore les dispositions de la décision n°2013-DC-0349, ils auront jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour être en conformité avec la nouvelle décision.*

La conformité des installations comprend également le respect des règles de la **norme électrique NF C15-100** (section des fils d'alimentation, protection du circuit, appareil de coupure, qualité et continuité de la mise à terre...) qui relèvent de la compétence des électriciens professionnels sous contrôle de l'installateur agréé.

Lors de la déclaration ou demande d'autorisation il faut également constituer un dossier justificatif qui n'est pas à transmettre mais à conserver et tenir à disposition des autorités compétentes. Ce dossier doit contenir le **rapport de conformité** rédigé qui comprend :

- Un **plan des salles** affectées à la radiologie, à l'échelle 1/50 faisant apparaître les dispositifs de protections mis en place, la localisation des arrêts d'urgence, des dispositifs de signalisation, des appareils, la destination et délimitation des locaux attenants...
- Une **note de calcul** qui reprend les différents éléments utilisés pour le calcul des épaisseurs de protection des parois.
- La **justification des dimensions de la salle et des espaces libres** (pour les interventions de maintenance).

### 1. Règles d'exécution des installations

Il faut réserver un espace libre autour de l'appareil de rayons X, dit **zone d'intervention**, pour permettre d'assurer les interventions techniques de maintenance écrites par le fabricant.

Les deux appareils ne doivent pas pouvoir fonctionner en même temps. Il faut donc installer un interrupteur qui bloque leur utilisation simultanée.

Il faut, de plus, pouvoir **surveiller visuellement le patient** à tout moment au cours de l'examen (occulus plombé, caméra, écran de contrôle...).

### 2. Règles de sécurité électrique

L'alimentation électrique doit répondre à toutes les exigences de sécurité de la norme NF C15-100. L'installation s'accompagne d'un **certificat de conformité d'installation électrique**.

- Pour les **appareils de radiographie intra buccale (rétro-alvéolaire)** :
  - La ligne d'alimentation doit être directe (l'appareil doit être directement relié au tableau électrique).
  - L'appareil doit être protégé par un disjoncteur différentiel de 30 mA avec une mise à la terre du matériel.

- Pour les **appareils de radiographie extra buccale (panoramique)** :
  - La ligne d'alimentation doit être directe, avec protection de 30 mA et mise à la terre.
  - Un système de coupure de l'alimentation de l'appareil radiologique, si la porte est ouverte, doit être présent (afin de prévenir les intrusions accidentelles durant le fonctionnement de l'appareil).
  - Un signal externe lumineux fixe est prévu à l'accès du local lorsque l'appareil est sous tension.
  - Un deuxième signal fixe ou clignotant doit fonctionner au moins pendant la durée d'émission des rayons X, sa durée ne peut être inférieure à 5 secondes.
  - Un dispositif de coupure d'urgence à verrouillage doit être présent.

### 3. Règles de détermination des épaisseurs des parois du local

Les parois du local dans lequel est implanté un appareil de radiologie dentaire doivent assurer une protection contre les rayonnements ionisants (norme NF C15-160).

Le calcul de l'**épaisseur d'équivalent plomb** à appliquer aux différentes parois est obligatoire. Il se fait selon une méthode analytique, fixant l'équivalence d'épaisseur minimale de plomb ou équivalent à appliquer aux différentes parois des locaux.

Les protections radiologiques à mettre en place doivent être conçues de façon qu'en aucun cas elles ne puissent entraîner dans les pièces attenantes, considérées comme des zones publiques, le dépassement des limites d'exposition des zones non réglementées, soit **0,080 mSv par mois**.

Toutes les parois du local doivent comporter une certaine **équivalence de plomb**.

Les épaisseurs minimales d'équivalence de plomb (en mm) des parois, pour les générateurs dentaires et les panoramiques, sont calculées selon les formules présentes dans la norme NF C15-160 de mars 2011 (163) :

- Pour le **rayonnement primaire** :

$$F_p = \frac{\dot{H}_p \cdot T}{\dot{H}_{max}} = \frac{\Gamma_R \cdot W \cdot R \cdot T}{\dot{H}_{max} \cdot a^2}$$



- Pour le **rayonnement secondaire (diffusé)** :

$$F_S = \frac{\dot{H}_S \cdot T}{\dot{H}_{\max}} = \frac{\Gamma_R \cdot W \cdot k \cdot T}{\dot{H}_{\max} \cdot b^2 \cdot d^2}$$

- Pour le **rayonnement de fuite de gaine** :

$$F_g = \frac{\dot{H}_g \cdot T}{\dot{H}_{\max}} = \frac{C_g \cdot W \cdot f \cdot T}{\dot{H}_{\max} \cdot c^2 \cdot Q}$$

Le **coefficient k** (en m<sup>2</sup>) a pour valeur :

- 0,0005 pour un générateur dentaire endobuccal
- 0,0001 pour un appareil dentaire panoramique

Le **facteur d'occupation T**, correspondant à l'affectation des locaux, est de 1 pour les pièces adjacentes au local.

L'utilisation de la nouvelle norme se décompose en plusieurs étapes :

- ⇒ Il faut, dans un premier temps, **calculer l'épaisseur théorique de plomb nécessaire** pour atténuer suffisamment les rayonnements.  
Cela se fait en tenant compte de la puissance du générateur, du nombre de clichés réalisés, de la distance du générateur par rapport aux parois et de la nature des pièces adjacentes.
- ⇒ Dans un deuxième temps, il faut **évaluer l'épaisseur équivalente de plomb que constituent les parois déjà existantes**.
- ⇒ Selon leur composition et leur épaisseur, des tableaux contenus dans la norme permettent de déterminer une épaisseur théorique de plomb.
- ⇒ Enfin, s'il faut **rajouter une protection supplémentaire aux parois existantes**, différents matériaux sont envisageables.

A titre indicatif, il existe sur le marché des plaques de plâtre recouvertes d'une épaisseur de plomb. Il existe aussi du BA13 comportant une feuille de plomb en son

centre. L'avantage est que la non-accessibilité au plomb est directement obtenue. Cependant, ces matériaux peuvent avantageusement être remplacés par des plaques de plâtre contenant du sulfate de baryum. On évite ainsi complètement le recours au plomb.

*Nous attirons l'attention des lecteurs sur le fait que la norme d'installation NF C15-160 et la décision de l'ASN sont en cours de réécriture.  
Des changements importants risquent de voir le jour en 2017.*

#### **4. Délimitation et signalement des zones réglementées**

La délimitation d'une zone réglementée, ou zonage, autour d'une source de rayonnements en application de l'article R.4451-27 du code du travail (164) vise à **circonscrire un espace de travail dûment identifié** soumis à des mesures de prévention compte tenu du danger potentiel des rayonnements ionisants.

L'arrêté du 15 mai 2006 (165) fixe les modalités de la délimitation, de la signalisation et d'accès qui s'imposent en distinguant différentes **zones surveillées, contrôlées, spécialement réglementées voire interdites**, selon les niveaux d'exposition externe qui résultent de l'utilisation de la source dans des conditions normales.

Trois grandeurs physiques sont à prendre en compte :

- La **dose efficace** pour l'exposition externe,
- La **dose équivalente** pour l'exposition des extrémités,
- Le **débit de dose horaire** au niveau de l'organisme entier.

Dans la pratique, **la zone peut correspondre à tout ou une partie de la pièce** où est exploitée l'installation radiologique avec pour délimitation les parois du local radiologique. Dans tous les cas, la délimitation retenue doit être continue, visible et permanente avec une signalisation de chacun des accès au local.

Certains appareils mobiles destinés à réaliser des clichés rétro alvéolaires apparaissent sur le marché. Il faut alerter nos confrères sur le fait que, à l'exclusion de ceux utilisés à poste fixe ou couramment dans une même salle, **le zonage implique la délimitation d'un espace dit « zone d'opération » qui correspond à une zone contrôlée** dont l'accès est strictement réservé à l'opérateur.

**A noter...**

La démarche (évaluation des risques, formalisation des résultats) retenue pour procéder au **zonage mis en place doit être consignée dans un document interne** établi par l'employeur qui s'inscrit dans le cadre du **document unique** exigé au titre de la prévention des risques professionnels à l'article R.4121-1 du code du travail (146).

	<b>Couleur trisecteur</b>	<b>Dose efficace</b>
<b>Hors zone réglementée</b>	Néant	< 0,080 mSv / mois
<b>Zones réglementées</b>	Surveillée bleu-gris	< 0,0075 mSv / h
	Contrôlée verte	< 0,025 mSv / h
	Contrôlée jaune	< 2 mSv / h
	Contrôlée orange	< 100 mSv / h
	Contrôlée rouge	> 100 mSv / h

*Tableau 5 : Valeurs des références définies dans l'arrêté du 15 mai 2006*

En pratique, les seules zones susceptibles d'exister en cabinet dentaire sont les **zones non réglementées** (ou zones publiques), les **zones surveillées**, et les **zones contrôlées**.

**Quasiment tous les cabinets dentaires équipés d'un générateur et toutes les salles de radiographie panoramique, doivent être classés en zones surveillées.**

Aucun local ou partie du local, autre que celui contenant l'appareil à rayonnements X n'est classé en zone réglementée.

Le signallement des zones réglementées doit être effectué à deux niveaux.

Un panneau normalisé agréé par l'IRSN doit être placé à l'entrée de chaque zone surveillée (trèfle bleu-gris). Le « **trèfle vert** » est réservé pour la zone contrôlée.

⇒ **DECLARATION POUR LES APPAREILS RADIOLOGIQUES**

Au titre de la radioprotection, en application de l'article R.1333-20 du code de la santé publique (166), l'utilisation d'appareils de radiodiagnostic doit faire l'objet d'une **déclaration auprès de l'ASN**.

La déclaration doit être accompagnée d'un dossier envoyé **en recommandé avec accusé de réception à la division de l'ASN de la région du cabinet**.

Le formulaire « **Déclaration de détention / utilisation d'appareils électriques générant des rayons X** » (formulaire DEC/GX) est disponible sur le site Internet de l'ASN [www.asn.fr] et auprès de ses divisions territoriales correspondant au lieu d'utilisation.

Il contient :

- **Les informations générales** sur l'établissement, sur le demandeur et sur les qualifications en matière de radioprotection des personnels chargés de manipuler les dispositifs émetteurs de rayonnements ionisants, ainsi que sur la personne compétente en radioprotection ;
- **Les informations détaillées sur les caractéristiques des dispositifs** qui émettent les rayonnements ionisants, les résultats des essais effectués pour évaluer leurs performances et la sécurité, et les mesures retenues pour assurer la protection du personnel, de la population et de l'environnement contre les effets du rayonnement ;
- **Les informations complémentaires** sur le fabricant et les fournisseurs.

La déclaration doit concerner l'ensemble des appareils en service dans un même établissement et n'a pas de limite de validité.

Elle **conditionne le remboursement** des actes radiologiques aux assurés sociaux par les caisses d'assurance maladie (article R.162-53 du code de la sécurité sociale (167)).

Les appareils déclarés doivent (168) :

- **porter le marquage CE** en cas de mise en service après 1998 (articles R.5211-1 à R.5211-53 du code de la santé publique (169)) ou être conformes à un type homologué selon la norme NF C74-100 (arrêté du 9 décembre 1982 (170)) ;
- **comporter un dispositif permettant à l'utilisateur d'être renseigné sur la quantité de rayonnement émise** en cas de mise en service après 2004 (décret n°2004-547 du 15 juin 2004 JO du 16 juin 2004 (171)) ;
- **faire l'objet d'une maintenance et de contrôles de qualité** (articles R.5212-25 à R.5212-35 du code de la santé publique (172–182)) selon les modalités précisées par l'ANSM ;
- être **implantés dans des installations aménagées** conformément à la norme NF C15-160 ;
- **faire l'objet des contrôles techniques** prévus par les codes de la santé publique (articles R.1333-43 (183) et R.5212-1 (184) à R.5212-35) et du travail (articles

R.4451-29 à R.4451-37 (185–193)) réalisés par un organisme agréé ou la personne compétente en radioprotection.

En cas de **changement** d'appareil, **adjonction** d'appareil, **changement du praticien responsable** des appareils, **transfert** de local, **modification** substantielle du local, un **nouveau dossier** nécessitant un nouveau contrôle des installations devra être déposé auprès de la division compétente de l'ASN.

Tout changement de personne compétente en radioprotection ou au niveau des praticiens utilisateurs doit faire l'objet d'une information à l'ASN (article R.1333-40 du code de la santé publique (194)).

#### ⇒ **SANCTIONS**

En cas de non-respect de ces dispositions, le praticien est passible d'un an d'emprisonnement et de **15 000 euros d'amende**. S'il ne se conforme pas à la mise en demeure d'effectuer des modifications, il risque 6 mois d'emprisonnement et **7 500 euros d'amende**.

En cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes, une **suspension d'activité** peut également être ordonnée à titre conservatoire (article L1337-1-1 (195) et articles L1337-4 à L1337-9 (196–201) du code de la santé publique).

## 4.1. Textes

#### ⇒ **Code de la santé publique**

- Article L.1333-1 (202) : principes auxquelles doivent satisfaire les activités comportant un risque d'exposition des personnes aux rayonnements ionisants.
- Article L.1333-4 (203) et suivants : régime de l'obligation de déclaration ou d'autorisation pour l'exercice des activités nucléaires, selon les caractéristiques et les utilisations des sources de rayonnement.
- Article R.1333-19 (204) et suivants : régime général des autorisations et déclarations des appareils à rayonnements ionisants pour la médecine, l'art dentaire, la biologie humaine et la recherche biomédicale.

⇒ **Code de la sécurité sociale**

- Article R.162-53 (167) : Seuls peuvent être utilisés par les praticiens les appareils générateurs de rayonnements ionisants ayant satisfait aux obligations de déclaration ou d'autorisation. **Seuls les examens effectués sur ces appareils peuvent faire l'objet d'un remboursement ou d'une prise en charge par la sécurité sociale.**

⇒ **Code du travail**

- Article R.4451-1 (205) et suivants : prévention du risque d'exposition aux rayonnements ionisants pour le personnel.

⇒ **Autres textes**

- Arrêté du 6 décembre 2013 (206) relatif aux modalités de formation de la personne compétente en radioprotection et de certification des organismes de formation.
- Arrêté du 15 mai 2006 (JO du 15 juin 2006) (165) relatif aux conditions de délimitation et de signalisation des zones surveillées et contrôlées et des zones spécialement réglementées ou interdites compte tenu de l'exposition aux rayonnements ionisants, ainsi qu'aux règles d'hygiène, de sécurité et d'entretien qui y sont imposées.

⇒ **Normes**

- Norme NF C15-160 de mars 2011 concernant les installations pour la production et l'utilisation de rayonnements X et les exigences de radioprotection

## **4.2. Conséquences pratiques**

⇒ **Choix de l'installateur**

Lors de l'installation d'un appareil de radiodiagnostic, il est impératif de choisir correctement son installateur. C'est lui, en association avec la PCR, qui doit faire en sorte de réaliser une installation conforme à la norme NF C15-160. Si l'installateur fait appel à un électricien, celui-ci sera responsable de la conformité du circuit électrique avec la norme NF C15-100. **L'électricien professionnel doit délivrer une attestation de conformité.**

⇒ **Contrôle technique de première utilisation**

Il doit être effectué par un organisme agréé par l'IRSN ou par la PCR.

⇒ **Zonage des pièces du cabinet**

Le zonage du cabinet doit être effectué par la Personne Compétente en Radioprotection (PCR) et un trisecteur trèfle « bleu-gris », souvent fourni par l'installateur, doit être apposé aux entrées des zones surveillées.

⇒ **Déclaration à l'ASN**

La déclaration à l'ASN doit être faite avant toute utilisation du générateur. Elle comporte entre autres le compte rendu du contrôle technique qui doit remonter à moins d'un an et la désignation d'une PCR attachée au service du cabinet.

⇒ **Formation à la radioprotection des patients**

Pour être en mesure d'effectuer des clichés, tous les praticiens doivent avoir obtenu une **attestation de Formation à la radioprotection de patients valable 10 ans**.

## Matériaux utilisables

### **1. Revêtements de sol et murs, plans de travail et plafonds (207)**

#### **1.1. Introduction**

Bien que les critères d'hygiène et de sécurité soient essentiels pour assurer le bon fonctionnement d'un cabinet dentaire, le critère esthétique revêt une importance croissante dans la mesure où patients et personnel recherchent un environnement calme et agréable.

Les revêtements de sols et murs, les plafonds et les plans de travail sont des éléments qui doivent procurer un certain confort tout en assurant un niveau de sécurité sanitaire maximal.

#### **1.2. Recommandations**

Il n'existe pas d'obligation en ce qui concerne la nature des matériaux utilisés pour les revêtements de sols et murs, les plafonds et les plans de travail dans les cabinets dentaires.

Néanmoins, des **obligations de sécurité**, avec en premier lieu l'hygiène du cabinet dentaire, éliminent certains matériaux (moquettes) et en imposent d'autres. Il faut noter qu'en l'absence de textes réglementaires, ce sont des recommandations qui sont formulées.

Les conséquences pratiques permettant d'avoir un cabinet dentaire parfaitement hygiénique en ce qui concerne les revêtements de sols et murs, les plafonds et les plans de travail sont particulièrement focalisées sur les salles de soins et de stérilisation.

##### ⇒ **REVETEMENTS DE SOL (208)**

Les critères de choix sont d'ordre esthétique, économique, technique et contribuent à l'hygiène du cabinet dentaire.

- **Le revêtement de sol** doit être résistant à l'usure et permettre un entretien



aisé. Les revêtements de sol sont caractérisés selon la classification **UPEC** (**U** : usure, **P** : poinçonnement, **E** : tenue à l'eau, **C** : entretien et chimie). Dans un cabinet dentaire, le revêtement de sol devra au moins satisfaire aux exigences de la catégorie **U<sub>4</sub>P<sub>3</sub>E<sub>2</sub>C<sub>2</sub>**. (209)

- Le sol des cabinets est contaminé par les semelles des chaussures des patients, éventuellement par le dépôt de matériel souillé, de sécrétions biologiques, etc. Les revêtements non poreux, lisses et homogènes et surtout faciles à entretenir sont préconisés. Pour les mêmes raisons, les **tapis et moquettes** sont à proscrire. Ils ne peuvent en effet, en raison de leur texture, subir un dépoussiérage en profondeur. Leur nettoyage est une opération complexe et donc peu fréquente. Enfin, ils ne peuvent être désinfectés.
- Les **carrelages en grès** sont faciles à entretenir, mais ils ne sont pas homogènes, les carreaux étant assemblés avec des joints en ciment qui peuvent constituer un réservoir microbien. Pour pallier cet inconvénient, il faudrait utiliser des joints les moins larges possible et imperméables. Il existe des produits spécifiques pour étanchéifier les joints.
- Les **dalles thermoplastiques** offrent le même inconvénient mais à un moindre degré que les carreaux de grès. Les joints sont nombreux et souvent peu étanches. Leur entretien est moins facile que le carrelage.
- Les **lés thermoplastiques** répondent à toutes les exigences d'hygiène, à condition que la qualité de la pose soit parfaite (chape très plane et joints soudés à chaud imperméabilisés). Ils offrent en outre la possibilité de constituer des plinthes à gorge ou angle arrondi, plus faciles à entretenir. Depuis quelques années, les fabricants ont mis sur le marché un matériau traité à la sortie d'usine (type polyuréthane), ce qui dispense les utilisateurs d'appliquer une méthode spray et représente un gain de temps considérable au niveau de l'entretien.

MATERIAUX	UTILISATIONS	CARACTERISTIQUES
<b>Carrelages céramiques</b>	Dégagements et bureau	Grande diversité de couleurs. Joints en ciment perméables. Carreaux imperméables non rayés par l'acier. Constituent un revêtement très résistant à l'usure, sonore, craignant les chocs, non homogène.
<b>Linoléum</b>	Déconseillée	C'est un revêtement imperméable qui <b>devient poreux en vieillissant</b> , sensible aux bases concentrées, insensible aux solvants. Résistant aux acides. Craint produits iodés, eau oxygénée, bleu de méthylène, violet de gentiane, selon la concentration du produit.
<b>Revêtements vinyliques purs</b>	Déconseillée	Lés ou dalles à couche d'usage en chlorure de polyvinyle (P.V.C) avec ou sans couche mousse. Couleur marbrée sur fond uni. Imperméables, sensibles aux solvants, aux <b>traces de chaussures</b> et brûlures de cigarettes. Assez bonne résistance aux taches colorées si sol traité.

<b>Revêtements vinyliques traités avec couche protectrice</b>	Salles de soins et de stérilisation	Lés de vinyle flexibles multicouches avec ou sans support. Ils sont dotés d'une couche de protection en polyuréthane intégrée en surface. Ces lés sont soudés. Le revêtement est étanche. Facile à entretenir mais sensible à certains solvants.
<b>Revêtements « résine »</b>	Salles de soins et de stérilisation	Mortier à base de résines époxy. Revêtement des surfaces très adhérent, 1 à 3 mm d'épaisseur monolithique continu, lisse et étanche. Bonne résistance à l'abrasion, aux chocs mécaniques, aux agressions chimiques. <b>L'absence de joints et la possibilité de poser des plinthes à gorge répondent aux exigences d'hygiène.</b> Attention : la pose doit être effectuée par des entreprises spécialisées.
<b>Parquet</b>	Accueil, salle d'attente	Etanchéité imparfaite. Pas de nettoyage à grande eau possible.

*Tableau 6 : Synthèse des caractéristiques des principaux revêtements de sol*

Les sols en revêtements thermoplastiques avec remontées en plinthes et gorge arrondie ne s'imposeront que dans les salles dédiées à la chirurgie.

- **Critères de sélection des revêtements de sol**

- Résistance à l'eau et absorption
- Résistance au glissement et facteurs de sécurité
- Respect des contraintes de désinfection et d'hygiène
- Confort pour le personnel qui travaille debout durant de longues heures
- Confort pour les patients / chaleur
- Propreté et apparence de propreté
- Durabilité
- Résistance aux dommages et aux marques causés par l'équipement et les roulettes
- Non bruyant

⇒ **RENETEMENTS MURAUX**

Ils doivent être lessivables et doivent pouvoir supporter l'essuyage humide ainsi que l'application de détergents désinfectants.

Dans le cas de murs peints, il faut vérifier si la peinture choisie résistera à des lavages fréquents, il faut que ce soit une peinture dite « lessivable ».

Il existe aussi des peintures antimicrobiennes (NF X41-520 Mars 1968 Protection – Méthode d'essai de résistance des peintures aux microorganismes et de leur pouvoir de protection) permettant de ne pas risquer de contamination par l'intermédiaire de micro-organismes souillant les murs.

Afin de limiter au maximum les zones dans lesquelles des contaminants peuvent se loger, les moulures, moquettes et tissus sont proscrits.

MATERIAUX	CARACTERISTIQUES RECHERCHEES
Peintures	- Finition lisse possible - Possibilité de nettoyage : selon norme - Résistance aux micro-organismes : selon norme → <b>Utilisation possible de peintures facilement lavables</b>
Papiers peints	- Finition lisse possible - Possibilité de nettoyage → <b>Les papiers peints vinyles lessivables sont utilisables</b>
Tentures	- Finition lisse impossible - Impossibilité de nettoyage → <b>Les tentures, moquettes, etc., retiennent la poussière et leur nettoyage est très difficile. Ils sont à proscrire</b>
Revêtements durs	- Finition lisse possible selon les cas - Possibilité de nettoyage simple, selon les cas → <b>Les revêtements résines, plaques métalliques, carreaux (sous certaines conditions) sont des matériaux utilisables</b>

Tableau 7 : Synthèse des principaux revêtements muraux

Il vaut mieux avoir une protection murale derrière les points d'eau pour éviter la dégradation des murs.

- **Critères de sélection des revêtements muraux**

- Couleur : ne doit pas dénaturer les teintes dentaires (prothèse, composites, etc.)
- Facilité d'entretien et de nettoyage
- Coût
- Résistance aux chocs
- Reflet de la lumière : un fini lustré peut créer un reflet nuisible pour les yeux ; un fini mat de couleur foncée absorbe trop de lumière et nécessite trop d'éclairage artificiel.

⇒ **PLANS DE TRAVAIL**

Les plans de travail doivent être facilement entretenus (nettoyés et désinfectés) et doivent résister aux liquides utilisés en cabinet (eugénol, monomères...). Les **résines synthétiques** d'entretien aisé doivent être privilégiées.

**Le plan de travail** sera de préférence en un seul tenant, avec des bords arrondis et remontants sur le mur. S'il intègre le lavabo, celui-ci formera de préférence un ensemble sans raccords.

Selon la norme NF ISO 21530 (septembre 2004, Art dentaire : matériaux utilisés pour les surfaces du matériel dentaire – détermination de la résistance aux désinfectants chimiques) **la désinfection du plan de travail s'impose durant toute la nuit.**

Remarque : il faut faire attention car certains produits décontaminants sont incompatibles avec les matériaux des meubles/plans de travail. Par exemple l'eugénol et les produits à base de phénol tachent le Corian® (210).

- **Critères de sélection des revêtements du plan de travail**

- Facilité de nettoyage
- Coût
- Résistance aux coups et aux substances utilisées en cabinet dentaire

⇒ **PLAFONDS**

Idéalement, le revêtement des plafonds doit être plein (non poreux), de surface plane, résistant à l'action des produits détergents désinfectants. Les panneaux amovibles nécessaires pour l'accès aux gaines techniques seront, de préférence, placés dans les couloirs.

Mais **les plafonds suspendus** offrent la possibilité de dissimuler la tuyauterie et les gaines électriques, donc des services tels que le téléphone, la ventilation, le chauffage, l'air conditionné, les systèmes de détection des fumées, etc. Ils sont de plus en plus fréquemment utilisés pour permettre un agencement aisé et surtout évolutif des cabinets.

Lors du choix du plafond suspendu, l'hygiène prime. La résistance à la poussière et aux micro-organismes s'obtient grâce à une surface lisse, sans rugosité ni perforation. D'autant qu'un plafond sans aspérités est facilement lavable, atout non négligeable dans un cabinet où la propreté est une priorité.

La composition des plafonds sera de préférence en **laine de roche**. Il s'agit d'un matériau non organique, qui s'oppose au développement de bactéries, de levures et de moisissures.

Pour assurer une parfaite lavabilité, il est préférable de choisir des plafonds offrant un degré élevé de résistance à l'humidité.

- **Critères de sélection des revêtements de plafond**

- Absorption du son
- Facilité de nettoyage
- Intégration de l'équipement électrique et mécanique dans le faux plafond
- Coût
- Reflet de la couleur et de la lumière
- Facilité d'accès au faux plafond pour la réparation de l'équipement

## Circuits de distribution

### 1. Eau

#### 1.1. Introduction

L'eau est un élément essentiel au fonctionnement des cabinets dentaires, mais elle peut constituer une source de contamination. Les principaux risques sanitaires liés à l'utilisation de l'eau doivent donc être identifiés et évalués.

#### 1.2. Obligations

En ce qui concerne le circuit de distribution de l'eau au cabinet dentaire, il n'existe pas d'obligation autre que celle d'utiliser de l'**eau potable**.

Si de l'**eau chaude** est disponible, les installations et les systèmes de chauffage doivent répondre à certaines obligations. Il est en particulier nécessaire de veiller à éliminer tout risque de brûlure dû à de l'eau trop chaude. C'est pourquoi la température de l'eau ne doit pas excéder 60°C aux points de puisage. Il est conseillé d'utiliser des robinets thermoplastiques au niveau des lavabos.

**L'évacuation des eaux usées** du cabinet dentaire doit satisfaire à certaines obligations notamment en ce qui concerne la récupération des déchets d'amalgames dentaires humides.

- La mise en place d'un **séparateur d'amalgame** est obligatoire pour tous les cabinets dentaires, publics ou privés, depuis le 7 avril 2001.
- Les résidus récupérés par le séparateur doivent être régulièrement éliminés afin que le rendement initial de l'appareil soit maintenu.
- Les effluents liquides contenant des résidus d'amalgames sont évacués dans le réseau d'eau usée après passage dans un séparateur d'amalgame, qui, quelles que soient les conditions de débit, retient 95 % au moins en poids de l'amalgame contenu dans les eaux.
- Le séparateur d'amalgame doit être placé au plus près de la confluence des sources de rejet.

Les quantités de liquides de développement radiographique sont suffisamment faibles, en cabinet dentaire, pour qu'il n'y ait pas d'obligation particulière quant à leur élimination.

### 1.3. Textes

- Arrêté du 30 mars 1998 relatif à l'élimination des déchets d'amalgame issus des cabinets dentaires, JO du 7 avril 1998 (211).
- Arrêté du 23 juin 1978 modifié relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, de bureau ou recevant du public (212).

### 1.4. Conséquences pratiques

#### ⇒ RECOMMANDATIONS SUR LA QUALITE DE L'EAU REQUISE (213)

Plusieurs catégories d'eau peuvent être distinguées en fonction des qualités requises et des usages (Tableau 1).

- ⇒ **Q.1.** Sont les eaux ne subissant aucun traitement au sein du cabinet
  - **Q.1.1.** Eau à usage alimentaire
  - **Q.1.2.** Eau pour soins standards
- ⇒ **Q.3.** Sont les eaux stériles
  - **Q.3.2** Eau pour irrigation
- ⇒ **Q.4.** Sont les eaux « techniques »

ODONTO-STOMATOLOGIE	DANGERS ET RISQUES PARTICULIERS	QUALITE D'EAU REQUISE	COMMENTAIRES
Eau irrigation dans le cadre chirurgical	<i>Sphingomonas, Pseudomonas, Acinetobacter; Mycobactéries atypiques...</i>	<b>Q.3.2</b>	
CONTACTS CUTANEO-MUQUEUX Poste de lavage des mains	DANGERS ET RISQUES PARTICULIERS	QUALITE D'EAU REQUISE	COMMENTAIRES
- Chirurgical	Risque infectieux par transmission manuportée dépendant de la qualité de l'eau au dernier rinçage	<b>Q.1.2</b>	L'utilisation de filtres est souvent abusive. De plus, elle nécessite une gestion rigoureuse. En remplacement du lavage chirurgical, la désinfection chirurgicale à l'aide de solution hydro-alcoolique (25) est possible (en particulier, en cas de difficultés dans la gestion de l'eau.)

- Antiseptique et simple	Risque infectieux par transmission manuportée dépendant de la qualité de l'eau au dernier rinçage	Q.1.2.	En remplacement du lavage des mains, l'utilisation de solution hydro-alcoolique est possible, voire recommandée.
<b>STERILISATION</b> Nettoyage de l'instrumentation	<b>DANGERS ET RISQUES PARTICULIERS</b>	<b>QUALITE D'EAU REQUISE</b>	<b>COMMENTAIRES</b>
- Nettoyage manuel		Q.1.1	
- Nettoyage en machine		Q.4. eau déminéralisée ou osmosée	Doit être conforme aux spécifications argumentées du fournisseur d'autoclave
- Production de vapeur		Q.4. eau adoucie ou osmosée	Doit être conforme aux spécifications argumentée du fournisseur d'autoclave
<b>ENTRETIEN DES LOCAUX ET DES SURFACES</b>	<b>DANGERS ET RISQUES PARTICULIERS</b>	<b>QUALITE D'EAU REQUISE</b>	<b>COMMENTAIRES</b>
Entretien des locaux et des surfaces		Q.1.1	

Tableau 8 : Qualités requises de l'eau selon les usages

L'eau aux points d'usages doit être conforme aux critères de potabilité, cela est assuré par le **certificat de potabilité** qui est remis par le fournisseur d'eau courante auprès duquel le praticien a un contrat.

### ⇒ REGLES GENERALES DE CONCEPTION ET DE REALISATION DES INSTALLATIONS

L'eau du réseau de distribution sert généralement à de nombreux usages : sanitaires, techniques (chauffage, climatisation, lutte contre l'incendie...), ainsi qu'aux soins ou actes médicaux.

Pour maîtriser la qualité des eaux destinées à ces différents usages, il est impératif de concevoir une organisation des réseaux de distribution, en fonction des risques potentiels pouvant être à l'origine de dégradations organoleptiques, physico-chimiques, toxicologiques ou microbiologiques de l'eau fournie au cabinet.

#### → **Structuration des réseaux**

##### **Principe général de conception**

- Le réseau RT1 est réservé aux usages alimentaires, sanitaires et de soins. Tous les postes utilisateurs d'eau destinée à ces usages doivent être obligatoirement raccordés sur le réseau RT1, avec un **débit suffisant**.
- La configuration doit être la plus simple et la plus courte possible afin d'éviter

la stagnation de l'eau, l'élévation de température de l'eau froide et la baisse de température de l'eau chaude.

- Les matériaux utilisés dans les systèmes de production ou de distribution d'eau doivent être compatibles avec la qualité de l'eau et ne doivent pas être susceptibles d'en altérer la qualité.

La configuration et les matériaux doivent permettre des traitements de désinfection efficaces et rapides.

### **Choix des matériaux**

Les matériaux seront choisis conformément aux dispositions de l'arrêté du 29 mai 1997 modifié, relatif aux matériaux et objets des installations fixes de distribution d'eau destinée à la consommation humaine (214) et de ses circulaires d'application (du 12 avril 1999 et du 27 avril 2000).

Les matériaux constitutifs des canalisations sont soit de type métallique (acier galvanisé, cuivre, aciers inoxydables, fonte), soit de type organique (polychlorure de vinyle, polyéthylène haute densité, polyéthylène basse densité, polypropylène, polybutylène...).

### ⇒ **SPECIFITES AU NIVEAU DE L'UNIT DENTAIRE**

L'eau qui circule dans les unités dentaires contient une multitude de micro-organismes provenant à la fois des bactéries présentes dans l'eau du réseau mais aussi et surtout de la bouche des patients. En effet, la dépression provoquée par l'arrêt de la rotation des instruments dynamiques peut entraîner la ré-aspiration de fluides buccaux contaminés. La rencontre de ces bactéries avec les tubulures de l'unité dentaire active la formation d'un **biofilm bactérien**.

Une eau est considérée comme potable dès qu'elle contient moins d'**une colonie fécale /100mL et moins de 500 Unités Formant des Colonies par mL (UFC/mL)** (215).

L'*American Dental Association* (ADA), en 1999, a proposé que l'eau en provenance des unités dentaires ait une concentration bactérienne inférieure à **200 UFC/mL**, norme que les pays de l'Union Européenne souhaitent adopter. Par contre, en 2003 et en 2016, les *Centers for Disease Control and Prevention* ont proposé un niveau comparable à celui demandé pour l'eau potable (**<500 UFC/mL**).

L'optimisation de la qualité microbiologique de l'eau des unités implique la lutte contre le **biofilm**, mais, une fois formé, celui-ci est difficile à éliminer totalement malgré l'augmentation des doses de biocides. **Les bactéries adhérentes sont 500 à 1 000**



**fois plus résistantes aux biocides** que leurs homologues planctoniques, et le biofilm peut alors devenir un réservoir primaire pour une contamination permanente du système.

Afin d'améliorer la qualité microbiologique de l'eau des unités dentaires, et de mieux maîtriser les risques d'infections nosocomiales, différents systèmes existent, tels que la mise en place de **filtres** visant à réduire le nombre de bactéries planctoniques, ou l'utilisation de **biocides**, de façon continue ou discontinue, permettant surtout d'éliminer les bactéries planctoniques et d'éliminer ou inactiver le biofilm.

### 1.5. Conseils pratiques (210, 216)

- Il est recommandé de mettre des **robinets d'arrêt** sur chaque unité.
- Au niveau des points de lavage des mains, il est recommandé de mettre des **robinets avec déclenchement cellulaire** ou au pied.
- Il est recommandé de mettre un **filtre** au niveau de l'arrivée d'eau dans le cabinet. Cela évite de boucher les fines canalisations et en particulier celles des instruments rotatifs.
- Il est recommandé de placer des filtres de 0,22 µm au plus près du porte-instrument dynamique.
- L'arrêté du 30 mars 1998 relatif à l'élimination des déchets d'amalgame issus des cabinets dentaires impose l'utilisation de **séparateurs d'amalgames**.
- Il est recommandé de réaliser une **purge des tubulures** d'au moins 5 minutes le matin, de 20 à 30 secondes entre chaque patient, et de 20 secondes en fin de journée. Cette purge est notamment essentielle après le week-end ou au retour des vacances.
- Il est conseillé d'utiliser des **valves anti-retour** intégrées à la seringue air/eau et aux PID ou à l'équipement.
- Bien se renseigner auprès du fabricant du fauteuil pour connaître le **protocole de traitement** appropriés.
- **Inform**er les praticiens, assistantes et aides dentaires de l'importance de la qualité de l'eau et de bien respecter les recommandations.
- Dans le cas de réservoirs indépendants ou de systèmes avec bouteille d'eau, ils doivent être nettoyés et désinfectés régulièrement.

## 2. Air comprimé

### 2.1. Introduction

L'air est utilisé pour le fonctionnement des compresseurs, des systèmes d'aspiration et des autoclaves de classe B.

Les circuits de distribution de l'air sont constitués de canalisations et de gaines nécessaires à son cheminement.

### 2.2. Recommandations

En ce qui concerne le circuit de distribution de l'air au cabinet dentaire, il n'existe pas de traitement spécifique de l'air utilisé.

Les obligations portent sur les conditions d'installation, d'utilisation et de maintenance des compresseurs, en application des dispositions du décret n°99-1046 du 13 décembre 1999 modifié relatif aux équipements sous pression (217) et à l'arrêté du 15 mars 2000 modifié relatif à l'exploitation des équipements sous pression (218).

L'utilisation de compresseurs oblige à soumettre les équipements régulièrement à des opérations de contrôle. Le praticien a l'obligation de maintenir constamment son matériel en bon état et de procéder aux vérifications adéquates aussi souvent que nécessaire. Le praticien engage sa responsabilité en cas de dommage vis-à-vis des personnes ou des biens.

#### **Les compresseurs sont soumis à :**

- **Une déclaration** de mise en service auprès du préfet par l'intermédiaire du télé service : <https://lune.application.developpement-durable.gouv.fr>.  
Il s'agit d'une déclaration de conformité aux exigences relatives à l'installation et à l'exploitation des appareils sous pression. Elle a lieu avant la mise en service, ou à la suite d'une réparation ou de modifications notables.
- **Un contrôle** de mise en service sur demande de l'exploitant à un organisme habilité à effectuer ces contrôles. Il complète la déclaration de mise en service et a pour objectif de permettre aux organismes habilités de s'assurer que les conditions d'installation et d'exploitation sont respectées.
- **Une inspection périodique** (tous les quarante mois).  
Elle s'effectue sous la responsabilité de l'exploitant. Son objectif est de vérifier

que l'état de l'appareil sous pression lui permet d'être maintenu en service avec un niveau de sécurité compatible avec les conditions d'exploitation prévisibles. Elle comprend une vérification extérieure, la vérification des accessoires de sécurité. Pour les récipients et les générateurs de vapeur, elle est complétée par une vérification intérieure. Elle est réalisée par une personne habilitée à reconnaître les défauts et à en apprécier la gravité. L'inspection périodique doit tenir compte des recommandations de la notice d'instruction du fabricant.

- **Une requalification périodique** (dix ans pour les appareils fixes). Elle est réalisée par un expert d'un organisme habilité ou d'un service d'inspection reconnu. Elle s'effectue après une nouvelle installation et/ou un changement d'exploitant. Elle comprend l'inspection de l'équipement, son épreuve hydraulique et la vérification des accessoires de sécurité. Elle fait l'objet d'une attestation rédigée et signée par l'expert, à laquelle sont joints les comptes rendus détaillés des opérations de contrôle effectuées, cette attestation est ensuite transmise à l'exploitant.

Ces obligations s'appliquent aux équipements sous pression et aux ensembles dont la pression maximale admissible (PS) est supérieure à 0,5 bar.

Ces équipements doivent être conformes aux exigences de marquage « CE », et porter ce marquage.

Les équipements sous pression, ou ensembles, dont les caractéristiques sont inférieures ou égales à 0,5 bar doivent être conçus et fabriqués conformément aux règles de l'art en usage dans un Etat membre. Ils doivent être accompagnés d'instructions d'utilisation suffisantes et porter des marques permettant d'identifier le fabricant ou son mandataire établi dans la communauté.

L'air dans les circuits des compresseurs nécessite une surveillance. L'air sortant des instruments rotatifs constitue un vecteur de biocontamination à travers les circuits d'air. **L'air produit doit être sec.** Il convient d'empêcher un environnement chaud et humide constituant un milieu favorable pour les micro-organismes (avec, également, dégagement d'odeur). **L'installation de filtres bactériologiques stériles** sur les dessiccateurs d'air produit un air de qualité. La finesse des particules bactériologiques stériles est de 0,01 micron avec un rendement de 99,99 %.

## 2.3. Textes

- Décret n°99-1046 du 13 décembre 1999 modifié, relatif aux équipements sous pression (217)
  - Article 2 : champ d'application
  - Articles 3 à 16 : mise sur le marché et évaluation de la conformité
  - Articles 17 à 20 : dispositions applicables aux équipements en service
  - Articles 21 à 23 : organismes habilités
  - Articles 24 à 32 : dispositions diverses
- Arrêté du 15 mars 2000 relatif à l'exploitation des équipements sous pression (218)
  - Articles 1 à 5 : champ d'application et définition
  - Articles 6 à 9bis : condition d'installation et d'exploitation
  - Articles 10 à 14 : inspections périodiques
  - Articles 15 à 19 : déclaration et contrôles de mise en service
  - Articles 20 à 27 : requalifications périodiques
  - Articles 28 à 31 : interventions
  - Articles 32 à 35 : application, dispositions transitoires

## 2.4. Conséquences pratiques

Le compresseur, conformément à la réglementation pour les réservoirs à pression, doit être positionné de façon à ce que la plaque signalétique soit toujours visible.

Il doit être situé dans un local sec et tempéré, exempt de poussière et insonorisé.

La température ambiante ne doit pas tomber au-dessous de 5°C (pour éviter les condensations et les dommages liés au gel). Au-delà de 35°C, il est recommandé de placer une ventilation forcée et de placer le compresseur dans la veine de celui-ci.

Le compresseur doit être d'accès facile pour permettre l'entretien et les réparations (changement des joints, filtres...).

Afin de préserver le circuit de distribution de l'air de contamination bactérienne, il est recommandé de choisir les compresseurs avec :

- **Filtre à air (degré de filtration de 1 µm)** afin d'éviter l'entrée d'agents humides et des poussières dans le circuit d'air.
- **Filtre bactériologique (degré de filtration de 0,01 µm)** pour une efficacité de 99,99 % (ISO 7396-1:2007).

## 3. Electricité

### 3.1. Introduction

Les applications de l'électricité sont classées en deux domaines : le domaine des courants forts (applications domestiques) et le domaine des courants faibles, ne dépassant pas des intensités de l'ordre de l'ampère, domaine de l'électronique de faible puissance (téléphonie, circuits de commande, microprocesseurs, informatique). Les installations électriques de toute nature doivent, dans toutes leurs parties, être conçues et établies **en fonction de la tension** qui détermine leur domaine.

#### ⇒ COURANTS FORTS

Les installations électriques de toute nature sont classées **en fonction de la plus grande des tensions nominales** existant aussi bien entre deux quelconques de leurs conducteurs qu'entre l'un d'entre eux et la terre.

La norme NF C15-100 s'applique à toutes les installations électriques domestiques. Elle a été modifiée en 2002 puis a reçu 7 amendements entre août 2008 et juin 2015, elle constitue le minimum de mise en conformité en cas de rénovation ou de remise à neuf de l'installation électrique.

#### ⇒ COURANTS FAIBLES

La désignation « courants faibles » regroupe l'ensemble des techniques et équipements mis en œuvre dans le cabinet pour le transport d'information voix, données, images (VDI) et la commande de processus dans le cadre d'applications telles que :

- la téléphonie (analogique ou numérique) ;
- la vidéo (diffusion et réception d'images, surveillance) ;
- l'informatique ;
- la sécurité incendie ;
- la contrôle d'accès et l'anti-intrusion ;
- la domotique ou l'immotique.

### 3.2. Obligations (65, 219, 220)

Les obligations réglementaires qui s'appliquent aux utilisations des courants faibles portent essentiellement sur les systèmes de **sécurité incendie** imposés par le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les ERP et par le code du travail.

Les installations doivent être réalisées par des **personnes qualifiées**, avec un matériel électrique approprié, conformément aux règles de l'art. Les adjonctions, modifications ou réparations doivent être exécutées dans les mêmes conditions. Le maître d'ouvrage doit s'assurer que les installations électriques soient conçues et réalisées de façon à prévenir les risques de choc électrique, par contact direct ou indirect, ou de brûlure et les risques d'incendie ou d'explosion d'origine électrique. Il doit établir et transmettre à l'employeur un dossier technique comportant la description et les caractéristiques des installations électriques réalisées (code du travail, articles R. 4215-1 et R. 4215-2).

L'employeur doit faire procéder à la vérification initiale des installations électriques lors de leur mise en service par un **organisme accrédité** à cet effet.

Il doit faire ensuite procéder périodiquement à la vérification de ces installations (périodicité fixée à 1 an mais pouvant être reportée à 2 ans par le chef d'établissement) et lorsqu'elles subissent une modification de structure.

Une mise à jour complète de l'ensemble des renseignements descriptifs doit être effectuée tous les quatre ans, c'est le rapport « quadriennal », rédigé comme un rapport de visite initiale.

### 3.3. Textes

#### ⇒ **Code de la construction et de l'habitation**

- Article L.111-3 (221) : raccordement aux réseaux électriques
- Article R.111-12 (222) : sécurité électrique

#### ⇒ **Textes généraux sur la sécurité électrique**

- Décret n°88-1056 du 14 novembre 1988 pris pour l'exécution des dispositions du livre II du code du travail (titre III : Hygiène, sécurité et conditions du travail)

en ce qui concerne la protection des travailleurs dans les établissements qui mettent en œuvre des courants électriques (223).

- Décret n° 2010-1017 du 30 août 2010 relatif aux obligations des maîtres d'ouvrage entreprenant la construction ou l'aménagement de bâtiments destinés à recevoir des travailleurs en matière de conception et de réalisation des installations électriques (224).
- Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP) (90).
- Arrêté du 23 mai 1989 relatif au règlement de sécurité contre l'incendie dans les établissements de soins (type U) (225).
- Arrêté du 10 octobre 2000 fixant la périodicité, l'objet et l'étendue des vérifications des installations électriques au titre de la protection des travailleurs ainsi que le contenu des rapports relatifs aux dites vérifications (226).
- Arrêté du 26 décembre 2011 relatif aux vérifications ou processus de vérification des installations électriques ainsi qu'au contenu des rapports correspondants (227).

⇒ **Code du travail**

- Articles R. 4226-1 (228) à R. 4226-21 : fixent les règles relatives à l'utilisation et à la réalisation par l'employeur des installations électriques permanentes et temporaires.
- Articles R. 4215-1 à R. 4215-3 (229–231) : caractéristiques de réalisation des installations électriques.

### **3.4. Conséquences pratiques (232)**

La norme NF C15-100 s'applique aux constructions neuves et aux rénovations totales. Elle prévoit :

- un nombre minimum de socles de prises de courant et de circuits spécialisés ;
- la **généralisation de la protection différentielle 30 mA** ;
- la mise en œuvre d'un disjoncteur différentiel de type A pour protéger notamment le stérilisateur et le laveur-désinfecteur ;
- **une protection 2A dédiée à la VMC** ;

- une protection 2A pour le circuit d'asservissement tarifaire, le fil pilote ou le gestionnaire d'énergie ;
- la mise en œuvre obligatoire de parafoudre dans certains cas ;
- l'obligation de fournir un **schéma de l'installation** ;
- une réserve de 20 % minimum obligatoire dans le ou les tableau(x) de répartition ;
- l'interdiction des appareillages à griffes et l'obligation d'obturateurs pour les prises de courant 16A ou plus ;
- une prise électrique (minimum) à proximité de chaque prise communication (téléphone, télévision, informatique) ;
- un point d'éclairage au minimum par pièce, entrée principale, entrée de service ;
- tous les circuits doivent être équipés d'un conducteur de terre, y compris ceux alimentant les appareils spécifiques ;
- un minimum de 3 prises dédiées et sur circuits séparés (autoclave, lave-vaisselle, réfrigérateur) ;
- un circuit doit être prévu pour chaque gros appareil supplémentaire ;
- pour les couloirs et autres locaux > 4m<sup>2</sup> : une prise minimum.

#### ⇒ **PRISES DE COMMUNICATION**

Il faut installer au minimum une prise de communication par pièce principale. Le type préconisé des prises de communication est RJ 45, ce qui permet, outre le branchement d'un téléphone, de créer un réseau local informatique dans le cabinet. Les anciennes prises téléphoniques en « T » sont encore admises.

#### ⇒ **DISJONCTEURS DIFFÉRENTIELS**

Dans le cas d'installations récentes, le disjoncteur de branchement comporte un dispositif de coupure différentielle de moyenne sensibilité (500 mA).

Pour protéger des risques d'électrocution, tous les circuits de l'installation doivent être protégés par des disjoncteurs différentiels assignés, au plus égal à 30 mA.

En plus, dans le cadre d'un cabinet dentaire, **chaque appareil de radiologie (panoramique ou rétro alvéolaire) devra être alimenté par une ligne directe protégée par un disjoncteur différentiel de 30 mA** (normes NF C15-160 et NF C15-100).



# Cahier des charges pour chaque pièce du cabinet

## 1. La salle de soins

### 1.1. Introduction

C'est un lieu privé, recevant du public, où sont dispensés des soins médicaux et chirurgicaux, diffus et sans hébergement (ambulatoires).

C'est une zone active, élément central du cabinet, à haut risque potentiel de contamination.

Si le local comporte plusieurs salles de soins, une d'entre elles doit être accessible aux personnes handicapées.

### 1.2. Conseils

Ils sont nombreux, et bien que ne faisant pas l'objet de textes réglementaires, ils méritent d'être respectés ; en particulier tout ce qui peut avoir un impact sur l'hygiène et l'asepsie.

Ils concernent :

#### ⇒ Les cloisons

Les cloisons doivent être recouvertes de matériaux esthétiques, non poreux, lessivables, résistants aux agressions chimiques, n'altérant pas la qualité de l'éclairage (exemples : peintures conformes à la norme NF X41-520, revêtements synthétiques à joints soudés, carrelages à joints lisses, non rétentifs).

Il faut éviter les coins de murs à angles vifs, les moulures.

Les revêtements difficiles d'entretien, poreux, les moquettes, les tissus ou les papiers peints non lessivables sont à proscrire.

#### ⇒ Les sols

Les revêtements utilisés doivent être adaptés à un usage intensif et répondre à des règles incontournables d'hygiène.

Ils doivent être non poreux, homogènes, lessivables, résistants à l'usure et aux agressions chimiques, esthétiques, non bruyants.

Dans les salles de chirurgie s'imposeront des sols en revêtements thermoplastiques avec remontées en plinthes et gorge arrondie (210).

#### ⇒ **Le plafond**

Les revêtements utilisés doivent également permettre le respect des règles d'hygiène et ne pas altérer l'ambiance lumineuse de la pièce.

Il faut proscrire les matières poreuses, les plaques perforées sans joints de liaison étanches et éviter les faux plafonds créant un espace vide (qui permettent l'accumulation de poussières et de micro-organismes).

Les plafonds peints résistants aux agressions chimiques et lessivables, respectant la norme NF X41-520 sont à privilégier.

Les faux plafonds synthétiques tendus avec joints de fixation ou des éléments de soutien des dispositifs d'éclairage peuvent être utilisés.

Si le plafond comporte des dalles, elles doivent avoir une finition de surface imperméable et lessivable.

#### ⇒ **Le mobilier**

L'équipement pour le lavage des mains doit comporter :

- un lavabo suspendu, sans trop-plein et si possible indépendant et isolé des plans de travail,
- un système de distribution d'eau à commande non manuelle (cellule photoélectrique, commande au pied ou commande au coude),
- un distributeur de solution hydro-alcoolique ou de savon liquide, à recharge entièrement jetable de préférence (pompe y comprise),
- un nécessaire de séchage des mains à usage unique,
- une protection murale, étanche et lavable est à prévoir,
- une poubelle (ayant une ouverture à commande non manuelle).

Le mobilier (plan de travail, meubles de rangement, bureau, etc.) doit être réalisé ou recouvert de matériaux non poreux, lessivables, exempts de joints, résistants aux agressions chimiques.

Il doit être réduit au maximum, simple dans ses formes (absence d'angles vifs afin de faciliter l'entretien en général et en particulier celui du sol, poignets d'ouvertures

simples et arrondies), si possible sur pieds, sur roulettes ou même fixé au mur sans pieds (pour faciliter l'hygiène des sols).

Il doit permettre le déplacement des personnes handicapées ou à mobilité réduite. Les paillasses et parties hautes des meubles de rangement doivent être dégagées au maximum.

Pour la salle dédiée à l'implantologie, les meubles doivent être en nombre très limité et les dessertes sur roulettes sont à privilégier (210).

#### ⇒ **Le matériel technique**

Le matériel technique doit permettre de faire face à toute situation clinique et en particulier d'urgence.

Il doit intégrer de façon générale les critères d'hygiène :

- le siège et le dossier du fauteuil doivent être lisses, sans couture, lessivables, résistants aux agressions chimiques,
- les divers cordons doivent être lisses, faciles à nettoyer,
- les tablettes doivent être lisses et résistantes aux agressions chimiques,
- le système d'aspiration doit être démontable,
- les commandes à pédales ou par touches sans relief sont à privilégier,
- le scialytique doit comporter des poignées pouvant recevoir une protection jetable à usage unique ou des poignées stérilisables.

Il est nécessaire de disposer au moins d'un meuble de travail mobile.

#### ⇒ **L'éclairage**

L'éclairage est assuré de manière à (233) :

- Eviter la fatigue visuelle et les affections de la vue qui en résultent ;
- Permettre de déceler les risques perceptibles par la vue.

La salle de soins doit disposer d'un éclairage d'ambiance naturel et/ou artificiel reproduisant la lumière du jour.

Il doit être indépendant de celui de l'unité.

Il doit être d'au moins 500 lux au-dessus des plans de travail (obligatoire si présence de personnel).

Les différents systèmes qui le composent doivent être lessivables, résistants aux agressions chimiques et ne doivent pas pouvoir retenir les poussières.

Un système d'éclairage de sécurité autonome est conseillé.

Les dispositions appropriées doivent être prises (stores, surfaces mates, vitres teintées, rideaux...) pour éviter les éblouissements. Il est aussi possible d'installer des systèmes permettant de faire varier l'intensité lumineuse.

Il faut respecter les règles d'entretien périodique, faciliter l'accès aux organes de commande d'éclairage et faire attention aux effets thermiques des luminaires (utiliser des tubes fluorescents plutôt que des spots halogènes).

Les locaux destinés à être affectés au travail comportent à hauteur des yeux des baies transparentes donnant sur l'extérieur, sauf en cas d'incompatibilité avec la nature des activités envisagées.

#### ⇒ L'air

Le volume d'air doit être suffisant : un volume correspondant à une surface de 15 à 20 m<sup>2</sup> pour une hauteur de 2,5 m paraît être un minimum souhaitable. Le renouvellement de l'air doit être possible (il s'agit en fait d'une mesure d'hygiène impérative) de façon à (65) :

- maintenir un état de pureté de l'atmosphère propre à préserver la santé des travailleurs ;
- éviter les élévations exagérées de température, les odeurs désagréables et les condensations.

Lorsqu'une ventilation mécanique contrôlée existe :

- les bouches d'aération d'air propre doivent être placées dans des zones dites protégées,
- les bouches d'extraction de l'air vicié doivent être placées dans les zones potentiellement contaminées,
- les zones dites protégées ne doivent pas être situées directement sous les bouches de soufflage.

Lorsqu'un système de climatisation est installé :

- le flux d'air des climatiseurs doit être disposé, si possible, en face d'ouvertures (porte, fenêtre...) mais surtout à distance des plans de travail et de l'unit,
- une maintenance spécifique est nécessaire.

⇒ **L'eau (210, 216)**

**Il n'existe pas d'obligation spécifique**, toutefois il est recommandé de respecter les critères relatifs :

- à la qualité de l'eau selon les différents usages,
- à la conception et à la réalisation des installations de distribution de l'eau.

La conception du réseau doit être la plus simple possible et il faut prévoir un réseau le plus court possible afin :

- d'éviter la stagnation de l'eau et l'élévation de la température de l'eau froide ou la baisse de celle de l'eau chaude,
- de permettre des traitements de désinfection efficaces et rapides (désinfectants avec marquage CE obligatoires et respectant les normes).

Les postes utilisateurs d'eau destinée à l'usage alimentaire, sanitaire ou à des actes de soins doivent être raccordés au réseau principal.

Les canalisations de distribution doivent être clairement identifiées depuis leur point d'origine jusqu'au poste utilisateur.

Toutes les unités dentaires devraient utiliser des systèmes qui traitent l'eau afin qu'elle ait une valeur inférieure ou égale à 500 UFC/mL (UFC : unités formant des colonies). En effet les réservoirs indépendants ou les systèmes avec bouteille d'eau ne semblent pas suffisants pour une bonne qualité de l'eau.

Afin de maîtriser la qualité microbiologique de l'eau des unités, on peut avoir recours à des produits désinfectants, la purge des tubulures, la filtration de l'eau ou le système anti-reflux :

- les désinfectants à base de chlore, de peroxyde d'hydrogène, d'ammoniums quaternaires... peuvent être utilisés pour une utilisation périodique avec une concentration élevée ou pour une utilisation en continu avec une concentration faible,
- une purge des tubulures d'au moins 5 minutes le matin et de 20 à 30 secondes entre chaque patient et de 20 secondes en fin de journée est recommandée, cette purge est notamment essentielle après le week-end ou au retour des vacances,
- des filtres de 0,22 µm placés au plus près du porte-instrument dynamique,
- des valves anti-retour intégrées à la seringue air/eau et aux PID ou à l'équipement sont conseillées.

## **2. Le secrétariat, l'accueil**

### **2.1. Introduction**

C'est un lieu d'accueil, d'information, de relations entre le praticien, le personnel et les patients ou les personnes accompagnantes, les fournisseurs, etc.

C'est une zone administrative, à risque sanitaire faible.

Plaque tournante du cabinet, il doit être convivial et accueillant. Les banques d'accueil doivent être utilisables par une personne en position « debout » comme en position « assise » et permettre la communication visuelle de face.

Une partie au moins du plan de travail doit être à une hauteur maximale de 0,80 m et présenter un vide en partie inférieure d'au moins 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur permettant le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant (sauf si le point d'accueil est situé à un étage ou niveau non desservi par un ascenseur ou un élévateur).

### **2.2. Conseils**

#### ⇒ **Les cloisons**

Il est préférable de retenir des matériaux faciles à entretenir, isolants, acoustiques, chaleureux (peinture, revêtements synthétiques, résines, bois, métal, etc.).

Il est conseillé d'utiliser des teintes non criardes, chaudes, en harmonie avec l'ensemble des dégagements...

#### ⇒ **Le sol**

Le revêtement choisi doit être adapté à un usage intensif et doit être non bruyant, facile à entretenir, lavable et permettant un déplacement facile aux personnes à mobilité réduite (fauteuil roulant).

Il est conseillé d'éviter les moquettes surtout si elles sont épaisses.

#### ⇒ **Le plafond**

Comme pour les parois, il est préférable de retenir des matériaux isolants phoniques, faciles à entretenir.

⇒ **Le mobilier**

Il doit être fonctionnel, esthétique, en harmonie avec la pièce et facile à entretenir.

⇒ **L'éclairage**

Il doit être suffisant mais non agressif ; 500 lux au-dessus du plan de travail du secrétariat sont conseillés.

Il est préférable de rechercher des appareils faciles à entretenir mais esthétiques, en harmonie avec le mobilier.

Un système d'éclairage de sécurité autonome est recommandé.

⇒ **Les systèmes de communication**

Le ou les ordinateur(s) ne doit(vent) pas être accessible(s) au public.

Il est conseillé d'avoir au moins un téléphone indépendant de celui (ou de ceux) du praticien.

### **3. La salle d'attente**

#### **3.1. Introduction**

C'est un lieu d'attente, de repos pour les patients et pour les personnes accompagnantes qui doit être distinct des autres pièces du cabinet.

C'est une zone passive à risque sanitaire « moyen-faible » (proximité des personnes).

#### **3.2. Conseils**

##### ⇒ **Les cloisons**

Il est préférable de retenir des matériaux faciles à entretenir, isolants, acoustiques, chaleureux (peinture, revêtements synthétiques, résines, bois, métal, etc.).

Il est conseillé d'utiliser des teintes non criardes, chaudes, en harmonie avec l'ensemble des dégagements...

##### ⇒ **Le sol**

Le revêtement choisi doit être adapté à un usage intensif et doit être non bruyant, facile à entretenir, lavable et permettant un déplacement facile aux personnes à mobilité réduite (fauteuil roulant).

Il est conseillé d'éviter les moquettes surtout si elles sont épaisses.

##### ⇒ **Le plafond**

Comme pour les parois, il est préférable de retenir des matériaux isolants phoniques, faciles à entretenir.

##### ⇒ **Le mobilier**

Il doit être fonctionnel, esthétique, confortable, en harmonie avec la pièce, facile à entretenir.

Il est conseillé de prévoir des sièges adaptés aux personnes âgées et aux jeunes enfants.



Pour les fenêtres, il faut éviter les voilages, rideaux ou stores difficiles à entretenir.  
La disposition du mobilier doit permettre la circulation des personnes handicapées.

⇒ **L'éclairage**

Il doit être suffisant mais non agressif.

Il est préférable de rechercher des appareils faciles à entretenir mais esthétiques, en harmonie avec le mobilier.

Un système d'éclairage de sécurité autonome est recommandé.

⇒ **L'aération, la ventilation, le chauffage**

Le renouvellement régulier et suffisant de l'air doit être prévu. Il sera naturel ou mécanique.

Dans ce cas, les bouches d'aération doivent être placées de façon à ne pas incommoder les patients. Il en est de même si une climatisation est prévue.

Il est conseillé d'entretenir une température entre 21 et 24°C et de ne pas oublier la maintenance des systèmes mécaniques.

## **4. La salle de stérilisation**

### **4.1. Introduction**

C'est un élément majeur du cabinet.

C'est une zone active, technique, à risque infectieux élevé, elle est à la fois une zone potentiellement contaminée (traitement du matériel) et une zone protégée (zone de conditionnement de stérilisation).

Elle doit être proche (si possible, directement accessible) de la salle de soins mais protégée et totalement indépendante de toutes les autres pièces.

Elle peut être visible par les patients qui ne doivent pas pouvoir y accéder librement.

### **4.2. Conseils**

Ils sont nombreux, et bien que ne faisant pas l'objet de textes réglementaires, ils doivent être respectés avec rigueur.

#### ⇒ **Les cloisons**

Les cloisons doivent être recouvertes de matériaux esthétiques, non poreux, lessivables, résistants aux agressions chimiques, n'altérant pas la qualité de l'éclairage (exemples : peintures conformes à la norme NFX 41-520, revêtements synthétiques à joints soudés – carrelages à joints lisses, non rétentifs).

Il faut éviter les coins de murs à angles vifs, les moulures.

Les revêtements difficiles d'entretien, poreux, les moquettes, les tissus ou les papiers peints non lessivables sont à proscrire.

#### ⇒ **Le sol**

Les revêtements utilisés doivent être adaptés à un usage intensif et répondre à des règles incontournables d'hygiène.

Ils doivent être esthétiques, non poreux, homogènes, lessivables, résistants à l'usure et aux agressions chimiques.

Il est vivement recommandé de privilégier les carrelages sur les murs et le sol.

⇒ **Le plafond**

Les revêtements utilisés doivent également permettre le respect des règles d'hygiène.

Il faut proscrire les matières poreuses, les plaques perforées sans joint de liaison étanche et éviter les faux plafonds créant un espace vide (qui permettent l'accumulation de poussières et de micro-organismes).

Les plafonds peints résistant aux agressions chimiques et lessivables, respectant la norme NFX 41-520 sont à privilégier.

Les faux plafonds synthétiques tendus avec joints de fixation ou des éléments de soutien des dispositifs d'éclairage peuvent être utilisés.

Si le plafond comporte des dalles, elles doivent avoir une finition de surface imperméable et lessivable.

⇒ **L'éclairage**

L'éclairage est assuré de manière à :

- Eviter la fatigue visuelle et les affections de la vue qui en résultent ;
- Permettre de déceler les risques perceptibles par la vue.

La salle de stérilisation doit disposer d'un éclairage suffisant.

Il doit être d'au moins 500 lux au-dessus des plans de travail.

Les différents systèmes qui le composent doivent être lessivables, résistants aux agressions chimiques et ne doivent pas pouvoir retenir les poussières.

Un système d'éclairage de sécurité autonome est recommandé.

⇒ **L'air**

Il est conseillé de prévoir un volume suffisant, une aération de qualité et la possibilité d'utiliser de nouveaux appareils techniques, de façon à (210) :

- maintenir un état de pureté de l'atmosphère propre à préserver la santé des travailleurs ;
- éviter les élévations exagérées de température, les odeurs désagréables et les condensations.

La salle de stérilisation doit être équipée d'une bonne ventilation (VMC) à cause de l'utilisation quotidienne de produits désinfectants, de bacs à US et d'autoclaves qui élèvent la température ambiante.

⇒ L'eau

Il n'existe pas d'obligations spécifiques.

Toutefois il est recommandé de respecter les critères relatifs

- à la qualité de l'eau selon les différents usages,
- à la conception et à la réalisation des installations de distribution d'eau,
- éventuellement, prévoir un distillateur d'eau.

Il faut prévoir un point d'eau indépendant pour le lavage des mains (210).

Si le local professionnel ne permet pas de répondre aux conditions ci-dessus exposées, il faut prévoir la délocalisation du traitement des instruments.

## **5. Le local destiné à l'entreposage des déchets**

### **5.1. Introduction**

Les déchets doivent être triés dès leur production en raison de la présence de filières d'élimination spécifiques.

Une poubelle spécifique aux DASRI (norme AFNOR NF X30-501) doit être située à proximité immédiate de la salle de soins.

Les déchets, une fois emballés dans les sac-poubelles spécifiques jaunes ou dans les boîtes OPCT, doivent être mis dans des conteneurs appropriés à la collecte interne. Ces conteneurs doivent ensuite être scellés définitivement et stockés dans un local d'entreposage spécifique.

Le local d'entreposage des déchets est un lieu bien différencié, isolé, sans contact avec les zones dites « propres » (salle de soins, salle de stockage des instruments stériles, secrétariat).

C'est également un lieu classé « **à risques particuliers** » **potentiellement contaminé**.

**Cette salle n'est obligatoire que si la quantité de DASRI produite en un même lieu est supérieure à 15 kg par mois.**

### **5.2. Conseils**

Bien prévoir ce local dès la conception du cabinet et en particulier, sa taille et son emplacement. Afficher la réglementation spécifique sur la porte du local.

Un praticien exerçant seul produit généralement moins de 5 kg de DASRI par mois. Il est conseillé de les stocker dans un lieu fermé et facilement lavable.

### **5.3. Obligations**

#### **⇒ STOCKAGE DES DECHETS (234)**

Concernant la zone de stockage des DASRI, il faut distinguer trois possibilités selon si la quantité de déchets produite par mois est inférieure à 5 kg, supérieure à 15kg ou entre les deux.

- Lorsque la quantité de DASRI produite en un même lieu est **inférieure ou égale à 5 kg par mois**, ces derniers sont entreposés à l'écart des sources de chaleur, dans des emballages étanches munis de dispositifs de fermeture provisoire et définitive et adaptés à la nature des déchets, lesquels doivent être entreposés dans un lieu (meuble, placard...) réservé strictement à cet effet.  
Ces déchets sont évacués aussi fréquemment que l'imposent les contraintes d'hygiène et dans le délai maximal de **3 mois** (article 11 de l'arrêté du 7 septembre 1999 (35) modifié par l'arrêté du 14 octobre 2011 (235)).
- Lorsque la quantité de DASRI produite en un même lieu est **inférieure ou égale à 15 kg par mois et supérieure à 5 kg par mois** ou lorsque la quantité DASRI regroupée en un même lieu est inférieure ou égale à 15 kg par mois, les déchets sont entreposés dans une zone intérieure qui doit répondre aux caractéristiques suivantes (article 11 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié par l'arrêté du 14 octobre 2011) :
  - Cette zone est spécifique au regroupement des DASRI ;
  - La surface est adaptée à la quantité de DASRI à entreposer ;
  - Cette zone est identifiée et son accès est limité ;
  - Elle ne reçoit que des emballages fermés définitivement. Les emballages non autorisés pour le transport sur la voie publique au titre de l'arrêté du 29 mai 2009 modifié visé ci-dessus doivent être placés dans des emballages homologués au titre de cet arrêté ;
  - Elle est située à l'écart des sources de chaleur ;
  - Elle fait l'objet d'un nettoyage régulier et chaque fois que cela est nécessaire.

Pour ces déchets, la durée entre l'évacuation des déchets du lieu de production et leur incinération ou prétraitement par désinfection ne doit pas excéder 1 mois, à l'exception des DASRI perforants exclusivement, pour lesquels cette durée ne doit pas excéder 3 mois (article 4 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié par l'arrêté du 20 mai 2014).

- Si cette production est **supérieure à 15 kg par mois**, les **locaux d'entreposage** doivent répondre aux caractéristiques de l'article 8 de l'arrêté du 7 septembre 1999, relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins et assimilés, précisé par l'article 10 de l'arrêté du 7 septembre 1999 et modifié par l'arrêté du 14 octobre 2011 :

- Ils sont réservés à l'entreposage des déchets et peuvent servir, le cas échéant, à l'entreposage des produits souillés ou contaminés. Une inscription mentionnant leur usage est apposée de manière apparente sur la porte. Leur surface est adaptée à la quantité de déchets et produits à entreposer ;
- Ils ne peuvent recevoir que des déchets préalablement emballés. Les emballages non autorisés pour le transport sur la voie publique au titre de l'arrêté du 29 mai 2009 modifié (236) susvisé doivent être placés dans des grands récipients pour vrac, étanches et facilement lavables. La distinction entre les emballages contenant des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et les emballages contenant d'autres types de déchets doit être évidente ;
- Ils sont implantés, construits, aménagés et exploités dans des conditions offrant une sécurité optimale contre les risques de dégradation et de vol ;
- Ils doivent être identifiés comme à risques particuliers au sens du règlement de sécurité contre les risques d'incendie ;
- Ils sont correctement ventilés et éclairés et permettent une protection des déchets contre les intempéries et la chaleur ;
- Ils sont munis de dispositifs appropriés pour prévenir la pénétration des animaux ;
- Le sol et les parois de ces locaux sont lavables ;
- Ils sont dotés d'une arrivée d'eau et d'une évacuation des eaux de lavage vers le réseau des eaux usées dotée d'un dispositif d'occlusion hydraulique conforme aux normes en vigueur. Le robinet de puisage est pourvu d'un disconnecteur d'extrémité du type HA permettant d'empêcher les retours d'eau ;
- Ils font l'objet d'un nettoyage régulier et chaque fois que cela est nécessaire.

La durée entre l'évacuation des déchets du lieu de production et leur incinération ou prétraitement par désinfection ne doit pas excéder :

- 72 heures lorsque la quantité de DASRI regroupée en un même lieu est supérieure à 100 kg par semaine ;
- 7 jours lorsque la quantité de déchets DASRI regroupée en un même lieu est inférieure ou égale à 100 kg par semaine et supérieure à 15 kg par mois ;

⇒ **COLLECTE DES DECHETS** (234, 237)

- En cas de production **inférieure à 5 kg par mois**, le chirurgien-dentiste prend lui-même en charge le transport des déchets vers un point de regroupement déclaré, il doit garder le bon de prise en charge et le récapitulatif annuel.
- En cas de production **supérieure à 5 kg par mois et inférieure à 15 kg par mois**, le chirurgien-dentiste a deux possibilités :
  - *Le regroupement* : le chirurgien-dentiste prend lui-même en charge le transport des déchets vers un point de regroupement déclaré et doit alors garder le bon de prise en charge et le bordereau de suivi "*Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux avec regroupement*" (CERFA n° 11352\*04).
  - *L'absence de regroupement* : le chirurgien-dentiste doit avoir recours à un prestataire collecteur des déchets.

Le chirurgien-dentiste, responsable de l'élimination des déchets, doit émettre, lors de la remise de ses déchets au prestataire de service, un bordereau conforme au bordereau de suivi "*Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux*" (CERFA n° 11351\*04).

Le prestataire de services doit ensuite émettre un bordereau de suivi "*Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux avec regroupement*" (CERFA n° 11352\*04). Il joint à ce bordereau la liste de tous les producteurs.

Ces bordereaux de suivi sont disponibles sur le site : <http://service-public.fr> (arrêté du 20 mai 2014 (238)). Ils accompagnent les déchets jusqu'à l'installation destinataire qui peut être une installation d'incinération ou de prétraitement par désinfection.

Ils doivent être conservés pendant trois ans et tenus à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé et des services de l'Etat compétents territorialement.

- En cas de production **supérieure à 15 kg par mois et inférieure à 15 kg par mois**, le chirurgien-dentiste doit avoir recours à un prestataire collecteur des déchets.



## **6. Les toilettes**

### **6.1. Introduction**

C'est un lieu bien différencié, isolé, signalé.

**Sa présence est recommandée pour le public.**

**Elle est obligatoire en cas d'embauche de personnel.**

**Les toilettes doivent respecter la réglementation relative à l'accessibilité aux personnes handicapées et à mobilité réduite.**

### **6.2. Conseils**

Les parois et le sol doivent être revêtus de carrelages, d'un revêtement synthétique ou d'une peinture lavables et résistant aux agressions chimiques.

Une aération doit être prévue.

Le cabinet d'aisances adapté pour les personnes handicapées doit comporter, en dehors du débâtement de porte, un espace d'usage accessible à une personne en fauteuil roulant, situé latéralement par rapport à la cuvette, ainsi qu'un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour situé à l'intérieur du cabinet ou, à défaut, à l'extérieur.

Le cabinet d'aisances adapté pour les personnes handicapées doit comporter :

- un dispositif permettant de refermer la porte derrière soi une fois entré ;
- un lave-mains accessible dont le plan supérieur est situé à une hauteur maximale de 0,85 m ;
- une surface d'assise de la cuvette située à une hauteur comprise entre 0,45 m et 0,50 m du sol, abattant inclus, à l'exception des sanitaires destinés spécifiquement à l'usage d'enfants ;
- une barre d'appui latérale prévue à côté de la cuvette, permettant le transfert d'une personne en fauteuil roulant et apportant une aide au relevage. La barre est située à une hauteur comprise entre 0,70 m et 0,80 m. Sa fixation ainsi que le support doivent permettre à un adulte de prendre appui de tout son poids.

## Conclusion

Le travail de mise à jour du *Guide d'installation des cabinets dentaires* a mis en évidence des changements importants du cadre législatif dans deux domaines.

Les réglementations relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées et à l'installation des appareils de radiodiagnostic ont, en effet, particulièrement évolué depuis 2007.

D'une part, concernant l'accessibilité aux personnes handicapées, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a été complétée par l'arrêté du 8 décembre 2014.

Cet arrêté apporte de nombreuses précisions. Aussi, en modifiant certaines dispositions concernant l'accessibilité des ERP, il permet un assouplissement des obligations. Il réduit, en effet, les difficultés auxquelles peuvent se heurter les professionnels souhaitant rendre conforme leur établissement.

On peut toutefois se demander si cet allègement des normes d'accessibilité n'est pas aux dépens des personnes à mobilité réduite.

D'autre part, concernant l'installation des appareils de radiodiagnostic, en mars 2011 a eu lieu une révision de la norme NF C15-160, elle a ensuite été complétée par la décision n°2013-DC-0349 de l'ASN du 4 juin 2013. D'importants changements ont dès lors été réalisés.

Cependant, l'ASN estime que cette norme (ainsi que la décision n°2013-DC-0349 qui l'accompagne) ne correspond pas à la totalité des situations rencontrées et crée des difficultés techniques d'application. Elle propose donc le « Projet de décision fixant les règles techniques minimales de conception auxquelles doivent répondre les locaux dans lesquels sont utilisés des appareils électriques émettant des rayonnements X, à l'exception des locaux où sont utilisés des accélérateurs ».

Ce projet n'ajoute aucune contrainte. Ainsi, les installations conformes à la décision n°2013-DC-0349 seront en conformité avec la nouvelle décision qui devrait entrer en vigueur le 1er janvier 2017.

Outre ces deux domaines qui ont considérablement évolué, d'autres changements ont eu lieu dans la réglementation d'un cabinet dentaire tels que le stockage et l'élimination des DASRI avec l'arrêté du 14 octobre 2011 ou encore la sonorisation de la salle d'attente avec la prise de position du conseil de l'Ordre.

Au-delà des modifications citées ci-dessus, la plupart des changements relevés dans les textes réglementaires lors de la mise à jour du *Guide d'installation des cabinets dentaires* sont de moindre importance.

La réalisation d'une mise à jour du *Guide d'installation des cabinets dentaires* permet d'apporter une réponse la plus précise possible aux interrogations des jeunes confrères ayant pour projet de créer leur cabinet.

Ce *Guide* regroupe les obligations et formalités auxquelles ils doivent se soumettre, il leur donne également des recommandations. Il représente, de cette manière, une aide précieuse sur laquelle tout nouveau praticien pourra s'appuyer à chaque étape de son opération d'installation, que ce soit pour suivre la réglementation ou pour optimiser sa future pratique quotidienne.

En résumé, il pourra y trouver les informations nécessaires pour donner vie à son projet.

## Références bibliographiques

1. adf.asso.fr. PUBLICATIONS : À propos des publications de l'ADF [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.adf.asso.fr/fr/espace-formation/publications>
2. Association dentaire française. Commission des dispositifs médicaux. Guide d'installation des cabinets dentaires: aspects réglementaires et conseils. Paris, France: Association dentaire Française; 2006. 80 p.
3. Code du travail - Article R4221-1. Code du travail.
4. Code du travail - Article R4224-2. Code du travail.
5. Code du travail - Article R4224-9. Code du travail.
6. Code du travail - Article R4224-10. Code du travail.
7. Code du travail - Article R4224-11. Code du travail.
8. Code du travail - Article R4224-12. Code du travail.
9. Code du travail - Article R4224-13. Code du travail.
10. Code du travail - Article R4225-6. Code du travail.
11. Code du travail - Article R4225-7. Code du travail.
12. Code du travail - Article R4228-1. Code du travail.
13. Code du travail - Article R4228-2. Code du travail.
14. Code du travail - Article R4228-6. Code du travail.
15. Code du travail - Article R4228-7. Code du travail.
16. Code du travail - Article R4228-10. Code du travail.
17. Code du travail - Article R4228-16. Code du travail.
18. Code du travail - Article R4228-19. Code du travail.
19. Code du travail - Article R4228-23. Code du travail.
20. Code du travail - Article R4228-25. Code du travail.
21. Code de la santé publique - Article R1335-7. Code de la santé publique.
22. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19. Code de la construction et de l'habitation.
23. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-1. Code de la construction et de l'habitation.
24. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-2. Code de la construction et de l'habitation.
25. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-3. Code de la construction et de l'habitation.
26. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-4. Code de la construction et de l'habitation.
27. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-5. Code de la construction et de l'habitation.
28. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-6. Code de la construction et de l'habitation.
29. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-7. Code de la construction et de l'habitation.
30. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-8. Code de la construction et de l'habitation.
31. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-9. Code de la construction et de l'habitation.
32. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-10. Code de la construction et de l'habitation.
33. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-11. Code de la construction et de l'habitation.
34. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-12. Code de la

construction et de l'habitation.

35. Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

36. Le Roy Fromentin N. S'installer dans les territoires à faibles densités : Enquête auprès des chirurgiens-dentistes en exercice libéral installés depuis 2009 dans les zones très sous-dotées du zonage conventionnel [Travail en cours]. 2017.

37. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-16. Code de la construction et de l'habitation.

38. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-17. Code de la construction et de l'habitation.

39. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-18. Code de la construction et de l'habitation.

40. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-19. Code de la construction et de l'habitation.

41. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*111-19-20. Code de la construction et de l'habitation.

42. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*123-2. Code de la construction et de l'habitation.

43. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*123-19. Code de la construction et de l'habitation.

44. Code de la construction et de l'habitation - Article L631-7. Code de la construction et de l'habitation.

45. Code de la construction et de l'habitation - Article L631-8. Code de la construction et de l'habitation.

46. Code de la construction et de l'habitation - Article L631-9. Code de la construction et de l'habitation.

47. Code de l'urbanisme - Article L421-1. Code de l'urbanisme.

48. Code de l'urbanisme - Article L421-4. Code de l'urbanisme.

49. Code de l'urbanisme - Article R\*431-3. Code de l'urbanisme.

50. Code de l'urbanisme - Article R\*431-2. Code de l'urbanisme.

51. Loi n° 77-2 du 3 janvier 1977 sur l'architecture.

52. Code de la santé publique - Article R4127-215. Code de la santé publique.

53. Code des assurances - Article L242-1. Code des assurances.

54. 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.

55. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

56. 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, 2006.

57. 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.

58. Code de la construction et de l'habitation - Article L111-7. Code de la construction et de l'habitation.

59. Code de la construction et de l'habitation - Article L111-7-3. Code de la construction et de l'habitation.

60. Code de la construction et de l'habitation - Article L111-7-4. Code de la construction et

de l'habitation.

61. Code de la construction et de l'habitation - Article L111-8. Code de la construction et de l'habitation.

62. Code de la construction et de l'habitation - Article L111-8-3-1. Code de la construction et de l'habitation.

63. Code de la construction et de l'habitation - Article R111-19-27. Code de la construction et de l'habitation.

64. Code de la construction et de l'habitation - Article R111-19-28. Code de la construction et de l'habitation.

65. Institut National de Recherche et de Sécurité. Conception des lieux de travail :

Obligations des maîtres d'ouvrage Réglementation [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur:

[https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiw8r\\_0s7nQAhVC6xoKHcv6BAAQFggiMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.inrs.fr%2Fdms%2Finrs%2FCataloguePapier%2FED%2FTI-ED-773%2Fed773.pdf&usg=AFQjCNGAI8D\\_jEMws-L\\_GwlGBus3GdKiRw&sig2=iW13UH49\\_VuRip\\_aJvWOTQ](https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiw8r_0s7nQAhVC6xoKHcv6BAAQFggiMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.inrs.fr%2Fdms%2Finrs%2FCataloguePapier%2FED%2FTI-ED-773%2Fed773.pdf&usg=AFQjCNGAI8D_jEMws-L_GwlGBus3GdKiRw&sig2=iW13UH49_VuRip_aJvWOTQ)

66. Code du travail - Article R4216-2-1. Code du travail.

67. Code du travail - Article R4216-5. Code du travail.

68. Code du travail - Article R4227-4. Code du travail.

69. Code du travail - Article R4227-13. Code du travail.

70. Code du travail - Article R4227-33. Code du travail.

71. Code du travail - Article R4227-37. Code du travail.

72. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*123-14. Code de la construction et de l'habitation.

73. Code de la construction et de l'habitation - Article R123-22. Code de la construction et de l'habitation.

74. Code de la construction et de l'habitation - Article R\*123-27. Code de la construction et de l'habitation.

75. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-1. Code de la construction et de l'habitation.

76. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-1-1. Code de la construction et de l'habitation.

77. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-1-2. Code de la construction et de l'habitation.

78. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-1-3. Code de la construction et de l'habitation.

79. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-1-4. Code de la construction et de l'habitation.

80. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-2. Code de la construction et de l'habitation.

81. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-2-1. Code de la construction et de l'habitation.

82. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-2-1-1. Code de la construction et de l'habitation.

83. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-2-2. Code de la construction et de l'habitation.

84. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-2-3. Code de la construction et de l'habitation.

85. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-2-4. Code de la construction et de l'habitation.

86. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-2-5. Code de la construction et de l'habitation.
87. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-2-6. Code de la construction et de l'habitation.
88. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-2-7. Code de la construction et de l'habitation.
89. Code de la construction et de l'habitation - Article R125-2-8. Code de la construction et de l'habitation.
90. Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP).
91. Degré K – Leader européen de l'éclairage médical dentaire [Internet]. [cité 16 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.degrek.com/>
92. KUBLER J-M. Le cadre légal et normatif de l'éclairage du cabinet dentaire. Dent Trib Édition Fr. mars 2013;7.
93. KUBLER J-M. Œil, vision, santé : choisir son éclairage LED dentaire. Inf Dent. 9 juill 2016;(29):2-5.
94. KUBLER J-M. Éclairage à LED : Les yeux, la vision et le bien-être. Inf Dent. 13 avr 2016;(15/16):54-9.
95. KUBLER J-M. Concevoir un éclairage LED sécurisé et adapté à son exercice. Inf Dent. 22 juin 2016;(25):2-7.
96. Institut National de Recherche et de Sécurité. Eclairage artificiel au poste de travail : Fiche pratique de sécurité [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%2085>
97. Code du travail - Article R4223-4. Code du travail.
98. Code du travail - Article R4223-1. Code du travail.
99. La lettre ON des C. Désaccord majeur entre l'Ordre et la Sacem. mars 2015;(135):22, 23, 24.
100. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
101. Code de la santé publique - Article R4127-206. Code de la santé publique.
102. Code de la santé publique - Article R4127-207. Code de la santé publique.
103. Code de la construction et de l'habitation - Article R111-23-1. Code de la construction et de l'habitation.
104. Code du travail - Article R4431-1. Code du travail.
105. Code de la propriété intellectuelle - Article L122-1. Code de la propriété intellectuelle.
106. Code de la propriété intellectuelle - Article L123-1. Code de la propriété intellectuelle.
107. Code de la propriété intellectuelle - Article L131-4. Code de la propriété intellectuelle.
108. Code de la propriété intellectuelle - Article L335-2. Code de la propriété intellectuelle.
109. Code de la propriété intellectuelle - Article L335-3. Code de la propriété intellectuelle.
110. Code général des impôts - Article 1605. Code général des impôts.
111. Code général des impôts - Article 1605 bis. Code général des impôts.
112. Code général des impôts - Article 1605 ter. Code général des impôts.
113. Code général des impôts - Article 1605 quater. Code général des impôts.
114. Code général des impôts - Article 1840 W ter. Code général des impôts.
115. Arrêté du 25 avril 2003 relatif à la limitation du bruit dans les établissements de santé.
116. Circulaire du 25 avril 2003 relative à l'application de la réglementation acoustique des bâtiments autres que d'habitation.
117. [minefi.gouv.fr](http://www11.minefi.gouv.fr). BULLETIN OFFICIEL DES IMPÔTS DIRECTION GÉNÉRALE DES IMPÔTS 3 P-3-05 : N° 115 du 5 JUILLET 2005 : REDEVANCE AUDIOVISUELLE DES PROFESSIONNELS [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <http://www11.minefi.gouv.fr/boi/boi2005/3capub/textes/3p305/3p305.htm>

118. Code de la santé publique - Article R3512-2. Code de la santé publique.
119. Code de la santé publique - Article R3512-7. Code de la santé publique.
120. Code de la santé publique - Article R3512-3. Code de la santé publique.
121. Arrêté du 25 juillet 1977 LIMITATION DE LA TEMPERATURE DE CHAUFFAGE DANS LES LOCAUX ET ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET HOSPITALIERS ET DANS LES LOGEMENTS OU SONT DONNES DES SOINS MEDICAUX OU QUI LOGENT OU HEBERSENT DES PERSONNES AGEES OU DES ENFANTS EN BAS AGE.
122. Code de la santé publique - Article R1334-14. Code de la santé publique.
123. Code de la santé publique - Article R1334-15. Code de la santé publique.
124. Code de la santé publique - Article R1334-16. Code de la santé publique.
125. Code de la santé publique - Article R1334-17. Code de la santé publique.
126. Code de la santé publique - Article R1334-18. Code de la santé publique.
127. Code de la santé publique - Article R1334-19. Code de la santé publique.
128. Code de la santé publique - Article R1334-20. Code de la santé publique.
129. Code de la santé publique - Article R1334-21. Code de la santé publique.
130. Code de la santé publique - Article R1334-22. Code de la santé publique.
131. Code de la santé publique - Article R1334-23. Code de la santé publique.
132. Code de la santé publique - Article R1334-24. Code de la santé publique.
133. Code de la santé publique - Article R1334-25. Code de la santé publique.
134. Code de la santé publique - Article R1334-26. Code de la santé publique.
135. Code de la santé publique - Article R1334-27. Code de la santé publique.
136. Code de la santé publique - Article R1334-28. Code de la santé publique.
137. Code de la santé publique - Article R1334-29. Code de la santé publique.
138. Code de la santé publique - Article R1337-2. Code de la santé publique.
139. Code de la santé publique - Article R1337-2-1. Code de la santé publique.
140. Code de la santé publique - Article R1337-3. Code de la santé publique.
141. Code de la santé publique - Article R1337-3-1. Code de la santé publique.
142. Code de la santé publique - Article R1337-3-2. Code de la santé publique.
143. Code de la santé publique - Article R1337-4. Code de la santé publique.
144. Code de la santé publique - Article R1337-5. Code de la santé publique.
145. Code de la santé publique - Article Annexe 13-9. Code de la santé publique.
146. Code du travail - Article L4121-1. Code du travail.
147. Code du travail - Article L4121-2. Code du travail.
148. Code du travail - Article L4121-3. Code du travail.
149. Code du travail - Article L4121-4. Code du travail.
150. Code du travail - Article L4121-5. Code du travail.
151. Code du travail - Article R4222-1. Code du travail.
152. Code du travail - Article R4212-2. Code du travail.
153. Code du travail - Article R4412-129. Code du travail.
154. Code de la construction et de l'habitation - Article R111-20. Code de la construction et de l'habitation.
155. Arrêté du 9 octobre 1987 relatif au contrôle de l'aération et de l'assainissement des locaux de travail pouvant être prescrit par l'inspecteur du travail.
156. Arrêté du 8 octobre 1987 relatif au contrôle périodique des installations d'aération et d'assainissement des locaux de travail.
157. Arrêté du 25 avril 1985 relatif à la vérification et à l'entretien des installations collectives de ventilation mécanique contrôlée - gaz.
158. Arrêté du 21 décembre 2012 relatif aux recommandations générales de sécurité et au contenu de la fiche récapitulative du « dossier technique amiante ».
159. Association dentaire française. Commission des dispositifs médicaux. Guide de la



radiologie en cabinet dentaire: aspects réglementaires et conseils. Paris, France: Association dentaire Française; 2007. 80 p.

160. Arrêté du 22 août 2013 portant homologation de la décision n° 2013-DC-0349 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 4 juin 2013 fixant les règles techniques minimales de conception auxquelles doivent répondre les installations dans lesquelles sont présents des rayonnements X produits par des appareils fonctionnant sous une haute tension inférieure ou égale à 600 kV et abrogation de l'arrêté du 30 août 1991 déterminant les conditions d'installation auxquelles doivent satisfaire les générateurs électriques de rayons X.

161. ASN. Décision n° 2013-DC-0349 de l'ASN du 4 juin 2013 [Internet]. [cité 16 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.asn.fr/Reglementer/Bulletin-officiel-de-l-ASN/Activites-medicales/Decisions-reglementaires/Decision-n-2013-DC-0349-de-l-ASN-du-4-juin-2013>

162. Autorité de Sûreté Nucléaire. Projet de décision fixant les règles techniques minimales de conception auxquelles doivent répondre les locaux dans lesquels sont utilisés des appareils électriques émettant des rayonnements X, à l'exception des locaux où sont utilisés des accélérateurs [Internet]. [cité 16 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.asn.fr/Reglementer/Consultations-du-public/Archives-des-consultations-du-public/Projet-de-decision-fixant-les-regles-techniques-minimales-de-conception-auxquelles-doivent-repondre-les-locaux-dans-lesquels-sont-utilises-des-appareils-electriques-emettant-des-rayonnements-X>

163. Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire, REHEL J-L, CELIER D, AUBERT B. Révision de la norme NFC 15-160 relative aux installations radiologiques [Internet]. [sfrp.asso.fr](http://www.sfrp.asso.fr). [cité 21 nov 2016]. Disponible sur:

<http://www.sfrp.asso.fr/medias/sfrp/documents/Bordeaux-Tutoriale3.pdf>

164. Code du travail - Article R4451-27. Code du travail.

165. Arrêté du 15 mai 2006 relatif aux conditions de délimitation et de signalisation des zones surveillées et contrôlées et des zones spécialement réglementées ou interdites compte tenu de l'exposition aux rayonnements ionisants, ainsi qu'aux règles d'hygiène, de sécurité et d'entretien qui y sont imposées.

166. Code de la santé publique - Article R1333-20. Code de la santé publique.

167. Code de la sécurité sociale - Article R162-53. Code de la sécurité sociale.

168. Autorité de Sûreté Nucléaire. Présentation des principales dispositions réglementaires de radioprotection applicables en radiologie médicale et dentaire (Mise à jour d'octobre 2016) [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <https://professionnels.asn.fr/Activites-medicales/Guides-de-l-ASN-dans-le-domaine-medical/Presentation-des-principales-dispositions-reglementaires-de-radioprotection-applicables-en-radiologie-medicale-et-dentaire>

169. Code de la santé publique - Article R5211-1. Code de la santé publique.

170. Code de la santé publique - Article R5211-1. Code de la santé publique.

170. Arrêté du 9 décembre 1982 relatif à l'homologation des produits et appareils à usage préventif diagnostique ou thérapeutique.

171. Décret n° 2004-547 du 15 juin 2004 modifiant l'annexe 1 du livre V bis du code de la santé publique relative aux exigences essentielles de santé et de sécurité applicables aux dispositifs médicaux. 2004-547 juin, 2004.

172. Code de la santé publique - Article R5212-25. Code de la santé publique.

173. Code de la santé publique - Article R5212-26. Code de la santé publique.

174. Code de la santé publique - Article R5212-27. Code de la santé publique.

175. Code de la santé publique - Article R5212-28. Code de la santé publique.

176. Code de la santé publique - Article R5212-29. Code de la santé publique.

177. Code de la santé publique - Article R5212-30. Code de la santé publique.

178. Code de la santé publique - Article R5212-31. Code de la santé publique.

179. Code de la santé publique - Article R5212-32. Code de la santé publique.

180. Code de la santé publique - Article R5212-33. Code de la santé publique.

181. Code de la santé publique - Article R5212-34. Code de la santé publique.

182. Code de la santé publique - Article R5212-35. Code de la santé publique.
183. Code de la santé publique - Article R1333-43. Code de la santé publique.
184. Code de la santé publique - Article R5212-1. Code de la santé publique.
185. Code du travail - Article R4451-29. Code du travail.
186. Code du travail - Article R4451-30. Code du travail.
187. Code du travail - Article R4451-31. Code du travail.
188. Code du travail - Article R4451-32. Code du travail.
189. Code du travail - Article R4451-33. Code du travail.
190. Code du travail - Article R4451-34. Code du travail.
191. Code du travail - Article R4451-35. Code du travail.
192. Code du travail - Article R4451-36. Code du travail.
193. Code du travail - Article R4451-37. Code du travail.
194. Code de la santé publique - Article R1333-40. Code de la santé publique.
195. Code de la santé publique - Article L1337-1-1. Code de la santé publique.
196. Code de la santé publique - Article L1337-4. Code de la santé publique.
197. Code de la santé publique - Article L1337-5. Code de la santé publique.
198. Code de la santé publique - Article L1337-6. Code de la santé publique.
199. Code de la santé publique - Article L1337-7. Code de la santé publique.
200. Code de la santé publique - Article L1337-8. Code de la santé publique.
201. Code de la santé publique - Article L1337-9. Code de la santé publique.
202. Code de la santé publique - Article L1333-1. Code de la santé publique.
203. Code de la santé publique - Article L1333-4. Code de la santé publique.
204. Code de la santé publique - Article R1333-19. Code de la santé publique.
205. Code du travail - Article R4451-1. Code du travail.
206. Arrêté du 6 décembre 2013 relatif aux modalités de formation de la personne compétente en radioprotection et de certification des organismes de formation.
207. Lanctuit X, Rocher P, Saunier S. Créer son cabinet dentaire. Dent Trib Édition Fr. nov 2011;14-5.
208. lamaisondetravaux-pro.com. Comment bien choisir le revêtement de sol d'un cabinet dentaire ? [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <http://lamaisondetravaux-pro.com/renovation/renover-mon-cabinet-medical/info-conseils/comment-bien-choisir-le-revetement-de-sol-d-un-cabinet-dentaire>
209. Commission d'étude pour la révision du classement UPEC des locaux. Revêtements de sol : Notice sur le classement UPEC et Classement UPEC des locaux [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <http://evaluation.cstb.fr/doc/classement/upec/cahier-3509.pdf>
210. Association dentaire française. Commission des dispositifs médicaux. Grille technique d'évaluation des cabinets dentaires pour la prévention des infections associées aux soins. Paris, France: ADF Association dentaire française, 2015; 2015. 142 p.
211. Arrêté du 30 mars 1998 relatif à l'élimination des déchets d'amalgame issus des cabinets dentaires.
212. Arrêté du 23 juin 1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, de bureaux ou recevant du public (ERP).
213. Direction de l'hospitalisation, et de l'organisation des soins, Direction générale de la Santé, HARTEMANN Philippe. L'eau dans les établissements de santé [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: [http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2005/guide\\_eau\\_etabs.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2005/guide_eau_etabs.pdf)
214. Arrêté du 29 mai 1997 relatif aux matériaux et objets utilisés dans les installations fixes de production, de traitement et de distribution d'eau destinée à la consommation humaine.
215. fdiworldental.org. PROPOSITION DE DÉCLARATION DE PRINCIPE DE LA FDI (révision) : Les réseaux d'alimentation en eau de l'unité dentaire et la contamination

- microbienne [Internet]. [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: [http://www.fdiworldental.org/media/96074/1.\\_ps\\_revision\\_dental\\_unit\\_water\\_systems\\_microbial\\_contamination\\_fr.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/96074/1._ps_revision_dental_unit_water_systems_microbial_contamination_fr.pdf)
216. Centers for Disease Control and Prevention. Summary of Infection Prevention Practices in Dental Settings : Basics Expectations for Safe Care [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/guidelines/>
217. Décret n°99-1046 du 13 décembre 1999 relatif aux équipements sous pression. 99-1046 décembre, 1999.
218. Arrêté du 15 mars 2000 relatif à l'exploitation des équipements sous pression.
219. cd2-conseils, Rocher P. cd2-conseils | Electricité : rapport quadriennal [Internet]. [cité 16 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.cd2-conseils.com/actualites/electricite-rapport-quadriennal>
220. Institut National de Recherche et de Sécurité. RISQUES ÉLECTRIQUES : Réglementation et prévention du risque électrique [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/electriques/reglementation-prevention-risque-electrique.html>
221. Code de la construction et de l'habitation - Article L111-3. Code de la construction et de l'habitation.
222. Code de la construction et de l'habitation - Article L111-12. Code de la construction et de l'habitation.
223. Décret n°88-1056 du 14 novembre 1988 pris pour l'exécution des dispositions du livre II du code du travail (titre III : Hygiène, sécurité et conditions du travail) en ce qui concerne la protection des travailleurs dans les établissements qui mettent en oeuvre des courants électriques. 88-1056 nov 14, 1988.
224. Décret n° 2010-1017 du 30 août 2010 relatif aux obligations des maîtres d'ouvrage entreprenant la construction ou l'aménagement de bâtiments destinés à recevoir des travailleurs en matière de conception et de réalisation des installations électriques. 2010-1017 août, 2010.
225. Arrêté du 23 mai 1989 PORTANT APPROBATION DE DISPOSITIONS COMPLETANT LE REGLEMENT DE SECURITE CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC.
226. Arrêté du 10 octobre 2000 fixant la périodicité, l'objet et l'étendue des vérifications des installations électriques au titre de la protection des travailleurs ainsi que le contenu des rapports relatifs auxdites vérifications.
227. Arrêté du 26 décembre 2011 relatif aux vérifications ou processus de vérification des installations électriques ainsi qu'au contenu des rapports correspondants.
228. Code du travail - Article R4226-1. Code du travail.
229. Code du travail - Article R4215-1. Code du travail.
230. Code du travail - Article R4215-2. Code du travail.
231. Code du travail - Article R4215-3. Code du travail.
232. schneider-electric.fr. Norme NF C 15-100 : Guide février 2016 [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: [http://download.schneider-electric.com/files?p\\_Doc\\_Ref=FRAED209944FR](http://download.schneider-electric.com/files?p_Doc_Ref=FRAED209944FR)
233. Association dentaire française. Commission des dispositifs médicaux. Grille technique pour l'évaluation des risques professionnels en cabinet dentaire: aide à l'élaboration du document unique. Paris, France: Association dentaire française, impr. 2013; 2013. 112 p.
234. sita.fr. LA RÉGLEMENTATION DES DASRI : L'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: [http://www.sita.fr/wp-content/uploads/2014/01/OFFRE-SITA-SANTE\\_fiche-reglementation-VDEF-aout-20141.pdf](http://www.sita.fr/wp-content/uploads/2014/01/OFFRE-SITA-SANTE_fiche-reglementation-VDEF-aout-20141.pdf)
235. Arrêté du 14 octobre 2011 modifiant les arrêtés du 7 septembre 1999 relatifs aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de

soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

236. Arrêté du 29 mai 2009 relatif aux transports de marchandises dangereuses par voies terrestres (dit « arrêté TMD »).

237. social-sante.gouv.fr. Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux : Comment les éliminer ? [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dechets\\_d\\_activites\\_de\\_soins\\_a\\_risques\\_infectieux.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dechets_d_activites_de_soins_a_risques_infectieux.pdf)

238. Arrêté du 20 mai 2014 modifiant l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

## Lexique

Ad'AP : Agenda d'accessibilité programmée

ADF : Association dentaire française

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AFNOR : Association française de normalisation

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ASN : Autorité de sûreté nucléaire

CCH : Code de la construction et de l'habitation

CESP : Contrat d'engagement de service public

CFE : Cotisation foncière des entreprises

CGI : Code général des impôts

CNO : Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

CPI : Code de la propriété intellectuelle

CSP : Code de la santé publique

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

DGSNR : Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection

DIN : Norme allemande (Deutsches Institut für Normung)

DRIRE : Direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement

DSNR : Division de la sûreté nucléaire et de la radioprotection

EN : Norme européenne

ERP : Etablissement recevant du public

IR : Impôt sur les revenus

IRSN : Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire

IS : Impôt sur les sociétés

ISO : Norme internationale (International Organisation for Standardisation)

OPCT : Tout objet piquant – coupant

PAZ : Plan d'aménagement de la zone

PID : Porte-instruments dynamiques

PLU : Plan local d'urbanisme

POS : Plan d'occupation des sols

SACEM : Société des auteurs, compositeurs et éditeurs de musique

SFHH : Société française d'hygiène hospitalière

SPRE : Société pour la perception de la rémunération équitable

UFC : Unités formant des colonies

VMC : Ventilation mécanique contrôlée

ZRR : Zone de revitalisation rurale

Guide d'installation des cabinets dentaires - Mise à jour du Dossier de l'ADF

**MICHEL LEOST Chloé** - p. 126 ; ill. 3 ; réf. 238

**Domaines** : Exercice professionnel - Déontologie et législation

**Mots clés Rameau**: Cabinets dentaires-Gestion ; Cabinets dentaires-Droit ; Chirurgie dentaire-Droit ; Odontostomatologie-Droit ; Accessibilité aux handicapés ; Handicapés-Aménagement

**Mots clés FMeSH**: Cabinets dentaires-organisation et administration ; Cabinets dentaires-législation et jurisprudence ; Dentistes-législation et jurisprudence

### **Résumé de la thèse**

Dans un contexte d'évolution permanente de la société, le cadre législatif du chirurgien-dentiste et de son cabinet change constamment. Afin d'être en accord avec la loi ces changements doivent être connus de tous. Nous avons par conséquent actualisé le *Guide d'installation des cabinets dentaires - Aspects réglementaires et conseils* publié en 2006 et mis à jour en 2007.

Ce Dossier de l'ADF rassemble les obligations à respecter par les professionnels pour toute opération d'installation et apporte également des recommandations et conseils afin de faciliter celle-ci. Il constitue ainsi un outil utile au jeune praticien souhaitant créer son cabinet qui, pour chaque étape de sa démarche, pourra consulter ce livre pour y trouver des informations.

Le Guide d'installation des cabinets dentaires aborde successivement l'organisation générale des locaux, les éléments de confort et de sécurité, les matériaux utilisables, les circuits de distribution et propose finalement un cahier des charges pour chaque pièce du cabinet.

### **JURY** :

**Président :** **Monsieur le Professeur Thomas COLARD**

**Assesseurs :** **Monsieur le Docteur Philippe ROCHER**

**Madame le Docteur Céline CATTEAU**

**Madame le Docteur Amélie de BROUCKER**