

Année 2020

N° 3646

**ORGANISATION LÉGALE ET
FINANCEMENT D'UNE UNITÉ MOBILE DE
SOINS DENTAIRES POUR LES PERSONNES
EN SITUATION DE HANDICAP**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Elsa DE LIGT

Née le 22 mai 1992

Le 3 juillet 2020 devant le jury ci-dessous :

Président
Assesseur

Madame le Professeur Fabienne PEREZ
Monsieur le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

Directrice de thèse
Co-directrice de thèse

Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD
Madame le Docteur Isabelle HYON

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

UNIVERSITE DE NANTES	
<u>Président</u> Pr LABOUX Olivier	
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE	
<u>Doyen</u> Pr GIUMELLI Bernard <u>Assesseurs</u> Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre	
PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	
Mme ALLIOT-LICHT Brigitte	M. LESCLIOUS Philippe
M. AMOURIQ Yves	Mme PEREZ Fabienne
M. BADRAN Zahi	M. SOUEIDAN Assem
M. GIUMELLI Bernard	M. WEISS Pierre
M. LE GUEHENNEC Laurent	
PROFESSEURS DES UNIVERSITES	
M. BOULER Jean-Michel	
MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES	
Mme VINATIER Claire	
PROFESSEURS EMERITES	
M. JEAN Alain	
ENSEIGNANTS ASSOCIES	
M. GUIHARD Pierre (Professeur Associé)	Mme LOLAH Apula (Assistant Associé)
MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DES C.S.E.R.D.
M. AMADOR DEL VALLE Gilles	M. ALLIOT Charles
Mme ARMENGOL Valérie	Mme ARRONDEAU Mathilde
Mme BLERY Pauline	Mme BARON Charlotte
M. BODIC François	M. BOUCHET Xavier
Mme CLOITRE Alexandra	Mme CLOUET Roselyne
Mme DAJEAN-TRUDAUD Sylvie	M. FREUCHET Erwan
M. DENIS Frédéric	M. GUIAS Charles
Mme ENKEL Bénédicte	Mme HASCOET Emilie
M. GAUDIN Alexis	Mme HEMMING Cécile
M. HOORNAERT Alain	M. HIBON Charles
Mme HOUCHEMAND-CUNY Madline	M. HUGUET Grégoire
Mme JORDANA Fabienne	M. KERIBIN Pierre
M. KIMAKHE Saïd	M. OUVREARD Pierre
M. LE BARS Pierre	M. RETHORE Gildas
Mme LOPEZ-CAZAUX Serena	M. SARKISSIAN Louis-Emmanuel
M. NIVET Marc-Henri	M. SERISIER Samuel
M. PRUD'HOMME Tony	
Mme RENARD Emmanuelle	
M. RENAUDIN Stéphane	
Mme ROY Elisabeth	
M. STRUILLLOU Xavier	
M. VERNER Christian	
PRATICIENS HOSPITALIERS	
Mme DUPAS Cécile (Praticien Hospitalier)	Mme QUINSAT Victoire (Praticien Hospitalier Attaché)
Mme BRAY Estelle (Praticien Hospitalier Attaché)	Mme RICHARD Catherine (Praticien Hospitalier Attaché)
Mme LEROUXEL Emmanuelle (Praticien Hospitalier Attaché)	Mme HYON Isabelle (Praticien Hospitalier Contractuel)

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Fabienne PEREZ

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université Toulouse III

Habileté à diriger des recherches

Chef du département d'Odontologie Conservatrice – Endodontie

Chef du service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury,
Pour la qualité de vos enseignements dispensés au cours de mes années
universitaires,
Veuillez trouver ici mes plus sincères remerciements et mon plus profond
respect.*

A Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Maître de Conférences des Universités
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires
Docteur de l'Université de Nantes
Chef du Département de Pédodontie

*Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse,
Pour vos conseils avisés et vos encouragements,
Pour la qualité de vos enseignements dispensés tout au long de mes études,
Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.*

A Madame le Docteur Isabelle HYON

Praticien Hospitalier
Service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique

*Pour m'avoir fait l'honneur de co-diriger cette thèse,
Pour votre soutien précieux, vos encouragements et votre disponibilité qui
m'ont permis de mener à bien ce travail,
Veuillez trouver ici mes plus sincères remerciements et ma plus grande
reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Habilitation à diriger des recherches

Chef du Département de Prévention – Épidémiologie – Économie de la santé – Odontologie
légale

*Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury,
Pour la qualité de vos enseignements dispensés tout au long de mes études,
Veuillez trouver ici mes plus sincères remerciements.*

Table des matières

<i>Liste des acronymes.....</i>	<i>10</i>
<i>Introduction.....</i>	<i>12</i>
1. Généralités sur la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.....	14
1.1. Définitions du handicap	14
1.2. Particularités de la santé bucco-dentaire.....	19
1.3. Prise en charge et accès à la santé bucco-dentaire	19
2. État des lieux des personnes en situation de handicap et des établissements médico-sociaux en Pays de la Loire.....	22
2.1. Recensement des personnes en situation de handicap.....	22
2.2. Dénombrement et répartition des établissements médico-sociaux.....	28
2.2.1. Intérêts de cibler les usagers des établissements médico-sociaux	28
2.2.2. Les établissements médico-sociaux accueillant les enfants, les adolescents et les jeunes adultes	29
2.2.2.1. Définitions	29
2.2.2.2. Nombre et capacité	30
2.2.2.3. Répartition	32
2.2.3. Les établissements médico-sociaux accueillant les adultes	34
2.2.3.1. Définitions	34
2.2.3.2. Nombre et capacité	35
2.2.3.3. Répartition	37
3. Unités mobiles de soins dentaires.....	39
3.1. Historique.....	39
3.2. Exemples récents	42
3.3. Plans de niveau et modélisation	46
4. Organisation légale.....	50
4.1. Lois et déontologie.....	50
4.2. Création d'une association loi 1901.....	51
4.2.1. Définition	51
4.2.2. Rédaction des statuts	51
4.2.3. Rédaction du règlement intérieur	51
4.2.4. Instances dirigeantes	52
4.2.5. Déclaration initiale	52
4.2.6. Publication au journal officiel des associations et des fondations d'entreprise	53
4.2.7. Obtention des numéros SIREN et SIRET	53
4.2.8. Assurances.....	53
4.2.9. Reconnaissance d'intérêt général ou d'utilité publique	54
4.3. L'association « Les Lutins d'Apolline ».....	55
4.3.1. Description	55
4.3.2. Objectifs	55
4.3.3. Moyens d'actions	56
4.3.4. Composition	56
4.3.5. Actions	57
4.3.6. Gestion de l'unité mobile de soins dentaires	57
4.4. Exemple d'organisation fonctionnelle pour la gestion d'une unité mobile de soins : Handident PACA.....	58
4.4.1. Association Handident PACA.....	58
4.4.2. Réseau Handident PACA	59
4.4.3. Bus Handident PACA	60

5. Financement de la future unité mobile de soins dentaires.....	61
5.1. Prévisionnel financier.....	61
5.1.1. Plan de financement prévisionnel	61
5.1.2. Compte de résultat prévisionnel	64
5.1.2.1. Charges	65
5.1.2.2. Recettes	68
5.2. Sources de financement.....	70
5.2.1. Subvention.....	70
5.2.1.1. Définition et caractéristiques	70
5.2.1.2. Formulaire de demande de subvention	71
5.2.1.3. Convention	71
5.2.1.4. Compte rendu financier de l'association	71
5.2.1.5. Comptes annuels	72
5.2.1.6. Exemples	72
5.2.2. Parrainage	73
5.2.2.1. Définition et caractéristiques	73
5.2.2.2. Exemples	73
5.2.3. Mécénat	74
5.2.3.1. Définition et caractéristiques	74
5.2.3.2. Exemples	74
5.2.4. Donation, legs et don de particulier.....	75
5.2.4.1. Définition et caractéristiques	75
5.2.4.2. Exemples	76
5.2.5. Cotisation.....	76
5.2.5.1. Définition et caractéristiques	76
5.2.5.2. Exemples	77
5.2.6. Financement participatif	77
5.2.6.1. Définition et caractéristiques	77
5.2.6.2. Exemples	78
5.2.7. Activités lucratives	79
5.2.7.1. Définition et caractéristiques	79
5.2.7.2. Exemples	79
6. Difficultés liées au projet	81
6.1. Coût d'investissement et de fonctionnement.....	81
6.2. Complexité de mise en place et d'organisation	81
6.3. Problèmes liés à la prise en charge	83
6.4. Quid du volet « prévention » ?	83
6.5. Questions sociologiques.....	86
Conclusion.....	87
Bibliographie.....	89

Liste des acronymes

AEEH : Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé
AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
ADF : Association Dentaire Française
AG : Assemblée Générale
APAJH : Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés
APESAL : Association de Prévention et d'Éducation Sanitaire Actions Locales
ARS : Agence Régionale de Santé
BAM : Baïkal Amour Magistral ou Magistrale Baïkal-Amour
BFR : Besoin en Fond de Roulement
CA : Conseil d'Administration
CAO : Cariées, Absentes pour cause de carie et Obturées définitivement
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CERFA : Centre d'Enregistrement et de Révisions des Formulaires Administratifs
CFE : Centre de Formalités des Entreprises
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
CIH : Classification Internationale du Handicap
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSD : Centre de Soins Dentaires
CSP : Code de la Santé Publique
EEAP : Établissements pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMS : Établissements Médico-Sociaux
ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail
FAM : Foyers d'Accueil Médicalisés
FH : Foyer d'Hébergement
FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FV : Foyer de Vie
IAS : International Accounting Standards
IEM : Institut d'Éducation Motrice
IME : Institut Médico-Éducatif
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatifs et Pédagogiques
JOAFE : Journal Officiel des Associations et des Fondations d'Entreprise
LLA : Les Lutins d'Apolline
MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées
MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées
MEOPA : Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote
NIC : Numéro Interne de Classement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONCD : Ordre National des Chirugiens-Dentistes
ONU : Organisation des Nations Unies
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PNIR : Programme National InterRégime
RNA : Répertoire National des Associations
RUA : Revenu Universel d'Activité
SIREN : Système d'Identification du Répertoire des ENtreprises
SIRET : Système d'Identification du Répertoire des ETablissements

SOSS : Santé Orale et Soins Spécifiques

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Introduction

Malgré une amélioration notable de l'accessibilité aux soins courants et à la prévention des personnes en situation de handicap depuis la loi promulguée le 11 février 2005, des **obstacles systémiques** compromettent encore aujourd'hui cet enjeu majeur de l'égalité des chances et des droits (1). En effet, comme ont pu le souligner l'audition publique de la Haute Autorité de Santé en 2008 et le rapport Jacob en 2013, des barrières physiques, géographiques, économiques et un manque d'information et de formation constituent toujours une entrave à l'application des droits des personnes en situation de handicap dans une société inégalitaire, ségrégative et capacitiste pensée par et pour les personnes considérées comme « valides », particulièrement dans le domaine des soins et de la santé (2,3).

La santé bucco-dentaire est à la fois un « indicateur de **santé globale** et d'**intégration dans la société** » (4). Elle peut tout autant impacter les systèmes immunitaire et respiratoire que l'esthétique du sourire et le langage (5). Faciliter son accès permettrait d'améliorer la qualité de vie et l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap et marquerait une étape essentielle dans le changement de paradigme indispensable à notre société (3).

Ces dernières années, différents projets innovants ont été mis en place en complément de l'offre de soins existante dans l'objectif d'améliorer l'accès à la santé orale des personnes en situation de handicap. Un module consacré au handicap a été intégré dans la formation initiale de tous les professionnels de santé, des plateformes téléphoniques ont été créées pour permettre un parcours de soins coordonné et territorial et des **unités mobiles de soins** ont été mises en circulation (4,6,7).

Notre attention se portera sur ces dernières, véritables cabinets dentaires ambulants sillonnant les routes de certaines régions françaises depuis de nombreuses années.

Ces alternatives au parcours habituel de soins semblent être une réponse intéressante aux disparités d'accessibilité aux soins, notamment pour les personnes en situation de handicap.

En effet, face à l'accentuation des tensions démographiques causées par une répartition déséquilibrée des chirurgiens-dentistes sur le territoire et le départ à la retraite des baby-boomers, certains patients se retrouvent dépourvus de solution de proximité, solution pourtant à privilégier dans le cas des personnes en situation de handicap dont les déplacements sont coûteux aussi bien sur le plan personnel que financier. Les unités mobiles de soins, par leur caractère itinérant, peuvent se rendre dans les zones les plus sous-dotées et ainsi éviter tous ces trajets.

Par ailleurs, amener une équipe de professionnels jusque sur les lieux de vie des patients encore institutionnalisés permet une transmission facilitée des connaissances nécessaires en matière d'hygiène bucco-dentaire quotidienne au personnel encadrant lorsque celui-ci en est responsable. La présence du personnel lors des consultations a également l'avantage de maintenir un environnement connu des patients ayant pour conséquence la diminution du stress et de ce fait une meilleure coopération.

Les différents avantages que semblent offrir les unités mobiles de soins dentaires ont poussé le Dr Pauline Batard à imaginer la mise en place d'une telle structure pour répondre aux problèmes d'accès aux soins rencontrés par les personnes en situation de handicap vivant en Pays de la Loire, région aux multiples zones identifiées comme « sous-denses » par l'Agence Régionale de Santé (ARS) (8,9).

Elle a ainsi étudié le sujet dans le cadre de sa thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en chirurgie-dentaire soutenue en 2019 à Nantes. Sa thèse fut co-dirigée par le Dr Sylvie Dajeau-

Trutaud et le Dr Isabelle Hyon. Ses recherches lui ont permis d'élaborer un cahier des charges détaillé (9).

Cependant, malgré la proposition d'Agnès Buzyn, alors ministre des Solidarités et de la Santé, d'aider les organisations novatrices et de libérer toutes les possibilités d'exercice en prenant des mesures de simplifications réglementaires ou législatives, la mise en place de cabinets dentaires ambulants sur le territoire français reste encore très compliquée en comparaison des pays outre-Atlantique où cette façon d'exercer est davantage répandue et valorisée (10).

Comment, dès lors, réussir à mettre en place légalement et financièrement une unité mobile de soins dentaires permettant de faciliter l'accès à la santé orale des personnes en situation de handicap en région Pays de la Loire ?

Une brève mais néanmoins fondamentale première partie sur les généralités concernant la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap introduira cette thèse.

Un état des lieux recensant les patients et les établissements médico-sociaux (EMS) susceptibles d'être intéressés par la venue d'une unité mobile de soins dans la région permettra de contextualiser et d'argumenter en faveur de ce projet.

Par la suite, nous verrons que le principe de dentisterie itinérante n'est en réalité pas nouveau puisque ces pratiques étaient déjà légion en Europe au XVIIème siècle. Les techniques ont évolué en même temps que les moyens de locomotion et les unités mobiles de soins dentaires modernes n'ont presque rien à envier aux cabinets dentaires fixes, si ce n'est la surface de la salle de soins.

Puis nous nous pencherons sur l'organisation légale d'un tel projet.

Par l'étude des lois et de la déontologie de la profession, nous essaierons de comprendre comment il est possible d'exercer dans une installation non-fixe en France.

Nous nous questionnerons ensuite sur le type d'organisation qui nous paraîtrait le plus à même de gérer la future unité mobile.

Après cela, nous nous intéresserons au financement d'un projet comme celui-ci en tentant de répondre aux questions « combien ? » et « comment ? ».

Enfin, les problèmes rencontrés et questions soulevées par la mise en place d'une unité mobile de soins dentaires pour les personnes en situation de handicap, tout autant sur le plan financier, organisationnel que sociologique, seront abordés dans l'optique de trouver par la suite des réponses à nos interrogations et remettre en cause nos propres certitudes.

1. Généralités sur la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap

1.1. Définitions du handicap

Longtemps, le handicap a été perçu à travers le prisme d'un modèle purement **médical**, autrement appelé modèle **individuel**. Ce paradigme définit le handicap comme un problème de santé personnel et la cause princeps et unique des incapacités qui en découlent. Il peut être nuancé en deux autres modèles : le modèle biomédical et le modèle fonctionnel (11,12).

Le modèle **biomédical** correspond au modèle historique de la médecine qui prédominait jusque dans les années 1960-70. Il définit le handicap comme une pathologie que la société doit éradiquer par le biais du dépistage génétique ou biologique anténatal ou guérir par des moyens techniques. L'approche causaliste « pathologie-incapacité » dédouane l'environnement de toute responsabilité. Ce modèle épouse la théorie de la tragédie personnelle encore largement véhiculée de nos jours par de grandes associations nationales françaises ou le Téléthon, par exemple (11,12).

Le modèle **fonctionnel** définit le handicap comme l'ensemble des conséquences d'une pathologie invalidante à la fois pour le corps et la vie sociale. Dans ce modèle conceptuel, la société doit apporter des compensations telles que le confort et l'autonomie à des individus qui doivent apprendre à « vivre avec ». Le traitement consiste à rééduquer et réadapter précocement afin de prévenir les complications secondaires (11).

Au début des années 1970, la mobilisation des différents groupes d'individus opprimés, dont les personnes en situation de handicap dénonçant l'hégémonie d'un système validiste, agitent les États-Unis. A Berkeley, en Californie, des étudiants en situation de handicap fondent l'« **independent living mouvement** » (traduit en français par « mouvement pour la vie autonome »). Les protagonistes de ce mouvement ne se définissent non pas comme des « malades » auxquels il faudrait apporter soins et rééducation mais comme des sujets victimes d'un système valido-centré et ségrégationniste. Des obstacles sociaux, environnementaux, financiers et culturels les empêchent d'accomplir pleinement leur rôle de citoyen. Ils défendent le droit à une vie autonome en dehors des établissements spécialisés, préférant le principe **d'assistance personnelle**, c'est-à-dire recevoir une allocation d'argent permettant de payer toute assistance nécessaire (13,14).

De ce mouvement naît donc une nouvelle conception de la notion de handicap. Le modèle est désormais **social** ou **socio-environnemental** (11). Il s'agit du modèle conceptuel prôné par les « **disability studies** », discipline qui apporte une analyse critique de la société à l'origine de pratiques discriminatoires (12). Ce modèle peut également être nuancé en deux autres modèles : le modèle environnemental et le modèle des « droits de l'Homme » (11).

Le modèle **environnemental** considère que la société doit viser l'accessibilisation universelle en procédant à l'élimination des barrières sociales (11).

Le modèle des « **droits de l'Homme** » correspond à une radicalisation du modèle social. Le handicap n'est plus considéré comme un défaut de fonction physique, mental ou psychique. Il est uniquement le fruit de barrières socialement construites. Il épouse la théorie de l'oppression sociale qui pousse à l'exclusion, l'inaccessibilité et la discrimination au nom de cet écart à une norme arbitraire. Pour réduire les inégalités et permettre aux personnes en situation de handicap

de jouir de leur droit à la pleine citoyenneté, la société doit faire appliquer des règles politiques et sociales communes (11).

En France, les mobilisations de personnes en situation de handicap n'ont pas eu autant d'impact que les manifestations américaines. Cependant, plusieurs groupes contestataires, souvent politisés à l'extrême gauche, ont permis de faire émerger ce nouveau paradigme en France. Par exemple, les militants du « comité de lutte des handicapés » fondé en 1972 s'opposèrent aux quêtes sur la voie publique des grandes associations nationales de personnes en situation de handicap et à l'institutionnalisation. Ils manifestèrent lors d'événements publics et publièrent le journal militant « Handicapés méchants ». Le but de ces actions était de faire changer le regard sur le handicap. Considérer ce dernier non plus comme un problème personnel mais comme un problème social, c'était estimer que la solution n'était pas l'adaptation individuelle mais le changement social (15,16,17).



Figure 1 : Comité de lutte des handicapés, couverture du journal "Handicapés méchants" numéro 1, 1975 (17)

Par ailleurs, plusieurs définitions issues de grandes sources juridiques sont à l'origine de l'approche contemporaine du handicap.

L'organisation mondiale de la santé (OMS), en 1980, publie la **classification internationale du handicap** (CIH) basée sur les travaux de l'épidémiologiste et rhumatologue Philip Wood (18). L'approche y est principalement médicale, comme en témoigne son sous-titre « *Manuel de classification des conséquences des maladies* ». On peut y lire la définition suivante du « handicap » :

« Est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromis. » (18)

La CIH comporte trois catégories :

- **la déficience** : « toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique physiologique ou anatomique » (18)
- **l'incapacité** : « toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normale pour un être humain » (18)
- **le désavantage social** : « préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels » (18).

La séquence de Wood est **linéaire**, c'est-à-dire qu'un désavantage est provoqué par une incapacité, elle-même due à une déficience (19).

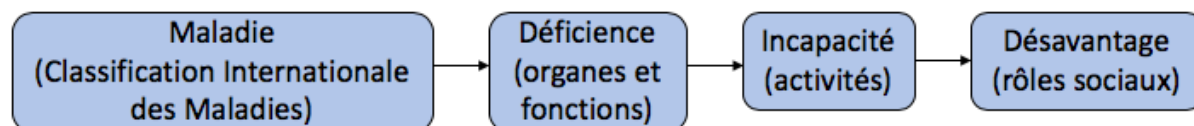


Figure 2 : Schéma conceptuel du handicap d'après la CIH (18)

En 2001, l'OMS publie une nouvelle classification intitulée **classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé** (CIF) (20). Le handicap y est défini comme l'interaction de trois concepts influencés par deux facteurs.

Ces concepts sont :

- **la déficience** : problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels qu'un écart ou une perte importante. La fonction organique désigne « les fonctions physiologiques des systèmes organiques » tandis que la structure anatomique correspond aux « parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composantes » (20)
- **la limitation d'activité** : difficultés rencontrées dans « l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne » (20)
- **la restriction de la participation sociale** : problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son « implication dans une situation de vie réelle » (20).

Les deux facteurs influençant ces concepts sont :

- **les facteurs environnementaux** : facteurs externes à l'individu tels que « l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie » (20)
- **les facteurs personnels** : facteurs internes à l'individu tels que l'âge, le sexe, l'origine sociale, le mode de vie, le niveau d'études, la profession, le caractère, les habitudes (20).

Alors que la CIH proposait un schéma conceptuel linéaire, on constate une pluralité des interférences dans celui de la CIF. Ce modèle conceptuel est multidimensionnel.

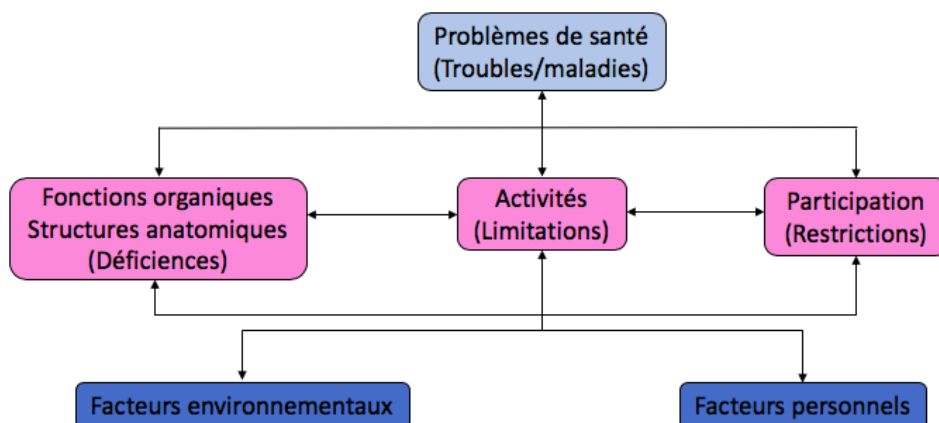


Figure 3 : Schéma conceptuel du handicap d'après la CIF (20)

Ce paradigme « biopsychosocial » est un syncrétisme des modèles médical et social. Il considère les évolutions conceptuelles apportées par le modèle social. Cependant, il conserve toujours une vision restreinte de la santé puisqu'il la définit comme un état physiologique et pathologique (21).

A partir du principe de l'égalité de traitement, le droit communautaire européen définit la notion de handicap.

Le **traité d'Amsterdam** signé en 1997 est le premier texte législatif européen parlant de lutte contre la discrimination liée au handicap. Ainsi, il est stipulé, article 13, que « le Conseil [...] peut prendre les mesures nécessaires en vue de combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle » (22).

Dans un **arrêt de principe du 11 juillet 2006**, la cour de justice des communautés européennes définit le handicap dans le domaine de l'emploi et du travail comme la :

« limitation résultant notamment d'atteinte physique, mentale ou psychique et entravant la participation de la personne concernée » (23).

La **convention internationale relative aux droits des personnes en situation de handicap** adoptée par l'organisation des nations unies (ONU) en 2006 définit le handicap comme :

« des incapacités physiques, mentales, intellectuelles et sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » (24).

En France, l'article 2 de la **loi du 11 février 2005** pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », définit le handicap comme :

« toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (1).

Dans cette définition, l'environnement est considéré comme un élément non responsable du handicap.

La pluralité de définitions du handicap engendre une hétérogénéité des modes de dénombrement et donc une complexification de son recensement. « Combien y a-t-il de personnes handicapées en France ? Il n'y a pas de réponse unique à cette question car la nature, l'origine et la gravité des atteintes peuvent être diverses » (25) (Brouard, 2004, cité dans Camberlein, 2015, p.18).

L'OMS estime à 15% la proportion de personnes en situation de handicap dans le monde (26). A l'échelle nationale, le nombre peut varier de 1,8 million à 22 millions en fonction de la définition du handicap retenue (27). Dans un rapport de l'observatoire régional de santé en Pays de la Loire paru en 2017, l'effectif de personnes en situation de handicap vivant en établissement médico-social dans la région était estimé à 46 000 (28). Les personnes qui résident actuellement en instituts médico-sociaux sont celles dont la perte d'autonomie est considérée si importante par le corps médical et les proches qu'elle ne leur permettrait plus de vivre en milieu ordinaire. Les Drs Hescot et Moutarde, dans un rapport rédigé en 2010, comptaient environ un demi-million de personnes en situation de handicap ayant des difficultés d'accès à la santé bucco-dentaire (5).

1.2. Particularités de la santé bucco-dentaire

Dans l'audition publique de la Haute Autorité de Santé de 2008, le Pr Hennequin et le Dr Faulks définissent le handicap comme « une déficience ou une limitation de l'activité [qui] altère directement ou indirectement la santé orale, dans le contexte personnel ou environnemental propre à l'individu » (2).

Il n'y a pas réellement de pathologie bucco-dentaire spécifique aux personnes en situation de handicap mais leurs développement, fréquence et intensité sont plus précoces et importantes que dans la population générale (29). Ainsi, les pathologies bucco-dentaires, dont la prévalence augmente chez les personnes en situation de handicap, sont d'origine :

- **infectieuse** (carieuses et parodontales)
- **fonctionnelle** (fonctions oro-faciales atypiques et dysmorphoses oro-faciales)
- **traumatique** (traumatismes dentaires, lésions des muqueuses et usures) (2).

Elles peuvent être aggravées par des troubles de la communication, le niveau de coopération, la motivation, l'hygiène bucco-dentaire, les habitudes alimentaires et le niveau de dextérité (2).

Par la suite, la présence de pathologies oro-faciales peut générer l'apparition de troubles infectieux systémiques, dysphagiques et des conséquences psycho-sociales (2).

1.3. Prise en charge et accès à la santé bucco-dentaire

Il est nécessaire que la prise en charge soit la plus appropriée possible. Elle doit être centrée sur :

- **l'accessibilité** : « ensemble des moyens mis en œuvre pour permettre à un patient présentant une déficience d'accéder physiquement à ses besoins » (30)
- **l'adaptation** : « ensemble des moyens matériels mis en œuvre par l'équipe soignante pour permettre une prise en charge adaptée à la déficience des patients » (30)
- **l'approche comportementale** : « ensemble des possibilités mises en place pour s'adapter à la faible coopération des patients liée aux déficiences cognitives, troubles du comportement et obstacles physiologiques » (30).

En respectant ces conditions, tous les patients devraient pouvoir être pris en charge.

La prise en charge doit commencer par la **prévention** et l'**éducation thérapeutique**. Les cibles de cet apprentissage sont les patients mais aussi leur entourage, c'est-à-dire toute personne pouvant se retrouver à participer activement à leur hygiène orale. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou du personnel encadrant en EMS. **L'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire adaptée** aux possibilités du patient, des **contrôles réguliers**, **l'application topique de fluor** et des **soins prophylactiques** sont des éléments essentiels à la prévention et l'éducation thérapeutique (31,32).

Si des soins sont à réaliser et en fonction du type de soins, de la coopération et de l'âge du patient, ceux-ci peuvent être pratiqués à l'état vigile, sous sédation consciente ou sous anesthésie générale.

A l'état vigile, une relation de confiance doit s'installer entre le chirurgien-dentiste et le patient afin que ce dernier soit coopérant. Le soignant utilisera des techniques cognitivo-comportementales telles que le renforcement positif, le contrôle de la voix ou la technique du « tell-show-do » (32).

Lorsque les soins à l'état vigile ne sont pas possibles, il peut être envisagé de les réaliser sous **sédation consciente** soit par l'inhalation d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA), soit par l'administration d'antihistaminiques H1 ou de benzodiazépines s'il n'y a pas de contre-indication. Ces derniers peuvent être administrés par voie orale ou intraveineuse.

La molécule la plus utilisée en sédation par voie intraveineuse est le midazolam (32).

L'**anesthésie générale** reste la solution de dernier recours pour les patients les moins coopérants (32).

Faciliter le parcours de soins des personnes en situation de handicap, c'est aussi **éliminer les différents obstacles** empêchant l'accès à la santé bucco-dentaire.

Le **manque d'information et de formation** concernant l'éducation thérapeutique des patients, de leur famille et des aidants professionnels est le premier frein à cet accès.

C'est la raison pour laquelle l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) mène des actions permettant de « compléter ou faire acquérir au personnel encadrant des connaissances en matière d'hygiène bucco-dentaire, [d']inclure le bucco-dentaire dans le projet médical d'établissement » (33).

L'information est aussi l'élément majeur d'un parcours de soin intelligible. L'idéal serait un interlocuteur commun capable de transmettre tous les renseignements concernant le parcours de soins et d'orienter les patients vers les structures adéquates. C'est pourquoi les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (**MDPH**) ont été créées. Elles ont un rôle d'accueil, d'information et d'orientation mais elles sont saturées de missions (1).

En 2010, l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD) a mis en place des **référénts handicap** dans chaque département capables de proposer un parcours de soins propre à chaque patient (34).

Par ailleurs, il existe des **obstacles géographiques** qui sont liés à l'inégale répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire couplée à l'évolution démographique défavorable des professionnels de santé. Or, la proximité est une condition primordiale et le transport du patient en situation de handicap jusqu'au cabinet représente un coût financier, matériel et humain (35). Les **réponses de proximité** sont donc une nécessité.

On compte aussi des **barrières physiques** concernant à la fois l'accessibilité au bâti, au fauteuil et à la bouche (4).

Depuis la loi du 11 février 2005 imposant - sauf dérogation - l'accessibilité du cabinet à toute personne à mobilité réduite, le nombre d'établissements non accessibles a largement diminué (4).

En outre, le transfert du fauteuil roulant au fauteuil dentaire peut s'avérer être un acte complexe. Le patient n'a pas toujours la capacité de sortir de son fauteuil. La présence d'une tierce personne en plus du chirurgien-dentiste est nécessaire pour le transfert et la manipulation doit être réalisée de façon vigilante.

Quant à l'accès à la bouche, il est, pour certains patients en situation de handicap, plus complexe car les incapacités motrices et fonctionnelles peuvent rendre difficile l'ouverture de la bouche, le maintien de la tête, le positionnement de la langue ou la respiration nasale (4).

Un autre frein est celui du **surcoût** de la prise en charge. C'est un coût pour le patient et pour le chirurgien-dentiste.

Il existe des actes nécessaires à certains patients, comme par exemple l'utilisation du MEOPA, qui sont hors nomenclature. Or, les patients en situation de handicap sont en moyenne plus touchés par la précarité que le reste de la population. Les ressources financières peu élevées de certains patients rendent ainsi difficile le paiement du reste à charge pour les soins (36).

Les séances de soins des personnes en situation de handicap sont souvent plus longues que celles de la population générale, ce qui peut poser problème au chirurgien-dentiste face aux impératifs de rentabilité de son cabinet.

L'augmentation de la durée des consultations, la difficulté de réalisation des soins, les aménagements, le plateau technique et la formation justifieraient une revalorisation financière. La convention nationale dentaire parue en avril 2019 a reconnu ces besoins en permettant une « prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de la technique de sédation consciente aux soins par utilisation de **MEOPA** en faveur des personnes en situation de handicap » et une « valorisation d'un supplément facturable une fois par séance avec ou sans MEOPA à hauteur de **100 euros** ». Ces mesures concernaient seulement les « bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (37). Depuis le 10 février 2020, les conditions permettant de bénéficier de ces mesures ont été modifiées. La majoration de l'acte par le supplément YYYY 183 de 100 euros concerne désormais tout patient avec un handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère ou un polyhandicap et ayant au moins un score modéré ou majeur dans **l'échelle des adaptations pour une prise en charge spécifique en odontologie**. La consultation bucco-dentaire complexe de 46 euros, le supplément de 23 euros pour l'examen bucco-dentaire et le supplément de 200 euros pour certains actes techniques réalisés en plusieurs séances entreront en vigueur dans 6 mois (38).

Enfin, il faut faciliter **l'accès aux soins en cabinet libéral**.

Il représente la majorité de l'offre de soins mais certains chirurgiens-dentistes déclarent ne pas se sentir toujours capables de recevoir les personnes en situation de handicap. Certains patients se voient refuser un rendez-vous en cabinet libéral au seul motif qu'ils sont en situation de handicap. Il semble donc réellement indispensable de favoriser la **formation initiale et continue** des professionnels pour éliminer l'appréhension existante et changer le regard sur le handicap.

Tout ceci ne peut être envisagé sans une coordination des acteurs et des projets de soins permettant de guider le patient dans le parcours du système de santé, en privilégiant les **réponses de proximité**. Les trois objectifs principaux sont de lever les freins de l'accès aux soins, prévenir, informer et conseiller les personnes et assurer la continuité des soins. Les **réseaux de santé**, réunissant les professionnels, les patients et les établissements médico-sociaux, permettent l'organisation de l'offre de soins au niveau régional (2).

Finalement, nous constatons un paradoxe. Les personnes en situation de handicap sont davantage atteintes par des pathologies bucco-dentaires. Or, l'accès aux soins pour cette population est plus faible que pour la population générale. Cette inégalité d'accès aux soins est accentuée par la répartition hétérogène des chirurgiens-dentistes en France métropolitaine.

Pour proposer des solutions de proximité adéquates à l'échelle locale, il est préalablement nécessaire de rassembler un minimum d'informations concernant les personnes en situation de handicap et leurs lieux de vie dans la région.

2. État des lieux des personnes en situation de handicap et des établissements médico-sociaux en Pays de la Loire

Combien de personnes sont en situation de handicap dans la région Pays de la Loire ? Quel âge et quel type de handicap ont-ils ? Où vivent-ils ?

Combien et quels EMS sont présents dans la région ? Comment sont-ils répartis ?

Répondre à ces questions permettra de réaliser un état des lieux sur les personnes en situation de handicap et les EMS dans la région. Nous nous appuierons sur celui-ci pour justifier la nécessité de la mise en place d'une solution de proximité pour réduire les inégalités d'accès aux soins.

2.1. Recensement des personnes en situation de handicap

Le handicap ne bénéficiant pas d'une définition universelle, le dénombrement des personnes en situation de handicap est complexe. Dans certains rapports, sont considérés en situation de handicap tous les bénéficiaires d'au moins un droit en cours auprès de la MDPH (39).

Un **droit** correspond à une aide financière accordée sous certaines conditions à un individu après le diagnostic du handicap par un professionnel de santé. Le rôle de la MDPH est d'accompagner la personne dans les démarches lui permettant de bénéficier des différentes prestations auxquelles elle peut prétendre (40).

Il existe actuellement trois grands types d'aides financières pour les personnes en situation de handicap :

Nom de la prestation	Définition	Conditions d'attribution
Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)	Aide financière permettant d'avoir un minimum de ressources	-Taux d'incapacité : > 80% -Taux d'incapacité : entre 50 et 79% associé à une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi -Age : > 20 ans ou 16 ans si l'individu n'est plus à la charge de ses parents -Résidence : France, Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon -Ressources : sous un certain plafond en fonction du nombre d'enfants à charge et des ressources du conjoint/de la conjointe
Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)	Aide financière permettant de compenser les frais d'éducation et de soins d'un enfant en situation de handicap	-Taux d'incapacité : >80% -Taux d'incapacité : entre 50 et 79% si l'enfant fréquente un établissement adapté ou que son état exige le recours à un dispositif adapté ou d'accompagnement ou le recours à des soins -Age : < 20 ans -Résidence : France - Ne doit pas être en internat avec prise en charge intégrale par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale -Ressources : < 55% du salaire minimum de croissance mensuel brut
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	Aide financière permettant de rembourser les dépenses liées à la perte d'autonomie	-Difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou difficulté grave pour la réalisation d'au moins 2 activités - Age pour un adulte : < 60 ans ou >60 ans si l'individu exerce toujours une activité professionnelle -Age pour un enfants ou adolescent : <20 ans et bénéficiaire de l'AEEH -Résidence : domicile en France ou établissement en Belgique, Allemagne, Luxembourg, Suisse, Italie, Espagne

Tableau 1 : Trois grands types de prestations au handicap et à la dépendance (40)

Le **taux d'incapacité** est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) (40).

Une restriction est **substantielle** et **durable** lorsque l'individu n'est pas en capacité de travailler malgré des aménagements de poste de travail et lorsqu'elle est d'une durée prévisible d'un an à partir du dépôt de la demande d'AAH (40).

Une difficulté est **absolue** lorsque l'individu ne peut pas du tout réaliser l'activité (40).

Une difficulté est **grave** lorsque l'individu réalise les activités difficilement et de manière altérée (40).

Le gouvernement actuel envisage d'inclure l'**AAH** au revenu universel d'activité (**RUA**) qui remplacera le revenu de solidarité active en 2023. Ce revenu vise à encourager le retour à l'activité. Les bénéficiaires du RUA seront dans l'obligation de rechercher un emploi et de ne pas refuser plus de deux offres d'emplois. Les associations de défense des droits des personnes en situation de handicap ont exprimé leurs inquiétudes quant au risque de précarisation de nombreux bénéficiaires de l'AAH dans l'incapacité de travailler. En effet, 8 bénéficiaires de l'AAH sur 10 n'exercent pas d'activité professionnelle. En réponse aux craintes exprimées par les associations, le ministère des solidarités et de la santé a proposé une fusion du RUA et de l'AAH sans obligation d'activité (41). À la suite de cette annonce, plusieurs associations, dont l'association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH), ont à nouveau rappeler qu'elles ne souhaitent pas voir la dissolution de l'AAH au sein du RUA, quelles que soient les conditions. Elles ont préféré quitter la concertation du 4 février sur la mise en place de ce dispositif. Quelle logique y a-t-il à inclure une allocation versée sans condition de recherche d'activité professionnelle dans un socle d'aides sociales mis en place pour encourager le retour vers l'emploi ? Cette fusion aurait pour conséquence de complexifier davantage l'obtention de droits pour les personnes en situation de handicap (42). En réponse à la protestation des associations, le président de la République Emmanuel Macron a annoncé, lors de la cinquième conférence nationale du handicap qui s'est tenue le 11 février 2020, que l'AAH ne serait finalement pas diluée ou supprimée au profit du RUA (43).

En fonction de la définition de la situation de handicap et de dépendance considérée, le nombre estimé de ligériens adultes en situation de handicap vivant à domicile variait de 130 000 à 650 000 en 2017 (44). Les individus qui vivaient en EMS étaient environ 46 000 (44).

En 2018 dans le département de Loire-Atlantique, 95 800 personnes étaient considérées en situation de handicap car bénéficiaires d'au moins un droit en cours auprès de la MDPH. Cela représentait 7% des habitants du département (39). 211 900 droits étaient en cours de validité. Ainsi, une personne en situation de handicap bénéficiait simultanément de 2,2 droits en moyenne (39).

	AAH			AEEH			PCH/ACTP		
	Effectif (2015)	Taux pour 100 personnes de 20-64 ans (2015)	Effectif (2018)	Effectif (2014)	Taux pour 100 personnes de 0-19 ans (2014)	Effectif (2018)	Effectif (2014)	Taux pur 1 000 personnes de tous âges (2014)	Effectif (2018)
Loire-Atlantique	20 414	2,6%	26 500	3 844	1,1%	4 000	6 107	4,5‰	8 550
Maine-et-Loire	11 208	2,5%	<i>Non connu</i>	2 207	1,0%	<i>Non connu</i>	3 847	4,8‰	<i>Non connu</i>
Mayenne	3 845	2,3%	5 538	1 658	2,1%	2 387	1 592	5,2‰	2 909
Sarthe	7 860	2,5%	<i>Non connu</i>	1 968	1,4%	<i>Non connu</i>	2 843	5,0‰	<i>Non connu</i>
Vendée	9 293	2,6%	12 608	2 631	1,6%	3 001	3 663	5,5‰	1 280
Pays de la Loire	52 620	2,5%	<i>Non connu</i>	12 308	1,3%	<i>Non connu</i>	18 052	4,9‰	<i>Non connu</i>
France métropolitaine	1 027 127	2,8%	<i>Non connu</i>	236 662	1,5%	<i>Non connu</i>	310 108	4,8‰	<i>Non connu</i>

Tableau 2 : Effectif des bénéficiaires de prestations au handicap et à la dépendance en Pays de la Loire en 2014, 2015 et 2018 (39,44)

En 2006, le taux de bénéficiaires de l'AAH ayant entre 20 et 64 ans en Pays de la Loire était de 1,9% (44). D'après le tableau ci-dessus, ce taux en 2015 était de 2,5% (44). On note donc une forte **augmentation** du nombre de bénéficiaires de l'AAH entre 2006 et 2015 expliquée par la revalorisation des plafonds d'éligibilité entre 2008 et 2012 et le recul de l'âge de départ à la retraite qui a eu pour conséquence de repousser l'âge limite pour bénéficier de l'AAH (44). Le taux de bénéficiaires de l'AAH en 2015 est inférieur à la moyenne nationale dans les cinq départements des Pays de la Loire (44). Il est le plus faible en Mayenne (44).

Concernant le taux de bénéficiaires de l'AEEH, on constate qu'il est inférieur à la moyenne nationale en 2014 mais qu'il existe de fortes **disparités** entre les départements. La Mayenne affichait un taux nettement plus élevé que les autres départements alors que le taux en Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire était inférieur à la moyenne nationale. Le taux de bénéficiaires de l'AEEH augmente chaque année. Une progression de +4,5% en moyenne par an dans la région a été constatée entre 2010 et 2016 (44). Cette augmentation est due à une meilleure reconnaissance et détection des handicaps ainsi qu'une plus grande acceptation de ces situations par les familles (44).

Le taux de bénéficiaires de la PCH en 2014 était proche de la moyenne nationale (44). Il variait de façon peu importante entre les différents départements (44).

L'évolution du nombre de bénéficiaires de ces diverses compensations varie principalement en fonction des effets démographiques, des revalorisations de certaines d'entre elles et du contexte économique. De manière générale, on constate principalement une augmentation de ce nombre chaque année (39,45).

Comment se répartissent les personnes en situation de handicap sur le territoire ?

En Loire-Atlantique, la répartition du nombre de personnes en situation de handicap est globalement similaire à celle de la population du département. En effet, elles sont plus nombreuses au niveau des grands pôles urbains du département (Nantes, Saint-Nazaire, Saint-Herblain, Rezé...) et des pôles intermédiaires et relais des espaces périurbains et ruraux (Châteaubriant, Ancenis, Blain...). On retrouve 46% des personnes en situation de handicap dans le chef-lieu du département (39).

Cependant, en proportion, par rapport à l'ensemble de la population de Loire-Atlantique, les bénéficiaires d'un ou plusieurs droits en cours se retrouvent plus fréquemment sur les communes littorales et celles de la partie nord de la Loire-Atlantique. Cela s'explique par une proportion plus importante de personnes âgées dans ces zones et l'apparition plus fréquente de handicap avec l'avancée en âge (39).

En outre, les communes possédant une offre d'hébergement en établissement médico-social pour les personnes en situation de handicap, comme Saint-Brevin-les-Pins, se retrouvent logiquement avec un taux localement plus important (39).

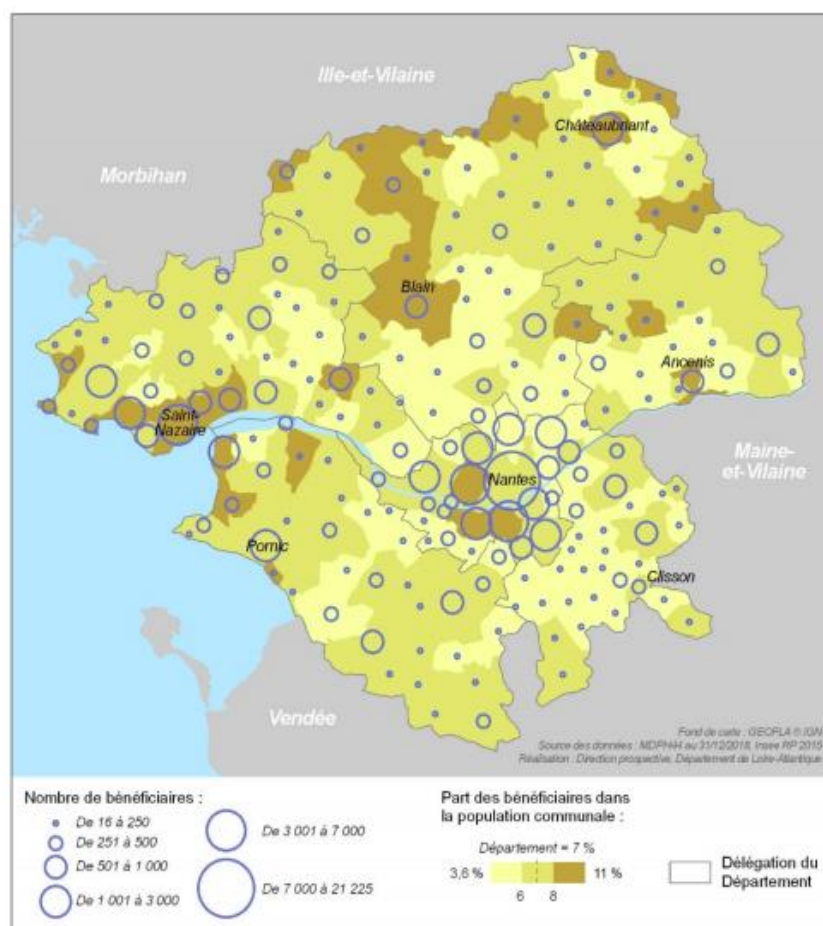


Figure 4 : Répartition des bénéficiaires d'un droit en cours en Loire-Atlantique en 2018 (39)

Concernant la répartition par âge des personnes en situation de handicap, on constate une relation étroite entre **l'âge** et le **handicap** liée au vieillissement progressif de la population. 76% des personnes en situation de handicap ont plus de 40 ans alors que cette partie de la population ne représente que 49% de l'ensemble des habitants de Loire-Atlantique. On constate également que 36% des personnes en situation de handicap ont plus de 60 ans, c'est donc la tranche d'âge la plus représentée. A l'inverse, la tranche d'âge la moins représentée est celle des 0-9 ans avec seulement 2% de personnes en situation de handicap concernées (39). Le taux de personnes en situation de handicap augmente donc avec l'âge.

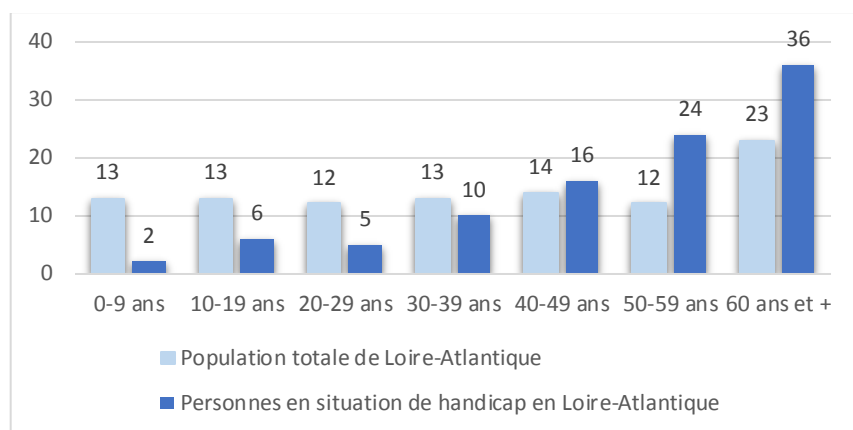


Figure 5 : Proportion en pourcentage par âge de la population totale ou en situation de handicap en Loire-Atlantique au 31/12/18 (39)

Concernant les types de handicap, les **troubles moteurs** sont de loin les plus fréquents. Ils représentent la moitié de l'ensemble des troubles. Cette proportion augmente avec l'âge. A partir de 30 ans, ces troubles deviennent le type de handicap le plus fréquent. Ensuite, on retrouve les troubles psychiques (17%), les troubles viscéraux (11%) et les troubles intellectuels (8%). Les troubles psychiques ou intellectuels et cognitifs sont les plus fréquents avant 29 ans. Les troubles viscéraux concernent principalement les individus de moins de 10 ans ou de plus de 50 ans (39).

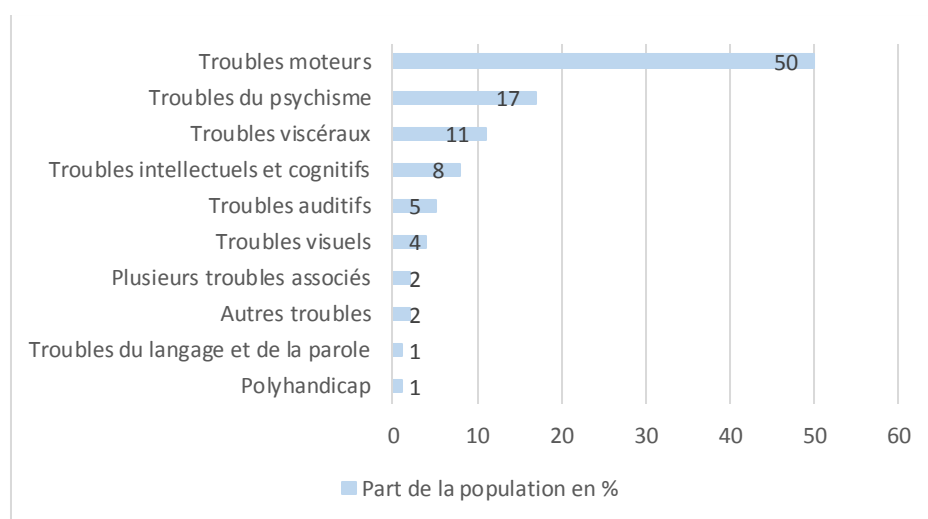


Figure 6 : Proportion de la population en situation de handicap en fonction de sa déficience principale en Loire-Atlantique en 2018 (39)

	0-9 ans	10-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60 ans et +	Total
Troubles intellectuels et cognitifs	23%	29%	23%	10%	6%	5%	4%	8%
Troubles du psychisme	23%	32%	28%	29%	22%	15%	6%	17%
Troubles du langage et de la parole	14%	15%	2%	0%	0%	0%	0%	1%
Troubles moteurs	10%	9%	23%	40%	51%	57%	61%	50%
Troubles auditifs	6%	4%	6%	5%	5%	5%	3%	5%
Troubles visuels	3%	3%	4%	4%	3%	3%	5%	4%
Troubles viscéraux	13%	5%	8%	9%	9%	12%	12%	11%
Polyhandicap	4%	1%	3%	2%	1%	1%	1%	1%
Autres troubles	3%	3%	2%	2%	2%	1%	1%	2%
Plusieurs troubles associés	0%	0%	1%	1%	1%	1%	6%	2%

Tableau 3 : Part de la population en situation de handicap en fonction de la déficience et de l'âge en Loire-Atlantique en 2018 (39)

Dans le tableau 3, le polyhandicap est dissocié de la catégorie « plusieurs troubles associés ». Le polyhandicap a été défini par la Groupe Polyhandicap France comme :

*« une situation de vie d'une personne présentant un **dysfonctionnement cérébral** précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficiences **motrice, perceptive, cognitive** et de la construction des **relations avec l'environnement physique et humain**. Il s'agit d'une situation évolutive d'**extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale** au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique » (46).*

La catégorie « plusieurs troubles associés » inclurait vraisemblablement les personnes présentant au moins deux types de handicap, excluant l'association d'une déficience mentale profonde à plusieurs autres déficiences et la notion de perte importante d'autonomie.

2.2. Dénombrement et répartition des établissements médico-sociaux

2.2.1. Intérêts de cibler les usagers des établissements médico-sociaux

Dans une conférence de 1970 intitulée « La folie et la société », le philosophe Michel Foucault estime qu'il existe une corrélation entre l'apparition des établissements dans lesquels étaient internés les « fous » et l'avènement du capitalisme. Les individus considérés à l'époque comme des obstacles à l'organisation sociale et économique de ce régime étaient exclus de la société. L'internement était alors essentiellement économique. A la fin du XVIIIème siècle, l'internement se médicalise dans le but de réintégrer ces individus dans le cycle du travail et du chômage essentiel au fonctionnement du capitalisme industriel (47).

Au cours du XXème siècle en France, l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la cité a progressé mais elle est encore freinée par la préférence du dispositif français à l'internement, à la manière du modèle de la psychiatrie (48).

Actuellement, plusieurs possibilités d'hébergement existent pour les personnes en situation de handicap. Parmi ces derniers, nous pouvons citer :

- des habitats inclusifs : ensembles de logements indépendants avec des espaces de vie individuels mais aussi partagés (49)
- des logements dits « ordinaires » (50)
- des EMS : structures d'accueil et d'hébergement (50)
- des hébergements chez des personnes possédant un agrément officiel (50)

Lorsque les personnes en situation de handicap vivent à domicile, elles peuvent être assistées par des services médico-sociaux. Ces derniers accompagnent les individus dans leur projet de vie et peuvent, si c'est nécessaire, proposer un accompagnement médical et paramédical (51).

Pourquoi devrions-nous cibler précisément les résidents des établissements médico-sociaux ? D'après l'enquête menée auprès de 1259 établissements dans le cadre du Programme National InterRégime de l'Assurance Maladie (PNIR) en 2004, les difficultés d'accès aux soins et à l'hygiène bucco-dentaire y sont aggravées. En effet, 12% des enfants et 18% des adolescents examinés vivant en instituts médico-éducatifs (IME) ou en établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) présentaient de la plaque dentaire cliniquement visible. Parmi les établissements de l'enquête, 89% d'entre eux ne disposaient pas d'un projet individualisé incluant des protocoles d'hygiène bucco-dentaire (2). Il semble donc important d'intervenir dans ces lieux.

2.2.2. Les établissements médico-sociaux accueillant les enfants, les adolescents et les jeunes adultes

Dans un premier temps, nous allons nous intéresser aux différents types d'EMS de la région Pays de la Loire recevant des individus en situation de handicap ayant moins de 20 ans. Ont été répertoriés les EMS recevant les personnes vivant avec une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme, un polyhandicap, des difficultés psychologiques et/ou des troubles du comportement, une déficience motrice, un handicap psychique ou les personnes cérébro-lésées car ils seront les plus susceptibles d'être intéressés par la venue d'une unité mobile de soins dentaires.

Chaque type d'EMS sera défini puis dénombré grâce aux données accessibles les plus récentes.

2.2.2.1. Définitions

Le tableau ci-dessous énumère plusieurs EMS pour les enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap en précisant l'âge et le handicap de leurs usagers ainsi que leurs objectifs et modes d'accompagnement.

EMS	Usagers	Objectifs et modes d'accompagnement
Instituts Médico-Éducatifs (IME)	-Age : 3-20 ans -Handicap : Déficience à prédominance intellectuelle avec ou sans troubles associés	-Construction de la personnalité -Accompagnement thérapeutique -Accompagnement des familles -Enseignement scolaire et professionnel
Établissements pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP)	-Age : 3-20 ans -Handicap : polyhandicap	-Construction de la personnalité -Développement des autonomies de vie quotidienne, de la communication et de la socialisation -Éducation polysensorielle, cognitive, temporo-spatiale
Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques (ITEP)	-Age : 3-20 ans -Handicap : difficultés psychologiques s'exprimant par des troubles du comportement ou du caractère perturbant gravement leur socialisation et leur accès à la scolarité et à l'apprentissage	-Développement au moyen d'une intervention interdisciplinaire -Maintien du lien avec le milieu familial et social -Intégration dans les formations générales et professionnelles -Suivi après l'accompagnement -Actions de prévention, de repérage des troubles du comportement et de recherche de solutions adaptées
Instituts d'Éducation Motrice (IEM)	-Age : 3-20 ans -Handicap : déficience motrice importante entraînant une restriction extrême de leur autonomie	-Soutien à la scolarité -Prestations médicales et paramédicales adaptées -Accompagnement psychologique -Accompagnement à la vie sociale

Tableau 4 : Quatre types d'EMS pour les individus en situation de handicap de moins de 20 ans(52,53)

Chaque type d'EMS accueille les personnes en situation de handicap en fonction de leur type et de leur degré de handicap.

2.2.2.2. Nombre et capacité

Un tableau précisant le nombre d'EMS dans chaque département de notre région ainsi que le nombre de places autorisées a été réalisé à partir des données disponibles dans le Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS).

		Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Vendée	Mayenne	Sarthe	Total
IME	Nombre d'IME	23	17	12	4	7	63
	Nombre de places	1137	861	598	237	604	3437
ITEP	Nombre d'ITEP	12	5	2	2	2	23
	Nombre de places	389	208	97	43	124	861
IEM	Nombre d'IEM	4	2	1	1	1	9
	Nombre de places	186	65	20	16	50	337
EEAP	Nombre d'EEAP	4	3	0	1	1	9
	Nombre de places	112	42	0	31	14	199
Total d'EMS		43	27	15	8	11	104
Total de places en EMS		1824	1176	715	327	792	4834

Tableau 5 : Nombre d'EMS (IME, ITEP, IEM, EEAP) et de places autorisées pour les personnes en situation de handicap de moins de 20 ans en fonction du département de la région Pays de la Loire en 2019 (54)

A partir des données du tableau, deux diagrammes circulaires ont été réalisés pour représenter la répartition en proportion des différents EMS et des places autorisées pour les individus de moins de 20 ans dans notre région.

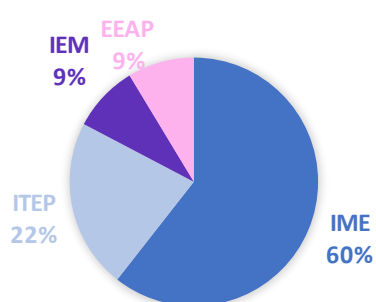


Figure 6 : Répartition du nombre d'IME, ITEP, IEM, EEAP en Pays de la Loire en 2019 (54)

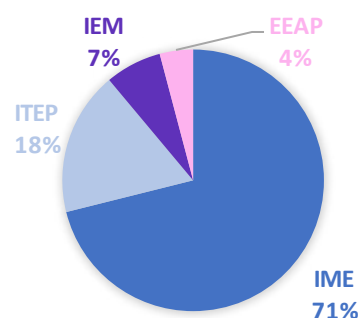


Figure 7 : Répartition du nombre de places autorisées en IME, ITEP, IEM, EEAP en Pays de la Loire en 2019 (54)

Les EMS les plus présents et proposant le nombre de places le plus important dans notre région sont les **IME** (54). En considérant uniquement les quatre EMS détaillés ci-dessus (IME, ITEP, IEM, EEAP), les IME possèdent 71% des places autorisées (54). En considérant l'ensemble de EMS, ils représentent toujours la majorité des orientations en établissement avec un taux de 57% (54).

Les ITEP sont moins nombreux et proposent moins de places que les IME. Il existe cependant davantage d'ITEP et de places dans ces structures en comparaison aux IEM et aux EEAP.

Il existe 9 IEM et également 9 EEAP (54). En revanche, les IEM proposent un nombre de places plus importante que les EEAP (54). Parmi les quatre types d'EMS étudiés, ceux qui possèdent le nombre de places le plus faible sont les EEAP (54).

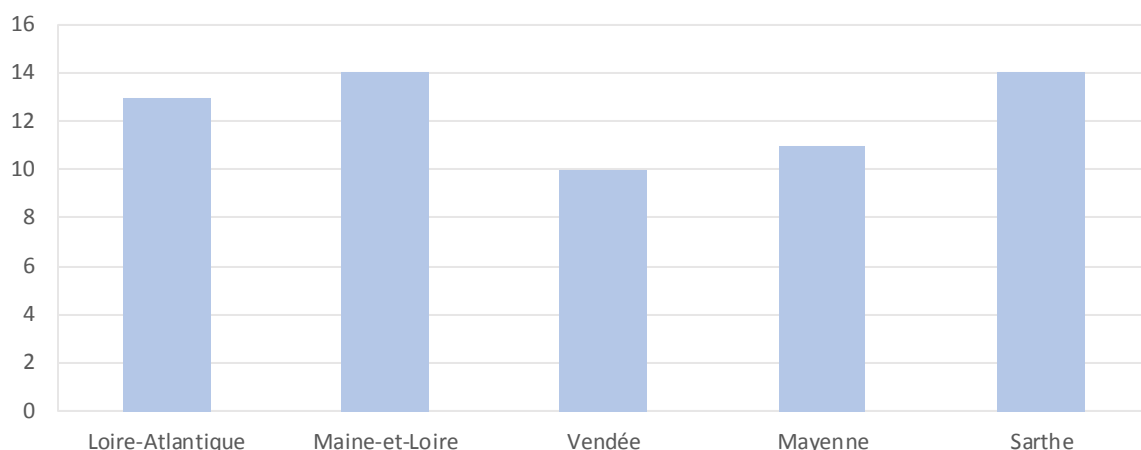


Figure 7 : Répartition par département des Pays de la Loire du nombre de places en EMS accueillant des personnes de moins de 20 ans en situation de handicap (IME, IEM, ITEP, EEAP) pour 10 000 habitants en 2019 (54,55)

Les départements de notre région possédant le nombre le plus important de places en EMS (IME, IEM, ITEP, EEAP) par rapport au nombre d'habitants sont la Sarthe et le Maine-et-Loire. Les deux départements les moins dotés en places dans ces mêmes EMS sont la Vendée et la Mayenne (54). Or, selon les données du tableau 2 datant de 2014, la Mayenne a un taux de bénéficiaires de l'AEEH pour 100 personnes de 0 à 19 ans de 2,1%, soit un taux largement supérieur à la moyenne régionale (1,3%) et nationale (1,5%) (44). La Mayenne est donc bien plus sous-dotée en EMS pour les personnes en situation de handicap de moins de 20 ans que les autres départements des Pays de la Loire.

2.2.2.3. Répartition

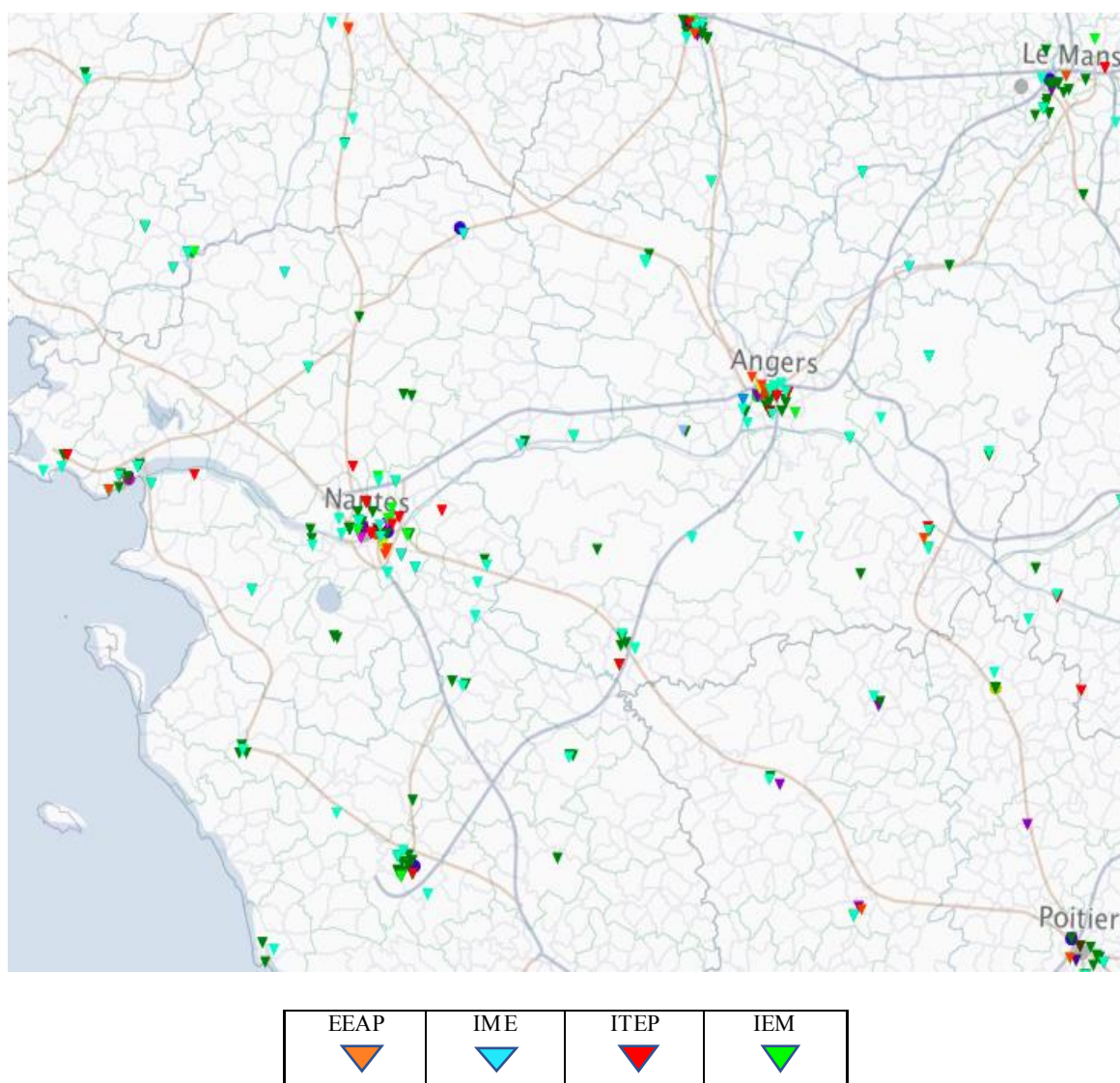


Figure 8 : Répartition des EMS pour les personnes en situation de handicap de moins de 20 ans en région Pays de la Loire en 2019 (56)

Seuls les quatre EMS définis dans la partie 2.2.2.1. ont été légendés dans la figure 7.

Les EMS recevant les individus de moins de 20 ans sont plus nombreux au niveau des zones géographiques où la densité de la population est la plus importante. Ainsi, les trois pôles urbains concentrant le plus d'EMS sont aussi les trois villes les plus peuplées de notre région : Nantes, Angers et Le Mans (56). La Roche-sur-Yon et Saint-Nazaire sont également des villes où les EMS y sont plus concentrés (56).

En Mayenne, ils sont surtout regroupés au niveau de la préfecture, c'est-à-dire Laval, et quasiment inexistantes sur le reste du territoire. On constate le même phénomène dans le département de la Sarthe où ils sont tous condensés dans et autour du Mans (56).

Cholet et Saumur concentrent également quelques EMS de la région (56).

Finalement, le nord de la région est l'aire géographique comptant le moins d'EMS (56).

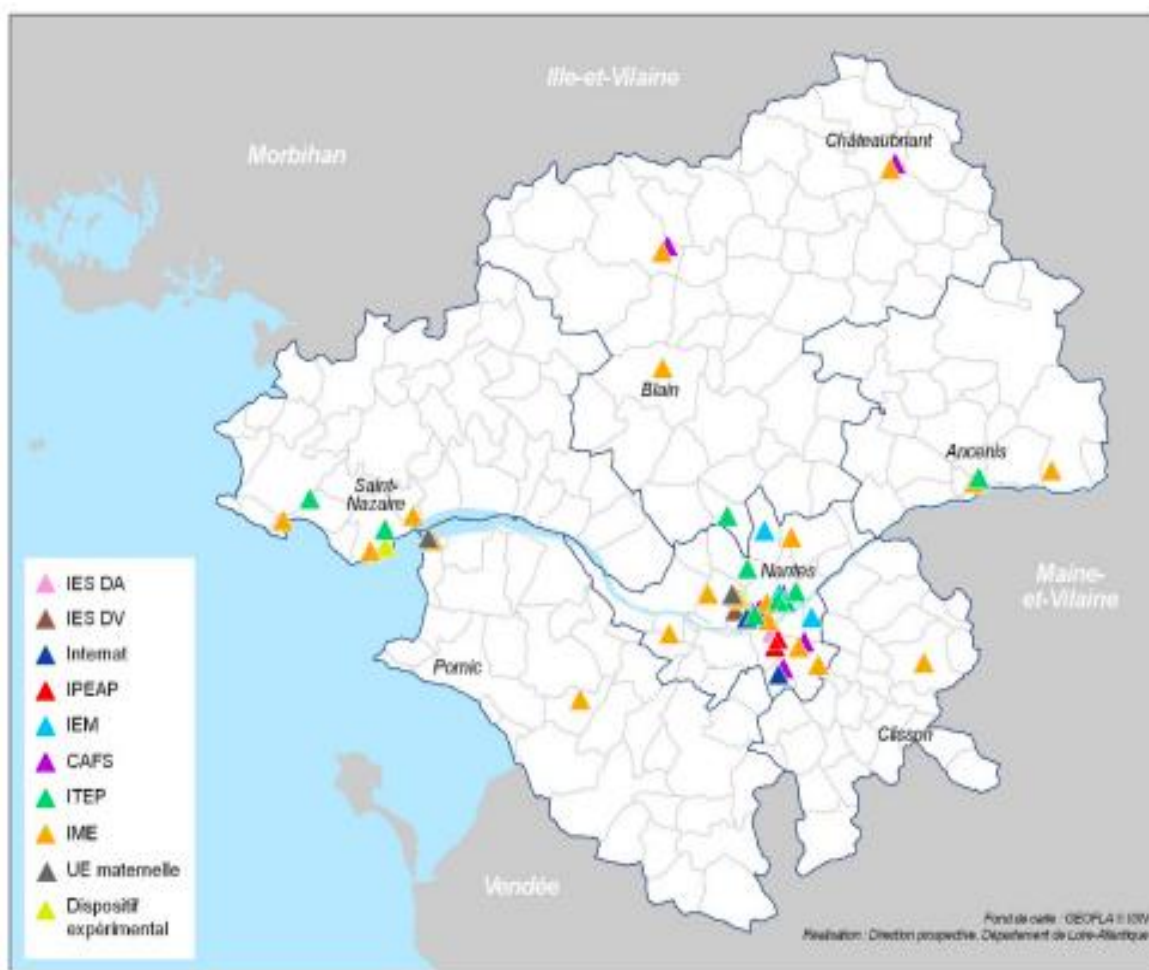


Figure 9 : Répartition des EMS pour les personnes en situation de handicap de moins de 20 ans en Loire-Atlantique en 2018 (39)

Si on se focalise uniquement sur le département de Loire-Atlantique, l'observatoire départemental précise dans son dernier rapport que les EMS sont davantage localisés dans et autour de Nantes et Saint-Nazaire, avec respectivement 58% et 19% des places (34). On retrouve tout de même des IME dans différents secteurs du département, par exemple au niveau de Châteaubriant, Blain et Ancenis (39).

2.2.3. Les établissements médico-sociaux accueillant les adultes

Il existe d'autres types d'EMS pour l'accueil des personnes adultes en situation de handicap, c'est-à-dire âgées de plus de 20 ans. En France, il en existe deux sortes :

- Établissements **médicalisés** (par exemple les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM)) : le personnel dédié aux soins y est majoritairement paramédical. Certaines de ces structures comptent parmi leurs salariés un médecin coordinateur assurant le suivi des soins et le lien avec les professionnels extérieurs (57)
- Établissements **non médicalisés** (par exemple les Foyers d'Hébergement (FH)) : le personnel y est principalement éducatif, pédagogique et social (57).

2.2.3.1. Définitions

Le tableau ci-dessous énumère plusieurs EMS pour les adultes en situation de handicap en décrivant leurs usagers ainsi que leurs objectifs et modes d'accompagnement.

EMS	Usagers	Objectifs et modes d'accompagnement
Foyers d'Hébergement (FH)	Adultes en situation de handicap exerçant une activité pendant la journée dans une entreprise ordinaire, une entreprise adaptée ou un ESAT	-insertion sociale par le travail -accompagnement pour les actes de la vie quotidienne, les loisirs, les démarches administratives -aide psychologique -transport vers le lieu de travail
Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)	Adultes en situation de handicap et de « grande dépendance »	-aide constante due à l'absence d'autonomie -suivi médical et soins constants
Foyers de Vie (FV)	Adultes en situation de handicap assez autonomes pour ne pas relever d'une admission en FAM ou en MAS mais dont les capacités de travail ne leur permettent pas d'exercer un travail productif même dans un milieu protégé	-autonomie des résidents
Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM)	Adultes en situation de handicap dont la perte d'autonomie nécessite une tierce personne pour effectuer la plupart des actes de la vie courante et ne leur permet pas d'exercer une activité professionnelle, qui ont besoin d'une surveillance médicale et de soins quotidiens	-insertion sociale -autonomie -accompagnement pour les actes quotidiens de la vie -suivi médical et soins
Établissements et Services d'Aide par la Travail (ESAT)	Adultes en situation de handicap dont les capacités de travail ne leur permettent pas d'exercer un travail productif dans une entreprise ordinaire ou adaptée	-insertion sociale et professionnelle

Tableau 6 : Cinq types d'EMS pour les personnes en situation de handicap de plus de 20 ans (52,53)

Les adultes en situation de handicap et de « **grande dépendance** » sont des personnes qui ont besoin d'une aide humaine et technique constante et personnalisée.

Les ESAT sont considérés comme appartenant au milieu « **protégé** ». Celui-ci s'oppose au milieu « ordinaire » du travail qui comprend les employeurs privés du milieu du travail habituel (58).

2.2.3.2. Nombre et capacité

		Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Vendée	Mayenne	Sarthe	Total
FV	Nombre de FV	68	26	33	25	23	175
	Nombre de places	1553	661	783	400	638	4035
FH	Nombre de FH	28	14	19	12	24	97
	Nombre de places	511	393	329	299	480	2012
FAM	Nombre de FAM	16	11	19	6	5	57
	Nombre de places	314	270	379	118	124	1205
ESAT	Nombre d'ESAT	25	20	15	10	15	85
	Nombre de places	2209	1418	1146	679	1037	6489
MAS	Nombre de MAS	13	11	6	6	10	46
	Nombre de places	599	462	288	142	412	1903
Total d'EMS		150	82	92	59	77	460
Total de places		5186	3204	2925	1638	2691	15644

Tableau 7 : Nombre d'EMS (FV, FH, FAM, ESAT, MAS) et de places autorisées pour les personnes en situation de handicap de plus de 20 ans en fonction du département des Pays de la Loire en 2019 (54)

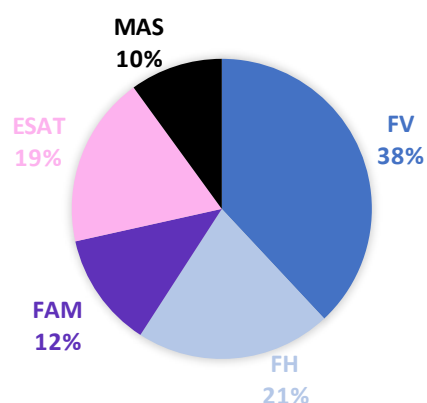


Figure 11 : Répartition du nombre de FV, FH, FAM, ESAT et MAS en Pays de la Loire en 2019 (54)

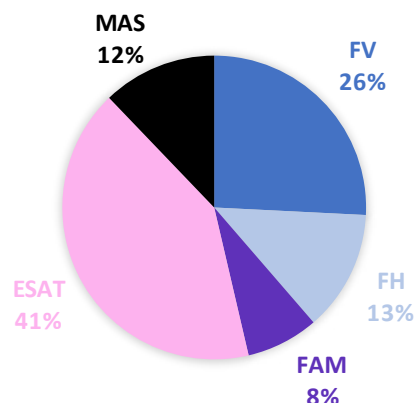


Figure 10 : Répartition du nombre de places autorisées en FV, FH, FAM, ESAT et MAS en Pays de la Loire en 2019 (54)

Parmi les établissements analysés, les FV sont ceux qui sont les plus nombreux dans notre région (54). Les moins nombreux sont les MAS. Concernant le nombre de places, ce sont les ESAT qui en proposent le plus et les FAM qui en comptent le moins en Pays de la Loire (54).

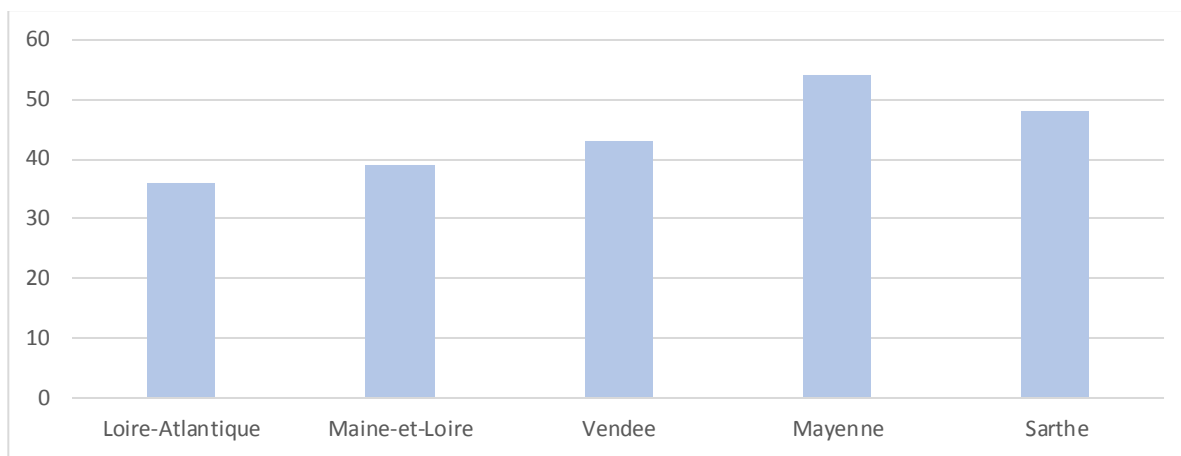


Figure 12 : Répartition par département des Pays de la Loire du nombre de places en EMS accueillant des adultes en situation de handicap (FV, FH, FAM, ESAT, MAS) pour 10 000 habitants en 2019 (54,55)

Dans notre région, la Mayenne est le département possédant le plus de places en EMS pour les adultes en situation de handicap par rapport au nombre d'habitants. Les départements proposant le moins de places en ESM par rapport au nombre d'habitants sont les plus peuplés des Pays de la Loire. Il s'agit de la Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire (54). Pourtant, la Mayenne a un taux de bénéficiaires de l'AAH (2,3% en 2015) inférieur à celui de la Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire (2,6% en 2015) (44).

2.2.3.3. Répartition

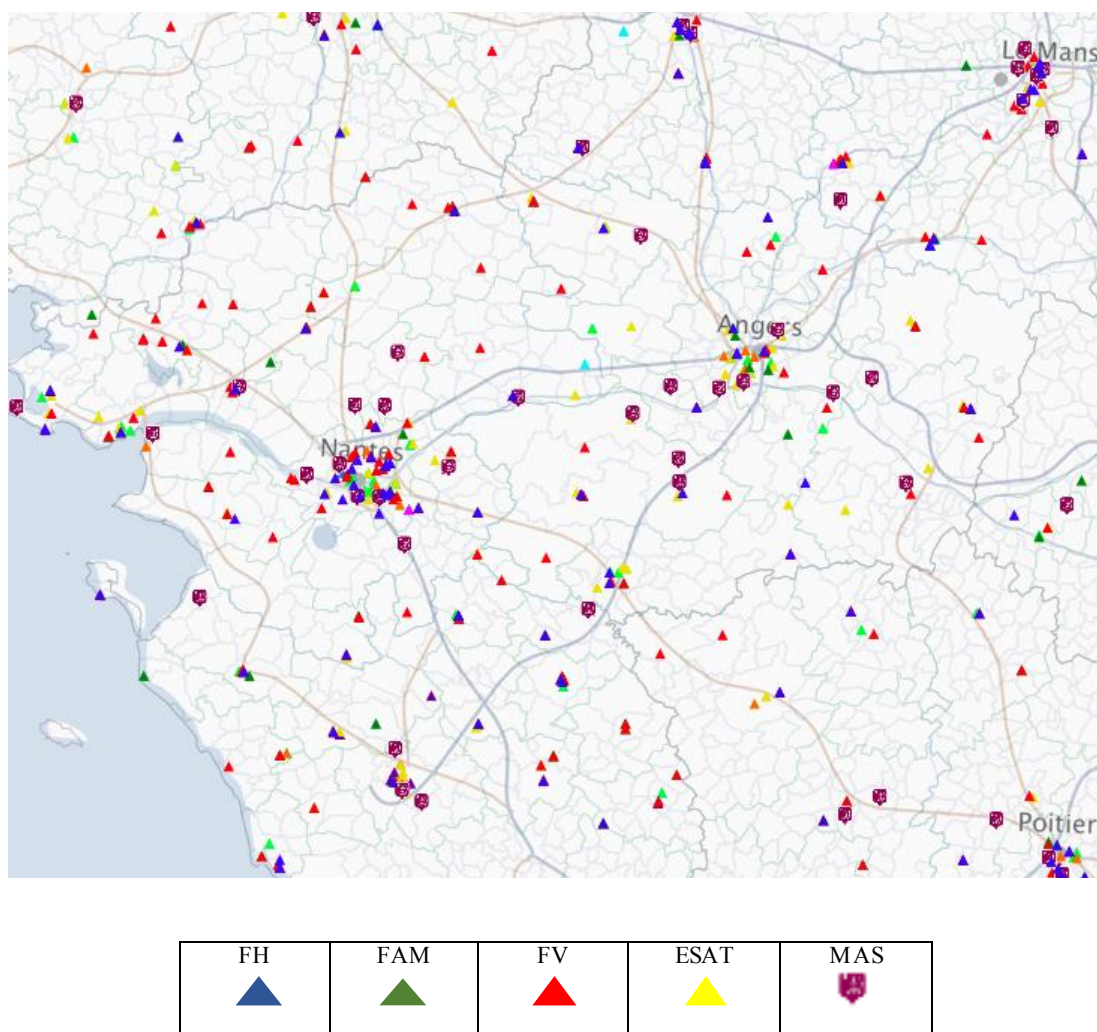


Figure 13 : Répartition des EMS pour les personnes en situation de handicap de plus de 20 ans en Pays de la Loire (56)

Seuls les EMS répertoriés dans la partie 2.2.3.1. ont été légendés dans la figure 12.

A nouveau, Nantes, Angers et Le Mans sont les trois villes centralisant la majorité des EMS pour adultes des Pays de la Loire (56). De façon assez similaire à la répartition des EMS réservés aux enfants, Laval, La Roche-sur-Yon, Saint-Nazaire et Cholet sont des lieux concentrant de nombreux EMS (56). On remarque également une forte concentration au niveau de Sablé-sur-Sarthe, dans un département pourtant assez peu doté en infrastructures pour les personnes en situation de handicap.

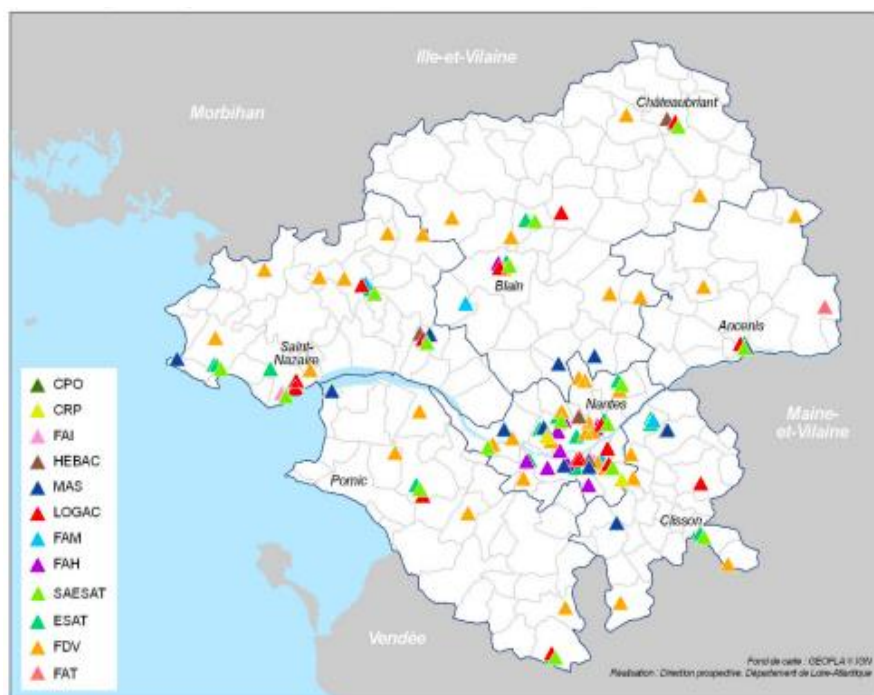


Figure 14 : Répartition des EMS pour les personnes en situation de handicap de plus de 20 ans en Loire-Atlantique en 2018 (39)

Concernant la Loire-Atlantique, les différents EMS sont répartis en de nombreux points du département mais sont cependant davantage concentrés à Nantes et dans sa première couronne. Ce sont les FV et, dans une moindre mesure, les ESAT qui ont la répartition territoriale la plus élargie. À contrario, les FAM sont les établissements les moins bien répartis, restant surtout très présents au cœur de l'agglomération nantaise (39).

En conclusion, on constate une répartition très **hétérogène** des EMS pour adultes comme pour enfants sur l'ensemble de la région. Elle est assez similaire à la répartition des habitants sur le territoire. Plus la densité de la population dans une zone est importante, plus il y a de chance pour qu'elle soit davantage dotée en EMS.

On imagine que cette inégale répartition oblige forcément des personnes en situation de handicap ou leurs proches à parcourir de très longues distances pour pouvoir accéder à certains EMS. De plus, les zones les moins bien dotées en EMS se retrouvent également être les zones les plus touchées par la désertification médicale. Avoir un rendez-vous médical dans une zone sous-dotée demande au patient de parcourir plus de distance pour s'y rendre et de s'armer de patience car les délais d'attente y sont généralement beaucoup plus longs.

Le concept d'unité mobile de soins semble pouvoir être une alternative intéressante pour améliorer l'accès à la santé dans les zones les plus éloignées des grands pôles urbains et les plus impactées par l'inégale répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire. Il l'est également dans les zones à proximité des grandes villes et les grandes villes elles-mêmes. En effet, l'unité mobile de soins a l'avantage de solliciter sur une plus courte période les membres du personnel encadrant car ils n'ont pas besoin de se déplacer jusqu'au cabinet. Il n'est donc plus nécessaire de faire appel à un ambulancier. D'autre part, le personnel encadrant peut se rendre directement dans la structure mobile de soins, rassurer les patients par leur présence et obtenir des conseils en matière d'hygiène bucco-dentaire.

Au total, ce sont plus de 500 EMS qu'il pourrait être judicieux de contacter pour savoir s'ils seraient intéressés par la venue d'une unité mobile de soins dentaires au bénéfice de leurs résidents. Cela représente plus de 20 000 patients.

3. Unités mobiles de soins dentaires

3.1. Historique

Actuellement, une unité mobile de soins dentaires peut être définie comme un véhicule aménagé en cabinet dentaire qui se déplace jusqu'au patient, que ce soit à domicile, dans des écoles ou dans des établissements médico-sociaux. Elle permet de faire de la prévention et/ou de prodiguer des soins. Elle vise les populations ayant le plus difficilement accès aux soins : les personnes âgées, précaires, en situation de handicap, habitant des déserts médicaux ou les enfants (9).

C'est un dispositif qui se déploie de plus en plus ces dernières années. Mais le principe de dentisterie « itinérante » existe depuis des centaines d'années. On retrouvait déjà, dans les peintures du XVII^{ème} siècle, la représentation de **dentistes ambulants**. Par exemple, dans le tableau *Le marché italien avec un dentiste charlatan* du peintre néerlandais Johannes Lingelbach réalisé pendant le siècle d'or, apparaît un dentiste cavalier sur le dos de sa monture réalisant une avulsion dentaire sur la place d'un marché romain (59).



Figure 15 : Johannes Lingelbach, *Le marché italien avec un dentiste charlatan*, 1651, huile sur toile, 68,5cm x 86cm, Rijksmuseum Amsterdam (59)

Dans les peintures du XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècle, il est fréquemment représenté en train de réaliser des extractions dentaires, d'où la prédominance du terme « *arracheur de dents* » dans le titre des tableaux de l'époque. Il est généralement peint sur des estrades qui ne sont souvent que des planches superposées sur des tréteaux ou des tonneaux donc facilement démontables pour se rendre d'une foire à une autre. Ce sont de véritables **scènes de théâtre** et la foule s'y bouscule. En 1758, dans sa *Lettre à d'Alembert* (60), Rousseau évoque les « tréteaux de foire élevés pour réjouir la populace » assistant aux « polissonneries d'un charlatan ».

Dans l'œuvre du peintre flamand Peter Angelis, le dentiste ambulancier, sur son piédestal, extrait une dent devant les regards curieux de la foule, où se mêlent bourgeois, moines et pèlerins. La présence de plusieurs marchands atteste que la scène se situe sur la place d'un marché (61).



Figure 16 : Peter Angelis, *Le Dentiste*, début du XVIIIème siècle, huile sur toile, Collection particulière (61)

Lors des deux guerres mondiales qui éclatèrent au XXème siècle, le principe de dentisterie ambulante se développa sur le **front** pour assurer les soins dentaires et prothétiques des **soldats** ainsi que les premiers soins des **blessés maxillo-faciaux**.

En 1916, plusieurs **camionnettes dentaires** se sont mises à circuler sur le front avec à leur bord un chauffeur, des médecins stomatologues, des dentistes militaires et des prothésistes dentaires. Ces véhicules étaient composés d'une partie antérieure aménagée en laboratoire de prothèse et une partie postérieure abritant le cabinet. Les soins y étaient réalisés grâce à un tour à pied car il n'y avait pas d'électricité au sein des camionnettes. L'équipement comportait un fauteuil, un crachoir, un lavabo à pédale fonctionnant grâce à un réservoir métallique contenant dix litres d'eau chauffés par un appareil à essence. Les déchets du crachoir étaient évacués par un tuyau traversant le plancher du véhicule pour finir dans un récipient posé sur le sol. Le prix d'une voiture de stomatologie était de 21 000 francs. A l'époque, cela représentait une somme importante (62).



Figure 17 : Henri Petit, photographie de l'intérieur du véhicule sanitaire de stomatologie numéro 2, Ambly sur Meuse, octobre 1917 (62)

Durant la seconde guerre mondiale, la Croix Rouge suisse convertit une voiture-restaurant de la compagnie des Wagons-lits en **centre dentaire ferroviaire**. Son objectif était de prodiguer des soins aux **prisonniers des camps**. Dans le même temps à Bruxelles, Marcel Joachim transforma un fourgon automobile en cabinet dentaire ambulancier avec lequel il se rendit dans les camps pour soigner les prisonniers de guerre (63).

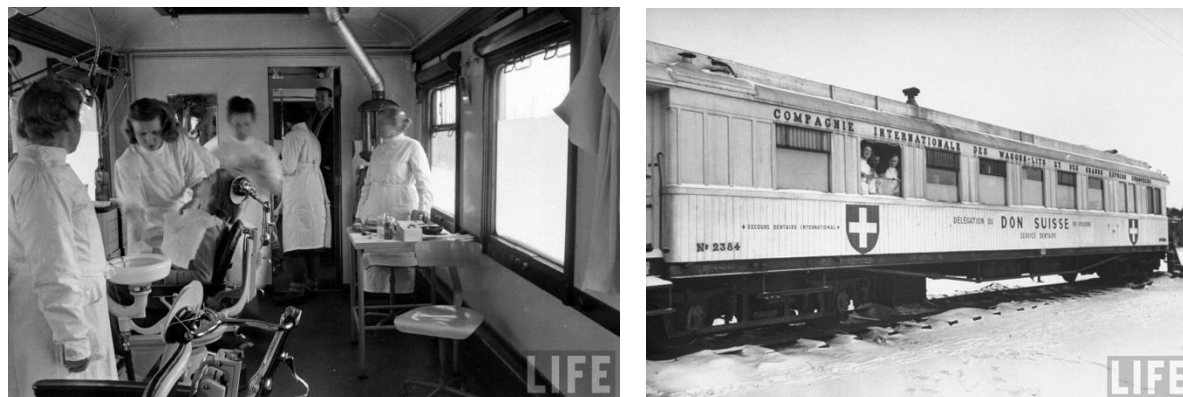


Figure 18 : Tony Linck, photographies de l'intérieur et de l'extérieur d'un wagon de chemin de fer transformé en cabinet dentaire itinérant par la Croix-Rouge suisse, Varsovie en Pologne, 1947 (64)

En Russie, une ligne ferroviaire de 4 000 km reliant le lac Baïkal à la ville portuaire Sovietskaïa Gavan porte le nom de **Magistrale Baïkal-Amour** (BAM en anglais). Cette ligne fut construite dans les années 1970-1980 et fut la dernière grande construction soviétique. Lorsque le système s'effondra, les pionniers qui habitaient le long de la ligne ferroviaire s'exilèrent ou se retrouvèrent délaissés par l'État, loin de toutes les infrastructures et des services. Depuis, l'accès aux soins y est toujours difficile. Actuellement, le train médical **Matvei Mudrov** est la seule solution pour certains habitants d'avoir un diagnostic ou de recevoir des traitements. Composé d'une équipe de 12 à 15 médecins, il s'arrête tous les jours dans un village différent de l'Extrême-Orient russe pour recevoir de nombreux patients habitant parfois à une journée de voyage du premier hôpital (65).



Figure 19 : William Daniel, photographie de l'extérieur du train Matvei Mudrov, Sibérie, 2014 (65)

De nos jours, l'unité mobile de soins a remplacé le cheval et les tréteaux du dentiste de foire et son équipement est tout aussi moderne que celui d'un cabinet fixe.

3.2. Exemples récents

Actuellement, il existe deux types d'unités mobiles ayant pour objectif un meilleur accès à la santé bucco-dentaire. Le premier a pour but le dépistage et la prévention. Le second est dédié à la réalisation de soins. Quelques exemples d'unités mobiles vont être énumérés ci-dessous et leurs missions et leur fonctionnement seront précisés. Les premières unités qui vont être décrites sont gérées par des associations. Les suivantes sont gérées soit par des particuliers, des centres hospitaliers, des mutuelles ou des villes.

L'**association de prévention et d'éducation sanitaire et actions locales (APESAL)**, créée en 1985, agit auprès des **enfants scolarisés** dans le département du Nord. Ses missions consistent à dépister précocement les troubles sensoriels et du langage, les maladies bucco-dentaires, les mauvaises habitudes en matière d'hygiène orale ainsi que le risque d'obésité (66).

Concernant la santé bucco-dentaire, l'association mène des actions de prévention dans les écoles de cours préparatoire. Un animateur en éducation sanitaire met en place une séance ludique où il enseigne l'hygiène bucco-dentaire à l'aide d'une brosse à dents et d'une mâchoire géante, préconise une alimentation équilibrée en évitant les grignotages acides et sucrés et insiste sur l'importance de contrôles réguliers chez le dentiste. A la suite de cela, les enfants montent par petit groupe dans un camion aménagé en cabinet dentaire. Ils peuvent s'installer sur le fauteuil et toucher les instruments de manière à moins appréhender les futures consultations chez le dentiste. Parfois, un examen bucco-dentaire est réalisé (66). 5 218 écoliers ont été sensibilisés à l'hygiène bucco-dentaire et 1 207 ont bénéficié d'un examen bucco-dentaire lors des dépistages de l'année scolaire 2017-2018. Parmi eux, il a été constaté que 49% avaient besoin de soins (66).



Figure 20 : Photographie du cabinet dentaire mobile de l'association APESAL, Hauts-de-France (66)

L'association « **Le bus social dentaire** » a été créée en 1996 en région parisienne. Son but est de favoriser l'accès aux soins des **personnes défavorisées**, de les informer de leurs droits sociaux et de les accompagner dans leurs démarches administratives. A l'époque, elle faisait circuler un ancien camion de la médecine du travail réaménagé en cabinet dentaire. Depuis 2002, un camion neuf et construit sur plans accueille les patients en situation de précarité.

Les soins conservateurs, endodontiques, parodontaux et les avulsions sont prodigués à titre gratuit. Il n'existe pas d'offre prothétique (67).

L'équipe est constituée de plus de trente chirurgiens-dentistes bénévoles, d'une coordinatrice salariée gérant l'association, d'un chauffeur salarié s'occupant des déplacements et de la maintenance du bus et d'une assistante dentaire salariée qui joue aussi le rôle de coordinatrice sociale (67).

Le réseau **Handident Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)** a inauguré en 2010 une unité mobile de soins dentaires pour les **personnes en situation de handicap accueillies en EMS**. Les EEAP, les MAS et les FAM représentent 52% des établissements visités. Les soins réalisés sont principalement prophylactiques. Lorsque les soins nécessitent plusieurs séances, le patient est redirigé vers une structure adaptée. Le camion est équipé de MEOPA mais son utilisation ne concerne que 2% des consultations du fait de la plus grande coopération des patients (68). En 2017, 46 sites ont accueilli le bus et 1 817 patients de 86 établissements différents ont été soignés (68).

Cette année-là, l'équipe comptait 15 chirurgiens-dentistes salariés à temps partiel ayant réalisé 330 vacations d'une demi-journée, 8 assistantes dentaires qualifiées vacataires à temps partiel, une assistante dentaire salariée de l'association gérant le planning et la coordination des soins, un chauffeur salarié de l'association ainsi que des coordinatrices du réseau, des bénévoles de l'association et des membres du bureau impliqués dans la gestion et le pilotage des activités liées au bus (68). Les professionnels des instituts accompagnent les patients et participent au plan de prévention et d'hygiène orale de l'établissement.

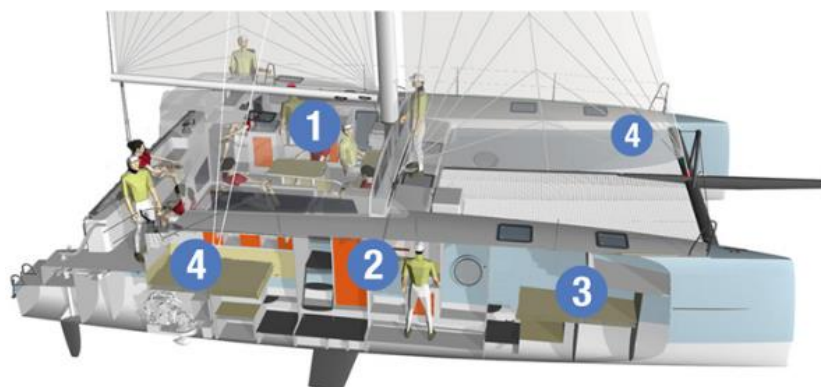


Figure 21 : Photographie de l'extérieur du bus Handident PACA (68)

Dans l'Ain, la **Croix Rouge** a inauguré le 29 juin 2019 un cabinet dentaire itinérant. Il permet de prendre en charge les **personnes en situation d'isolement** et les **résidents de maisons de retraite**.

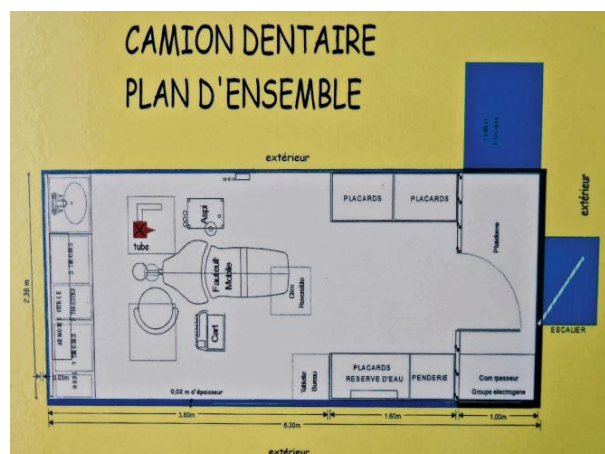
L'unité mobile est composée d'une salle d'attente, d'une salle de soins et d'une salle d'examen. Tout l'équipement est mobile afin de pouvoir intervenir facilement et si besoin directement dans la maison de retraite. L'équipe est constituée d'un dentiste bénévole, de deux dentistes retraités bénévoles et d'une assistante dentaire. Il n'est pas précisé si l'assistante dentaire est salariée ou bénévole (69).

L'équipe est composée du Dr Antoine Gloanec, chirurgien-dentiste et skipper du bateau, et de Mme Chloé Gautier, web designer s'occupant de la communication, de la logistique et second capitaine du bateau. Parfois, des étudiants en chirurgie-dentaire viennent renforcer l'équipe.



(1 : Espace de consultation ; 2 : Zone de stérilisation ; 3 : Stockage du matériel dentaire ; 4 : Espace privé pour l'équipage)

Des étudiants internes à la faculté d'odontologie de Lille assurent les soins et une équipe d'assistants dentaires bénévoles se relaient pour conduire le bus, stériliser les instruments et aider le praticien au fauteuil (72).



44

La **Mutualité Française du Nord des Landes** est à l'origine d'un projet d'unité mobile de soins dentaires principalement en faveur des **personnes âgées dépendantes hébergées dans des structures médico-sociales** mais aussi pour **les habitants du nord du département**. En effet, la désertification médicale rend l'accès aux soins dentaires compliqué pour toute la population (73). Le semi-remorque est en activité depuis début 2015. Neuf EHPAD et six cœurs de ville le reçoivent. Tous les types de soins dentaires y sont prodigués (74). L'équipe est constituée de deux chirurgiens-dentistes travaillant 5 jours sur 7, une assistante dentaire et un chauffeur. Il n'est pas précisé si le personnel est bénévole ou salarié (74).

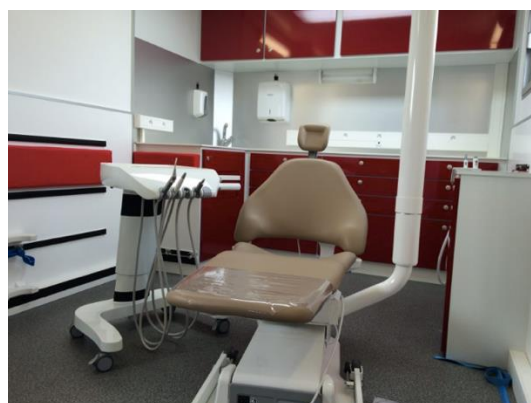


Figure 24 : Photographies de l'extérieur (à gauche) et de l'intérieur (à droite) de l'unité mobile de soins dentaires de la Mutualité du Nord des Landes (74)

Dans le Bas-Rhin, la ville de Strasbourg a financé, avec l'aide de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), un nouveau **Dentibus**, unité mobile destinée aux **enfants scolarisés**. L'important investissement d'une ville pour ce type de projet est un cas rare en France. En effet, les raisons qui ont poussé le maire à financer une initiative pareille proviennent de l'héritage allemand, remontant à la fin du XIX^{ème} siècle et d'Otto von Bismarck (75).

« On perpétue une tradition ancienne à Strasbourg et qui n'est pas si fréquente en France. Les Prussiens avaient décidé de faire de Strasbourg le symbole de ce qu'ils savaient faire et de montrer qu'une collectivité locale pouvait avoir la compétence de santé publique. La politique municipale a été le fleuron de la politique menée par les Allemands. » (75) déclare le maire strasbourgeois Roland Ries. Strasbourg est d'ailleurs l'une des rares villes en France à bénéficier d'un service municipal de santé scolaire.

C'est le constructeur Gruau qui est à l'origine de la confection de celle-ci (76).



Figure 25 : Photographies de l'extérieur (à gauche) et de l'intérieur (à droite) du centre municipal de santé dentaire Le Dentibus, Strasbourg (75)

Finalement, toutes les unités mobiles de soins dentaires ont vocation à s'occuper des populations ayant difficilement accès aux soins. Nous constatons qu'elles peuvent tout autant circuler dans les communes rurales, les banlieues, en bord de mer qu'en centre-ville en fonction des besoins. Elles participent à rendre l'accessibilité aux soins plus universelle. Par ailleurs, nous constatons que la plupart des unités mobiles sont gérées par des associations. Les autres types d'organisation semblent plus exceptionnels.

3.3. Plans de niveau et modélisation

Dans sa thèse, le Dr Pauline Batard a réalisé un cahier des charges du véhicule. Il s'agit d'un document regroupant les différentes informations nécessaires à l'établissement du projet (9). A partir de celui-ci, plusieurs configurations de l'unité mobile ont pu être imaginées. En s'inspirant des plans d'unités mobiles déjà existants et en essayant de respecter au mieux le cahier des charges établi, j'ai réalisé un premier plan en 2D grâce au logiciel Powerpoint.

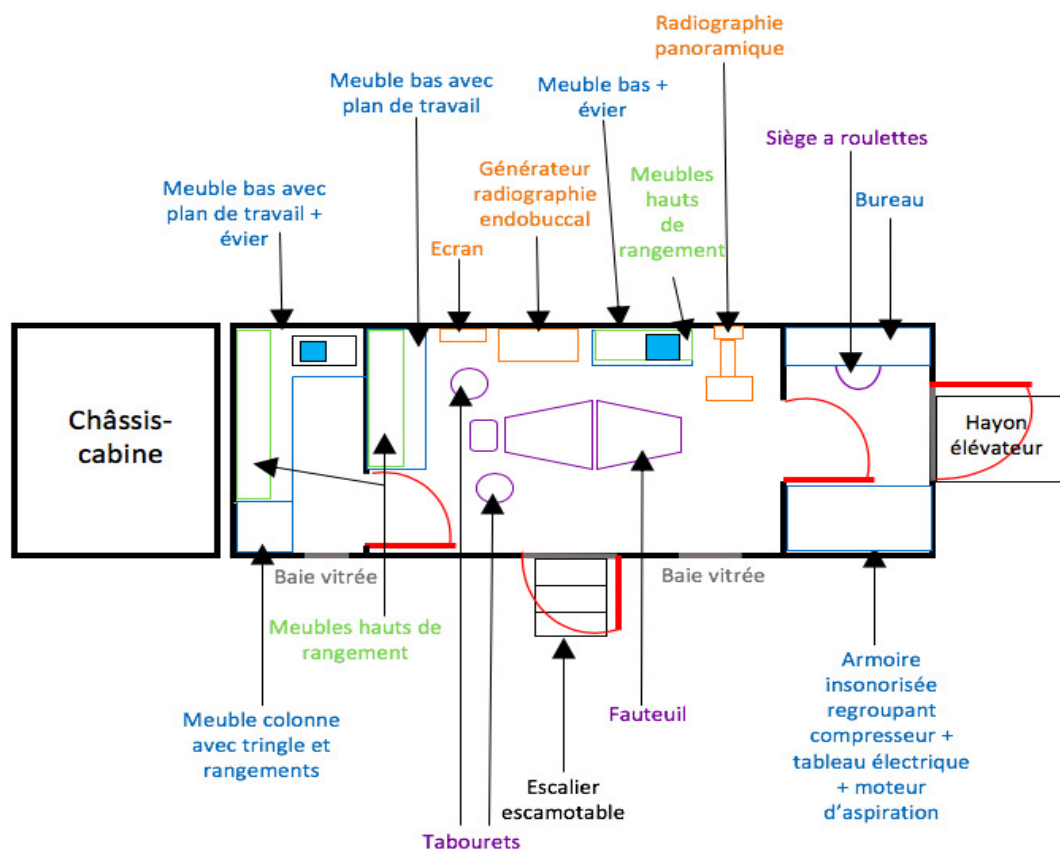


Figure 26 : Plan de niveau d'une unité mobile de soins dentaires (réalisé sur Powerpoint par Elsa de Ligt)

La cellule est ainsi séparée en trois zones distinctes : l'espace de stérilisation, la salle de soins et la zone administrative.

La zone la plus proche du châssis-cabine sert d'espace de stérilisation.

Elle est composée de meubles bas disposés en L et comportant un plan de travail, un évier et de meubles hauts de rangement. Ils permettent le stockage du matériel et des produits. Tous les appareils nécessaires dans la chaîne de stérilisation se retrouvent sur le plan de travail : bac de décontamination, évier, cuve à ultrasons, laveur-désinfecteur, soudeuse à sachets et autoclave.

J'ai réalisé un plan 2D de cette zone vue de haut permettant de visualiser l'emplacement de chaque maillon de la chaîne de stérilisation.

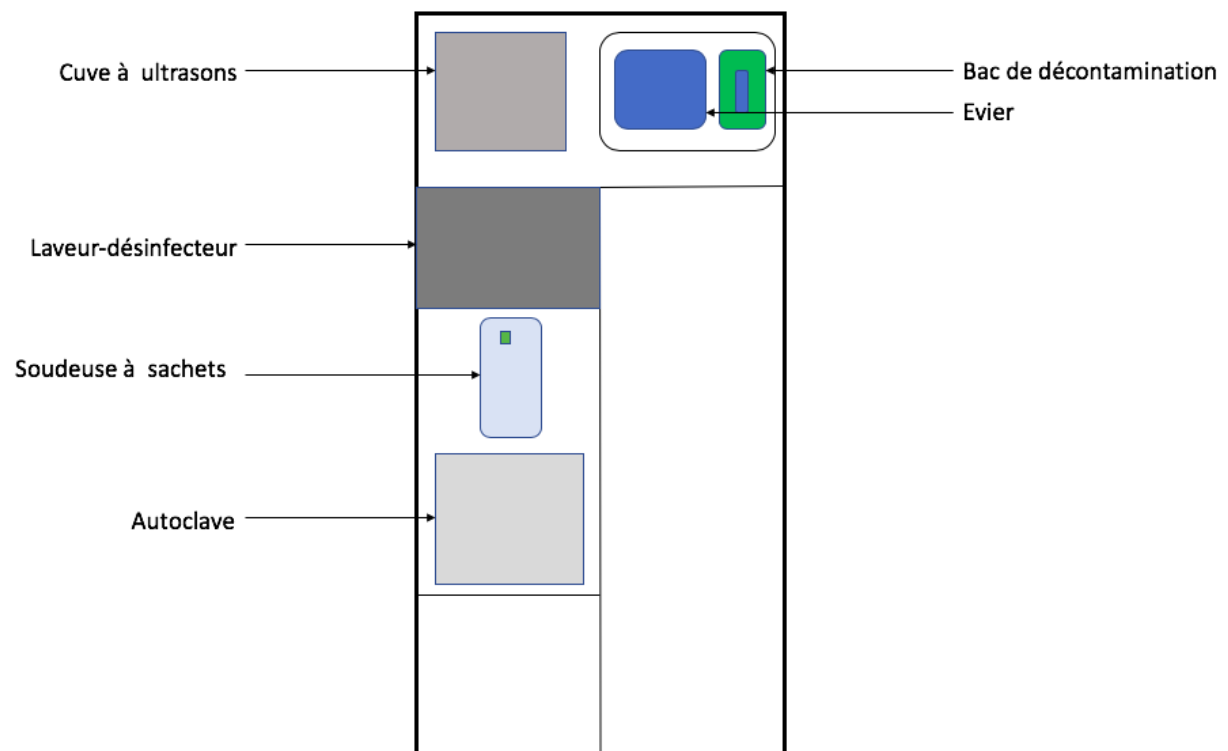


Figure 27 : Plan de niveau de la zone de stérilisation précisant les différents appareils nécessaires dans le cycle de stérilisation (réalisé sur Powerpoint par Elsa de Ligt)

Le meuble colonne, muni d'une tringle et de rangements, permet au personnel de l'unité mobile de ranger leurs affaires de ville le matin et leurs vêtements de travail le soir. Une baie vitrée au-dessus de l'évier permet de faire rentrer la lumière du jour dans la pièce. Une porte permet l'accès à la salle de soins.

La zone de soins est la plus spacieuse des trois. Sa configuration doit permettre au personnel de travailler de la façon la plus ergonomique possible et aux patients en fauteuil roulant de circuler. L'aire de giration au niveau du fauteuil et de la radiographie panoramique est d'au moins 1m50 et la largeur du passage interne de 90 cm minimum pour permettre aux patients en fauteuil roulant de faire des demi-tours (77).

Elle comporte des meubles hauts et bas de rangements, un évier, un fauteuil dentaire accompagné d'un unit trans-thoracique ou d'un cart mobile, deux sièges pour le chirurgien-dentiste et son assistant, une radiographie panoramique à fixation murale, un générateur de radiographie endobuccal également à fixation murale et un écran visible par le praticien.

La lumière du soleil passe par une baie vitrée et une fenêtre de toit. En outre, un scialytique électroluminescent et un plafonnier sont une autre source de lumière dans cette zone.

Une porte donne directement accès aux escaliers escamotables extérieurs. Une porte intérieure permet d'accéder à la zone de stérilisation tandis qu'une autre sépare la zone de soins de l'espace bureau.

Enfin, la troisième zone correspond à la zone administrative. Elle comporte un bureau et un siège à roulettes permettant à l'assistant d'avoir un espace où s'installer pour gérer tout l'administratif de l'unité mobile. L'unité centrale, l'écran et l'imprimante se trouvent dans cette pièce.

Une armoire insonorisée permet de stocker le compresseur et le moteur d'aspiration en dehors de la salle de soins.

Les patients à mobilité réduite emprunteront le hayon élévateur qui mène à la porte arrière du véhicule, elle-même permettant l'accès à la zone administrative. Ils devront la traverser pour accéder à la salle de soins et emprunter le même chemin pour sortir de l'unité mobile.

A partir du plan en 2D, j'ai réalisé une modélisation 3D sur le logiciel Sketchup. Celle-ci permet de mieux se rendre compte de l'organisation globale de la cellule décrite ci-dessus.



Figure 28 : Plan 3D de l'unité mobile de soins dentaires vue de dessus (réalisé avec le logiciel Sketchup par Elsa de Ligt)

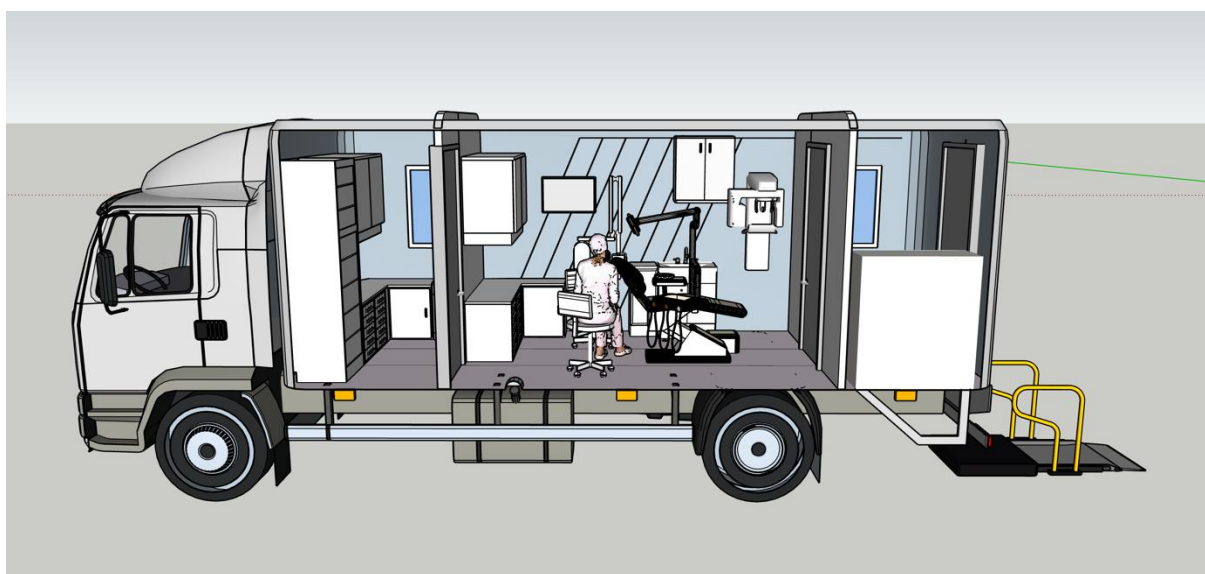


Figure 29 : Plan 3D de l'unité mobile de soins dentaires vue de côté (réalisé avec le logiciel Sketchup par Elsa de Ligt)

J'ai transmis au constructeur Gruau le cahier des charges établi par le Dr Pauline Batard et les différents plans que j'avais réalisés sur Powerpoint et le logiciel Sketchup. Il nous a proposé le plan d'aménagement ci-dessous pour notre future unité mobile.

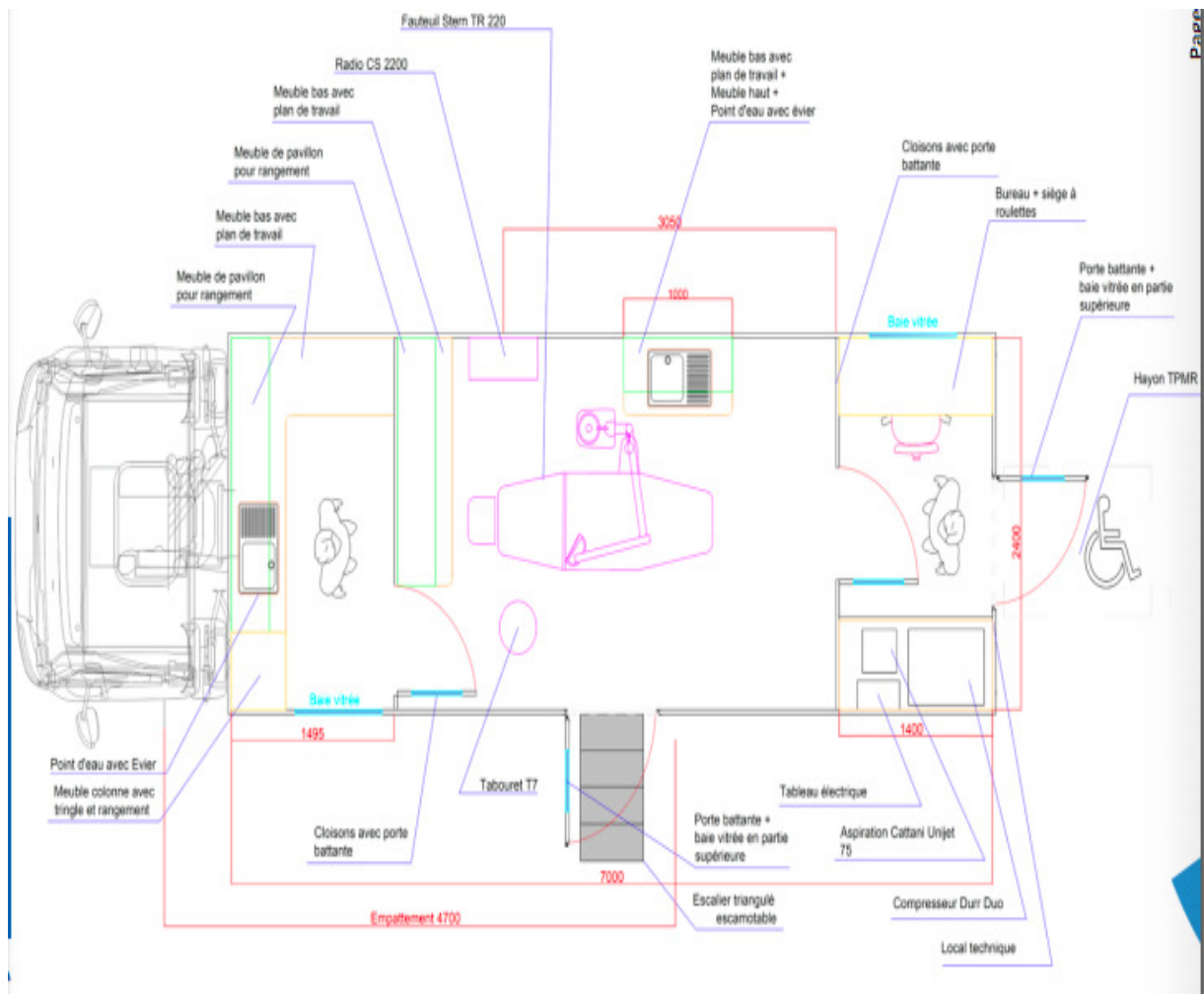


Figure 30 : Plan de niveau proposé par le constructeur Gruau dans son offre commerciale (76)

4. Organisation légale

La mise en place d'une unité mobile de soins est complexe. Il faut respecter le cadre légal et déontologique français particulièrement peu adapté à ce type de projet. Nous nous baserons sur les expériences durables des unités mobiles déjà existantes pour imaginer le fonctionnement de notre future unité mobile.

4.1. Lois et déontologie

Tout projet concernant la santé bucco-dentaire se doit de respecter la déontologie dentaire, c'est-à-dire « l'ensemble des règles et devoirs qui régissent la profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs clients et le public » (78) et la législation, c'est-à-dire le corps des lois et des réglementations en vigueur en France.

Les chirurgiens-dentistes exercent habituellement dans des installations fixes. Or, les unités mobiles de soins dentaires, de par leur caractère itinérant, n'en sont pas. Que dit le Code de la santé publique (CSP) à propos des possibilités d'exercice en dehors des installations fixes ?

L'article R4127-274 du CSP stipule que :

*« l'exercice habituel de l'art dentaire hors d'une installation professionnelle fixe conforme aux dispositions définies par le présent code de déontologie est **interdit**. Toutefois, des dérogations peuvent être accordées dans l'intérêt de la santé publique par les conseils départementaux, notamment pour répondre à des actions de prévention, à des besoins d'urgence ou encore à des besoins permanents de soins à domicile. Les conseils départementaux, en liaison avec les autorités compétentes, vérifient la conformité de ces interventions avec les principes généraux du présent code de déontologie »* (79).

Les EMS étant considérés comme le domicile des patients qui y résident, l'exercice d'un chirurgien-dentiste au sein d'une unité mobile de soins au profit de personnes qui n'ont pas facilement accès aux installations fixes est parfaitement possible. Un contact auprès de l'ordre départemental des chirurgiens-dentistes, de l'union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) et de la CPAM locale pour présenter en amont le projet et la démarche sera nécessaire (80).

Par ailleurs, dans un souci de confraternité, les chirurgiens-dentistes libéraux exerçant dans ou à proximité de la zone desservie par le bus devront être tenus informés de la mise en circulation de ce dernier (80).

Concernant les droits des patients, il ne faut pas oublier que les résidents des EMS ont les mêmes que tout patient. Ainsi, la venue d'une unité mobile ne doit pas empêcher l'entrée d'un autre praticien qui serait appelé expressément par un résident ou obliger ce dernier à être suivi par l'équipe du bus alors qu'il est déjà pris en charge ailleurs. Il s'agit là de respecter le principe de libre choix du praticien par le patient (80).

4.2. Création d'une association loi 1901

4.2.1. Définition

Une association est, d'après l'article 1 de la **loi du 1^{er} juillet 1901**, «une convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices» (81).

Créer une association semble la solution la plus choisie dans la mise en place et la gestion des unités mobiles existantes et celle qui a fait ses preuves sur le plus long terme. Ainsi, on peut citer les associations APESAL, le bus social dentaire ou encore Handident PACA qui ont chacune inauguré leur unité mobile dentaire il y a **plus de dix ans**(66,67,82).

La création d'une association permet de recevoir des financements particuliers tels que des subventions ou des dons et de faire intervenir des bénévoles si besoin. Cela a aussi l'avantage de ne pas demander de capital social de départ et de se créer de façon assez simple et rapide.

4.2.2. Rédaction des statuts

La rédaction des **statuts** est la première étape lors de la création d'une association. Il n'y a pas de forme ni de contenu obligatoires les concernant. Les créateurs de l'association peuvent les rédiger à leur convenance. Il est souhaitable d'y mentionner les éléments ci-dessous :

- nom de l'association
- objet de l'association
- siège social de l'association
- durée de l'association
- composition
- conditions d'admission et de radiation des membres
- ressources de l'association
- caractéristiques de l'assemblée générale (AG) ordinaire et extraordinaire
- caractéristiques du conseil d'administration (CA) et du bureau
- existence ou non d'un règlement intérieur
- conditions de liquidation de l'association et de modification des statuts
- attribution des biens en cas de dissolution statutaire, volontaire, prononcée en justice ou par décret (83,84).

4.2.3. Rédaction du règlement intérieur

La rédaction d'un règlement intérieur n'est pas une contrainte légale. Ce règlement permet de préciser le fonctionnement interne de l'association. Il est facilement modifiable tandis que la modification des statuts doit être enregistrée administrativement. Lorsque les statuts et le règlement intérieur sont en contradiction, ce sont les statuts qui priment sur le règlement intérieur (83).

4.2.4. Instances dirigeantes

Les organes principaux de l'association sont l'AG, le CA, le bureau et le représentant légal (85).

Organe	Définition	Composition	Missions
AG	Organe représentant tous les membres de l'association et prenant la majorité des décisions concernant l'association	Définie par les statuts	Décisions ne relevant pas de la gestion courante : -approbation ou rejet des comptes -nomination ou révocation des dirigeants -modification des statuts -exclusion d'un membre -acquisition ou vente de biens immobiliers -engagement d'une action en justice -décision de demander la reconnaissance d'utilité publique
CA	Organe chargé de veiller au bon fonctionnement de l'association et d'appliquer les décisions prises par l'AG	Définie par les statuts	Gestion courante de l'association : -préparation et suivi du budget -préparation des réunions de l'AG -mise en œuvre des décisions de l'AG
Bureau	Instance dirigeante de l'association	Définie par les statuts Membres désignés par ceux du CA : -un président et éventuellement un ou plusieurs vice-présidents -un secrétaire et éventuellement un secrétaire adjoint -un trésorier et éventuellement un trésorier adjoint	Gestion courante de l'association différente de celle du CA : -déclaration de l'association -publication de la déclaration au JOAFE -ouverture d'un compte en banque
Représentant légal	Organe représentant l'association en tant que personne morale vis-à-vis des tiers	Définie par les statuts	

Tableau 8 : Organes principaux d'une association (86,87)

4.2.5. Déclaration initiale

Pour obtenir la capacité juridique, c'est-à-dire disposer de droits propres, une association doit au préalable se déclarer auprès de la préfecture du département où se situe son siège social ou de la direction départementale de la cohésion sociale (87,88). Dans la déclaration seront précisés le nom de l'association, son objet, son siège social, les noms, professions et nationalités des membres chargés de son administration (81).

La déclaration doit être accompagnée :

- d'une copie du procès-verbal de l'AG
- d'un exemplaire des statuts
- de la liste des dirigeants
- de la liste des associations membres (s'il y a union ou fédération d'associations) (89).

Lors de sa déclaration en préfecture, l'association est inscrite au répertoire national des associations (RNA). Un numéro **RNA** lui est attribué.

4.2.6.Publication au journal officiel des associations et des fondations d'entreprise

La publication au journal officiel des associations et des fondations d'entreprise (JOAFE) confère à l'association la capacité juridique et l'acquisition de la personnalité morale, c'est-à-dire qu'elle devient titulaire de droits et d'obligations qui lui sont propres (87,89).

4.2.7.Obtention des numéros SIREN et SIRET

SIREN est l'acronyme de « système d'identification du répertoire des entreprises ».

SIRET est l'acronyme de « système d'identification du répertoire des établissements ».

Ils sont tous les deux attribués par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) aux entreprises.

Le numéro SIREN identifie l'entreprise elle-même. C'est sa « carte d'identité ». L'entreprise n'en possède qu'un. Il s'agit d'une série de 9 chiffres.

Le numéro SIRET identifie chaque établissement de l'entreprise. L'entreprise possède donc autant de numéros SIRET que d'établissements. Il s'agit du numéro SIREN suivi d'une série de 5 chiffres correspondant au numéro interne de classement (NIC) (87).

L'association doit demander un numéro SIRET si :

- elle emploie du personnel salarié : afin de pouvoir faire les démarches nécessaires auprès de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF)
- elle est assujettie aux impôts commerciaux : c'est le cas lorsque l'association exerce une activité en concurrence avec une entreprise lucrative et lorsque son chiffre d'affaires est supérieur à 82 200 euros/an (vente de biens) ou 32 900 euros/an (vente de services)
- elle perçoit des subventions (87).

Si l'association veut embaucher des salariés, elle doit s'inscrire au centre de formalités des entreprises (CFE) (87).

4.2.8.Assurances

A toute association rentrant dans la catégorie « associations exerçant une activité de prévention, de diagnostic ou de soins », la loi impose la souscription d'une **assurance responsabilité civile**. Celle-ci sert à indemniser un salarié, un adhérent, un bénévole ou un dirigeant qui subirait ou causerait un dommage (87).

Les dirigeants sont couverts par l'assurance responsabilité civile de l'association. Elle couvre les fautes de gestion, la violation des statuts et la mauvaise interprétation des textes réglementaires (90).

Les salariés sont couverts par l'assurance responsabilité civile de l'association pour les dommages qu'ils pourraient causer à autrui. Cependant, lorsqu'ils sont victimes d'un accident du travail, c'est par la sécurité sociale qu'ils sont pris en charge (90).

Les bénévoles sont couverts par l'assurance responsabilité civile de l'association pour les dommages qu'ils pourraient causer. Cependant, ils ne sont pas complètement couverts lorsqu'ils subissent des dommages. L'association peut donc souscrire une assurance supplémentaire nommée garantie individuelle « accidents corporels » (90,91).

Le véhicule est couvert par l'**assurance obligatoire au tiers** pour les dommages en cas d'accident (92). Certaines autres garanties pour le véhicule et le conducteur existent : incendie, vol, dommages tous accidents ou collisions, bris de glace, tempête, garantie individuelle circulation du conducteur ou encore protection juridique ... (92)

4.2.9.Reconnaissance d'intérêt général ou d'utilité publique

Une association loi 1901 peut être reconnue d'intérêt général ou d'utilité publique. Cela lui donne droit à certains avantages.

Pour qu'une association soit considérée d'**intérêt général**, elle doit remplir les trois conditions suivantes :

- ne pas exercer d'activité lucrative
- avoir une gestion désintéressée au sens de l'instruction fiscale du 18 décembre 2006 (93)
- ne pas fonctionner uniquement pour un cercle restreint de personnes, c'est-à-dire que les intérêts et l'activité de l'association doivent pouvoir profiter à tous, sans aucun critère de distinction (race, sexe, profession...) (94,95).

La demande de reconnaissance d'intérêt général est à adresser à la direction départementale des finances publiques de son siège (87).

Pour être reconnue d'**utilité publique**, une association doit remplir les conditions suivantes :

- être d'intérêt général
- exister depuis plus de 3 ans
- avoir une influence et un rayonnement dépassant le cadre local
- avoir un minimum d'adhérents
- avoir un fonctionnement démocratique et organisé en ce sens par ses statuts
- avoir une solidité financière tangible : un montant minimum de ressources annuelles de 46 000 euros, un montant de subventions publiques inférieur à la moitié du budget et des résultats positifs au cours des trois derniers exercices (87,96).

La demande de reconnaissance d'utilité publique doit être effectuée auprès du bureau des associations et des fondations du ministère de l'intérieur. Le ministère demande ensuite l'avis du ministère concerné par l'activité de l'association ainsi que l'avis du conseil d'état. La reconnaissance d'utilité publique accordée est publiée au JOAFE (92).

Mais quelles sont les raisons pour lesquelles une association aurait intérêt à effectuer ces démarches pour obtenir la reconnaissance d'intérêt général ou d'utilité publique ?

Cette reconnaissance offre plusieurs avantages.

Lorsqu'une association est reconnue d'intérêt général, elle peut délivrer des reçus de dons, ce qui permet aux donateurs de bénéficier de réductions d'impôts d'un montant égal à 66% de la somme versée dans la limite de 20% du revenu imposable (87).

Si l'association est reconnue d'utilité publique, cela lui permettra de recevoir, en plus des dons manuels, des donations et des legs (87).

Pour plus de renseignements à ce sujet, il est possible d'interroger un spécialiste en droit fiscal des associations (95).

4.3. L'association « Les Lutins d'Apolline »

4.3.1.Description

L'association déclarée « **Les Lutins d'Apolline** », qui peut aussi être désignée par le sigle « LLA », est un organisme à but non lucratif fondé en 2017 dont l'objectif principal est l'amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. Elle a été créée dans le cadre de la thèse du Dr Louis-Marie Elhage (97).

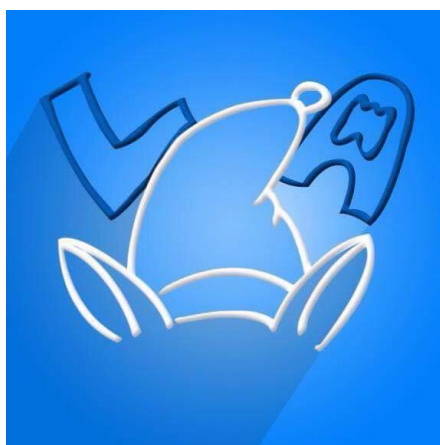


Figure 31 : Logo de l'association nantaise Les Lutins d'Apolline (98)

4.3.2.Objectifs

Les différents objectifs de l'association « Les Lutins d'Apolline » sont les suivants :

- l'amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap telle que définie par la loi du 11 février 2005
- le développement de la prise en charge et de l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap
- la promotion et l'évaluation des programmes de prévention, de soins et de recherche dans le domaine de la santé orale
- l'amélioration de l'accès à l'information en matière d'hygiène bucco-dentaire pour les personnes en situation de handicap, leur famille et les aidants
- l'amélioration de la formation des professionnels concernés aux besoins bucco-dentaires spécifiques des personnes en situation de handicap
- l'union et la coordination des actions menées par l'ensemble des associations en charge des personnes en situation de handicap (99).

4.3.3.Moyens d'actions

Les moyens d'actions de l'association « Les Lutins d'Apolline » sont les suivants :

- l'élaboration d'actions pour former et informer le personnel médical et éducatif
- la tenue régulière d'AG regroupant les différents acteurs et permettant de travailler ensemble sur les projets de l'association
- la mise en place d'un réseau de professionnels de santé ayant pour objectif la coordination de leurs actions en matière de prévention, de dépistage, de prise en charge précoce et de traitements des pathologies orales chez les patients en situation de handicap (99).

4.3.4.Composition

Les organes principaux de l'association « Les Lutins d'Apolline » sont :

Organe	Composition	Missions
AG ordinaire	Au moins un quart des membres de l'association doit être présent pour rendre valable le vote	-choix des orientations de l'association -échanges à propos des projets et du rapport d'activité
AG extraordinaire	Au moins la moitié des membres de l'association doit être présent pour rendre valable le vote	
CA	Nomination votée à bulletin secret lors de l'AG Membres fondateurs de l'association : -Mme Isabelle Hyon -Mme Mathilde Oyallon -Mme Roselyne Clouet -Mme Audrey Le Maitre -Mr Louis-Marie Elhage	-définition des politiques et de l'orientation générale de l'association -nomination et révocation des membres du bureau -contrôle de l'exécution des fonctions des membres du bureau -arrêt du budget et des comptes annuels -validation du règlement intérieur -modification des statuts et du règlement intérieur -rédaction des bilans présentés à l'AG -décision concernant la gestion du patrimoine de l'association
Bureau	Nomination par le CA pour deux ans. Ils sont rééligibles. Un président, un vice-président, un secrétaire général, un secrétaire général adjoint, un trésorier	-gestion courante de l'association -contrôle de la mise en place effective des décisions prises en AG
Président	Mme Isabelle Hyon	-organisation et contrôle des actions de l'association -direction de l'administration -représentation de l'association auprès des tiers -direction des réunions de l'AG, du CA et du bureau
Vice-président	Mr Louis-Marie Elhage	-assistance du président -remplacement du président en cas d'empêchement
Secrétaire général	Mme Mathilde Oyallon	-réalisation des formalités administratives -envoi des convocations aux réunions du bureau, du CA et des AG -rédaction des convocations aux réunions du bureau, du CA et des AG -constitution des dossiers de demande de financement -rédaction de la correspondance de l'association
Secrétaire général adjoint	Mme Roselyne Clouet	-assistance du secrétaire général -remplacement du secrétaire général en cas d'empêchement
Trésorier	Mme Le Maitre Audrey	-gestion des finances : -réalisation et contrôle des comptes annuels -réception des recettes et règlement des dépenses -gestion de la tenue de la comptabilité -rédaction d'un rapport sur l'état des comptes

Tableau 9 : Organes principaux de l'association "Les Lutins d'Apolline" (99)

4.3.5.Actions

Le premier projet de l'association « LLA » a été le sujet de thèse du Dr Louis-Marie Elhage qui a soutenu celle-ci en 2019 (97). Ses travaux ont été dirigés par le Dr Sylvie Dajean-Trutaud et le Dr Isabelle Hyon. Ce projet concerne l'acquisition de **tablettes tactiles** par le Centre de Soins Dentaires (CSD) du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Nantes dans le but de diminuer l'anxiété des patients pris en charge dans les unités fonctionnelles de soins spécifiques et d'odontologie pédiatrique du service d'odontologie conservatrice et pédiatrique.

Face à une situation anxiogène, le patient adopte une stratégie de coping ou « stratégie d'ajustement », c'est-à-dire qu'il va faire « des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent [s]es ressources » (100). Le Dr Suzanne Miller distingue deux types de stratégies qui peuvent être ainsi résumés :

- Le **monitoring** : le patient demande des renseignements dans l'objectif de réduire son appréhension face à une situation perçue comme menaçante
- Le **blunting** : le patient cherche à se distraire dans le but de diminuer son anxiété face à une situation jugée également menaçante (97,101,102,103).

L'utilisation de tablettes tactiles en pré, per et post-opératoire permet une distraction audiovisuelle des patients et peut donc être définie comme une stratégie de blunting (94). Elle permet aussi de limiter la prémédication sédatrice médicamenteuse, ce qui est intéressant pour réduire les risques d'effets secondaires des médicaments, remédier à leur possible inefficacité et répondre aux demandes de l'entourage de choisir préférentiellement des alternatives non médicamenteuses (104,105).

Le budget initial du projet a été réévalué à 6 107,88 euros à partir du cahier des charges élaboré par le Dr Elhage. Actuellement, l'association recherche des moyens de le financer (97).

Un deuxième projet a été développé dans le cadre des thèses du Dr Etienne Buquet et du Dr Louis Baillargeau codirigées par le Dr Sylvie Dajean-Trutaud et le Dr Isabelle Hyon (106,107). Le travail du Dr Buquet consistait à **recenser les structures de prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap en Loire-Atlantique**. Un questionnaire réalisé en collaboration avec l'association Acsodent a été envoyé à tous les chirurgiens-dentistes de notre région grâce à l'aide du conseil régional de l'ordre. A partir de l'analyse des réponses, le Dr Buquet a établi une base de données (106). Le Dr Baillargeau s'est servi de celle-ci pour proposer un « **annuaire** » **en ligne** des chirurgiens-dentistes dont les structures sont accessibles et les soins adaptés aux personnes en situation de handicap. Les différents objectifs de ce site seront de favoriser l'accès aux soins bucco-dentaires, laisser au patient le libre choix de son praticien, diminuer les délais de prise en charge, pallier au manque d'information qui est l'une des causes du renoncement aux soins et permettre l'accès à d'autres liens internet axés sur la prévention et l'éducation à l'hygiène orale. Ce site n'est pas encore en fonction (107).

4.3.6.Gestion de l'unité mobile de soins dentaires

Au lieu de créer à nouveau une association qui serait dédiée à la mise en place et à la gestion du fonctionnement de l'unité mobile de soins dentaires, nous pourrions envisager de confier la gestion de cette dernière à l'association « Les Lutins d'Apolline ».

L'association « LLA » a pour objectif principal d'améliorer la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap et il se trouve que notre projet a l'ambition de faciliter l'accès à la santé orale de ces derniers. Il ne serait donc pas illogique d'imaginer cette association gestionnaire de l'unité mobile.

En outre, profiter du fait que cette association existe pour ne pas en concevoir une nouvelle nous ferait gagner du temps et nous éviterait toutes les démarches administratives nécessaires dans le cadre d'une création et la recherche d'un nouveau bureau.

4.4. Exemple d'organisation fonctionnelle pour la gestion d'une unité mobile de soins : Handident PACA

4.4.1. Association Handident PACA

L'association Handident PACA est une association loi de 1901 à but non lucratif créée le 11 mai 2005. Son objectif est d'améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap dans la région PACA. Elle gère le réseau de santé ville-hôpital Handident PACA, financé par l'ARS et regroupant des professionnels de santé motivés et formés. Elle gère également l'unité mobile Handident PACA qui se déplace dans les EMS de la région. L'association est membre de l'association française « Santé Orale et Soins Spécifiques » (SOSS) dédiée à la promotion de la santé orale des personnes en situation de handicap. Elle a bénéficié du soutien du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes, du conseil départemental de l'ordre des médecins, de la faculté d'odontologie de Marseille, de l'assistance publique-hôpitaux de Marseille, de l'union régionale des associations des parents et amis de personnes handicapées mentales de PACA et de l'association « La Chrysalide Marseille » qui apporte services et soutien aux personnes en situation de handicap(82).

Son bureau est constitué :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- d'une présidente d'honneur, Pr Corinne Tardieu, à l'initiative du projet- d'un président, Dr Jean-Hugues Catherine (actuellement) et un président adjoint- d'un trésorier, Mr Jean-François Racape (actuellement) et un trésorier adjoint- d'un secrétaire général et un secrétaire adjoint- d'un directeur du développement et de la philanthropie- d'un chirurgien-dentiste (82). |
|--|

Le conseil d'administration comporte 15 membres dont les 9 du bureau. Parmi les 6 autres, il y a des chirurgiens-dentistes, une infirmière et une responsable de communication.

Trois collèges sont représentés au conseil d'administration :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- le collège des chirurgiens-dentistes et stomatologues- le collège des personnes en situation de handicap, de leurs parents et des représentants des associations parentales- le collège des représentants du secteur médico-social et des amis(82). |
|---|

Il y a deux chirurgiens-dentistes chargés de mission.

Tous les adhérents à l'association peuvent voter en AG. Ils payent une cotisation annuelle de 30 euros.

Quant au siège social, il se situe à l'Hôpital Sainte Marguerite à Marseille (82).

4.4.2. Réseau Handident PACA

Le réseau Handident PACA existe depuis le 1^{er} juillet 2006 grâce au soutien de l'ARS. Ses missions sont de limiter l'évolution des pathologies dentaires des personnes en situation de handicap et de lutter contre l'exclusion et la discrimination en matière d'accès aux soins. Il favorise la formation des chirurgiens-dentistes aux techniques spécifiques (exemple : utilisation du MEOPA) et développe l'offre de soins dans la région (82).

Le réseau offre plusieurs lieux de soins en fonction du type de soins et des professionnels nécessaires :

	Type de soins	Professionnels	Nombre	Lieu(x)
Cabinets de ville	Dépistage et soins adaptés Si les actes ne sont pas réalisables en cabinet de ville, le praticien contacte la cellule de coordination qui réorientera le patient	Praticiens libéraux inscrits au réseau	18	<i>Non précisé</i>
Bus Handident PACA	Soins sous sédation consciente ou non aux résidents des EMS n'ayant pas d'autres possibilités	Chirurgiens-dentistes salariés à temps partiels et assistantes dentaires qualifiées	1	EMS ayant signé une convention avec l'association Handident PACA
Unité de santé orale	Soins nécessitant un environnement hospitalier	Un chirurgien-dentiste et un infirmier formés	9	-hôpital de la Timone (Marseille) -hôpital Saint-Joseph (Marseille) -centre dentaire Bonneveine (Marseille) -centre hospitalier de Martigues -centre hospitalier de Digne -hôpital Georges Clemenceau (La Garde) -hôpital Henri Guérin (Pierrefeu du Var) -centre hospitalier d'Avignon -cabinet sur le site de l'Envol et Garrigue (Marignane) -hôpital Antibes-Juan les Pins
Centre ressource	Soins multiples ou complexes sous sédation consciente ou anesthésie générale	Praticiens hospitaliers	1	hôpital de la Timone (Marseille)
Bloc opératoire	Soins dentaires sous anesthésie générale	<i>Non précisé</i>	8	-hôpital de la Timone (Marseille) -hôpital Nord (Marseille) -hôpital Européen (Marseille) -clinique de la Bonneveine (Marseille) -clinique Vert-Coteau (Marseille) -clinique Saint Jean (Toulon) -centre hospitalier d'Avignon -centre hospitalier de Martigues
	Actes de chirurgie sous anesthésie générale	<i>Non précisé</i>	1	Clinique Juge (Marseille)

Tableau 10 : Offre de soins du réseau Handident PACA (82)

Le réseau est présidé par le président de l'association. Il est composé d'un comité de pilotage comptant 23 membres, d'un comité scientifique constitué de 27 membres et dirigé par le Dr Déjou et d'une cellule de coordination avec deux coordinatrices chirurgiens-dentistes, deux secrétaires et une assistante dentaire salariée (82).

En 2018, le réseau a permis à 56 praticiens formés de soigner 3 052 personnes parmi les 6 723 patients inscrits et de réaliser 4 260 séances de soins, dont 20% sous sédation consciente. 195 EMS étaient alors inscrits dans le réseau et l'association comptait 231 adhérents (82).

En mars 2019, déjà 40 000 séances de soins avaient été réalisées depuis la création du réseau (82).

4.4.3. Bus Handident PACA

Le 30 novembre 2010 fut inauguré un camion équipé comme un cabinet dentaire, se déplaçant sur les lieux de vie des patients en situation de handicap.

Actuellement, l'unité mobile est dirigée par deux membres du bureau de l'association Handident. Il s'agit du président et du trésorier de l'association.

Les EMS intéressés pour recevoir le bus signent avec l'association Handident PACA une convention précisant les modalités d'intervention, les contraintes techniques pour accueillir l'unité mobile et les engagements entre les établissements et l'unité mobile. Ils sont aussi inscrits au réseau Handident PACA (68).

L'équipe de professionnels permettant le fonctionnement de l'unité mobile est constituée :

- d'une assistante dentaire salariée de l'association
- d'assistantes dentaires qualifiées vacataires embauchées par agence intérim à temps partiel
- de chirurgiens-dentistes salariés de l'association à temps partiel
- d'un chauffeur salarié de l'association
- de coordinatrices du réseau Handident PACA, membres du bureau gérant et pilotant les activités liées au bus (68).

Les professionnels travaillant dans les EMS et sollicités durant les consultations sont :

- des infirmiers, des aides médico-psychologiques et des éducateurs accompagnant les patients pendant des consultations
- des infirmiers et des secrétaires prenant les rendez-vous pour leurs patients auprès des coordinatrices (68).

En 2018, 91 EMS ont bénéficié des services du bus, 2 876 patients ont été soignés, 13 chirurgiens-dentistes et 6 assistantes ont effectué des permanences dans le bus et 1 903 séances ont été dispensées (82).

L'activité du bus représente 45% de l'activité de soins du réseau Handident PACA (82).

5. Financement de la future unité mobile de soins dentaires

5.1. Prévisionnel financier

Un prévisionnel financier est un outil de **gestion financière** et de **communication**. C'est un document regroupant, sous forme de tableaux, des données chiffrées permettant d'identifier les besoins, d'orienter la recherche de moyens, d'évaluer la viabilité et le coût global du dit-projet. Il sert également de support pour dialoguer avec les potentiels partenaires financiers. Il est donc utile aussi bien pour les personnes à l'initiative du projet que pour les futurs financeurs (108).

5.1.1. Plan de financement prévisionnel

Parmi les tableaux qui constituent le prévisionnel financier, le plan de financement prévisionnel est l'un des plus indispensable. Il se présente sous la forme d'un tableau listant les différents **besoins**, aussi appelés **emplois**, qui correspondent à ce que l'association doit financer et les **ressources** de financement qui sont les moyens financiers à disposition de l'association. Il permet de vérifier l'**équilibre** financier, de détailler les sources et usages du financement et d'évaluer le coût global (108).

Il faut, dans un premier temps, se pencher sur ce qui constitue un plan de financement initial. Il se compose de trois types d'immobilisations et d'un besoin en fond de roulement (BFR). Une **immobilisation**, aussi appelée **actif immobilisé**, peut être définie par les quatre critères suivants :

- une **valeur positive quantifiable** (exemple : un véhicule qui coûte 80 000 euros a une valeur économique positive (+) que l'on peut quantifier)
- une utilité pour l'**activité** de l'entreprise (exemple : un véhicule permet les déplacements nécessaires à l'activité de l'entreprise)
- un futur avantage économique (exemple : un véhicule, en étant utile pour l'activité de l'entreprise, devient un élément permettant des avantages économiques futurs)
- une utilisation **durable**, c'est-à-dire sur une période supérieure à un exercice comptable (exemple : un véhicule peut être utilisé plusieurs années. Il ne s'agit pas d'un bien à renouveler tous les ans ou plusieurs fois par an) (109).

Parmi les emplois nécessaires au démarrage d'un projet, on trouve donc :

- **les immobilisations corporelles** : actifs tangibles « détenus par une entité soit pour être dans la production ou la fourniture de biens ou de services, soit pour être loués à des tiers, soit à des fins administratives et dont on s'attend à ce qu'ils soient utilisés sur plus d'une période » (110). En d'autres termes, il s'agit de biens physiques dont la durée d'utilisation prévue est supérieure à un exercice comptable selon la définition de la norme International Accounting Standards (IAS) 16 (exemples : véhicule, mobilier). Lorsque la valeur unitaire d'un bien est inférieure à 500 euros, il sera comptabilisé directement dans les charges (111)
- **les immobilisations incorporelles** : « actif[s] identifiable[s] non monétaire[s] sans substance physique » (112) selon la définition de la norme IAS 38. Pour faire simple, ce sont des biens immatériels et non financiers. Ils sont rares en libéral (exemples : licence, brevet, marque, logiciel, clientèle) (111)
- **les immobilisations financières** : « actif[s] financier[s] d'utilisation durable » (113). Il s'agit de biens immatériels financiers (exemples : prêts accordés, cautions) (111)
- **le BFR** : besoins à financer hors investissement. Il représente « la **valeur du décalage** entre la somme de tout de ce que l'entreprise doit payer et la somme de tout ce que l'entreprise va récupérer du fait de son activité » (114). C'est une somme que l'entreprise doit posséder en amont afin de régler ses charges en attendant de recevoir ses recettes (exemples : marges pour les charges de personnel). Il apparaît dans le tableau sous la forme de **variation du BFR** (115).

La plupart des immobilisations corporelles et certaines immobilisations incorporelles peuvent être **amorties**, c'est-à-dire que leur coût d'acquisition peut être étalé sur leur durée d'utilisation estimée. Le prix d'achat est ainsi fractionné et chaque fraction est déduite des charges tous les ans dans la rubrique « dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions » (111).

La durée d'amortissement varie en fonction de la nature de l'immobilisation. Le tableau ci-dessous regroupe quelques exemples d'immobilisations associées à leur durée d'amortissement.

Immobilisations	Durée d'amortissement
Matériel informatique	3 ans
Véhicule	4-5 ans
Matériel électrique	5 ans
Mobilier	10 ans

Tableau 11 : Durée d'amortissement en fonction de la nature de l'immobilisation (111)

Lorsque le prix d'achat est **inférieur à 500 euros**, la dépense peut directement être incluse dans les charges professionnelles.

Les immobilisations financières ne sont, quant à elles, pas concernées (111).

Le coût global de toutes les immobilisations et de la variation du BFR doit être similaire au coût global des ressources, dans un souci d'équilibre budgétaire (108).

Dès lors, il va falloir identifier les différents emplois nécessaires au démarrage du projet, les monétiser, évaluer le coût global de ces besoins puis adapter la recherche de financements en fonction de cela.

Par le biais du tableau 12 ci-dessous, les besoins utiles au lancement d'une unité mobile de soins dentaires sont listés et leur coût approximatif est évalué.

Le prix de chaque immobilisation provient d'une moyenne des prix de catalogues, des devis envoyés par les constructeurs ou fournisseurs contactés ou de devis réalisés pour d'autres unités mobiles du même type.

J'ai contacté quatre constructeurs d'unités mobiles de soins pour une demande de budgétisation du projet à partir du cahier des charges préalablement établi et des plans en 2D et 3D réalisés : Procar Demas, Femil, Toutenkamion et Gruau Le Mans.

Le constructeur Gruau Le Mans est le premier à avoir répondu favorablement à notre demande et à nous avoir proposé une offre commerciale. En considérant les éléments manquants dans le devis, le prix total avoisine les **350 000 euros**. L'offre commerciale ne précisait pas le prix de chaque élément constituant l'unité mobile.

Nous avons également reçu une offre de Toutenkamion. Si nous rajoutons le prix global des éléments manquants, le coût global se situe à peu près entre **345 000 et 375 000 euros**.

Les autres constructeurs n'ont jamais répondu.

Immobilisations corporelles	Véhicule	1 châssis-cabine	-	64 800€
		1 carrosserie aménagée	1 carrosserie aménagée en unité dentaire	149 700€
			1 groupe électrogène	24 400€
			Décorations extérieures	3 300€
		1 hayon élévateur	-	11 200€
	Cellule de travail	Plans de travail et mobiliers	-	5 000€
		Équipement de dentisterie	1 fauteuil dentaire classique ou adapté aux PMR	25 000€
			1 unit trans-thoracique ou cart dentaire mobile	10 000€
			1 moteur d'aspiration	1 700€
		1 compresseur	-	1 800€
		Éclairage	1 scialytique	800€
			1 plafonnier	2 000€
		Système de radiographie	1 panoramique dentaire	30 000€
			1 générateur de RX	1 500€
			1 capteur RVG	900€
		Matériel informatique	1 unité centrale + 2 écrans	800€
		Appareils de stérilisation	1 autoclave	4 000€
Immobilisations incorporelles	Licence de logiciel	-	-	1 200€
Immobilisations financières	-	-	-	<i>Non connu</i>
Variation du BFR	Renouvellement des achats du petit matériel et fourniture	-	-	<i>Non connu</i>
	Marges pour les charges de personnel	-	-	<i>Non connu</i>

Tableau 12 : Emplois nécessaires au démarrage de l'unité mobile de soins dentaires complétés grâce à l'offre de Toutenkamion (prix en orange) et de prix catalogue (prix en bleu) (116,117)

N'ayant pas eu de réponse des différentes associations contactées pour obtenir des documents relatifs au financement de leur unité mobile et n'ayant pas les compétences d'un expert-comptable, nous avons préféré ne pas faire d'estimations aléatoires de la variation du BFR et laisserons un professionnel compléter et corriger si nécessaire ce tableau. Le recrutement d'une personne qualifiée est en cours de recherche. Plusieurs possibilités seront à étudier comme par exemple le recrutement d'un expert-comptable bénévole auprès de clubs services internationaux tels que « Rotary International » ou « Lions Club ». Nous sommes également en contact avec le parent d'un patient en situation de handicap travaillant au sein de la Banque de France.

5.1.2. Compte de résultat prévisionnel

Il se présente sous la forme d'un tableau à deux colonnes séparant les **dépenses/charges** des **recettes/produits** et où les totaux des colonnes doivent être égaux afin d'assurer l'**équilibre budgétaire** (118).

Il doit respecter la nomenclature du plan comptable des associations (119) :

Le compte de résultat comprend deux classes de comptes :

- 6 : classe des comptes de charges (dépenses)
- 7 : classe des comptes de produits (recettes)

Les comptes sont classés en fonction d'une codification décimale. Le numéro permet une identification précise de chaque opération (119).

Le premier chiffre permet d'identifier la **classe** (exemple : 6 correspond à la classe de « comptes de charges »)

Le deuxième chiffre permet d'identifier la **sous-classe** d'un compte (exemple : 64 correspond à la sous-classe « charges de personnel »)

Le troisième chiffre permet d'identifier le **poste** ou le **sous-compte** (exemple : 645 correspond au sous-compte « charges de sécurité sociale et de prévoyance »)

Le quatrième chiffre permet d'identifier le **compte** et d'être plus précis (exemple : 6453 correspond aux « cotisations aux caisses de retraites et de prévoyance »)

Un compte de résultat se présente sous la forme du tableau ci-contre :

- ⇒ La colonne n° de compte correspond au numéro identifiant un type de charges ou de produits particuliers dans le plan comptable des associations.
- ⇒ À chaque dépense correspond un montant X. La somme de tous les X correspond au total des charges W.
- ⇒ À chaque recette correspond un montant Y. La somme de tous les Y correspond au total des produits Z.
- ⇒ Z1 à la même valeur que Z2 : $Z1 = Z2$. Le total des produits doit être égal au total des charges.

N° compte	Charges/Dépenses	Montant	N° compte	Produits/Recettes	Montant
60	Achats et variations de stock	X1	70	Ventes et prestations de services	Y1
61	Services extérieurs	X2	71	Production stockée	Y2
62	Autres services extérieurs	X3	72	Production immobilisée	Y3
63	Impôts, taxes, autres versements assimilés	X4	73	Impôts, taxes	Y4
64	Rémunérations brutes, charges patronales	X5	74	Subventions d'exploitation	Y5
65	Autres charges de gestion courante	X6	75	Autres produits de gestion courante	Y6
66	Charges financières	X7	76	Produits financiers	Y7
67	Charges exceptionnelles	X8	77	Produits exceptionnels	Y8
68	Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	X9	78	Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	Y9
69	Impôts sur les bénéfices et la participation des salariés	X10	79	Transfert de charges	Y10
	Total des charges	$Z1 = \Sigma X$		Total des produits	$Z2 = \Sigma Y$

Tableau 13 : Compte de résultats type (réalisé par Elsa de Ligt)

5.1.2.1. Charges

Pour procéder à l'élaboration d'un compte de résultat prévisionnel, il faut commencer par lister toutes les dépenses, aussi appelées charges (118).

Les **charges** sont les opérations conduisant à un « **appauvrissement** » de l'association. Elles comprennent :

« [les] sommes ou valeurs versées ou à verser en contrepartie de marchandises, approvisionnements, travaux et services consommés par l'entité ainsi que des avantages qui lui ont été consentis, en exécution d'une obligation légale [ou] exceptionnellement sans contrepartie, les dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions, la valeur d'entrée diminuée des amortissements des éléments d'actifs cédés, détruits ou disparus » (120)

Dans le plan comptable des associations, les comptes de charges sont identifiés par le numéro 6 (119). Ils sont ainsi répartis :

Classe 6			
Charges d'exploitation	Charges financières	Charges exceptionnelles	Charges liées aux impôts sur les bénéfices et à la participation des salariés
60 : achats et variations de stocks	66 : charges financières	67 : charges exceptionnelles	69 : impôt sur les bénéfices et la participation des salariés
61 : services extérieurs	686 : dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions – Charges financières	687 : dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions – Charges exceptionnelles	
62 : autres services extérieurs			
63 : impôts, taxes et versements assimilés			
64 : rémunérations brutes et charges patronales			
65 : autres charges de gestion courante			
681 : dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions – Charges d'exploitation			

Tableau 14 : Répartition des comptes de classe 6 (119)

- les **charges d'exploitation** correspondent aux dépenses pouvant être comptabilisées en charges et relevant de l'activité courante et normale
- les **charges financières** correspondent aux coûts des ressources d'emprunt (exemples : les intérêts d'emprunt, les intérêts liés aux découverts bancaires)
- les **charges exceptionnelles** regroupent les charges ne correspondant pas à la gestion courante ou financière (exemples : les pénalités, les créances irrécouvrables, les rappels d'impôts)
- les **charges liées aux impôts sur les bénéfices, à la participation des salariés** et les autres comptes de charges liés à l'intégration fiscale, au report en arrière des déficits et à l'impôt forfaitaire annuel sont regroupées dans la sous-classe 69 (118).

Quelles sont les charges nécessaires au fonctionnement de notre future unité mobile de soins dentaires ? Pour répondre à cette question, il peut tout d'abord être intéressant d'analyser les comptes de résultat des unités mobiles de soins dentaires déjà existantes.

Par exemple, la colonne « Dépenses » issue du compte de résultats de l'année 2012 de l'association du bus social dentaire de Paris liste toutes les charges de 2012, précise leur coût et les compare à ceux de 2011.

Numéro compte	Dépenses 2012	2011	2012
60	ACHATS	6 109,27	9 111,78
	Fournitures dentaires	3 243,40	6 644,32
	Carburant pour le camion – énergie – électricité	1 787,15	220,95
	Fournitures d'entretien	152,59	1 149,48
	Fourniture de bureau	758,55	1 097,03
	Autre fournitures	167,58	<i>Non précisé</i>
61	SERVICES EXTERIEURS	17 019,40	21 742,76
	Loyers	13 140,00	12 240,00
	Locations mobilières	<i>Non précisé</i>	1 103,91
	Entretien et réparations	802,00	<i>Non précisé</i>
	Entretien et réparations camion	1 497,62	5 385,99
	Maintenance matériel dentaire	1 465,28	2 801,95
	Assurances	0,00	0,00
	Divers	114,50	101,76
	Documentation	0,00	109,15
62	AUTRES SERVICES EXTERIEURS	11 360,25	12 584,23
	Honoraires expert-comptable	2 442,23	1 428,40
	Publications, publicité, relations	720,66	929,61
	Transports administratifs	68,40	<i>Non précisé</i>
	Déplacements, missions et réceptions	4 355,32	7 265,35
	Téléphone/Fax/Internet/Affranchissement	2 676,40	2 569,57
	Frais bancaires	496,40	356,30
	Cotisation	600,84	35,00
63	IMPOTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILES	514,62	496,99
	Autres impôts	0,00	0,00
	Participation formation continue	514,62	496,99
64	CHARGES DE PERSONNEL	116 265,02	117 173,46
	Salaires	81 301,28	78 669,11
	Charges	30 780,74	31 899,58
	Médecine du travail	237,00	240,00
	Tickets restaurants	2 784,00	4 794,77
	Taxe sur les salaires	1 162,00	1 570,00
65	CHARGES DIVERSES	0,00	0,00
66	CHARGES FINANCIERES	<i>Non précisé</i>	<i>Non précisé</i>
	Écart de charge	0,00	0,00
68	DOTATION AUX AMORTISSEMENTS	904,67	7 583,75
67	CHARGES EXCEPTIONNELLES	<i>Non précisé</i>	<i>Non précisé</i>
69	IMPOTS SOCIETES	<i>Non précisé</i>	<i>Non précisé</i>
	Impôts sociétés sur les revenus financiers	<i>Non précisé</i>	39,00
	TOTAL DES DEPENSES	152 173,23	168 692,97
	Excédent de l'exercice	8 645,00	-
	TOTAL DES DEPENSES	160 818,23	168 692,97

Tableau 15 : Tableau comparatif des charges de 2011 et 2012 du bus social dentaire de Paris (121)

Les charges y sont réparties en dix sous-groupes en fonction de leur nature.

Les dépenses les plus importantes concernent le **personnel**. Elles comprennent les salaires, les charges, la médecine du travail, les tickets restaurants et les taxes sur les salaires regroupés dans la sous-classe 64 « Charges de personnel ». Elles représentent environ 70% du total des

dépenses en 2012. Sur les 117 173,46 euros de charges du personnel, 67% correspondent aux salaires de ces derniers.

En ce qui concerne la sous-classe 60 « Achats », ce sont les **fournitures dentaires** qui représentent les plus grandes dépenses. En 2011, 53% y sont consacrées ainsi que 73% en 2012. Au sein de la sous-classe 62 « Autres services extérieurs », ce sont les déplacements, missions et réceptions qui occasionnent le plus de frais.

De manière globale, les dépenses se révèlent plus importante en 2012 en comparaison à 2011, augmentation principalement causée par une dotation aux amortissements plus élevée. Celle-ci peut possiblement s'expliquer par un important investissement durant l'année 2012 mais nous n'avons pas obtenu plus de précisions à ce sujet.

Le tableau comparatif des charges de 2017 et 2016 du bus Handident PACA est moins détaillé. En comparaison au tableau précédent, nous pouvons constater un total des dépenses plus élevé et une répartition des charges différente. En effet, alors que les charges de personnel représentent 70% des dépenses du bus social dentaire de Paris en 2012, seul 40% du total des dépenses du bus Handident PACA est consacré à ce type de charges. En outre, la dotation aux amortissements correspond à 16% de l'ensemble des charges du bus Handident PACA contre seulement 5% des charges du bus social dentaire de Paris. La répartition des autres charges est davantage similaire.

Numéro compte	Charges	2016	2017
60, 61, 62	Achats, services extérieurs	95 103,30	102 512,41
64	Charges de personnel	85 591,84	111 870,35
63, 65	Autres charges de gestion courante, impôts et taxes	806,32	1 057,33
66	Charges financières	<i>Non précisé</i>	<i>Non précisé</i>
67	Charges exceptionnelles	10,00	<i>Non précisé</i>
68	Dotations aux amortissements et aux provisions et/ou fonds dédiés	34 360,10	34 838,65
	Total charges	215 871,56	250 278,74
	Engagement à réaliser – Fonds dédiés		20 969,62
	TOTAL	215 871,56	271 248,36

Tableau 16 : Tableau comparatif des charges de 2016 et 2017 du bus Handident PACA (68)

Pour l'établissement du compte de résultat prévisionnel de notre projet, il convient donc d'abord de lister les différentes charges et d'en estimer leur coût. Cependant, en raison d'un manque de connaissances en matière de comptabilité, de l'absence de réponses des associations contactées dans le but d'obtenir de plus amples informations à ce sujet et de nombreux renseignements encore inconnus tels que le nombre d'établissements desservis ou de salariés, le compte de résultat prévisionnel se révèle difficile à compléter et devra être repris par un professionnel après l'obtention de toutes les informations nécessaires à sa réalisation.

5.1.2.2. Recettes

Les **produits** conduisent à un « **enrichissement** » de l'association et comprennent :

« les sommes ou valeurs reçues ou à recevoir en contrepartie de la fourniture par l'entité de biens, travaux, services ainsi que des avantages qu'elle a consentis, en vertu d'une obligation existant à la charge d'un tiers [ou] exceptionnellement sans contrepartie, la production stockée ou déstockée au cours de l'exercice, la production immobilisée, les reprises sur amortissements et provisions, les transferts de charges [et] le prix de cession des éléments d'actifs cédés » (122).

Dans le plan comptable des associations, les comptes de produits sont identifiés par le numéro 7 et se répartissent ainsi :

Classe 7		
Produits d'exploitation	Produits financiers	Produits exceptionnels
70 : ventes et prestations de services	76 : produits financiers	77 : produits exceptionnels
71 : production stockée	786 : reprises sur amortissements, dépréciations et provisions - produits financiers	787 : reprises sur amortissements, dépréciations et provisions – produits exceptionnels
72 : production immobilisée	796 : transferts de charges – produits financiers	797 : transferts de charges – produits exceptionnels
73 : impôts, taxes		
74 : subventions d'exploitation : subventions reçues pour pallier des dépenses d'exploitation		
75 : autres produits de gestion courante		
781 : reprises sur amortissements, dépréciations et provisions – produits d'exploitation		
791 : transferts de charges – produits d'exploitation		

Tableau 17 : Répartition des comptes de classe 7 (119)

- les **produits d'exploitation** représentent les ressources provenant directement de l'activité normale et courante (exemples : les ventes de produits et services, les subventions, les dons, les cotisations des adhérents)
- les **produits financiers** sont constitués des sommes acquises suite à des placements temporaires de capitaux
- les **produits exceptionnels** sont des ressources perçues hors de la gestion courante ou financière (122).

Dans le cas de notre projet, les recettes peuvent provenir de diverses sources :

- les consultations
- les subventions
- les parrainages
- les mécénats
- les donations, les legs et les dons de particuliers
- les cotisations
- les financements participatifs
- les activités lucratives
- les produits financiers
- les produits exceptionnels.

Les recettes engendrées par le bus Handident PACA grâce aux **consultations** se retrouvent dans la sous-classe intitulée « Ventes de produits et services » (68). Elles représentent 71% du total des produits en 2016 et 62% en 2017 (68). Il s'agit de la plus importante source de financement. La deuxième source de financement provient des subventions, qui rapportent 44 904,42€ en 2016, soit 21% de l'ensemble de produits, et 61 212,59€ en 2017, soit 23% du total des recettes (68).

Numéro de compte	Produits	2016	2017
70	Ventes de produits et services	153 211,39	168 922,08
74	Subventions de fonctionnement sur salaires	18 954,42	20 312,59
	Subventions de fonctionnement par Centre optant	2 950	22 900
	Subventions de fonctionnement par CG 13	18 000	18 000
	Subventions de fonctionnement par TOTAL	2 000	Non précisé
	Autres subventions	3 000	Non précisé
75	Cotisations, dons	10 000	Non précisé
76	Produits financiers	Non précisé	Non précisé
77	Produits exceptionnels	Non précisé	34 441,19
79	Transfert de charges	615,68	6 672,5
	Total produits	208 731,49	271 248,36
	Reprise sur fonds dédiés	7 140,07	Non précisé
	TOTAL	215 871,56	271 248,36

Tableau 18 : Tableau comparatif des produits de 2016 et 2017 du bus Handident PACA (68)

En ce qui concerne le bus social dentaire, l'ensemble des soins est prodigué à titre **gratuit** (67). C'est la raison pour laquelle la sous-classe 70 n'apparaît pas dans le compte de résultat. Leurs recettes proviennent principalement des **subventions**. En effet, elles représentent 94% du total des produits en 2011 et 82% en 2012 (121). Les financeurs les plus importants sont l'**ONCD** et l'**ARS**. Les 40 000€ accordés par l'ONCD représentent 26% de l'ensemble des subventions reçues en 2011 et 29% en 2012, soit un peu plus d'un quart des subventions (121). Les dons représentent seulement 2% des recettes en 2011 et 1% en 2012 (121). En résumé, le financement de fonctionnement du bus social dentaire de Paris repose majoritairement sur les différentes subventions reçues (121).

Numéro de compte	Produits	2011	2012
74	AUTRES FINANCEURS (subventions reçues)	136 917,70	110 000
	Subventions ville de Paris	25 000	15 000
	Subvention ONCD	40 000	40 000
	Subvention Fauchard Academy	3 517,70	Non précisé
	Subvention CPAM 92	12 000	15 000
	Subvention ARS	56 400	40 000
74	AUTRES FINANCEURS (subventions à recevoir)	14 100	28 000
	Subvention ARS	14 100	10 000
	Subvention CPAM 92	Non précisé	18 000
75	AUTRES PRODUITS DE GESTION COURANTE	5 915	4 360
	Cotisations des adhérents	2 700	2 090
	Dons	3 215	2 270
	Remboursement CNASEA	Non précisé	Non précisé
	Produits divers	Non précisé	Non précisé
79	TRANSFERT DE CHARGES	2 038,57	1 639,39
	Remboursement caution	Non précisé	Non précisé
	Remboursement assurance	Non précisé	Non précisé
	Remboursement tickets restaurants	Non précisé	Non précisé
	Remboursement divers	Non précisé	118
	Indemnités journalières de sécurité sociale	2 038,57	1 521,39
76	PRODUITS FINANCIERS	1 846,96	1 581,42
77	PRODUITS EXCEPTIONNELS	0,00	0,00
	Total des recettes	160 818,23	145 580,81
	Insuffisance de l'exercice		23 112,16
	TOTAL GENERAL	160 818,23	168 692,97

Tableau 19 : Tableau comparatif des produits de 2011 et 2012 du bus social dentaire de Paris (121)

Le financement de chaque unité mobile de soins dentaires varie notamment en fonction du soutien plus ou moins important des différents donateurs (autorités administratives, organismes gestionnaires d'un service public industriel et commercial, entreprises privées, particuliers) et du fait de faire régler ou non les patients. Le fonctionnement de notre unité mobile sera vraisemblablement davantage similaire à celui du bus Handident PACA. Il serait donc judicieux d'espérer trouver sur le long terme des partenaires pour financer **au moins 20% du budget annuel**.

5.2. Sources de financement

Quelles sont les sources de financement possibles pour notre future unité mobile de soins dentaires ? Nous détaillerons dans la partie qui suit sept manières de financer notre projet. Une définition et des exemples seront donnés pour chacune d'elles.

5.2.1. Subvention

5.2.1.1. Définition et caractéristiques

Une subvention est une aide de toute nature (en numéraire ou en nature) accordée par une **entité publique** (état, collectivités territoriales, établissements publics administratifs, organismes de sécurité sociale, établissements publics à caractère industriel et commercial ou autres organismes chargés de la gestion d'un service public administratif) à une personne physique ou morale dans le but de favoriser le développement d'activités d'**intérêt général** (123).

Les principales caractéristiques juridiques d'une subvention sont les suivantes :

- elle est en numéraire ou en nature et le projet soutenu doit être d'intérêt local ou général (124)
- elle peut aider à l'investissement, au développement et/ou au coût global d'un projet (124)
- elle est discrétionnaire : « l'attribution d'une subvention ne constitue pas un droit pour les personnes remplissant les conditions légales pour l'obtenir » (125). C'est l'organisme attribuant la subvention qui choisit les projets qu'elle souhaite soutenir, le montant et la durée de la subvention (124)
- elle ne doit pas être supérieure au coût total du projet. Toutefois, l'association a le droit d'avoir un excédent s'il est « raisonnable » (124)
- lorsqu'elle est supérieure à 23 000 euros/an, l'association et l'entité publique l'octroyant doivent établir une convention définissant le montant, la durée, l'objet et les conditions de versement de l'aide (124)
- lorsqu'il s'agit d'une aide en nature, son montant est estimé par l'entité publique afin d'être transparent sur l'utilisation des fonds publics (124)
- lorsque la contribution est en numéraire, elle ne doit pas obligatoirement correspondre à la somme du service rendu (124)
- lorsqu'elle est attribuée par l'état, elle doit répondre à un objectif de politique publique détaillé dans le programme du budget de l'état (124)
- un organisme ne peut pas refuser de manière générale et définitive toute demande de subvention. Un examen de chaque demande est obligatoire (124).

On distinguera les subventions de fonctionnement des subventions d'investissement. Les subventions de **fonctionnement** ou d'exploitation, permettent de financer la gestion courante et globale de l'association tandis que les subventions **d'investissement** aident au financement d'équipements et biens qui seront utilisés sur le long terme (126).

5.2.1.2. Formulaire de demande de subvention

Une association souhaitant obtenir une aide publique doit remplir un dossier de demande de subvention.

Chaque formulaire de demande de subvention d'investissement est différent en fonction de l'entité publique. Toutefois, il doit toujours contenir le même type de renseignements que le formulaire de demande de subvention de fonctionnement. Ce dernier est unique et s'intitule « centre d'enregistrement et de révisions des formulaires administratifs (CERFA) n°12156*05 » (127).

Différentes rubriques composent le formulaire :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- identification de l'association- relations avec l'administration- relations avec d'autres associations- moyens humains- budget prévisionnel- projet, objet de la demande- budget du projet- attestations et informations annexes. |
|--|

5.2.1.3. Convention

Lorsque la subvention est inférieure à 23 000 euros, une convention entre l'association et l'organisme l'attribuant n'est pas nécessaire. En revanche, lorsqu'elle dépasse les **23 000 euros**, elle est obligatoire (124). Dans celle-ci, on retrouve l'objet de la subvention, le montant ainsi que les conditions d'utilisation et de versement de la contribution (124).

Deux modèles de convention pluriannuelle d'objectifs existent :

- L'un est à remplir lorsque le montant des subventions est supérieur à **500 000 euros** au cours des deux derniers exercices et de l'exercice fiscal en cours (128)
- L'autre est simplifié et à remplir lorsque le montant des aides publiques est inférieur à 500 000 euros (129)

5.2.1.4. Compte rendu financier de l'association

Un compte rendu financier doit être envoyé à l'entité publique ayant octroyé une subvention dans les six mois suivant la fin de l'activité pour laquelle la contribution a été versée. Il permet à l'organisme financeur de vérifier la conformité des dépenses (130).

5.2.1.5. Comptes annuels

Lorsque la somme des subventions reçues est supérieure à **153 000 euros**, l'association doit établir des comptes annuels. Ces derniers sont constitués d'un bilan, d'un compte de résultat et d'une annexe. L'association doit nommer un commissaire aux comptes (131). Après l'analyse des comptes annuels, celui-ci écrit un rapport qui sera publié au JOAFE (132,133).

5.2.1.6. Exemples

Chaque unité mobile existante ou ayant existé a bénéficié de l'aide financière de partenaires pour voir le jour et fonctionner. Connaître les différents partenaires institutionnels ayant déjà octroyé des subventions à des projets similaires permettra par la suite de s'adresser aux bonnes structures pour la demande d'obtention d'une subvention.

Le tableau 20 énumère les organismes ayant accordé une subvention à des unités mobiles dentaires et précise, quand il est connu, le montant des subventions octroyées, les coûts d'investissement et de fonctionnement. Les principaux contributeurs sont suivis d'un « ++ ».

Unité mobile	Organismes ayant octroyé une subvention	Montant des subventions versées	Coût de l'investissement	Coût de fonctionnement annuel
APESAL (Hauts de France)	ARS Hauts-de-France ++ Assurance Maladie Union Régionale des Professionnels de Santé Académie de Lille Régime Social des Indépendants	<i>Non connu</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non connu</i>
Bus social dentaire de Paris	Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes ++ Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes Conseils Départementaux de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de Paris et de Seine-Saint-Denis Mairie de Paris ARS d'Ile de France ++ CPAM de Seine-Saint-Denis et de Paris	138 000 €	<i>Non connu</i>	180 000 €
Unité mobile de la Croix Rouge dans l'Ain	ARS CPAM Région Auvergne-Rhône-Alpes Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse	<i>Non connu</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non connu</i>
Unité mobile du centre hospitalier de Sambre-Avesnois et du Cateau-Cambresis	Agglomération Maubeuge-Val de Sambre Région Nord-Pas-de-Calais Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois	<i>Non connu</i>	250 000 €	<i>Non connu</i>
Bucco-bus de Paris	Conseil Régional d'Ile de France Fond d'Amélioration de la Qualité des Soins en Ville	<i>Non connu</i>	200 000 €	<i>Non connu</i>
Bucco-bus de Rouen	ARS de Haute-Normandie ++	91 175 €	<i>Non connu</i>	190 000 €
	CPAM de Rouen-Elbeuf-Dieppe	17 490 €		
Unité mobile du Nord des Landes	ARS de Nouvelle-Aquitaine	100 000 €	410 000 €	<i>Non connu</i>
	Conseil Général des Landes	70 000 €		
Dentibus de Strasbourg	CPAM	50 000 €	308 000 €	<i>Non connu</i>
	Ville de Strasbourg	258 000 €		
Bus Handident PACA	Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes Assurance Maladie Région PACA	<i>Non connu</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non connu</i>

Tableau 20 : Organismes financeurs, montant des subventions, coûts de l'investissement et du fonctionnement annuel en fonction des différentes unités mobiles dentaires (66,67,69,71,121,125,134,135,136,137)

En résumé, il apparaît une participation fréquente de l'ONCD, des CPAM et des ARS. Parmi les collectivités territoriales contributrices de ce type de projet, on retrouve aussi bien les **conseils régionaux**, les **conseils départementaux** que les **mairies**.

Certaines données manquent dans ce tableau. Nous avons contacté les organismes gestionnaires des différentes unités mobiles pour obtenir davantage d'informations mais ces derniers ne nous ont pas tous répondu.

5.2.2. Parrainage

5.2.2.1. Définition et caractéristiques

Le parrainage (sponsoring en anglais) est défini comme un « soutien matériel apporté à une manifestation, à une personne, à un produit ou à une organisation en vue d'en retirer un **bénéfice direct** » (138). Il s'agit d'une **opération commerciale** dont le but est l'amélioration de l'image de marque du donateur. Il s'agit de faire de la publicité pour un parrain en faisant apparaître son nom, sa marque ou son logo « en bonne place ». Par exemple, le logo peut être visible sur des flyers, des affiches, le site internet du parrainé ou des annonces publicitaires. Le donateur peut être invité à prendre la parole à l'inauguration ou lors d'une conférence de presse et avoir un stand sur les lieux (87).

La dépense de parrainage entraîne une déduction fiscale de la base imposable du donateur (87).

5.2.2.2. Exemples

Océan Dentiste est un catamaran abritant un cabinet dentaire dont l'objectif est de sensibiliser les enfants du monde entier à travers des actions de prévention dans les écoles et à bord du bateau. Il a pu voir le jour grâce à la participation financière de nombreux partenaires via, entre autres, le parrainage. En échange de leur soutien, les entreprises parrainant Océan Dentiste voient leur marque associée aux valeurs du projet par le biais de :

- **la visibilité** : le logo de la marque peut être visible sur la coque du catamaran, les voiles, l'équipage, le site web, les publications et les vidéos d'Océan Dentiste
- **la création de contenu** : Océan Dentiste peut organiser une conférence au sein de l'entreprise donatrice sur l'engagement de la marque
- **l'évènementiel** : Océan Dentiste organise des visites de son catamaran, des cocktails d'entreprise, des sorties en mers ou bien des séminaires comprenant des nuits à l'hôtel et la possibilité de bénéficier d'un moment détente en spa (70)



Figure 32 : Photographie du catamaran d'Océan Dentiste (70)

5.2.3. Mécénat

5.2.3.1. Définition et caractéristiques

Le mécénat est un « soutien matériel apporté, **sans contrepartie** directe de la part du bénéficiaire, à une œuvre ou à une personne pour l'exercice d'activités présentant un intérêt général » (138). L'absence de contrepartie est donc la grande différence avec le parrainage. Il s'agit davantage d'un **don** pour apporter un supplément d'âme en interne et soutenir un projet sans espérer des retombées économiques. L'association est seulement autorisée à faire apparaître discrètement le logo du mécène sur ses supports de communication (87).

Les conditions exigées pour recevoir le soutien d'un mécène sont :

- être un organisme doté de la personnalité morale, titulaire de droits et de devoirs (139)
- l'association doit exercer son activité en France ou dans l'espace européen (139)
- l'association doit présenter un « caractère philanthropique, éducatif, scientifique, social, familial, humanitaire, sportif, culturel, concourant à la mise en valeur du patrimoine artistique, à la défense de l'environnement naturel ou la diffusion de la culture, de la langue et des connaissances scientifiques françaises » (139)
- l'association ne doit pas demander de contrepartie (139)
- son activité est d'intérêt général. Elle doit être **non lucrative**, ce qui signifie ici qu'elle ne doit pas concurrencer une activité lucrative. Elle ne doit **pas profiter qu'à un cercle restreint** d'individus. La gestion doit être **désintéressée**, c'est-à-dire que l'association n'apporte aucun avantage matériel à ses membres, fondateurs et dirigeants (139).

Grace à la loi n°2003-709 du 1^{er} août 2003 autrement appelée « loi Aillagon », certains mécènes peuvent bénéficier de réduction d'impôt. Elle est limitée à 60% du don dans la limite de 5/1000^e du chiffre d'affaires de l'entreprise (140).

5.2.3.2. Exemples

Le tableau ci-dessous regroupe les différents mécènes des unités mobiles dentaires et la nature de leur don.

Unités mobiles	Mécènes	Nature du don
Océan Dentiste	Henry Schein	Matériel dentaire (6 000 €)
	Arcade Dentaire	Fauteuil dentaire (10 000 €)
	NKE Marine Electronics	Equipeement de navigation
	Mr Bricolage Pléneuf	Boite à outils et bons d'achat
Bus social dentaire de Paris	Henry Schein	Matériel dentaire
	Komet Logos W Durr Dental Pierre Oral Fabre	<i>Non connu</i>
	La Médicale	Assurance du véhicule, du matériel dentaire, responsabilité civile professionnelle
Handident PACA	Elmex	<i>Non connu</i>
	Total	<i>Non connu</i>
	AG2R La Mondiale La Mutualité Française La Caisse d'Épargne Le Crédit Agricole	<i>Non connu</i>
	Rotary International	<i>Non connu</i>
Unité mobile du Nord des Landes	Secours Populaire Secours Catholique Aînés Ruraux	<i>Non connu</i>

Tableau 21 : Mécènes et nature du don en fonction des unités mobiles dentaires (67,70,73,82,141,142)

On remarque que plusieurs catégories de mécènes peuvent participer à l'investissement et au bon fonctionnement des unités mobiles dentaires étudiées.

Les **industriels travaillant dans le milieu bucco-dentaire** sont souvent les premiers mécènes de ce type de projet. Ils procurent à l'équipe de l'unité mobile matériels, consommables et équipements dentaires.

D'autres grands groupes, pourtant **non spécialisés dans le domaine de la santé bucco-dentaire**, peuvent se proposer aussi d'être des mécènes, comme c'est le cas de l'entreprise pétrolière et gazière française Total, un des trente partenaires de l'association Handident PACA ou encore NKE Marine Electronics qui développe une gamme de produits dédiés à la navigation et qui a équipé le catamaran d'Océan Dentiste (70).

Les **banques** et les **assurances** sont aussi des partenaires privilégiés pour le financement initial de tels projets. Ainsi La Médicale assure le véhicule du bus social dentaire de Paris, le matériel et les professionnels de santé (141).

Par ailleurs, les **associations** peuvent elles-mêmes être des mécènes : le Secours Populaire, le Secours Catholique, le réseau associatif de retraités « Aînés Ruraux » (74)...

5.2.4. Donation, legs et don de particulier

5.2.4.1. Définition et caractéristiques

Un **don manuel** correspond à la remise d'un bien meuble. Un bien meuble est un bien qui peut être déplacé (143). Il peut être effectué en numéraire ou en nature par une entreprise ou un particulier. Lorsqu'il s'agit d'une entreprise, on emploie le terme de mécénat qui a été détaillé plus tôt dans la thèse. Toute association régulièrement déclarée peut recevoir des dons (81).

Un don manuel permet une réduction d'impôt égale à 66% dans la limite de 20% du revenu imposable (144). Pour bénéficier de cette réduction d'impôt, il faut que l'association recevant le don soit d'intérêt général et pourvue d'un « caractère philanthropique, social, éducatif, humanitaire, scientifique, sportif, familial, culturel ou concourant à la mise en valeur du patrimoine artistique, à la défense de l'environnement naturel ou la diffusion de la culture, de la langue et des connaissances scientifiques françaises » (145).

La **donation** consiste en un transfert irrévocable de la propriété d'un bien d'un donateur **vivant** à un bénéficiaire (146). Il peut s'agir de biens mobiliers (véhicule, meubles) ou de biens immobiliers (146).

Le **legs** consiste en la transmission **post-mortem** de tout ou partie du patrimoine d'un testateur à un légataire (147).

La donation et le legs doivent être tous deux réalisés par acte authentique ou sous seing privé. « Par acte authentique » signifie que c'est un acte rédigé par un officier public compétent (notaire, huissier, officier d'état civil) en respectant les formalités imposées par la loi. « Sous seing privé » signifie que c'est un acte rédigé par des particuliers. Il n'y a pas besoin d'un officier public compétent (143).

Les organismes pouvant bénéficier de donations ou de legs sans autorisation préalable sont :

- les associations d'intérêt général déclarées depuis au moins 3 ans ayant un caractère philanthropique, éducatif, scientifique, social, humanitaire, sportif, familial, culturel ou concourant à la mise en valeur du patrimoine artistique, à la défense de l'environnement naturel ou à la diffusion de la culture, de la langue et des connaissances scientifiques françaises (143)
- les associations ayant pour but exclusif l'assistance, la bienfaisance ou la recherche scientifique ou médicale déclarées avant le 31 juillet 2014 et qui ont avant cette date accepté une donation ou un legs (143)
- les associations d'Alsace-Moselle inscrites au registre des associations (143)
- les associations et fondations reconnues d'utilité publique (143)
- les associations cultuelles et établissements publics des cultes d'Alsace-Moselle (143)
- les unions agréées d'associations familiales (143)

Une association qui souhaiterait savoir si elle peut recevoir des donations ou des legs peut demander l'avis du préfet du département de son siège sociale. Pour savoir si elle entre dans une des catégories, l'association peut interroger le préfet du département de son siège social (143).

5.2.4.2. Exemples

Les associations et les particuliers à l'origine de la mise en place d'unités mobiles ont besoin des dons pour financer leur projet. Les subventions, parrainages et mécénats ne suffisent pas toujours à couvrir toutes les dépenses nécessaires à la création ou au fonctionnement d'un tel projet.

Ainsi, l'association du bus social dentaire de Paris permet aux particuliers de faire des dons directement sur leur compte Paypal, via leur site internet (58). Il est aussi possible de faire des dons mensuels (67).

L'institut national des jeunes sourds de Paris leur fournit gratuitement des cartons de rendez-vous et des cartes de visite (148).

L'association Handident PACA propose également aux particuliers de faire des dons directement sur leur site internet (81).

Pour solliciter davantage les particuliers à réaliser des dons, Océan Dentiste propose parfois des cadeaux en contrepartie, comme par exemple des brosses à dents (70).

5.2.5. Cotisation

5.2.5.1. Définition et caractéristiques

La **cotisation** correspond à une somme d'argent non obligatoire – sauf si cela est indiquée dans le règlement intérieur - dont le principe du versement est indiqué dans les statuts. Elle permet le financement du fonctionnement de l'association (149).

Son montant ne doit préférentiellement pas être spécifié dans les statuts afin de ne pas modifier les statuts à chaque changement de montant de la cotisation. Il peut varier en fonction de la catégorie des membres, de leurs revenus ... (149)

Le fait de ne pas payer sa cotisation peut faire perdre la qualité de membre de l'association (149).

Les cotisations peuvent être remboursées dans certains cas comme par exemple un déménagement. Les motifs de remboursement doivent être indiqués dans les statuts de l'association (149).

Le versement de cotisations à un organisme d'intérêt général au caractère philanthropique, éducatif, scientifique, social, humanitaire, sportif, familial, culturel ou concourant à la mise en valeur du patrimoine artistique, à la défense de l'environnement naturel ou à la diffusion de la culture, de la langue et des connaissances scientifiques françaises ouvre le droit à une réduction d'impôts (144).

Pour un particulier, la réduction correspond à 66% du montant des cotisations dans la limite de 20% du revenu imposable (144).

Pour une personne morale, elle correspond à 60% du montant des cotisations dans la limite de 0,5% du chiffre d'affaires (150). Les associations peuvent délivrer un reçu fiscal à chacun de leurs cotisants.

5.2.5.2. Exemples

Une des sources de financement pour le fonctionnement du bus social dentaire de Paris est la cotisation des membres, dont le montant est fixé pour chaque année civile par le bureau puis soumis au vote de l'assemblée générale. En 2019, le montant de la cotisation s'élevait à 60 euros (67).

Pour sa part, l'association Handident PACA propose le paiement d'une cotisation de 30 euros par an effectuable en ligne. Elle permet de voter à l'assemblée générale mais aussi de rejoindre les bénévoles et de renforcer la légitimité de l'association auprès des pouvoirs publics et des partenaires financiers du fait de l'augmentation du nombre d'adhérents (82).

5.2.6. Financement participatif

5.2.6.1. Définition et caractéristiques

Le **financement participatif** (**crowdfunding** en anglais signifiant littéralement « financement par la foule ») permet de collecter des fonds grâce à une plateforme en ligne en vue de financer un projet. Longtemps, le financement participatif a été l'apanage des start-up et des entreprises. Il est désormais très présent dans le monde associatif (151).

Il est possible d'offrir des contreparties pour motiver davantage les futurs contributeurs. Ces contreparties peuvent par exemple être des cadeaux ou l'apparition de leurs noms sur une liste de remerciements (152).

Les plateformes sont souvent rémunérées en prélevant des frais compris entre 5 et 10% de la collecte (87). Parfois, comme pour la plateforme Helloasso qui est exclusivement dédiée aux dons pour les associations, elles choisissent de ne pas percevoir de rémunération de la part des associations bénéficiaires et se rémunèrent seulement sur la base de pourboires payés par les contributeurs dont le montant est librement fixé par eux (152).

Lorsque les associations bénéficiaires sont d'intérêt général ou reconnues d'utilité publique, les dons permettent d'obtenir une réduction d'impôt sur le revenu égale à 66% du montant versé dans la limite de 20% du revenu imposable (144).

5.2.6.2. Exemples

Océan Dentiste avait lancé une campagne sur la plateforme Ulule en 2016 pour récolter des fonds afin d'acheter un kart (turbines, aspiration, soufflette) estimé à 10 000 euros, du matériel de prévention pour 2 000 enfants (20 euros par enfant soit 20 000 euros au total), une centrale de stérilisation à 20 000 euros ou encore permettre la mise en place d'un circuit de récupération d'énergie solaire, éolienne et hydrolienne pour le fonctionnement du cabinet dont le coût était estimé à 10 000 euros ... En contrepartie, Océan Dentiste proposait des cadeaux pour motiver les futurs donateurs : brosses à dents écologiques, nom sur la coque du bateau, une invitation à visiter le bateau, des bons d'achat ... L'équipe avait réussi à récolter 31 382 euros, ce qui leur a permis d'investir dans un kart et du matériel de prévention (153).

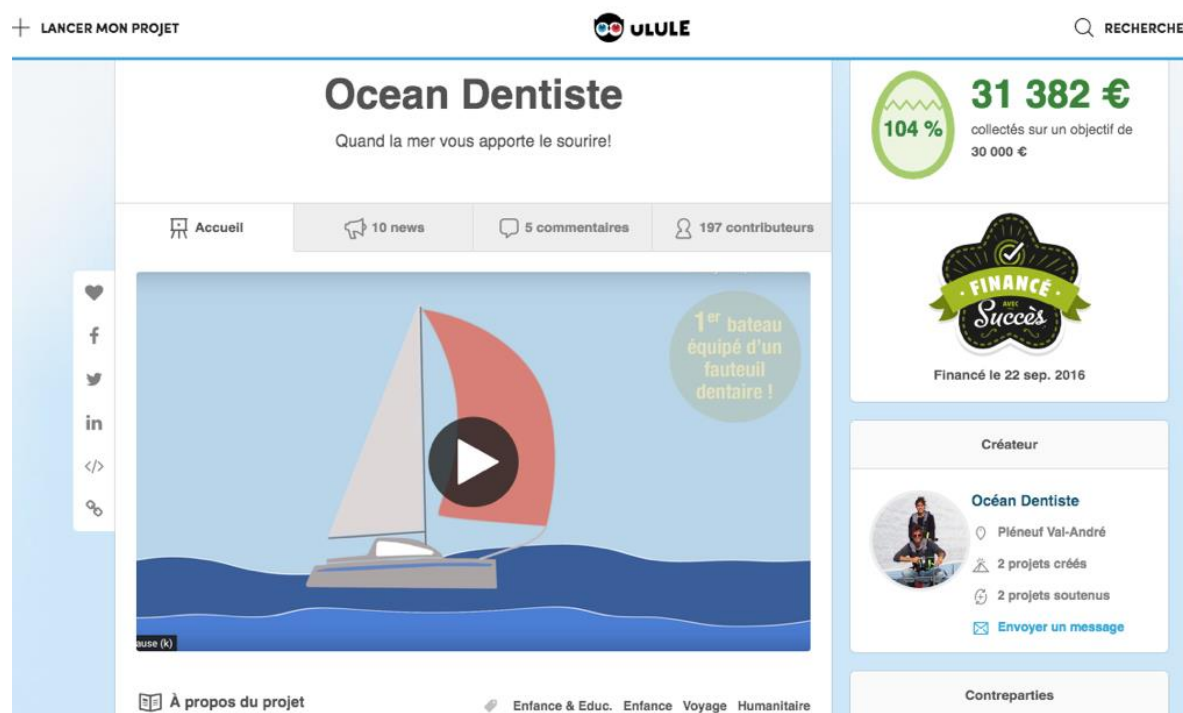


Figure 33 : Capture d'écran de la page ayant servi au financement participatif du projet Océan Dentiste sur la plateforme ULULE en 2016 (153)

Ils ont d'ailleurs renouvelé l'expérience en 2019 en lançant une campagne de financement participatif pour la production de brosses à dents écologiques en bois et en algues dans l'intention de les redistribuer dans les écoles qu'ils visitent lors d'ateliers de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire. A nouveau, ils proposaient des packs de lots en échange d'un don. Les lots étaient plus ou moins importants en fonction du montant du don et différents en fonction du statut du donateur. Par exemple, un donateur dentiste pouvait recevoir une invitation à l'association dentaire française (ADF) et un pack de 250 brosses à dents pour ses patients. Ils proposaient l'apparition d'un nom et d'un logo sur leur site internet et leur bateau à une entreprise partenaire (154).

5.2.7. Activités lucratives

5.2.7.1. Définition et caractéristiques

Enfin, l'association peut aussi avoir recours à des **activités à caractère lucratif**.

Par exemple, l'organisation de manifestations ponctuelles peut apporter des moyens financiers non négligeables. Pour choisir l'évènement le plus adéquat à ce qu'on recherche, trois facteurs seront à considérer : la **notoriété**, les **gains financiers** et l'**organisation** préalable. Ainsi, acquérir de la notoriété auprès du grand public, c'est se faire connaître auprès de potentiels futurs donateurs, bénévoles, mécènes ou parrains.

D'autre part, les manifestations associatives seront l'occasion de récolter directement de l'argent via les bénéfices financiers de l'évènement. Elles sont généralement peu coûteuses à organiser et rémunératrices (87).

Ce tableau résume l'impact d'une manifestation sur chaque facteur :

Type de manifestation	Notoriété	Gains	Organisation
Ventes de charité	+	+++	++
Manifestations sportives	+++	+	+++
Voyages	+	++	+++
Journées « portes ouvertes »	+++	+	+++
Conférences et colloques	+++	+	++

Tableau 27 : Impact de différentes manifestations sur trois facteurs (87)

5.2.7.2. Exemples

En 2016, l'association du bus social dentaire a eu l'idée d'organiser à la galerie Catherine Houard à Paris une vente aux enchères caritative de dessins, estampes et photographies donnés gracieusement par des artistes pour soutenir l'association. 27 œuvres y ont été vendues. 15 380 euros ont été récoltés et l'intégralité du produit de la vente a été versée à l'association (155). Cette action a ainsi permis de récolter des gains facilement sans toutefois augmenter significativement la notoriété de l'association. Seuls quelques articles sur les sites internet d'ateliers d'art ou destinés aux professionnels de santé se sont faits l'écho de cet évènement.

L'association Handident PACA a régulièrement recours à des activités lucratives. C'est ainsi que sa participation à des événements sportifs lui permet de se faire connaître du grand public. Les spectateurs ou les participants de ces événements peuvent être de potentiels donateurs, bénévoles, mécènes ou parrains. Cela lui permet aussi de récupérer certains bénéfices financiers liés à l'événement (82). Par exemple, en 2014, Handident PACA avait organisé, avec le soutien de Nathalie Benoit, championne paralympique d'Aviron aux Jeux Olympiques de Londres en 2012, et le Rowing Club de Marseille une traversée à la rame entre Marseille et Bastia. Un appel aux dons fut lancé auprès des particuliers et des entreprises. Le bulletin ci-dessous était accessible sur le site d'Handident PACA et du Rowing club de Marseille et relayé par la presse locale. L'association proposait aux sponsors de faire apparaître leur marque sur tous leurs supports publicitaires et dans les articles de presse évoquant cet événement sportif (82).



Une Mission impérative : favoriser l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes handicapées.

Depuis 2006, le RESEAU HANDIDENT PACA implante des relais de soins dentaires dans les villes de la région, dans des établissements de santé (hôpitaux, cliniques...) et forment des chirurgiens-dentistes aux techniques de soins spécifiques.

La grande réalisation de l'Association: le Bus Handident PACA

Un cabinet dentaire mobile va au devant des personnes sévèrement handicapées, dans les établissements médico-sociaux.

La solution est innovante, solidaire mais... coûteuse en fonctionnement.

Depuis son lancement en 2011, le bus a accueilli plus de 1500 personnes et près de 4000 soins ont été réalisés. Nous avons besoin de votre mobilisation pour poursuivre cette mission solidaire.

Vous pouvez vous mobiliser en faisant un don, et aussi en rejoignant les bénévoles de l'association.

Contact: Handident PACA
Hôpital Sainte Marguerite - Pavillon 9
270 bd Sainte-Marguerite 13009 Marseille
04 91 43 07 94
mail: handident@yahoo.fr - site: handidentpaca.fr





LE DEFI MARSEILLE-BASTIA A LA RAME
JUIN/JUILLET 2014

1 yole
3 équipes
5 rameurs par équipe

200 000 coups de rames vont être produits par nos 15 rameurs entre Marseille et Bastia

1 COUP DE RAME = 1 EURO
pour faciliter les soins dentaires d'une personne handicapée

En donnant 20 , je finance une minute sur la méditerranée en yole
En donnant 130 , je finance le soin d'une personne handicapée dans le Bus

LE ROWING CLUB DE MARSEILLE s'engage et met toute la générosité de ses rameurs au service de l'association HANDIDENT PACA

NATHALIE BENOIT, médaillée aux Jeux Paralympiques d'aviron 2012, originaire des Pennes Mirabeau, parraine le défi Corse 2014.

Participez vous aussi au Défi en sponsorisant des coups de rame !

TOUS LES DONs sont destinés au fonctionnement du Bus Handident PACA, véritable centre de soins dentaires mobile.

POUR FAIRE UN DON

Il suffit de remplir et de renvoyer le bulletin ci-joint accompagné du montant de votre don ou d'aller sur le site handident.fr, cliquer sur la page d'accueil «Traversée Marseille-Bastia à la rame»

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Tél.....

Email.....

Je souhaite soutenir l'action d'HANDIDENT PACA en participant au défi MARSEILLE-BASTIA A LA RAME et je fais un don d'un montant de

J'ai bien pris note que je recevrai un reçu fiscal, l'association ayant effectué la procédure de rescrit fiscal confirmant qu'elle est considérée comme organisme d'intérêt général. Les donateurs peuvent ainsi bénéficier de la réduction d'impôt visée aux articles 200 et 238 bis du code général des impôts.

Pour un particulier, un don de 100 euros donne droit à une réduction d'impôt de 66 euros

Pour une entreprise, un don de 100 euros donne droit à une réduction d'impôt de 60 euros

Merci de renvoyer ce bulletin accompagné de votre don à l'adresse :

Handident PACA
Hôpital Sainte Marguerite - Pavillon 9
270 bd Sainte-Marguerite 13009 Marseille

Figure 34 : Bulletin permettant de réaliser un don à l'association Handident PACA pour le fonctionnement du bus via le défi Marseille-Bastia à la rame, juin-juillet 2014 (82)

Plus récemment a eu lieu une course organisée par l'association sportive et culturelle « Algernon ». Les chirurgiens-dentistes et les étudiants de la faculté d'odontologie d'Aix-Marseille couraient sous les couleurs de l'association. Ils portaient tous un t-shirt sur lequel le logo d'Handident PACA apparaissait. Cela a permis de faire connaître l'existence de l'association auprès des autres participants, des spectateurs de la course et à toute personne ayant lu un article sur la course dans la presse locale. En outre, le bus était présent et était ouvert au public. Les professionnels ont pu présenter les locaux du bus, parler de l'association Handident PACA et répondre aux questions des curieux (82).

6. Difficultés liées au projet

La réalisation d'un tel projet se confronte à plusieurs contraintes et soulève des questions. Les différents aspects problématiques qui vont être cités ci-dessous proviennent d'échanges avec des professionnels, d'articles de presse concernant l'activité d'unités mobiles qui ont dû cesser et de réflexions personnelles suite à la lecture de témoignages, d'articles rédigés par des personnes concernées et d'ouvrages sociologiques et philosophiques abordant la question du handicap.

6.1. Coût d'investissement et de fonctionnement

Le premier frein à la mise en place d'une unité mobile de soins dentaires est son caractère onéreux.

En effet, son **coût initial et de fonctionnement annuel** est de plusieurs centaines de milliers d'euros, ce qui peut retenir les potentiels partenaires. Certains projets d'unités mobiles ont mis de nombreuses années avant de se concrétiser, le temps de récolter assez de fonds. Par exemple, la recherche de financement et la mise en place de l'unité mobile des centres hospitaliers du Sambre-Avesnois et du Cateau-Cambrésis a duré **plus de 8 ans** (71).

Il faudra donc s'armer de patience et avoir un dossier complet pour espérer trouver le plus de partenaires financiers possibles.

En comparaison avec un cabinet de ville, le coût de fonctionnement est augmenté par l'**usure** plus rapide de l'équipement et du matériel due aux importantes vibrations qu'ils subissent lors des trajets du bus. Les vibrations entraînent également des pannes d'équipements plus nombreuses, ce qui demande la venue d'un technicien ou le changement précoce d'appareils nécessaires au bon fonctionnement de l'unité mobile de soins dentaires.

Il est important d'en tenir compte dans le budget prévisionnel de l'unité mobile.

6.2. Complexité de mise en place et d'organisation

D'un point de vue organisationnel, ce type de projet est difficile à mettre en place.

En matière d'organisation légale, malgré le soutien des instances ordinales et des autorités publiques aux diverses unités mobiles déjà existantes, aucune évolution de la réglementation n'a été effectuée pour faciliter la mise en place de projets de dentisterie ambulante, que ce soit dans le code de la santé publique ou le code de déontologie des chirurgiens-dentistes. Des demandes de dérogations sont toujours nécessaires pour pouvoir faire fonctionner légalement une unité mobile de soins dentaires. D'ailleurs, en dehors des bus gérés par des associations, des réseaux, des agglomérations, des mutuelles ou des centres hospitaliers, il est quasiment impossible pour un chirurgien-dentiste seul d'obtenir les dérogations nécessaires pour pouvoir soigner dans un cabinet dentaire mobile, contrairement à d'autres pays comme les États-Unis ou le Canada. En effet, il existe plusieurs cabinets dentaires libéraux non-fixes circulant dans ces pays très étendus et possédant de ce fait de nombreux déserts médicaux. Ce type d'initiative est même encouragé dans le cursus universitaire. A l'Université de Mac Gill à Montréal, les étudiants assurent ainsi des vacations au sein d'une clinique communautaire mobile (156). Aucun exemple français similaire ne peut être cité ...

Il nous faudra donc travailler en lien étroit avec les autorités pour permettre la mise en place de notre projet en toute légalité. Contacter les autres associations ayant mis en place de pareilles unités pourra également nous permettre de glaner quelques conseils et informations à ce propos.

Pour que l'unité mobile puisse fonctionner correctement, il faut réussir à **recruter un minimum de praticiens**. Or, trouver assez de chirurgiens-dentistes volontaires, motivés, formés ou émettant l'envie de se former à accueillir des patients en situation de handicap n'est pas aisé, d'autant plus s'il s'agit de bénévolat. Le recrutement en province serait davantage compliqué du fait de la dispersion des praticiens sur le territoire et du temps plus important qu'ils passent dans leur propre cabinet. Pour pallier ce problème, certaines unités mobiles versent un salaire ou proposent des avantages financiers à leurs praticiens.

L'association du bus social dentaire de Paris propose ainsi aux chirurgiens-dentistes bénévoles retraités l'exonération de leurs frais d'inscription à l'Ordre et la prise en charge de leur responsabilité civile professionnelle (67).

La mobilisation d'étudiants en odontologie pour assister le chirurgien-dentiste pourrait aussi être envisagée si le recrutement d'une assistante dentaire se révélait difficile pour des raisons financières ou en cas d'absence de candidatures valables. Cela aurait l'avantage de sensibiliser les étudiants à la prise en charge des personnes en situation de handicap durant leur formation universitaire.

Le fonctionnement d'une unité mobile demande également la **mobilisation du personnel des EMS** pour l'accompagnement et l'encadrement des patients. Certes, les membres du personnel n'ont plus à se déplacer jusqu'au cabinet libéral ou à l'hôpital mais il est toujours nécessaire de les réquisitionner pour conduire le patient jusqu'au camion et être présents pendant la séance de soins de celui-ci. Il y a tout de même un avantage économique à ne pas les faire se déplacer jusqu'aux cabinets des praticiens.

Pour ce qui est de l'**installation** de l'unité mobile sur un site, il faut compter un jour, le temps de réaliser les branchements nécessaires, faire les niveaux, désangler les équipements, rendre le camion accessible pour tous ... Il faut prendre en compte cela dans le planning du camion. Lors de ce jour d'installation, du personnel est mobilisé mais aucun soin n'est réalisé donc il n'y a aucune rentrée d'argent. Avant tout déplacement, il faut aussi compter le temps de sangler l'ensemble des éléments du camion. Par ailleurs, l'emplacement, qui doit permettre l'accessibilité du camion à tous les patients et au personnel ainsi que le raccordement aux circuits électriques, d'eau potable et aux eaux usées, est difficile à trouver.

En outre, la **logistique** est contraignante. Il faut trouver un endroit pour garer l'unité mobile lorsque celle-ci ne fonctionne pas, comme par exemple le week-end. Il faut également prévoir un lieu qui réceptionne le petit matériel et consommables envoyés par les fournisseurs.

Il pourrait être intéressant de contacter le CHU Hôtel Dieu de Nantes pour savoir s'il aurait une place de stationnement à nous proposer et un endroit de stockage pour le matériel. Certains organismes gestionnaires d'unités mobiles ont retenu cette solution pour avoir une place de stationnement et un lieu de stockage (71).

6.3. Problèmes liés à la prise en charge

L'intervention d'une pareille unité risquerait de couper les liens existants entre les patients, le personnel des EMS et les **chirurgiens-dentistes de proximité** si l'unique raison pour laquelle les EMS décident d'accueillir le bus dentaire est de ne plus à avoir à s'occuper des déplacements et qu'ils voient en celui-ci une solution de facilité pour l'ensemble des résidents. L'unité mobile n'a pas à se substituer aux chirurgiens-dentistes de proximité quand ces derniers sont dans la capacité de soigner les résidents des EMS environnants. Elle ne devrait servir qu'aux patients en échec dans le parcours de soins habituel. Ce devrait seulement être une réponse complémentaire à l'offre de soins actuelle. Cependant, dans certaines zones sous-dotées ou très sous-dotées, cette alternative se transformera nécessairement en seule réponse possible à la demande de soins des résidents souffrant de l'inégale répartition territoriale des chirurgiens-dentistes et de la démographie déclinante de la profession.

En outre, l'unité mobile, du fait d'un passage trimestriel voir annuel et d'une occupation du site durant une période relativement courte, ne pourrait pas permettre la prise en charge des **urgences**. En effet, à moins que l'urgence ne survienne pendant le temps de présence du camion devant l'établissement, le patient ne pourrait être pris en charge par l'unité mobile.

D'autre part, un passage ponctuel soulève le problème du **sui**vi des patients et de l'établissement d'un **plan de traitement**, d'autant plus que le praticien peut changer d'un jour à l'autre dans une même semaine. Par ailleurs, comment gérer l'établissement d'une **relation de confiance** entre un patient et son praticien dans ces conditions ? Et qu'en est-il de la **liberté de choisir son praticien** quand celui-ci est imposé par l'association ?

6.4. Quid du volet « prévention » ?

Les dispositifs mis en place par les différents organismes en charge d'améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap favorisent avant tout la **prévention**. Ce principe émane de la Charte Romain Jacob (157). C'est la politique principale de l'UFSBD. C'est en ce sens qu'elle agit depuis de nombreuses années. Elle propose par exemple des formations au personnel des EMS et des séances de sensibilisation à l'hygiène orale aux personnes en situation de handicap et leur entourage.

Dans l'édition 2020 du guide de l'UFSBD « Tous mobilisés pour la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap », une étude compare la moyenne du nombre total de dents cariées C, la moyenne de dents absentes pour cause de carie A, la moyenne de dents obturées définitivement O et l'indice carieux (CAO) chez les enfants vivant en IME en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire. L'indice CAO correspond à la moyenne du nombre total de dents cariées, de dents absentes pour cause de carie et de dents obturées définitivement d'une population donnée divisée par le nombre d'individus examinés (158).

L'étude compare également les besoins en soins, en chirurgie et en détartrage chez ces mêmes enfants.

Les données ont été recueillies à la suite de dépistages réalisés entre 2016 et 2019 (158).

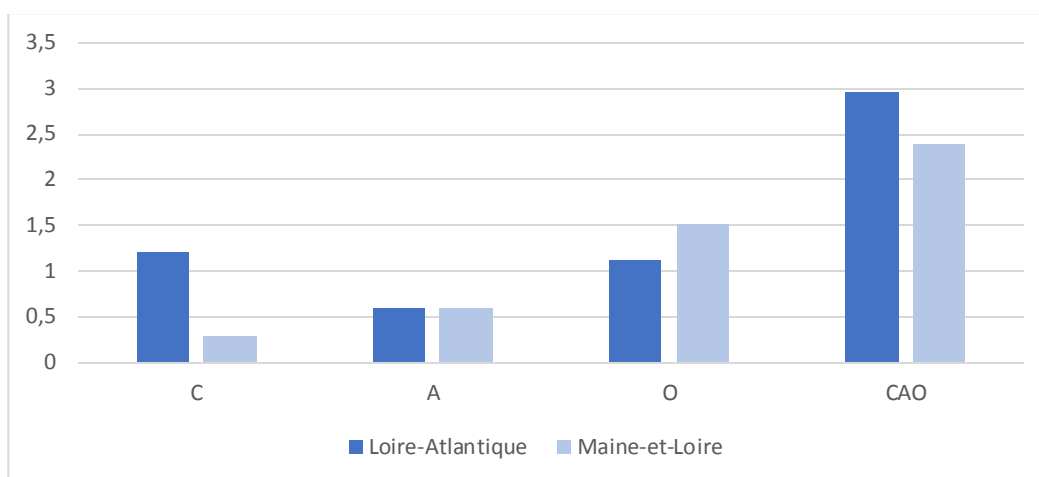


Figure 35 : Moyenne du nombre total de dents cariées C, de dents absentes A, de dents obturées O et indice CAO chez les enfants vivant en IME en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire d'après des données recueillies entre 2016 et 2019 (158)

Le nombre de caries est en moyenne de 1,2 par enfant en Loire-Atlantique alors qu'il n'est que de 0,3 par enfant dans le Maine-et-Loire. Moins d'un enfant sur trois a une carie dans le Maine-et-Loire.

Le nombre de dents absentes par enfant est identique dans les deux départements.

Le nombre de dents obturées est en moyenne de 1,52 par enfant dans le Maine-et-Loire. En Loire-Atlantique, la moyenne du nombre de dents obturées par enfant est de 1,13, elle est donc inférieure à celle calculée en Maine-et-Loire.

Quant à l'indice CAO, il est de 2,95 en Loire-Atlantique contre 2,4 en Maine-et-Loire (158).

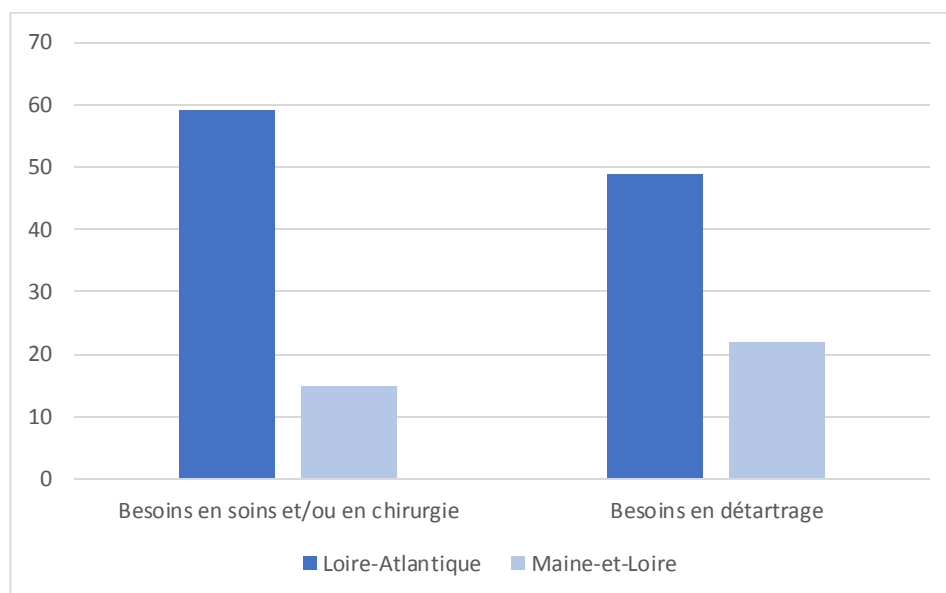


Figure 36 : Proportion en pourcentage d'enfants vivant en IME ayant besoin de soins, de chirurgie et/ou de détartrage en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire d'après des données recueillies entre 2016 et 2019 (158)

En Loire-Atlantique, le pourcentage d'enfants hébergés en IME ayant besoin de soins et/ou de chirurgie est de 59% alors qu'il n'est que de 15% en Maine-et-Loire. Les besoins en soins et/ou en chirurgie en Loire-Atlantique sont donc presque 4 fois plus importants qu'en Maine-et-Loire. Le pourcentage d'enfants en IME ayant besoin de détartrage en Loire-Atlantique est de 49%. En Maine-et-Loire, il n'est que de 22% (158).

Comment expliquer ces différences entre la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire ?

En 2009 dans le Maine-et-Loire, des représentants d'associations de personnes en situation de handicap et de représentants de la profession dentaire fondent l'association « Acsodent 49 » ayant pour but l'amélioration de l'accès à la santé et aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap. Depuis 2016, elle se nomme « **Acsodent Pays de la Loire** » (158).

Les trois principales missions de l'association sont :

- d'assurer la formation des acteurs de la santé bucco-dentaire (exemples : formation du personnel encadrant en ESAT, formation des chirurgiens-dentistes)
- d'accompagner la mise en place d'une offre régionale (exemples : recenser l'offre régionale de soins, apporter des outils aux professionnels de santé et aux personnels des EMS)
- de promouvoir l'information et la sensibilisation des personnes en situation de handicap et de leurs proches (exemple : mettre à disposition des familles des outils de prévention) (158)

La Loire-Atlantique n'a rejoint le programme de prévention de l'association qu'en 2017. Le programme de prévention de l'association est donc mené depuis plus longtemps dans les IME de Maine-et-Loire que dans ceux de Loire-Atlantique. Les données recueillies durant les dépistages prouvent l'influence positive du programme de prévention sur l'hygiène bucco-dentaire des enfants vivant en IME. **En Maine-et-Loire, ils ont moins de caries et moins besoin de soins, de chirurgie et de détartrage qu'en Loire-Atlantique.** L'hygiène y est plus régulière et efficace (158).

Quel rôle les unités mobiles de soins dentaires peuvent-elles jouer dans l'amélioration de la prévention bucco-dentaire ?

Les unités mobiles de soins dentaires, comme leur nom le laisse sous-entendre, sont surtout là pour réaliser des soins dentaires et ont finalement assez peu de temps pour dispenser des connaissances en matière d'hygiène bucco-dentaire aux personnes en situation de handicap et au personnel encadrant. Une sensibilisation sera tout de même réalisée auprès de chaque patient et chaque accompagnant. Les interventions de l'association « Acsodent Pays de la Loire » seront certainement de plus en plus nombreuses dans les EMS et auprès des chirurgiens-dentistes de la région dans les années à venir, ce qui permettra à la future unité mobile de soins dentaires de se concentrer principalement sur la réalisation des soins nécessaires.

6.5. Questions sociologiques

L'existence d'une unité mobile de soins dentaires peut soulever des questions d'ordre sociologique.

Dans la perspective d'une approche plus **inclusive** du système de santé, n'est-il pas paradoxal de proposer le passage d'une unité mobile de soins dentaires dans les établissements spécialisés ?

Nous pouvons nous demander si une solution exclusivement dédiée aux personnes en situation de handicap ne porte pas en elle le germe de la **discrimination**. Les militants antivalidistes luttent depuis plusieurs années pour une déconstruction de la norme capacitiste, une égalité de traitement à tous les niveaux et une accessibilité universelle. En proposant des offres spécifiques en parallèle du parcours de soins habituel, ne déresponsabiliserions-nous et ne déculpabiliserions-nous pas les chirurgiens-dentistes qui justifieraient leur refus de prendre en charge les personnes en situation de handicap par le fait que cela ne serait finalement pas de leur ressort ? Ne jamais oublier que le refus de soins est une discrimination contraire à la loi (159) et au serment d'Hippocrate.

Ce type d'initiative ne doit surtout pas empêcher la mise en place d'une meilleure formation initiale des professionnels de santé concernant la question du handicap.

De plus, cibler et se concentrer sur les établissements médico-sociaux alors que les positionnements politiques mondiaux actuels sont plutôt en faveur de la **désinstitutionnalisation** n'est-il pas antinomique ? La rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes en situation de handicap, suite à une évaluation des dispositions prises par l'État français pour respecter la Convention relative aux droits des personnes handicapées ratifiée le 31 décembre 2009, dénonçait la ségrégation systématique engendrée par la vie en établissement et conseillait à la France de faire de la désinstitutionnalisation une réelle priorité (160).

Comme rapporté plus haut, l'enquête menée dans le cadre du PNIR en 2004 a révélé un état de santé bucco-dentaire des individus vivant en EMS moins bon que celui des personnes n'y vivant pas et un accès aux soins spécifiques plus difficile (2). Il semble donc approprié et indispensable d'agir dans ces structures. Certes, nous avons le droit de ne pas cautionner l'existence ou la gestion de tels établissements mais le fait est qu'ils sont encore très présents sur le territoire et hébergent de nombreuses personnes. Ne pas les considérer, ce serait exclure une grande partie de la population en situation de handicap qui se trouve par ailleurs être actuellement celle qui a le plus besoin de prévention et de soins bucco-dentaires.

En outre, il est nécessaire de demander au préalable l'**avis** des personnes concernées quant à la nécessité d'un tel projet et de concevoir ensemble les solutions de demain pour l'amélioration de la santé orale. Être professionnel de santé ne justifie pas le fait de parler au nom des personnes en situation de handicap et de trouver des solutions pour eux sans les consulter. Dans un système pathologisant toutes les différences, il n'est pas rare de voir se mettre en place des compensations inopportunes et des actions paternalistes à l'égard des personnes en situation de handicap, fruits de l'empathie égocentrée des individus considérés comme « valides » et « capables » par ce même système (161).

Il est donc important de rencontrer les différents acteurs concernés par notre projet, de les questionner et les écouter pour pouvoir répondre au mieux aux difficultés rencontrées dans l'hygiène bucco-dentaire quotidienne et le parcours de soins.

Conclusion

Réfléchir à la manière de rendre notre système de santé plus **inclusif** pour les personnes en situation de handicap peut consister à imaginer des solutions innovantes hors du cadre habituel à partir des besoins exprimés des principaux concernés. Afin d'optimiser la prise en charge bucco-dentaire des résidents d'EMS dans la région, la création d'une **unité mobile de soins dentaires** se rendant sur leur lieu de vie a été envisagée.

Le travail de cette thèse a consisté à mettre en exergue les différents arguments justifiant la nécessité de la mise en place d'un pareil projet pour réfléchir ensuite concrètement aux moyens d'y parvenir.

Ainsi, nous avons pu mettre en avant, nonobstant la **spécificité de la santé bucco-dentaire et de la prise en charge** des personnes en situation de handicap, une **inadéquation de l'offre de soins** actuelle et une pauvreté dans la conception d'idées nouvelles pour améliorer leur inclusion. Il s'agit souvent d'initiatives personnelles, illustration d'un monde médical qui ne s'interroge finalement que trop peu à ce sujet.

En outre, nous avons pu constater, par le biais d'un **recensement** des personnes en situation de handicap et des EMS dans la région, une **répartition hétérogène** de ceux-ci. Les individus vivant loin des grands pôles urbains ont de ce fait davantage de difficultés à recourir aux soins spécifiques dont l'offre est principalement concentrée dans les villes les plus peuplées. Proposer une unité mobile semble donc une solution adéquate pour tenter de régler en partie les problèmes des zones sous-denses.

Parler de solution innovante n'est cependant pas très exacte car l'histoire de l'art et la littérature racontent que les premiers « charlatans » et « arracheurs de dents » allaient déjà de foire en foire pour soigner leurs patients de façon théâtrale. Par ailleurs, cela fait déjà plusieurs dizaines d'années que certains territoires français se sont dotés d'un camion dentaire pour prendre en charge les populations qui ont le plus difficilement accès aux soins.

C'est en s'appuyant sur ces exemples récents d'unités mobiles fonctionnelles, sur le cahier des charges élaboré par le Dr Pauline Batard et grâce à une étroite collaboration avec des constructeurs de véhicules utilitaires que nous avons pu mener à bien la réalisation de différents **plans de niveau** et une **modélisation** en trois dimensions du futur bus dentaire permettant d'imaginer concrètement l'aménagement de celui-ci.

Si l'usage d'unités mobiles n'a pas été démocratisé, c'est parce que leur **organisation légale** reste complexe. Pouvoir travailler hors d'une structure fixe est en France un véritable « parcours du combattant ». D'ailleurs, les gestionnaires de ces unités sont souvent des associations ou des mutuelles et non des particuliers car il est quasiment impossible pour ces derniers d'obtenir les autorisations nécessaires à la mise en place d'installation non fixe. C'est une des raisons pour laquelle nous avons envisagé de confier la gestion de notre unité mobile à une association. Deux possibilités s'offraient alors à nous : créer une association consacrée uniquement à la mise en place et au fonctionnement de celle-ci ou confier la gestion à une association déjà existante et luttant localement pour l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de handicap, à savoir l'association « **Les Lutins d'Apolline** » fondée par le Dr Louis-Marie Elhage et le Dr Isabelle Hyon. Logiquement et dans un souci de simplicité, nous avons opté pour la deuxième solution.

Ce qui nous a posé le plus de difficultés fut l'aspect financier du projet. Si nous n'avons pas eu de mal à retranscrire les concepts de comptabilité théorique indispensables à l'établissement d'un budget, obtenir des devis plus ou moins détaillés de la part des constructeurs de véhicules utilitaires et à répertorier les différentes sources de financement possibles, la réalisation concrète du **prévisionnel financier** se révéla compliquée et reste à ce jour incomplète. La première raison fut notre absence de maîtrise totale de la gestion comptable d'un projet dont le coût de mise en place et de fonctionnement s'élèverait à plusieurs centaines de milliers d'euros. La seconde raison fut la difficulté à obtenir des réponses des différentes associations contactées. Face à notre manque de compétence en matière de comptabilité et au silence des organisations gestionnaires interrogées, une partie de cette thèse reste à développer.

La solution serait de proposer la réalisation du budget par un **expert-comptable**. La finalisation du prévisionnel financier débloquerait la situation et permettrait par la suite de trouver plus facilement des investisseurs. Il pourrait être possible d'engager un expert-comptable professionnel dont le salaire serait à prévoir dans les charges du projet, de demander l'aide de professionnels bénévoles au sein de clubs services internationaux, de se rapprocher d'associations s'occupant de la gestion comptable de nouveaux projets ou de demander l'aide d'un ou plusieurs étudiants en école de comptabilité dans le cadre de leur formation.

Il nous reste cependant du chemin à parcourir. La mise en place de pareilles structures est toujours longue, freinée par un cadre légal et déontologique français complexe et la difficulté à trouver des financements. L'identification des différents freins devrait nous permettre de faire avancer notre projet en nous obligeant à nous concentrer sur chacun d'entre eux afin de les lever un à un. Nous espérons que le futur recensement des EMS intéressés par la venue de notre unité mobile et de praticiens volontaires représentera un argument supplémentaire en faveur de la concrétisation et du réel intérêt de notre projet. Ce dernier participe à l'élargissement de l'éventail de l'offre de soins dans une société qui devrait idéalement tendre vers l'accessibilité universelle. Plus largement, « **l'accès à tout pour tous** » devrait être un leitmotiv parmi les objectifs à atteindre pour les différents projets actuels et futurs afin que cette phrase ne soit plus seulement une utopie mais qu'elle se traduise de fait dans la réalité quotidienne.

Bibliographie

1. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; 2005. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>
2. **HENNEQUIN M., HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.** Audition publique « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ». Texte des experts. Paris : H.A.S, 69-92 [Internet]. 2008 [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/ap_acces_aux_soins_handicap_textes_t1.pdf
3. **JACOB P.** Rapport : Un droit citoyen pour la personne handicapée, Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement [Internet]. 2013 [cité 11 mars 2019] p. 16; 31. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pjacob-0306-macarlotti.pdf>
4. **ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.** Accès aux soins bucco-dentaires : rapport 2017 [Internet]. 2017 [cité 4 mars 2019] p. 7; 54. Disponible sur: https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_bucco_dentaire.pdf
5. **HESCOT P, MOUTARDE A.** Rapport de la mission « Handicap et santé bucco-dentaire » : Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Paris : Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, 2010 : 6.
6. **AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ PAYS DE LA LOIRE.** Mobilisation régionale pour la sensibilisation et la formation de tous les professionnels de santé à l'accompagnement de la personne vivant avec handicap [Internet]. 2019 [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/mobilisation-regionale-pour-la-sensibilisation-et-la-formation-de-tous-les-professionnels-de-sante>
7. **GAMBIN E.** Adapter le soin par la coordination territoriale. Travail social actualités. 2018;(96):24-6.
8. **CONSEIL RÉGIONAL DES PAYS DE LA LOIRE.** Plan régional d'accès à la santé 2017-2020 [Internet]. [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: https://www.paysdelaloire.fr/uploads/tx_oxcsnewsfiles/Plan_sant%C3%A9.pdf
9. **BATARD P.** Faciliter l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap : projet d'une unité mobile de soins dentaires. [Thèse d'exercice]. [France] ; Université de Nantes ; Unité de formation et de recherche d'odontologie; 2019.
10. **MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ.** Dossier de presse : Renforcer l'accès territorial aux soins [Internet]. 2017 [cité 25 déc 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf
11. **DELCEY M.** Notion de situation de handicap (moteur) : Les classifications internationales des handicaps. Déficiences motrices et situation de handicap. 2002. Disponible sur: http://www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/classifications_internationales_hp_MD_1-18.pdf

12. **ALBRECHT G, RAVAUD J, STIKER H.** L'émergence des disability studies : état des lieux et perspectives. *Sciences sociales et santé*. 2001;19(4):43-73. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2001_num_19_4_1535
13. **BARRAL C.** Reconfiguration internationale du handicap et loi du 11 février 2005. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*. 2008;3(73):95-102. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2008-3-page-95.htm>
14. **COLLECTIF POUR LA LIBERTE D'EXPRESSION DES AUTISTES.** Vie autonome. [Internet]. 2020 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://cle-autistes.fr/politique/vie-autonome/>
15. **BAS J.** Des paralyés étudiants aux handicapés méchants. La contribution des mouvements contestataires à l'unité de la catégorie de handicap. *Génèses*. 2017;2(107):56-81. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-geneses-2017-2-page-56.htm>
16. **HIVERT C.** Les handicapés méchants, mouvement autonome. [Internet]. 2010 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.mouvementautonome.com/article-les-handicapes-mechants-mouvement-autonome-42340323.html>
17. **ROIZES P.** Attention ! Handicapée méchante. Une femme par-delà le handicap. Une histoire particulière, un récit documentaire en 2 parties. [Internet]. 2018 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/series/attention-handicapee-mechante>
18. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.** Classification internationale du handicap : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies. 1980. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41005/9782877100205_fre.pdf;sequence=1
19. **LESPINET-NAJIB V, BELIO C.** Classification des handicaps : enjeux et controverses. *Hermes Rev.* 2013;66(2):104-10.
20. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.** Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF [Internet]. 2001 [cité 2 nov 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf
21. **WINANCE M.** La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS, 1980 et 2001. *Dynamis*. 28 déc 2007. Disponible sur: [file:///Users/apple/Downloads/La_notion_de_handicap_et_ses_transformations_a_tra%20\(1\).pdf](file:///Users/apple/Downloads/La_notion_de_handicap_et_ses_transformations_a_tra%20(1).pdf)
22. **UNION EUROPÉENNE.** Traité d'Amsterdam modifiant le traité sur l'Union Européenne, les traités instituant les Communautés européennes et certains actes connexes. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 1997.

23. **COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES.** Arrêt de la cour (grande chambre) dans l'affaire C-13/05 [Internet]. 2006 juill. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:62005CJ0013&from=EN>
24. **ORGANISATION DES NATIONS UNIES.** Convention relative aux droits des personnes en situation de handicap et protocole facultatif [Internet]. 2006 [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>
25. **CAMBERLEIN P.** Politiques et dispositifs du handicap en France. Collection Maxi Fiches. 3^e éd. Paris : Dunod ; 2015.
26. **VILLE I, FILLION E, RAVAUD J.** Introduction à la sociologie du handicap : Histoire, politiques et expérience. Collection Ouvertures politiques. Bruxelles : de Boeck Supérieur ; 2014.
27. **BLANC P. (COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES).** Compensation du handicap : le temps de la solidarité (Rapport d'information n° 369) [Internet]. 2002 [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r01-369/r01-369.html>
28. **OBSERVATOIRE RÉGIONALE DE SANTÉ (PAYS DE LA LOIRE) et al.** - 2017 - La santé des habitants des Pays de la Loire [Internet]. [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/SantePop/2017_rapport_etatsantepdl.pdf
29. **DROZ D.** Infirmité motrice cérébrale, polyhandicap et santé buccale. Arch Pédiatrie. juin 2008;15(5):849-51.
30. **ANASTASIO D, HEIN-HALBGEWACHS L, DROZ D, GERARD E.** Handicap et odontologie : propositions d'avenir. Actual Odonto-Stomatol. 2007;239:277-87.
31. **CASTOT A, ROULEAU-QUENETTE A, BROCA O, REBIERE I.** Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans. J Pédiatr Puéricult. 2009;22(4-5):235-40.
32. **HENNEQUIN M, COLLADO V, FAULKS D, VEYRUNE J-L.** Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées. Mot Cérébrale Réadapt Neurol Dév. 2008;25(1):1-11.
33. **UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE.** Accueil [Internet]. UFSBD. [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/>
34. **ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.** Une accélération décisive sur le dossier de l'accès aux soins [Internet]. 2017 [cité 16 juill 2019]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=714&cHash=7749cdc1f8a8dd5ea0eb2e8b49a77d05

35. **HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.** Rapport de la commission d'audition publique : Accès aux soins des personnes en situation de handicap [Internet]. Paris; 2009 [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736311/fr/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-rapport-de-la-commission-d-audition-publique
36. **FOLLIGUET M.** Rapport handicap : la santé bucco-dentaire des personnes handicapées [Internet]. Direction générale de la santé; 2006 [cité 30 janv 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_personnes_handicapees.pdf
37. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=DF48CC26895722CCD75B2F715FFF72DE.tplgfr25s_3?idArticle=LEGIARTI000037342689&cidTexte=LEGITEXT000037341676&dateTexte=20190329
38. **LES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE.** Je code : le supplément YYYY183 pour les patients en situation de handicap sévère [Internet]. Les Chirurgiens-Dentistes de France. 2020 [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: lescdf.fr/actualites/je-code-yyyy183
39. **CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LOIRE-ATLANTIQUE.** Les personnes en situation de handicap en 2018 [Internet]. 2019 [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: https://observatoire.loire-atlantique.fr/jcms/classement-des-contenus/mots-cles/regard-sur/regard-sur-08-regard-sur-les-personnes-en-situation-de-handicap-en-2018-juin-2019-fr-p1_11912
40. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Handicap : allocations (AAH, AEEH) et aides [Internet]. Le site officiel de l'administration française. 2020 [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N12230>
41. **PREMIER MINISTRE.** Sénat : Débats parlementaires. Journal Officiel de la République Française [Internet]. 2019 [cité 24 févr 2020];(40). Disponible sur: https://www.senat.fr/questions/jopdf/2019/2019-10-10_seq_20190040_0001_p000.pdf
42. **ASSOCIATION POUR LES ADULTES ET JEUNES HANDICAPES.** L'APAJH refuse l'intégration de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) au sein du Revenu Universel d'Activité (RUA) [Internet]. 2020 [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.apajh.org/index.php/zoom-sur/1663-2020-01-10-14-58-47>
43. **SEURET F.** Emmanuel Macron sort l'AAH du RUA. [Internet]. 2020 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.faire-face.fr/2020/02/13/macron-aah-rua-sortie/>
44. **OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ (PAYS DE LA LOIRE), AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (PAYS DE LA LOIRE), TALLEC A.** La santé des habitants des Pays de la Loire. Nantes: ORS, Observatoire régional de la santé Pays-de-la-Loire; 2017.

45. **DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES.** Le nombre des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés a doublé depuis 1990 [Internet]. 2018 [cité 20 oct 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1087.pdf
46. **GROUPE POLYHANDICAP FRANCE.** Définition du polyhandicap [Internet]. 2002 [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://gpf.asso.fr/le-gpf/definition-du-polyhandicap/>
47. **FOUCAULT M.** Conférence "La folie et la société" à la faculté des arts libéraux de l'université de Tokyo [Internet]. 1970 [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: <http://1libertaire.free.fr/MFoucault184.html>
48. **LOUBAT JR.** Désinstitutionnalisation et personnalisation : la posture d'avenir face à la situation de handicap [Internet]. [cité 17 avril 2020]. Disponible sur: http://jeanreneloubat.fr/pdf/Archives_dernieres-reflexions/desinstitutionnalisation_et_personnalisation.pdf
49. **CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE.** Guide de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées [Internet]. 2017 [cité 1 janv 2020]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/guide-de_l-habitat-inclusif-pour-les-personnes-handicapees-et-les-person.pdf
50. **CONSEIL FRANCAIS DES PERSONNES HANDICAPÉES POUR LES QUESTIONS EUROPÉENNES.** Institutions - Désinstitutionnalisation : Une proposition française relative aux choix de vie des personnes en situation de handicap au regard des Droits de l'Homme et de la pensée européenne [Internet]. 2008 [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.cfhe.org/upload/ressources/publications/041108-INSTITUTIONS-DESINSTITUTIONNALISATION.pdf>
51. **PRIOU J, DEMOUSTIER S.** Institutions et organisation de l'action sociale et médico-sociale. Collection Maxi Fiches. 3e éd. Paris : Dunod ; 2013.
52. **ACTION-SOCIALE.** Le Registre Français du Social et Médico-Social [Internet]. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.action-sociale.org/>
53. **APPUI SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAL.** Le numérique en santé - Le secteur médico-social: Comprendre pour agir mieux [Internet]. ANAP : Appui santé et médico-social. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <http://numerique.anap.fr/publication/1895-le-secteur-medico-social-comprendre-pour-agir-mieux/2795-fiches-par-etablissement-et-service>
54. **MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DU TRAVAIL.** FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux [Internet]. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>
55. **INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES.** Estimation de la population au 1^{er} janvier 2020 [Internet]. 2020 [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
56. **AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ.** Offre de services sanitaires, médico-social et social [Internet]. Atlasanté : La santé à la carte. 2019 [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: https://carto.atlasante.fr/1/ars_fr_offre_soins_c.map

57. **DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, MAKDESSI Y, MORDIER B.** Les établissements et services pour adultes handicapés - Résultats de l'enquête ES 2010. Document de travail série statistiques. mai 2013;(180):359. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat180.pdf>
58. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Handicap : travail en milieu ordinaire [Internet]. Le site officiel de l'administration française. 2020 [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15926>
59. **RIJKSMUSEUM.** Rijksmuseum – Het museum van Nederland - te Amsterdam [Internet]. Rijksmuseum. [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.rijksmuseum.nl/>
60. **ROUSSEAU J.** Lettre à d'Alembert. Paris ; Flammarion, 2003.
61. **BARON A, BARON P.** L'art dentaire à travers la peinture. Paris ; ACR Edition-Vilo, 1986.
62. **RIAUD X.** Les voitures de stomatologie pendant la Grand Guerre. Clystère : Histoire des objets et instruments médicaux - Histoire de la santé 04/15;(39):4-8.
63. **ZIMMER M.** Petite histoire de l'Art dentaire 1900-1950 [Internet]. Société française d'Histoire de l'Art Dentaire. [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhad/hist_1940-1950.htm
64. **LIFE.** LIFE photo archive hosted by Google [Internet]. [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: <http://images.google.com/hosted/life>
65. **YAFFA J.** Train for the Forgotten. National Geographic [Internet]. 2014 [cité 4 févr 2020];225(6). Disponible sur: <https://www.nationalgeographic.com/magazine/2014/06/siberian-medical-train/>
66. **ASSOCIATION APESAL.** Accueil [Internet]. APESAL. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.apesal.fr/>
67. **ASSOCIATION BUS SOCIAL DENTAIRE.** Accueil [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: <https://busdentaire.fr/>
68. **ASSOCIATION HANDIDENT PACA.** Rapport d'activité centre de santé mobile «Bus Handident PACA». Marseille : Handident PACA, 2017.
69. **GRASSAUD F.** Ain. La Croix-Rouge lance une Unité Mobile Dentaire [Internet]. France 3 Auvergne-Rhône-Alpes. 2019 [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/ain/bourg-bresse/ain-croix-rouge-lance-unite-mobile-dentaire-1692880.html>
70. **OCÉAN DENTISTE.** [cité 9 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ocean-dentiste.com/>
71. **PECHEVREWSKA C.** Utilité d'une unité dentaire mobile pour la réalisation des soins bucco-dentaires des personnes âgées résidant en EHPAD. [Thèse d'exercice].[France]; Université du droit et de la santé de Lille 2 ; Unité de formation et de recherche; 2015.

72. **BOUQUET C.** Communiqué de presse : Unité mobile dentaire : Des soins dentaires de proximité au Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis [Internet]. [cité 9 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.ch-lecateau.fr/fichs/19726.pdf>
73. **MUTUALITÉ FRANÇAISE LANDES.** Unité Mobile de Soins dentaires | Mutualité Française Landes [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: <http://mutualite-landes.fr/unite-mobile-de-soins/>
74. **MUTUALITÉ FRANÇAISE.** Une unité mobile de soins dentaires pour les personnes âgées handicapées [Internet]. Innovation Mutuelle. [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <https://www.innovation-mutuelle.fr/innovation/lunite-mobile-de-soins-dentaires/>
75. **IGHIRRI A.** Pourquoi Strasbourg s'occupe des dents de ses écoliers? 26 janv 2019 [cité 3 nov 2019]; Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/2435859-20190126-strasbourg-pourquoi-ville-occupe-dents-ecoliers>
76. **GRUAU.** Descriptif et offre commerciale : Cabinet dentaire mobile 3,5T sur plancher-cabine. Le Mans : Gruau, 2019.
77. **MINISTÈRE DE LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE ET SOLIDAIRE, MINISTÈRE DE LA COHÉSION DES TERRITOIRES.** Les locaux des professions libérales : réussir l'accessibilité [Internet]. [cité 14 juill 2019]. Disponible sur: https://www.ecologie-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/8_guide_professions_lib%C3%A9rales.pdf
78. **LAROUSSE E.** Définitions : déontologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 16 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9ontologie/23671>
79. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Article R4127-274. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020272309&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090215>
80. **RETRAITE COMPLÉMENTAIRE AGIRC ET ARRCO, UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE.** Santé bucco-dentaire : Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées. Paris : Retraite complémentaire Agirc et Arrco, Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, 2017. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2017/05/D-GUIDE-AGIRC-ARRCO-UFSBD-V2017.pdf>
81. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069570>
82. **HANDIDENT PACA.** Handident Ne laissons pas le handicap gagner leurs dents. [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: <http://handidentpaca.fr/>
83. **MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE.** Les modèles de statut d'association, rédaction des statuts | Associations.gouv.fr [Internet]. [cité 7 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.associations.gouv.fr/1001-redaction-statuts-association.html>

84. **LE GALL P.** Associations : le guide pratique. Collection Guide pour tous. Paris : 2018.
85. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Instances dirigeantes d'une association [Internet]. [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/associations/vosdroits/F1121>
86. **MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR.** Démarches [Internet]. <https://www.demarches.interieur.gouv.fr/>. 2018 [cité 4 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.demarches.interieur.gouv.fr>
87. **ASSOCIATHÈQUE.** Le site Associathèque [Internet]. 2019 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.associatheque.fr/fr/index.html>
88. **MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR.** Cerfa 13973*03 : Création d'une association, déclaration préalable [Internet]. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: https://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/cerfa_13973-03.pdf
89. **MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE.** Déclaration initiale | [Internet]. [cité 7 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.associations.gouv.fr/declaration-initiale.html>
90. **ASSISTANT-JURIDIQUE.FR.** L'assurance d'une association est-elle obligatoire ? [Internet]. 2020 [cité 4 févr 2020]. Disponible sur: https://www.assistant-juridique.fr/assurance_association_obligatoire.jsp
91. **ASSISTANT-JURIDIQUE.FR.** Guides juridiques à destination des entreprises et des associations [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.assistant-juridique.fr/>
92. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Le site officiel de l'administration française [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/associations>
93. **DIRECTION GÉNÉRALE DES IMPÔTS.** Bulletin Officiel des Impôts 4 H-5-06. 2006. Disponible sur: [file:///Users/apple/Downloads/4%20H-5-06%20\(OSBL\).pdf](file:///Users/apple/Downloads/4%20H-5-06%20(OSBL).pdf)
94. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Quelles sont les conditions pour qu'une association soit reconnue d'intérêt général ? [Internet]. Le portail de l'économie, des finances, de l'action et des comptes publics. [cité 4 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/cedef/association-reconnue-interet-general>
95. **ASSOCIATHÈQUE.** Les associations d'intérêt général [Internet]. Juris; 2015. Disponible sur: https://www.associatheque.fr/fr/fichiers/focus/Focus_interet_general.pdf
96. **ASSOCIATHÈQUE.** Les associations reconnues d'utilité publique [Internet]. Juris; 2015. Disponible sur: https://www.associatheque.fr/fr/fichiers/focus/Focus_Les_associations_RUP.pdf
97. **ELHAGE L.** Création au sein des services d'odontologie du CHU de Nantes d'une association ayant pour objectif l'amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. [Thèse d'exercice].[France]; Université de Nantes ; Unité de formation et de recherche d'odontologie; 2019.

98. **LES LUTINS D'APOLLINE.** Page facebook de l'association Les Lutins d'Apolline [Internet]. [cité 25 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/Les-Lutins-d'Apolline-1383002328484224/>
99. **ASSOCIATION LES LUTINS D'APOLLINE.** Statuts de l'association « Les lutins d'Apolline ». Nantes: Les lutins d'Apolline, 2017.
100. **PAULHAN I.** Le concept de coping. *Année Psychol.* 1992;92(4):545-57.
101. **MILLER S.** Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *J Pers Soc Psychol.* févr 1987;52(2):345-53.
102. **MILLER S.** Coping with impending stress: psychophysiological and cognitive correlates of choice. *Psychophysiology.* nov 1979;16(6):572-81.
103. **WILLIAMS M, JONES L.** Validating a measure of children's monitoring-blunting coping styles in dental situations. *Psychol Health Med.* 2012;17(3):274-84.
104. **SEIDEN S, MCMULLAN S, SEQUERRA-RAMOS L, DE OLIVEIRA G, ROTH A, ROSENBLATT A, et al.** Tablet-based Interactive Distraction (TBID) vs oral midazolam to minimize perioperative anxiety in pediatric patients: a noninferiority randomized trial. *Paediatr Anaesth.* déc 2014;24(12):1217-23.
105. **MULLER-BOLLA M, MANIERE M.** Collège des enseignants en odontologie pédiatrique. *Guide d'odontologie pédiatrique : La clinique par la preuve 2e éd.* Collection Guide clinique. Malakoff: CdP, 2018.
106. **BUQUET E.** Recensement des structures de prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap en Loire-Atlantique. [Thèse d'exercice].[France]; Université de Nantes ; Unité de formation et de recherche d'odontologie; 2019.
107. **BAILLARGEAU L.** Les structures de prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap en Loire-Atlantique : création d'un site internet à disposition des patients. [Thèse d'exercice].[France]; Université de Nantes ; Unité de formation et de recherche d'odontologie; 2019.
108. **CLERMONT T.** Le prévisionnel financier : définition, contenu et construction [Internet]. Compta-Facile. 2013 [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.compta-facile.com/le-previsionnel-financier/>
109. **MALLARD M.** Immobilisation incorporelle : définition et comptabilisation [Internet]. 2019 [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legalstart.fr/fiches-pratiques/comptabilite-entreprise/immobilisation-incorporelle/>
110. **COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES.** Règlement (CE) n°1126/2008 de la commission du 3 novembre 2008 portant adoption de certaines normes comptables internationales conformément au règlement (CE) n°1606/2002 du Parlement européen et du Conseil. *Journal Officiel de l'Union Européenne.* L320, 2008. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=OJ:L:2008:320:FULL&from=FR>

111. **FLEHOC V.** Comprendre le principe d'immobilisation comptable [Internet]. Le blog de Georges : Conseils pour la comptabilité des professions libérales. 2018 [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: <https://blog.georges.tech/comprendre-immobilisation-comptable/>
112. **LEBRUN B.** Immobilisations incorporelles en IFRS. Rev Française Comptab. 2016;495:2-3.
113. **MALLARD M.** Immobilisation financière : définition et exemples [Internet]. Legalstart. 2019 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legalstart.fr/fiches-pratiques/comptabilite-entreprise/immobilisation-financiere/>
114. **MALLARD M.** BFR : définition, calcul, exemples [Internet]. Legalstart. 2019 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legalstart.fr/fiches-pratiques/comptabilite/bfr/>
115. **CLERMONT T.** Le Besoin en fonds de roulement (BFR) : définition, calcul et intérêt [Internet]. Compta-Facile. 2013 [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.compta-facile.com/besoin-en-fond-de-roulement-bfr/>
116. **HENRY SCHEIN.** Matériel et consommable dentaire - Henry Schein France [Internet]. Henry Schein Division Cabinets. 2019 [cité 5 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.henryschein.fr/fr-fr/Cabinet/Default.aspx?did=dental>
117. **DENTALTIX.** Distributeur de matériel et fournitures dentaires [Internet]. 2020 [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.dentaltix.com/fr/>
118. **CLERMONT T.** Le compte de résultat prévisionnel : définition, contenu et construction [Internet]. Compta-Facile. 2013 [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.compta-facile.com/le-compte-de-resultat-previsionnel/>
119. **LOI1901.COM.** Le Plan Comptable des Associations détaillé [Internet]. [cité 20 sept 2019]. Disponible sur: https://www.loi1901.com/comptabilite/plan_comptable_association.pdf
120. **AUTORITÉ DES NORMES COMPTABLES.** Règlement ANC n°2014-03 relatif au Plan Comptable Général version consolidée au 1er janvier 2019 [Internet]. 2019 [cité 17 janv 2019]. Disponible sur: http://www.anc.gouv.fr/files/live/sites/anc/files/contributed/ANC/1.%20Normes%20fran%C3%A7aises/Recueils/Recueil%20comptable%20entreprises/2019/PCG_2019.pdf
121. **ASSOCIATION BUS SOCIAL DENTAIRE.** Compte de résultat Bus Social Dentaire année 2012 [Internet]. 2013 [cité 28 août 2019]. Disponible sur: https://busdentaire.fr/images/BSD/resultat_2012.pdf
122. **CLERMONT T.** Qu'est-ce qu'un produit en comptabilité ? [Internet]. Compta-Facile. 2016 [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.compta-facile.com/qu-est-ce-qu-un-produit-en-comptabilite-definition/>
123. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire. 2014 juill 31, 2014. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029313296&categorieLien=id>

124. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Circulaire n°5811/SG du Premier ministre Manuel Valls « Nouvelles relations entre les pouvoirs publics et les associations : déclinaison de la charte des engagements réciproques et soutien public aux associations » [Internet]. 2015 [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: http://www.occitanie.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/b_2015-09-16_circulaire_premierministre_relations_pouvoirs-publics_associations_cle01f672.pdf
125. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Conseil d'État, 10/ 7 SSR, du 25 septembre 1995, 155970, mentionné aux tables du recueil Lebon [Internet]. [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?sessionId=C3F62E6E712F23992DC204444C0DA93E.tpdjo05v_2?oldAction=rechExpJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007900859&fastReqId=909387860&fastPos=12
126. **CONSEIL DE NORMALISATION DES COMPTES PUBLICS.** Norme numéro 22 : Les subventions d'investissement versées - Recueil de normes comptables pour les entités publiques locales [Internet]. 2018 [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/cnosp/RNSPL/Projet_norme_22_Recueil_SPL_19_janvier_2018.pdf
127. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Formulaire CERFA n°12156*05. 2017. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/associations/vosdroits/R1271>
128. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Modèle de convention pluriannuelle d'objectifs avec une association [Internet]. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/associations/vosdroits/R47017>
129. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Modèle simplifié de convention pluriannuelle d'objectifs avec une association [Internet]. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/associations/vosdroits/R47018>
130. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Arrêté du 11 octobre 2006 relatif au compte rendu financier prévu par l'article 10 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000821399&categorieLien=id>
131. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Article L612-4. Code de commerce. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038610665&cidTexte=LEGITEXT000005634379&dateTexte=20190524>
132. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Journal Officiel - Diffuser les comptes annuels [Internet]. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.journal-officiel.gouv.fr/diffuser-les-comptes-annuels.html>
133. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Décret n° 2009-540 du 14 mai 2009 portant sur les obligations des associations et des fondations relatives à la publicité de leurs comptes annuels. 2009-540 mai 14, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020616498&categorieLien=id>

134. **LA VOIX DU NORD.** Une unité mobile veille sur la santé buccale des seniors de Sambre-Avesnois [Internet]. 2014 [cité 9 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.lavoixdunord.fr/archive/recup/region/une-unite-mobile-veille-sur-la-sante-buccale-des-seniors-ia23b44386n1893976>
135. **NAMUR M.** Un Bucco Bus pour les séniors [Internet]. Dentisfuturis. 2005 [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.dentisfuturis.com/un-bucco-bus-pour-les-sniors/>
136. **DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL.** En Haute-Normandie, Un buccobus propose des consultations dans des maisons de retraite [Internet]. Dental Tribune. 2013 [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://fr.dental-tribune.com/news/en-haute-normandie-un-buccobus-propose-des-consultations-dans-des-maisons-de-retraite/>
137. **RENAUT J.** Un bus pour avoir des dents saines là où manquent les dentistes [Internet]. [cité 9 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.sudouest.fr/2015/11/19/un-bus-pour-avoir-des-dents-saines-la-ou-manquent-les-dentistes-2190858-4940.php>
138. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Arrêté du 6 janvier 1989 relatif à la terminologie économique et financière. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000662155>
139. **MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES.** BIC - Réductions d'impôts - Mécénat ou réduction d'impôt pour les dons en faveur des œuvres et organismes visés à l'article 238 bis du CGI - Champ d'application - Entreprises concernées et organismes bénéficiaires des dons. Bull Off Financ Publiques-Impôts [Internet]. 2019 [cité 5 févr 2020]; Disponible sur: <http://bofip.impots.gouv.fr/bofip/10963-PGP.html?identifiant=BOI-BIC-RICI-20-30-10-10-20190807>
140. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Loi 2003-709 du 1er août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations [Internet]. 2003 [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: https://www.associatheque.fr/fr/fichiers/bao/loi_aillagon_2003_mecenat.pdf
141. **LUGINSLAND M.** Antoine Gloanec, dentiste marin. Clin. juill 2017;(7):522-4.
142. **LA MÉDICALE DE FRANCE.** Le Bus Social Dentaire en partenariat avec La Médicale [Internet]. 2016 [cité 27 août 2019]. Disponible sur: <https://www.lamedicale.fr/actu-fp-le-bus-social-dentaire-en-partenariat-avec-la-medicale-1374.aspx>
143. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Dons, donations et legs au bénéfice d'une association [Internet]. [cité 26 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/associations/vosdroits/F2722>
144. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Code général des impôts - Article 200 [Internet]. Code général des impôts. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006191957&cidTexte=LEGITEXT000006069577>
145. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Article 894. Code civil. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006433497&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20070101>

146. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Faire une donation [Internet]. Le site officiel de l'administration française. [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1404>
147. **BRAUDO S.** Définition de legs [Internet]. Dictionnaire Juridique. [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/legs.php>
148. **DENTALESPACE.** Bus Social: favoriser l'accès aux soins dentaires [Internet]. Dentalespace. 2017 [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.dentalespace.com/praticien/actualites/bus-social-favoriser-lacces-aux-soins-dentaires-des-plus-demunis/>
149. **MINISTÈRE CHARGÉ DE LA VIE ASSOCIATIVE, DIRECTION DE L'INFORMATION LÉGALE ET ADMINISTRATIVE.** Cotisations à une association [Internet]. Le site officiel de l'administration française. 2018 [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/associations/vosdroits/F3175>
150. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Article 238 bis. Code général des impôts. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037988777&cidTexte=LEGITEXT000006069577&dateTexte=20181231>
151. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Qu'est-ce que le financement participatif? [Internet]. [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/cedef/financement-participatif>
152. **HELLOASSO.** HelloAsso, la solution de paiement des associations [Internet]. HelloAsso. [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.helloasso.com/>
153. **ULULE.** Océan Dentiste : Quand la mer vous apporte le sourire ! [Internet]. Ulule. [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: <https://fr.ulule.com/ocean-dentiste/>
154. **ULULE.** Océan Dentiste - La brosse solidaire [Internet]. Ulule. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <https://fr.ulule.com/la-brosse-solidaire/>
155. **SERVICE DE PRESSE DE L'ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.** Vente aux enchères jeudi 14 janvier 2016 : 40 artistes se sont engagés pour le Bus Social Dentaire [Internet]. 2016 [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: http://www.dentalespace.com/praticien/wp-content/uploads/2016/01/Bus_Social_Dentaire_Vente_aux_Encheres.pdf
156. **FACULTY OF DENTISTRY MCGILL.** Clinique dentaire communautaire [Internet]. Faculty of Dentistry. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.mcgill.ca/dentistry/fr/patients/cliniques-communautaires/clinique-dentaire-communautaire>
157. **UNION FRANCAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE, HANDIDACTIQUE, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, CONFÉDÉRATION NATIONALE DES CHIRURGIENS-DENTAIRES, FÉDÉRATION DES SYNDICATS DENTAIRES LIBÉRAUX, UNION DES JEUNES CHIRURGIENS-DENTISTES.** Charte pour la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap [Internet]. 2015 [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2015/08/CharteHandicap280815-VERSION-FINALE-SIGNEE.pdf>

158. **UNION FRANCAISE POUR LA SANTE BUCCO-DENTAIRE.** Tous mobilisés pour la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. Paris : UFSBD, 2020.
159. **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Article 225-1. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000033461473&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20161120>
160. **SEVESTRE A.** « L'État français doit fermer progressivement tous les établissements » [Internet]. 2017 [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.faire-face.fr/2017/10/16/etat-francais-fermer-etablissements-onu/>
161. **QUENTIN B.** La philosophie face au handicap. Collection Connaissances de la diversité. ERES; 2017. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-philosophie-face-au-handicap--9782749238203.htm>

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Trois grands types de prestations au handicap et à la dépendance (40)	22
Tableau 2 : Effectif des bénéficiaires de prestations au handicap et à la dépendance en Pays de la Loire en 2014, 2015 et 2018 (39,44)	24
Tableau 3 : Part de la population en situation de handicap en fonction de la déficience et de l'âge en Loire-Atlantique en 2018 (39)	27
Tableau 4 : Quatre types d'EMS pour les individus en situation de handicap de moins de 20 ans(52,53)	29
Tableau 5 : Nombre d'EMS (IME, ITEP, IEM, EEAP) et de places autorisées pour les personnes en situation de handicap de moins de 20 ans en fonction du département de la région Pays de la Loire en 2019 (54)	30
Tableau 6 : Cinq types d'EMS pour les personnes en situation de handicap de plus de 20 ans (52,53)	34
Tableau 7 : Nombre d'EMS (FV, FH, FAM, ESAT, MAS) et de places autorisées pour les personnes en situation de handicap de plus de 20 ans en fonction du département des Pays de la Loire en 2019 (54)	35
Tableau 8 : Organes principaux d'une association (86,87)	52
Tableau 9 : Organes principaux de l'association "Les Lutins d'Apolline" (99)	56
Tableau 10 : Offre de soins du réseau Handident PACA (82)	59
Tableau 11 : Durée d'amortissement en fonction de la nature de l'immobilisation (111)	62
Tableau 12 : Emplois nécessaires au démarrage de l'unité mobile de soins dentaires complétés grâce à l'offre de Toutenkamion (prix en orange) et de prix catalogue (prix en bleu) (116,117)	63
Tableau 13 : Compte de résultats type (réalisé par Elsa de Lig)	64
Tableau 14 : Répartition des comptes de classe 6 (119)	65
Tableau 15 : Tableau comparatif des charges de 2011 et 2012 du bus social dentaire de Paris (121)	66
Tableau 16 : Tableau comparatif des charges de 2016 et 2017 du bus Handident PACA (68)	67
Tableau 17 : Répartition des comptes de classe 7 (119)	68
Tableau 18 : Tableau comparatif des produits de 2016 et 2017 du bus Handident PACA (68)	69
Tableau 19 : Tableau comparatif des produits de 2011 et 2012 du bus social dentaire de Paris (121)	69
Tableau 20 : Organismes financeurs, montant des subventions, coûts de l'investissement et du fonctionnement annuel en fonction des différentes unités mobiles dentaires (66,67,69,71,121,125,134,135,136,137)	72
Tableau 21 : Mécènes et nature du don en fonction des unités mobiles dentaires (67,70,73,82,141,142)	74
Figure 1 : Comité de lutte des handicapés, couverture du journal "Handicapés méchants" numéro 1, 1975 (17)	15
Figure 2 : Schéma conceptuel du handicap d'après la CIH (18)	16
Figure 3 : Schéma conceptuel du handicap d'après la CIF (20)	17
Figure 4 : Répartition des bénéficiaires d'un droit en cours en Loire-Atlantique en 2018 (39)	25
Figure 5 : Proportion en pourcentage par âge de la population totale ou en situation de handicap en Loire-Atlantique au 31/12/18 (39)	26
Figure 6 : Proportion de la population en situation de handicap en fonction de sa déficience principale en Loire-Atlantique en 2018 (39)	26
Figure 7 : Répartition par département des Pays de la Loire du nombre de places en EMS accueillant des personnes de moins de 20 ans en situation de handicap (IME, IEM, ITEP, EEAP) pour 10 000 habitants en 2019 (54,55)	31
Figure 8 : Répartition des EMS pour les personnes en situation de handicap de moins de 20 ans en région Pays de la Loire en 2019 (56)	32
Figure 9 : Répartition des EMS pour les personnes en situation de handicap de moins de 20 ans en Loire-Atlantique en 2018 (39)	33
Figure 10 : Répartition du nombre de places autorisées en FV, FH, FAM, ESAT et MAS en Pays de la Loire en 2019 (54)	35
Figure 11 : Répartition du nombre de FV, FH, FAM, ESA et MAS en Pays de la Loire en 2019 (54)	35
Figure 12 : Répartition par département des Pays de la Loire du nombre de places en EMS accueillant des adultes en situation de handicap (FV, FH, FAM, ESAT, MAS) pour 10 000 habitants en 2019 (54,55)	36
Figure 13 : Répartition des EMS pour les personnes en situation de handicap de plus de 20 ans en Pays de la Loire (56)	37
Figure 14 : Répartition des EMS pour les personnes en situation de handicap de plus de 20 ans en Loire-Atlantique en 2018 (39)	38
Figure 15 : Johannes Lingelbach, Le marché italien avec un dentiste charlatan, 1651, huile sur toile, 68,5cm x 86cm, Rijksmuseum Amsterdam (59)	39
Figure 16 : Peter Angelis, Le Dentiste, début du XVIIIème siècle, huile sur toile, Collection particulière (61)	40
Figure 17 : Henri Petit, photographie de l'intérieur du véhicule sanitaire de stomatologie numéro 2, Ambly sur Meuse, octobre 1917 (62)	40

Figure 18 : Tony Linck, photographies de l'intérieur et de l'extérieur d'un wagon de chemin de fer transformé en cabinet dentaire itinérant par la Croix-Rouge suisse, Varsovie en Pologne, 1947 (64)	41
Figure 19 : William Daniel, photographie de l'extérieur du train Matvei Mudrov, Sibérie, 2014 (65)	41
Figure 20 : Photographie du cabinet dentaire mobile de l'association APESAL, Hauts-de-France (66)	42
Figure 21 : Photographie de l'extérieur du bus Handident PACA (68)	43
Figure 22 : Modélisation du bateau Océan Dentiste (70)	44
Figure 23 : Plan de niveau (à gauche) et photographie de l'extérieur (à droite) du camion dentaire des Centres Hospitaliers de Sambre-Avesnois et du Cateau-Cambresis (71)	44
Figure 24 : Photographies de l'extérieur (à gauche) et de l'intérieur (à droite) de l'unité mobile de soins dentaires de la Mutualité du Nord des Landes (74)	45
Figure 25 : Photographies de l'extérieur (à gauche) et de l'intérieur (à droite) du centre municipal de santé dentaire Le Dentibus, Strasbourg (75)	45
Figure 26 : Plan de niveau d'une unité mobile de soins dentaires (réalisé sur Powerpoint par Elsa de Ligt)	46
Figure 27 : Plan de niveau de la zone de stérilisation précisant les différents appareils nécessaires dans le cycle de stérilisation (réalisé sur Powerpoint par Elsa de Ligt)	47
Figure 28 : Plan 3D de l'unité mobile de soins dentaires vue de dessus (réalisé avec le logiciel Sketchup par Elsa de Ligt)	48
Figure 29 : Plan 3D de l'unité mobile de soins dentaires vue de côté (réalisé avec le logiciel Sketchup par Elsa de Ligt)	48
Figure 30 : Plan de niveau proposé par le constructeur Gruau dans son offre commerciale (76)	49
Figure 31 : Logo de l'association nantaise Les Lutins d'Apolline (98)	55
Figure 32 : Photographie du catamaran d'Océan Dentiste (70)	73
Figure 33 : Capture d'écran de la page ayant servi au financement participatif du projet Océan Dentiste sur la plateforme ULULE en 2016 (153)	78
Figure 34 : Bulletin permettant de réaliser un don à l'association Handident PACA pour le fonctionnement du bus via le défi Marseille-Bastia à la rame, juin-juillet 2014 (82)	80
Figure 35 : Moyenne du nombre total de dents cariées C, de dents absentes A, de dents obturées O et indice CAO chez les enfants vivant en IME en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire d'après des données recueillies entre 2016 et 2019 (158)	84
Figure 36 : Proportion en pourcentage d'enfants vivant en IME ayant besoin de soins, de chirurgie et/ou de détartrage en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire d'après des données recueillies entre 2016 et 2019 (158)	84

DE LIGT (Elsa) - Organisation légale et financement d'une unité mobile de soins dentaires pour les personnes en situation de handicap 105 f. ; ill. ; tabl. ; 161 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent ; Nantes ; 2020)

RESUME :

La difficulté d'accès à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap doit nous pousser à concevoir des solutions permettant d'élargir l'éventail de l'offre de soins. Il s'agit là d'un enjeu majeur de santé publique. Face aux nombreux obstacles rencontrés par ces patients, le concept d'unité mobile de soins dentaires semble une alternative intéressante.

Le but de cette thèse est de connaître les moyens qui permettraient la mise en place d'un tel projet dans la région Pays de la Loire.

Dans un premier temps, nous exposerons des généralités concernant la santé bucco-dentaire et la prise en charge des personnes en situation de handicap. Dans un second temps, nous réaliserons un recensement des personnes en situation de handicap et des établissements médico-sociaux de la région. Par la suite, nous nous intéresserons plus spécifiquement aux unités mobiles depuis le XVIIème siècle jusqu'à aujourd'hui. Puis, nous nous pencherons sur l'organisation légale d'une structure non fixe. Par ailleurs, nous nous questionnerons sur le financement d'une unité mobile. Enfin, nous énumérerons quelques difficultés et questions soulevées par la réalisation d'un tel projet qui pourraient freiner sa concrétisation.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT :

Dentisterie sociale

MOTS CLES MESH :

Personnes handicapées – Disabled persons

Soins dentaires pour personnes handicapées – Dental care for disabled

Disparités d'accès aux soins – Healthcare disparities

Accessibilité des services de santé – Health services accesibility

Unités sanitaires mobiles – Mobile health units

JURY :

Président : Professeur Fabienne PEREZ

Assesseur : Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

Directeur : Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Co-directeur : Docteur Isabelle HYON

ADRESSE DE L'AUTEUR :

81 rue d'Allonville 44000 NANTES

elsadeligt@hotmail.fr