

Le passé, le présent, et l'avenir des
soins dentaires en France

By

Grace Yotts

* * * * *

Submitted in partial fulfillment
of the requirements for
Honors in the Department of French and Francophone Studies

UNION COLLEGE

March, 2020

ABSTRACT

YOTTS, GRACE Le passé, le présent, et l'avenir des soins dentaires en France.
Department of French and Francophone Studies, March 2020.

ADVISOR: Michelle Chilcoat

Picture the bustling streets of Paris in the mid-1700's, lined with a mosaic of shouting artisans and heckling businessmen trying to make a profit from the many passersby. Among the sea of street-savvy merchants, one man stood out. Wheeling an ornate cart decked in human teeth and performing partly as a charlatan, he was none other than a tooth-puller. Dental care in France was born through these theatrical tooth-pullers, who were looking more to be a spectacle than to relieve a toothache. As science progressed over time, so too did the stance on oral health. Revolutionary milestones such as the term "dentist" being coined in 1723 by physician Pierre Fauchard in his book *The Surgical Dentist* and the Dental School of Paris being established in 1879, dentistry evolved for more than a century to become what it is today. At the heart of modern-day dental care is the French social security system, which covers 70% of health care expenses. Even with its progressive model, French dental care still has many flaws. Oral hygiene in France is less than adequate, in part due to the inequalities within the healthcare system. However, evidence of improvement of the French healthcare system is on the horizon. Ground-breaking research on oral hygiene and dental care is being conducted and oral health promotion for all people is becoming a nation-wide priority.

L'HISTOIRE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE EN FRANCE

La grande philosophe Voltaire disait autrefois, « Le sourire fait fondre la glace, installe la confiance et guérit les blessures, c'est la clef des relations humaines sincères » (« Citation de Voltaire »). L'appréciation pour le sourire en France, n'était toujours une partie de leur culture. En fait, pendant le règne de Louis XIV, quand l'histoire des soins bucco-dentaire a commencé d'être documenté, les français souriaient avec les lèvres fermées (Jones 27) La littérature et l'art à l'époque rejetaient totalement les actes de sourire avec les dents et de rire, comme ils étaient les gestes ridicules et impolis (Jones 29-31). La signification d'un sourire était dégradée et de surcroît, les sourires étaient nuisibles pour la santé (Jones 31). Pourquoi il y avait cette hostilité vers les sourires ? Il s'avère que cette attitude mauvaise assortissait avec la condition mauvaise des dents.

L'illégitimité des soins dentaires. C'était inévitable pour les français de cette époque d'avoir besoin des extractions. La plupart des gens vivaient avec leur douleur jusqu'à leur instant critique (Jones 22). Les médecins étaient considérés la plus haute dans la hiérarchie médicale et ils ne feraient jamais des extractions. Les chirurgiens étaient moins éduqués que les médecins (Jones 21). Pourtant, les chirurgiens les plus réputés ne faisaient pas les extractions non plus à cause de la pression sur leurs poignets (Jones 21). Ce n'était pas rare d'avoir une extraction par un forgeron ou un barbier du coin avec leurs poignets forts (Jones 22). Dans les cas extrêmes, les personnes souffrantes lisaient les publications médicales pour une solution faite maison, arrachaient leurs propres dents, ou se tournaient vers l'intervention divine (Jones 22). Dans ce pool chaotique de choix, les arracheurs sur les dents émergeaient en France (Jones 22). Dans une lettre d'une dentiste aux États-Unis à un ami qui est dentiste, il moque le rôle d'arracheur des dents en France (« Dentistry in France »). Il les appelle des charlatans qui ont peu de

compétences dans leur travail (« Dentistry in France »). Ils utilisent les dents de leurs anciens patients comme des bibelots sur leur charrette à bras (« Dentistry in France »). L'homme admet qu'il aurait confiance plus en colporteur à Connecticut qu'un arracheur des dents parisien (« Dentistry in France »).

Les arracheurs des dents faisaient partie de la mosaïque des artisans et vendeurs qui mettaient en rang sur les rues de Paris pour promouvoir leurs commerces (Jones 22). Ils voyageaient pour gagner leurs vies et souvent combinaient leur pratique avec les séances théâtrales (Jones 23). Le mépris des médecins et des chirurgiens pour les dents permettait une spécialisation dans la communauté des arracheurs des dents qui s'appelaient les opérateurs des dents (Jones 22). Les opérateurs des dents étaient inclus officiellement sur l'équipe médicale du roi en 1649 (Jones 24). Les praticiens médicaux légitimes devenaient beaucoup plus réglementés par le Lieutenant-Général de Police à partir de 1667, mais il y avait des failles pour éviter une vraie formation (Jones 24-25). Les chirurgiens du roi, les médecins du roi et les artisans suivant la cour tous pouvaient éluder les mandats d'éducation (Jones 25). Si un opérateur pour les dents n'était pas déjà une partie du groupe des artisans suivant la cour, il pouvait être accordé le privilège de pratiquer à Paris (Jones 25). Avec ça, il restait toujours une grande population des charlatans sur les rues de Paris. Ils fréquentaient les endroits emblématiques comme Pont Neuf pour arracher les dents et quelques arracheurs des dents devenait célèbre, comme le Grand Thomas (Jones 26).

L'émergence du dentiste français. Après le mort du Grand Thomas' en 1757, un nouveau rôle semblable à celui d'une dentiste moderne développé (Jones 75). Pierre Fauchard écrivait le livre *Le Chirurgien-dentiste ou Traité des dents* et il inventait le mot « dentiste » (Godon 81). Son travail, une sorte de l'encyclopédie, menait Fauchard d'être considéré le père de la dentisterie

(Godon 72). Fauchard a écrit que l'odontologie avait une pénurie de structure de l'éducation en disant, aucun cours public, ni cours chirurgical spécifique dans lequel les maladies associées avec les dents [étaient] couvert amplement » (Godon 81). Le premier chapitre du livre focalise sur la structure, la position, et l'éruption des dents dans la bouche (Godon 73). Bien que les anatomistes aient rejeté l'existence des racines sur les dents, Fauchard a confirmé ce fait dans ce chapitre (Godon 73). Durant le livre, Fauchard admet qu'il y a une relation causale entre son régime et la condition de ses dents (Godon 74). Fauchard écrit, « il y a dans le sucre, un acide pénétrant et corrosif qui attaque les dents » (Godon 74). De plus, Fauchard divise plus de cent maladies dentaires dans trois classes différentes (Godon 74). Il donne quelques causes pour les caries et il les classifie comme les caries molles ou sèches (Godon 74).

Au milieu des autres choses révolutionnaire, Fauchard est la première personne de décrire la prothèse en détail dans son livre (Godon 79). Un découvert par Catherine Brut et son équipe témoigne du niveau de l'influence que Fauchard avait à l'époque. L'équipe a trouvé, dans un cercueil, d'un abbé à l'église Saint Martin-des-Champs de Paris qui date de 1781 (Valentin 306). L'abbé montrait évidence de la restauration sur ses dents, avec une ligature de contention d'or entourant trois dents pour soutenir la dent au milieu (Valentin 315) Ce traitement est pareil du traitement décrit dans Chapitre IX du livre de Pierre Fauchard qui s'appelle « Manière d'opérer pour raffermir les dents chancelantes » (Valentin 315). C'était un découvert était si important parce que l'évidence des travaux dentaires si tôt en histoire est tellement rare (Valentin 316). *L'Éducation dentaire en France*. Après ces développements dans le monde dentaire, les chirurgiens à Paris ont commencé d'organiser dans les rangs et les spécialisations spécifique, comme un expert pour les dents (Jones 83-84). Les experts suivaient une formation seulement sur une partie du corps (Jones 83). Avec la possibilité de spécialiser, la dentisterie devenait une

vraie vocation dans le 18^e siècle (Jones 100). Plus de 30 dentistes travaillait avec succès à Paris en 1750 (Jones 100). Après l'avancement de Fauchard de la connaissance publique des dents, des autres dentistes faisaient de même en publiant des œuvres pour éduquer la publique sur l'odontologie (Jones 102). En comparaison avec les autres pays européens, la France était le fer de lance du mouvement dentaire (Jones 102-103). Dans leur domaine prospère, les dentistes pouvaient se diriger vers leur art. Cette nouvelle génération des dentistes donnait la priorité à l'expérience du patient en réduisant la douleur et l'intrusion et en augmentant la précision (Jones 111) Aussi, c'était bien établi que la préservation des dents était essentielle, alors les dentistes utilisaient une éponge, un cure-dent non métallique, pour un grattoir pour la langue (Jones 117-118) Ces outils en plus de la brosse à dents pourraient être utilisé à la maison aussi par le patient (Jones 118). Il y avait aussi des autres innovateurs français dans le monde dentaire à part de Fauchard qui révolutionnaient l'odontologie. D'abord, un chirurgien-dentiste parisien qui s'appelait Claude Mouton a introduit l'utilisation une couronne d'or et l'émail blanc sur ces couronnes pour une meilleure esthétique en 1746 (« History of Dentistry »). Mouton a aussi décrit les pivots dentaires qui doivent être implanter pour les canaux dentaires (« History of Dentistry »). Par la suite, Nicholas Dubois de Chemant a reçu le premier brevet pour un dent en porcelaine en 1789 (« History of Dentistry »).

Autrefois, les dentistes apprenaient la profession par leur apprentissage qui durait 3-5 ans et un voyage aux États-Unis ou en Angleterre (Godon 22). Entre l'aube de l'odontologie avec Fauchard et le commencement des études dentaires modernes, il y avait un période transitoire (Godon 67-68). Cette période a fini quand la première école dentaire était établie à Baltimore aux États-Unis en 1839 (Godon 104). Quarante ans après, l'École Dentaire de Paris était fondée (Godon 104). Dans la même année, la Société syndicale odontologique de France était formée,

qui donnait une voix aux dentistes français (Godon 144). Ils présentaient devant l'assemblée Générale de 1880 pour assurer de l'organisation dans leur domaine du travail (Godon 145). L'École Dentaire de Paris encourageait l'expansion de leur programme avec une constitution qui promettait l'enseignement universel pour les étudiants dentaire avec un corps enseignant des cours comme l'anatomie, la dentisterie opératoire, et la pathologie et de la préparation pour les examens d'état (Godon 176-177, 182). Avec l'aide d'une autre société créée à l'École, un journal et une bibliothèque dentaire étaient établis (Godon 185, 188). Les soins dentaires aujourd'hui en France sont grâce à cette amélioration dans l'éducation.

COMMENT MARCHENT LES SOINS DENTAIRES AUJOURD'HUI

La sécurité sociale et l'inclusion des soins dentaires. L'idée de la Couverture Maladie Universelle est établie en 1999 pour couvrir tous les résidents légaux de France (« Oral Health Care in France »). La France utilise alors un système de sécurité sociale qui s'articule autour de contributions publiques pour financer la CMU (« Oral Health Care in France »). Le gouvernement français a la responsabilité de faire appliquer les impôts aux citoyens et de déterminer les prix pour les services qui concernent la santé (« Oral Health Care in France »). L'objectif de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie est de communiquer avec les syndicats médicaux pour définir quels produits et services médicaux méritent la couverture (« Oral Health Care in France »). La Couverture Maladie Universelle garantit un remboursement de 70% au moins pour les frais médicaux et dentaires (Tramini et al.). Cette couverture de 70% inclut des examens médicaux et des traitements simples (« Oral Health Care in France »). Pourtant, si un patient souffre d'une maladie chronique, il est entièrement couvert par la Couverture Maladie Universelle (« Oral Health Care in France »). Les traitements plus compliqués, comme ceux qui

nécessitent des dépistages, sont remboursés par le gouvernement (« Oral Health Care in France »). Pour autant, ces traitements sont souvent soumis aux tarifs supplémentaires (« Oral Health Care in France »). Il y a aussi les traitements non réglementés, qui incluent les traitements parodontaux, les implants dentaires, et la sédation (« Oral Health Care in France »). Ces traitements ne sont pas remboursés du tout par le gouvernement (« Oral Health Care in France »). Les remboursements par la sécurité sociale représentent 33% des dépenses médicales au total (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 7). Ces remboursements sont distribués spécifiquement avec 41,7 % pour les soins, 34,2 % pour les prothèses et 10,6 % pour l'orthodontie (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 7).

Les praticiens gagnent leurs revenus principalement par le biais du système d'assurance maladie (« Oral Health Care in France »). Par contre, dans le cas des traitements réglementés en partie par le gouvernement en plus des autres traitements, les praticiens peuvent demander un tarif supérieur au prix gouvernemental (« Oral Health Care in France »). Ces tarifs constituent le reste de leurs revenus (« Oral Health Care in France »). Ainsi que les prix des praticiens individuels, les hôpitaux et les services comptent des frais qui ne sont pas couverts (« Oral Health Care in France »). Les tickets modérateurs sont d'autres frais cachés qui sont souvent payés déboursés ou par l'assurance complémentaire (Tramini et al.). Beaucoup de français n'ont pas d'autre choix que de choisir un plan d'assurance complémentaire à cause de ces frais cachés (« Oral Health Care in France »). Quelquefois, la couverture santé secondaire est fournie avec un emploi (« Oral Health Care in France »). L'assurance complémentaire en France est en train d'évoluer rapidement, avec l'augmentation du nombre de traitements couverts (« Oral Health Care in France »). De plus, le gouvernement français conçoit le système de santé pour protéger tout le monde, particulièrement les personnes « les plus vulnérables » dans la société (« Oral

Health Care in France »). Dans ce cas, les praticiens se débarrassent généralement des frais plus du prix fixe (« Oral Health Care in France »). Pour protéger les populations les plus défavorisées en France, l'Aide Médicale d'État a été établie pour couvrir les immigrants illégaux en France qui ont été dans le pays pendant trois mois au moins (« Oral Health Care in France »). Les soins ne peuvent être refusés ni aux patients couverts par la CMU ni aux patients couverts par l'AME (« Oral Health Care in France »). L'AME coûtait 712 millions d'euros en 2013 (« Oral Health Care in France »). En comparaison, le coût total des soins en France la même année s'élevait à 186,7 millions d'euros, soit 2 843 Euros par personne (« Oral Health Care in France »). 76% de ce prix conséquent venait du système d'assurance maladie (« Oral Health Care in France »).

La consommation des soins dentaires. Les urgences médicales en plus des urgences dentaires exigent une visite à l'hôpital aux urgences (Tramini et al.). Par ailleurs, les soins dentaires représentent 20% des dépenses pour les soins ambulatoires (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 4). La consommation des soins dentaires en France coûtait 11,1 milliards d'euros en 2016 (Zambrowski 8). Ces soins dentaires concernent surtout le traitement de caries et de maladies parodontales (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 4). Même s'il y a peu de statistiques sur ces maladies, la gingivite affecte très probablement des milliers des Français et les parodontites touchent 10 à 20% de la population (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 5). 43% des Français avaient fait une visite médicale au cabinet dentaire au moins une fois au cours de l'année en 2014 (Zambrowski 9). On peut voir une tendance entre l'âge d'un patient et le traitement probable qu'il reçoit : les enfants ont davantage besoin de traitements orthodontiques et les adultes de traitements prothétiques (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 6). Les soins délivrés varient aussi en fonction du sexe et du statut socio-économique. Les femmes consomment plus de soins dentaires que les hommes et le recours à ces soins pour les femmes qui sont des cadres est de 7,5% contre 3,3% pour les

agriculteurs (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 6). La voie de recours varie entre chaque patient, dépendant de leur assurance complémentaire. 40,8% des personnes qui ont une couverture complémentaire continuent avec leurs traitements dentaires, en comparaison avec les 23,2% de personnes qui veulent le recours sans couverture complémentaire (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 6).

Pour montrer avec plus de détails le segment démographique des patients dentaires en France, une étude de cas menée à Montpellier a analysé les patients aux urgences du coin (Tramini et al.). Le but de ces recherches était de déterminer les facteurs qui provoquent les visites aux urgences à cause de problèmes bucco-dentaires (Tramini et al.). Les caractéristiques de la population française qui cherchent les premiers secours sont difficiles à énumérer parce que la France est extrêmement diverse et les suivis sont rares parce que les praticiens aux urgences adressent les patients aux spécialistes (Tramini et al.). Les chercheurs pour cette étude ont comparé les profils de 500 patients aux urgences avec 500 patients ambulatoires ayant pris rendez-vous (Tramini et al.). Les participants se sont vus poser quelques questions afin de connaître leur tranche d'âge, leur genre, leur proximité par rapport à l'hôpital, leur profession, la classification de leur maladie dentaire, les dents concernées, leur consommation de tabac, et leur niveau de l'hygiène dentaire (Tramini et al.). Les conclusions présentaient un rapport avec 48,7% hommes et 51,3% femmes sur l'ensemble (Tramini et al.). 74,4% de ces patients voulaient des soins à cause d'une douleur aiguë (Tramini et al.). 41,4% des participants qui avaient des affections d'urgence haute étaient fumeurs (Tramini et al.). Les soins de premier secours étaient nécessaires pour 70,2% des ouvriers et 55,0% des chômeurs (Tramini et al.). 41,1% des sujets qui allaient aux urgences habitaient dans un rayon de 1 kilomètre de l'hôpital (Tramini et al.). Les patients dans l'étude attendaient quelques heures aux urgences plutôt que quelques mois

pour un rendez-vous dans un cabinet dentaire privé (Tramini et al.). La majorité des sujets ne retournaient pour un suivi (Tramini et al.). Comme les cabinets privés ont des attentes longues et qu'ils sont fermés pendant les week-ends et les fêtes, les services d'urgences constituent une ressource très importante pour la population française (Tramini et al.).

La formation devenir dentiste en France. Les dentistes en France doivent être citoyens de la Communauté économique européenne, avoir un diplôme d'un pays de la CEE, et être inscrits comme dentistes en France (« Oral Health Care in France »). Pour devenir dentiste en France ou même dans un autre pays de la CEE, il faut compter six années d'études, composée des cours théoriques, des travaux pratiques sur un mannequin et sur des fausses dents, et d'un stage au cabinet universitaire (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 6). En outre, l'enseignement sur le sujet de santé publique a lieu durant la deuxième année des études et les activités de santé publique sont obligatoires pour les étudiants dentaires dans leur sixième année (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 6). Pour l'internat, qui dure trois années, les étudiants dentaires doivent participer à un concours national qui se déroule durant la cinquième année d'études (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 6). Il y a de nombreuses disciplines dentaires mais elles demandent la même formation qu'un dentiste général (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 6). Un tiers environ des centres hospitaliers universitaires en France ont un département d'odontologie, au sein duquel les étudiants de 15 facultés d'odontologie apprennent et travaillent (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 5). Il y a seize UFR d'odontologie en France au total et une seule faculté fonctionne indépendamment d'un hôpital universitaire (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 6). À peu près un millier d'odontologistes hospitalo-universitaires travaillent en France (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 6). De plus, moins de 25% des enseignants aux hôpitaux universitaires y travaillent à temps plein (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 5). Quand les dentistes terminent leurs éducations, ils peuvent ouvrir leur cabinet. Leur formation

rend évidemment les nouveaux dentistes plus qualifiés pour les traitements dentaires (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 5-6). Les hygiénistes qui nettoient les dents n'existent pas en France (« Oral Health Care in France »). Alors, les dentistes peuvent embaucher des assistants dentaires pour aider dans leur cabinet (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 6). Pourtant, la formation des assistantes dentaires n'est pas diplômante et ils ne peuvent pas traiter les patients (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 6). Pour cette raison, la plupart des assistants dentaires travaillent dans un laboratoire (« Oral Health Care in France »).

La population des dentistes. La population de chirurgiens-dentistes en France a été relativement constante depuis 1990 (Devoue). D'après l'Ordre Nationale des Chirurgiens-Dentistes, il y avait 40871 chirurgiens-dentistes en France en 1990 et 40002 chirurgiens-dentistes en France en 2011 (Devoue). La densité des dentistes en France est environ 63 dentistes pour 100 000 personnes, mais cette densité diffère fortement d'une région à l'autre (« Oral Health Care in France »). La densité en France est assez similaire à celle des États-Unis, du Japon, et de quelques pays de l'Union Européenne qui ont des densités professionnelles entre 60 et 75 dentistes pour 100 000 habitants (Devoue). Les chirurgiens-dentistes ont plutôt tendance à travailler dans le sud de la France dans des agglomérations (Devoue). En 2010, 58,2 % des dentistes s'installaient dans les communautés avec entre 10 000 à 2 000 000 habitants, 6,6 % des dentistes travaillaient dans les régions avec moins de 5 000 habitants, 6,4 % dans les communautés de 5 000 à 10 000 habitants, et 7,9 % à la campagne (Devoue). En 2011, la ville avec les plus dentistes par personnes était la ville de Paris, avec 139 dentistes par 100 000 habitants (Devoue). Les Alpes-Maritimes, la Haute Garonne, et Les Pyrénées-Atlantiques se vantent de leur forte densité des dentistes (Devoue). Les régions qui ont des densités basses, moins de 40 dentistes par 100 000 habitants, sont Mayotte, la Guyane, la Somme, la Creuse, la Haute-Saône, la Manche, et la Martinique (Devoue). En 2014,

il y avait 41 495 dentistes en exercice, mais seulement 6% des dentistes en France étaient des spécialistes (« Oral Health Care in France »). Ce pourcentage était plus bas dans le Cantal, dans l'Ariège, dans les Deux-Sèvres, et en Guadeloupe (Devoue). La Guyane, la Haute-Saône, la Lozère, et Mayotte manquent totalement des spécialistes dentaires (Devoue).

85% des chirurgiens actifs en 2014 étaient des praticiens indépendants (« Oral Health Care in France »). Les dentistes salariés sont toujours une minorité, mais le nombre est en hausse (Devoue). L'âge moyen des dentistes en France est entre 40 et 50 ans (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 6). Cette moyenne est en train d'augmenter, avec l'âge moyen de 41,6 ans en 1990 et l'âge moyen de 48 ans en 2011 (Devoue). En France, 33% des chirurgiens-dentistes sont des femmes et 66% sont des hommes (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 6). Exceptionnellement, 54% des orthodontistes sont des femmes (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre 6). La plupart des dentistes qui ont moins de 35 ans sont des femmes, cette statistique montre donc la féminisation du domaine dentaire (Devoue). En plus de la diversification des dentistes sur la base du sexe, il y a une diversification par rapport aux origines ethniques. Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques, en 2007, 6026 chirurgiens-dentistes en France étaient d'origine étrangère, notamment 1903 dentistes d'Algérie, 1250 du Maroc, 275 d'Allemagne, et 132 de Belgique (Devoue). En 2010, quarante et une nationalités étaient représentées parmi les 1050 nouveaux chirurgiens-dentistes inscrits à l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (Devoue).

LES MAUVAISES CÔTÉS DU SYSTÈME

Le manque d'hygiène. De manière générale, les habitudes dentaires des Français sont médiocres. 50% de la population française allouent moins de trois minutes par jour à leur hygiène dentaire (« France: long in the tooth »). Un tiers des français se brossent les dents seulement une fois par

jour (« France: long in the tooth »). Quand ils se brossent les dents, 47% des Français le font pendant plus de deux minutes (« La France, mauvaise élève en matière d'hygiène bucco-dentaire ») ; la plupart des français se brossent les dents pendant 56 secondes chaque fois (« Les français négligent leur hygiène bucco-dentaire ») . Les français utilisent en moyenne 2,4 brosses à dents et 4,4 tubes des dentifrices par an (« Oral Health Care in France »). Ces chiffres sont en dessous des recommandations de 4 brosses à dents et 6 tubes de dentifrice (« France : long in the tooth »). 12% des français utilisent des bains de bouche au moins une fois par jours, ce qui est peu en comparaison avec la moyenne européenne de 37% (« La France, mauvaise élève en matière d'hygiène bucco-dentaire »). Les hygiènes déficientes en France ont un effet économique. Dans une étude nationale menée en 2004, le prix de plusieurs produits dentaires a diminué (« France : long in the tooth »). Les dentifrices ont perdu 9% de leur valeur au cours de l'année (« France : long in the tooth »). Les soldes sur les bains de bouche et les fils dentaires ont réduit leur prix de 27,1% pour l'année (« France: long in the tooth »). Les bains de bouche ont perdu 1,5% de leur valeur au total (« France: long in the tooth »). Les soldes sur les brosses à dents ont fait baisser les prix de 1,5% et de 11,1% pour les brosses à dents électrique (« France: long in the tooth »).

Entretenir ses dents et aller régulièrement chez le dentiste ne font pas partie de la culture française (« Oral Health Care in France »). Une partie importante de la population française néglige ses soins dentaires jusqu'au moment où une intervention médicale soit nécessaire (« Oral Health Care in France »). Plus précisément, une étude de l'Institut français d'opinion publique en 2013 concluait que 41% des français évitent leur visite annuelle chez le dentiste (« Les français négligent leur hygiène bucco-dentaire ») . De plus, seulement 37% des Français vont chez le dentiste pour des raisons de prévention (Zambrowski 10). Un pourcentage inquiétant de 19% des

français n'ont aucun soucis dentaire (« France: long in the tooth »). Une étude menée en 2002 par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé montrait que la gingivite touchait plus de 80% des adultes en France (Coppin 28). La population française est soufferte aussi de la présence des poches parodontales. Dans un sondage de 2132 adultes français âgés de 35 à 64 ans, 80% avaient les poches parodontales et 45% avaient une perte d'attachement parodontale supérieure à cinq millimètres (« Oral Health Care in France »). Les maladies dentaires nuisent également à la santé générale. Selon une étude réalisée en 2007 et appelée « Connaissances et pratiques en termes de santé bucco-dentaire chez les personnes diabétiques de type 2 », 70% des personnes ignoraient la relation entre le diabète et la santé bucco-dentaire (Coppin 16). De plus, 40% des personnes ne mentionnent pas leurs maladies à leurs dentistes (Coppin 16). Par ailleurs, les patients français font appel à leur médecin généraliste plutôt qu'au dentiste pour traiter les problèmes bucco-dentaires, même si les médecins ont une idée limitée de ces maladies (Pegon-Machat et al.). Les médecins ont une idée limitée des maladies dentaires, donc la maladie ne peut pas être détectée à un stade précoce (Pegon-Machat et al.).

Les inégalités des soins dentaires chez les enfants. L'inégalité d'accès aux soins dentaires est bien liée aux problèmes et disparités d'hygiène dentaire en France. Les soins dentaires parmi les enfants en France sont toujours en cours. L'état de santé dentaire des enfants est difficile à discerner étant donné il n'existe pas d'enquête annuelle menée par le gouvernement (« Oral Health Care in France »). Seulement 56% des enfants en France ne présentent pas de caries dentaires (« Oral Health Care in France »). Un sondage français de 2004 indique que plus d'un tiers des enfants de 6 ans et plus de 50% des enfants entre 9 et 12 ans ont des caries dentaires (Bas et Azogui-Lévy). La moyenne des dents cariées pour les enfants français du même sondage est de 3 à 4 (Bas et Azogui-Lévy). Pourtant, seulement un tiers de ces enfants recevaient des

traitements (Bas et Azogui-Lévy). 70% des enfants en France au total allaient chez le dentiste et seulement 46% dans les départements d'outre-mer (Coppin 27). Il y a des disparités supplémentaires chez les enfants français, comme dans l'indice CAO. Une indice CAO est la méthode de représentation numérique l'ensemble des dents cariées, absentes et obturées (Azogul Lévy et Boy-Lefèvre). Cet indice dépend en grande partie du statut socio-économique de l'enfant et de sa famille (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre). Pour les enfants de cadres âgés de 12 ans, l'indice est 1,5 mais il s'élève à 2,5 pour les enfants d'ouvriers du même âge (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre). En même temps, 4% des enfants de cadres de 5 ans ont au moins une carie, alors que 23% des enfants d'ouvriers âgés de 5 ans ont une carie (« Les français négligent leur hygiène bucco-dentaire »).

Pour s'adresser au problème de l'inégalité concernant les soins dentaires pour les enfants, le gouvernement a mis en place M'T Dents, un programme de prévention bucco-dentaire pour les enfants. Une étude récente visait en 2019 à analyser l'efficacité ce programme (Bas et Azogui-Lévy). 1937 enfants âgés de 6 à 16 ans ont participé à l'étude (Bas et Azogui-Lévy). On a trouvé que 57% des enfants de l'échantillon ont visité un dentiste (Bas et Azogui-Lévy). L'utilisation du programme augmente en générale selon les revenus des parents (Bas et Azogui-Lévy). Le programme Examen bucco-dentaire profite aux enfants qui participent, mais les enfants qui en ont le plus besoin n'en bénéficient pas (Bas et Azogui-Lévy). Dans les autres études au sujet de ce programme, on peut voir que le programme comporte des défauts. Tout d'abord, le programme commence pour les enfants de six ans dans l'année de l'étude (Zambrowski 9). Cet âge de référence est trop avancé parce que les enfants devraient apprendre de la prévention plus tôt dans leur vie (Zambrowski 9). Ensuite, seuls les enfants qui ont 6, 9, et 15 ans peuvent bénéficier du programme et 75%, 70% et 40% de ces enfants respectivement

prennent part au programme (Coppin 26-27). Ces visites tous les 3 ans ne sont pas suffisantes pour avoir une bouche saine et une visite annuelle serait plus appropriée (Zambrowski 9).

Finalement, le programme M'T Dents a réduit le nombre des enfants bénéficiaires de 250 000 à 20 000 enfants juste dans les régions prioritaires et aucun filtrage national n'a été fait pour les enfants dans les écoles (Zambrowski 9).

Les inégalités des soins dentaires dans la population pauvre. Comme les inégalités de soins dentaires pour les enfants sont avant tout financières, il s'agit également d'examiner les inégalités des soins dentaires pour les adultes pauvres en France. La plupart des français désavantagés hésitent à utiliser des soins dentaires plus que c'est nécessaire (« Oral Health Care in France »). En 2010, 26% des patients bénéficiant de la Couverture maladie universelle ont abandonné leurs traitements avant leur consultation avec un dentiste (Pegon-Machat et al.). Plusieurs traitements rendent les soins dentaires plus supportables, comme la sédation, mais ces traitements coûtent entre 80 et 150 Euros (Pegon-Machat et al.) De plus, ils ne sont pas couverts par l'assurance maladie (Pegon-Machat et al.). Selon l'étude de *Santé et protection sociale*, environ 18% des français estiment que le coût empêche leur accès aux soins dentaires (Bas et Azogui-Lévy). Il y a une hiérarchie évidente dans la qualité des dents entre les classes sociales en France. Une étude trouvait que l'indice CAO est particulièrement élevé chez les artisans, les commerçants, et les ouvriers (Coppin 27). 43% de ce groupe de travailleurs avaient une carie, tandis que 33% des autres adultes de l'étude en souffraient (Coppin 27). Cette étude a aussi conclu que 64,7% des ouvriers, 30,9% des employés, et 0% des cadres avaient un indice CAO supérieur à 10 (Coppin 27). D'après une autre étude menée en 2000, 45 % des ouvriers non qualifiés avaient au moins une dent manquante contre 29 % pour les cadres (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre). Les soins dentaires pour les personnes les plus défavorisées peuvent donner lieu à

des discriminations : 40% des dentistes refusent d'accepter les patients bénéficiant de la Couverture maladie universelle complémentaire- les patients les plus précaires alors (« Oral Health Care in France »). Lorsque ces dentistes sont interrogés sur le refus des patients, ils avancent seulement des raisons économiques (Pegon-Machat et al.). Aujourd'hui en France, les soins dentaires sont réservés aux plus aisés.

Les inégalités des soins dentaires chez les personnes âgées. Les personnes âgées en France connaissent aussi des inégalités face aux soins dentaires. Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 75% des résidents en maison de retraite ont un mauvais état de santé bucco-dentaire (Azogul-Lévy et Boy-Lefèvre). En outre, 10% des personnes plus de 75 ans et 24% des personnes plus de 85 ans vivaient en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2007 (Coppin 16). 85% de ces personnes âgées avaient besoin de rendre visite à un dentiste, mais seulement 20% d'entre eux y sont allés au cours des cinq dernières années (Coppin 16). 40% de ces résidents avaient une carie ou une dent qui avaient besoin d'être arrachée (Coppin 16). L'Enquête Handicap Santé – Ménages a été menée en 2008 pour 28 500 personnes de tous âges pour examiner les états de santé, sociodémographiques, et socio-économiques de la population française (Lupi-Pegurier et al.). Seuls les 9 233 participants en-dessous l'âge de 60 ans ont été pris en compte dans l'analyse (Lupi-Pegurier et al.). 40,3% de ce groupe avaient rendu visite à leur dentiste au cours de l'année passée (Lupi-Pegurier et al.). La probabilité d'aller chez le dentiste était plus haute chez les personnes âgées issues d'une classe sociale plus élevée (Lupi-Pegurier et al.). La densité des dentistes n'a pas de signification notable dans cette enquête (Lupi-Pegurier et al.). Les personnes âgées étaient moins susceptibles d'aller chez le dentiste quand la densité de population parmi les

dentistes de la région était basse (Lupi-Pegurier et al.). La situation financière des personnes âgées en France et les inégalités d'accès aux soins dentaires sont intimement liées.

Les inégalités de soins dentaires chez les populations handicapées. Dernièrement, on observe des inégalités face aux soins dentaires chez les populations handicapées en France. La promotion de l'hygiène dentaire pour les personnes handicapées en France s'avère très difficile parce qu'elle relève la plupart du temps de la responsabilité du tuteur qui prodigue les soins (Catteau et al.). 59% des personnes handicapées âgées de 6 à 20 ans qui sont scolarisées dans des écoles spécialisées ont de la plaque sur les dents (Catteau et al.). Par ailleurs, 59% des enfants déclarant un handicap ont consulté un chirurgien-dentiste dans l'année (Coppin 27). Une étude qui s'appelle « L'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap dans l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) » a analysé un groupe de personnes handicapées âgées de 20 à 59 ans (Coppin 27). Les résultats de l'étude ont démontré une différence entre l'accès aux soins dentaires pour les personnes handicapées et pour les personnes valides en France (Coppin 28).

Le projet Santé Orale et Autonomie est un projet qui vise à favoriser l'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes handicapées ou âgées dépendantes par assurer une formation aux dentistes et en éduquant les tuteurs des personnes handicapés en France sur la santé bucco-dentaire (Catteau et al.). Les participants ont suivi une formation en ligne et ils ont appris comment intervenir sur la santé orale (Catteau et al.). Pour voir si cette formation a permis d'observer une différence de quantité de plaque sur les dents des personnes handicapées, 691 personnes handicapées ont passé un examen initial et un examen après 6 mois spécifiquement pour voir l'évolution de la plaque (Catteau et al.). Parmi les 691 participants, seulement 233 des personnes handicapées ont connu une amélioration de la plaque (Catteau et al.). Dans une autre étude menée à l'Hôpital Guillaume Regnier à Rennes, la santé bucco-dentaire des résidents

handicapés a été examinée (Bertaud-Gounot et al. 2). 93% des patients avaient besoin de soins dentaires et 83,9% des patients avaient besoin d'un remplacement d'une dent (Bertaud-Gounot et al. 6). Le nombre de dents cariées chez ces patients était quatre fois plus élevé que celui de la population pauvre en France (Bertaud-Gounot et al. 7).

À grande échelle. Certaines incohérences dans le système de santé bucco-dentaire sont observées à cause de problèmes au niveau de l'administration et du gouvernement français. Premièrement, la sécurité sociale et les soins dentaires ne fonctionnent pas toujours correctement ensemble. Les soins bucco-dentaires coûtent 10,637 milliards d'euros en France, ce qui représente 5,7% du coût de la santé générale (« Oral Health Care in France »). Les traitements des maladies dentaires sont moins remboursés par l'assurance maladie en comparaison avec d'autres maladies (Tramini et al.). Les frais des praticiens pour quelques traitements dentaires ne sont pas encore complètement régulés (Tramini et al.). Deuxièmement, il n'y a pas d'hygiénistes dentaires en France (Catteau et al.). Ce qui signifie que c'est le travail du dentiste de promouvoir l'hygiène orale en France (Catteau et al.) Les hygiénistes dentaires existent dans certains pays de l'Union Européenne, avec des formations et des compétences variables, mais pas en France (Coppin 51). L'émergence du métier d'hygiéniste en France est peu probable, mais une évolution du métier d'assistant dentaire vers davantage de prévention est à préconiser (Coppin 62). L'une des raisons expliquant la faible probabilité de voir émerger le métier d'hygiéniste en France est qu'il n'est pratiquement pas envisageable d'universaliser les formations de tous les pays de l'Union européenne (Coppin 62). La relation culturelle et légale qui devrait être établie entre le dentiste et l'hygiéniste serait une autre difficulté à prendre en compte (Coppin 62). Au final, le financement des études des hygiénistes représenterait une difficulté économique supplémentaire, avec la construction des écoles et les achats des matériaux éducatifs (Coppin 63).

LES INITIATIVES DU SYSTEME DES SOINS DENTAIRES EN FRANCE

L'initiative individuelle. Les comportements de la population française indiquent une meilleure compréhension de l'importance la santé bucco-dentaire. On observe, par exemple, une augmentation des soldes sur les produits pour l'hygiène dentaire depuis 2000. En 2004, les ventes au grand public ont augmenté de 5%. Ce pourcentage est supérieur à la tendance des années précédentes (« France: long in the tooth »). Les ventes des dentifrices ont augmenté de 7,2% au cours de l'année, avec des recettes de 508,9 millions d'euros (« France: long in the tooth »). Plus précisément, les dentifrices pour les adultes, avec 488,7 millions d'euros de recettes sur les soldes totales, ont généré des bénéfices de 7,1% pour les entreprises (« France: long in the tooth »). Les ventes des dentifrices pour enfants représentent 20,2 millions d'euros de soldes sur l'ensemble des dentifrices, une augmentation de 11,2% (« France: long in the tooth »). Pour les bains de bouche, les ventes ont augmenté de 3,6%, avec un total de 14,8 millions d'euros. Les bains de bouche fluorés, spécifiquement, ont représenté 3,9 millions d'euros des ventes, une augmentation de 5,2% (« France: long in the tooth »). Ces augmentations en ventes pour ces produits de première nécessité pour la santé bucco-dentaires suggèrent que l'utilisation de ces produits est en hausse, et, par conséquent, une plus grande prise de conscience de concernant l'importance de l'hygiène dentaire.

Les initiatives qui visent la privatisation de la santé publique. Depuis les années 18, de plus en plus d'initiatives se mettent en place, en guise de promouvoir l'amélioration des soins dentaires en France, mais qui visent en réalité le transfert de charge de la Sécurité social vers les assurances privées. Par exemple, l'initiative la plus récente de ce genre est celle du « think tank » Agir pour la Santé Dentaire. Cette initiative propose par exemple la création d'un observatoire de la santé dentaire en France qui fera le point sur la santé orale de la population tous les cinq ans

(Zambrowksi 24). Par ailleurs, l'ASD propose une prévention collective qui consistera en un « service sanitaire » et l'intention d'éduquer les enfants et les dentistes de la même manière sur l'hygiène bucco-dentaire (Zambrowksi 25). La prévention individuelle consiste en une incitation à suivre des examens buccaux une fois par an, sur la base d'une récompense (Zambrowksi 26). Après cinq ans d'examens annuels, on peut gagner un bonus de 20% sur cette récompense (Zambrowksi 26). L'ASD suggère aussi que les assistants dentaires prennent le contrôle des actes de préventions auprès des patients des dentistes après une formation de deux ans (Zambrowksi 27). Grâce à cette initiative, les dentistes peuvent consacrer plus de temps à leurs patients (Zambrowksi 27). Avec l'aide des assistants dentaires qui se spécialisent dans la prévention, la France peut promouvoir un forfait dentaire tous les deux ans pour le dépistage, le détartrage et l'enseignement du brossage (Zambrowksi 28). De plus, l'Association Dentaire Française recommande la valorisation et l'augmentation des conventions mises en place il y a 50 ans! L'ASD envisage en plus des traitements endodontiques pour éviter que les soins soient réalisés dans les services d'urgence (Zambrowksi 29). Enfin, l'ADF propose un réexamen des pratiques dentaires tous les cinq ans pour voir si le système dentaire est adapté à la population et aux avancées scientifiques du moment (Zambrowksi 32). Le problème dans tout ceci est que l'auteur de cette étude sur l'ASD, le Professeur en médecine J-J Zambrowski, aussi Économiste de la santé, a été réalisée à l'initiative de l'ADS, et donc loin d'être objectif.

Un autre exemple d'une telle initiative est un programme pour la santé bucco-dentaire créé en 2005 conjointement par la Fédération dentaire internationale (la FDI) et Unilever (Béry et al.). La FDI est une fédération non-gouvernementale qui représente environ 1 million de dentistes à travers le monde qui a pour but d'améliorer les habitudes bucco-dentaires (Béry et al.). Unilever est une multinationale néerlandaise-britannique qui par son volume de ventes est la

quatrième puissance commerciale au monde derrière Pepsi Co, Nestlé, et Coca-Cola. Ses produits se groupent dans quatre catégories dont l'une qui s'appelle « soin de la personne », qui comprennent, par exemple, le shampoing et la dentifrice (« About Unilever »). En 2016, Amnesty International a confirmé que Unilever était parmi au moins 9 multinationales, dont Nestlé, à commercialiser leurs produits contenant d'huile de palme « durable » quand en effet, elle était produite par les travaux forcés des enfants ! (« Palm Oil: Global Brands Profiting from Child and Forced Labour »).

Pour compléter les résultats d'une étude en 2006, financée par Unilever, en grande partie, les chercheurs ont voulu montrer un lien entre l'état de santé bucco-dentaire des adultes en France et leur qualité de vie (Béry et al.). Avec l'aide de quatre facultés dentaires, un questionnaire a été construit pour le programme (Béry et al.). 2696 des volontaires ayant participé au questionnaire sur la qualité de vie avaient au moins 15 ans (Béry et al.). Les sujets devaient recevoir un examen bucco-dentaire sans instrument invasif en plus de répondre au questionnaire (Béry et al.). La qualité de vie a été calculée sur une échelle allant de zéro à 56, qu'on appelle un score OHIP-14 (Béry et al.). Un score de zéro signifie que la qualité de vie est excellente, 56 indique une mauvaise qualité de vie (Béry et al.). Par rapport aux différents âges et statuts socio-économiques, les participants de l'étude qui se sont brossés les dents le jour même du questionnaire ont été classés comme ayant une meilleure qualité de vie que ceux qui ne se sont pas brossés les dents dans la même journée (Béry et al.). Par ailleurs, les sujets qui n'avaient pas de lésions et présentaient des gencives saines avaient une meilleure qualité de vie que ceux qui avaient des lésions et des saignements gingivaux (Béry et al.). Les études comme celle-ci sont importantes pour montrer clairement au public les bénéfices d'une bonne hygiène bucco-

dentaire. Ou bien, est-ce ce pour faire de la publicité pour vendre les produits d'Unilever, la multinationale qui a financé cette étude ?

Un dernier exemple d'une initiative financée en partie au moins par le secteur privé en France pour la santé bucco-dentaire est la campagne « Souris sans carie » à Toulouse (Grimoud et al.). Une équipe comportant des membres de plusieurs disciplines travaillent ensemble pour enseigner aux enfants un régime bucco-dentaire sain et pour renforcer l'importance des professionnels de l'industrie dentaire dans la promotion de l'hygiène orale (Grimoud et al.). 12 000 enfants entre les âges de 5 et 8 ans ont participé à la campagne (Grimoud et al.). Les matières éducatives comme les affiches, les brochures, les vignettes, et un site web ont été créés pour la campagne (Grimoud et al.). Dans le cadre de l'initiative, les dentistes et les étudiants en cursus dentaire ont fait une présentation sur la santé bucco-dentaire et ont réalisé des activités interactives avec les enfants comme, par exemple, expliquer comment se brosser les dents (Grimoud et al.). Après la présentation, les enfants ont reçu une brochure, une vignette, et une brosse à dents (Grimoud et al.). Un sondage a été formulé pour les dentistes et les étudiants en dentaire dans la campagne pour évaluer le succès de l'initiative (Grimoud et al.). D'après le sondage, les participants se sont rendu compte de l'efficacité de l'initiative (Grimoud et al.). Ils ont donc admis l'importance de proposer cette éducation sur la santé bucco-dentaire aux enfants le plus tôt possible. Les dentistes qui ont participé dans l'étude ont aussi réalisé à quel point ils ont joué un rôle décisif dans cette éducation (Grimoud et al.).

Les initiatives gouvernementales. Le gouvernement français a aussi lancé certaines initiatives qui concernent la santé bucco-dentaire. Le site web gouvernemental de la France contient des informations importantes au sujet de la santé bucco-dentaire accessibles au public. Sur la page du ministère des solidarités et de la Santé, un lien est dédié à la prévention en matière de santé, y

compris la santé bucco-dentaire (« Santé bucco-dentaire » 1). La page indique les principales affections bucco-dentaires qui impactent le plus la population française, comme la carie dentaire, les maladies parodontales, les cancers, les lésions, et d'autres troubles oraux (« Santé bucco-dentaire » 1). Un autre document peut être consulté au bas de la page, qui est le rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde (« Santé bucco-dentaire » 1). Un autre document notable que l'on retrouve sur le site du gouvernement donne des indications sur une loi promulguée le 9 août 2004 (« Synthèse Du Plan Bucco-Dentaire » 1). Cette loi établit un objectif officiel de santé bucco-dentaire pour la première fois en France (« Synthèse Du Plan Bucco-Dentaire » 1). Le but est de réduire la prévalence de la carie chez les enfants de six et douze ans (« Synthèse Du Plan Bucco-Dentaire » 1). Le site web explique également les différents points du plan national de prévention bucco-dentaire de novembre 2005 (« Synthèse Du Plan Bucco-Dentaire » 6). Le plan national, annoncé par le ministre de la santé et des solidarités, visait à réduire de 30% en cinq ans l'indice carieux des enfants de six et douze ans en suggérant un examen bucco-dentaire de prévention réalisé à six et douze ans (« Synthèse Du Plan Bucco-Dentaire » 6).

Cette initiative principale est possible en partie grâce à l'organisation associée avec l'Assurance maladie qui s'appelle M'T Dents. (« M'T Dents »). Même si l'organisation a été critiquée auparavant pour son caractère discriminatoire (qui était discuté dans le chapitre précédent), M'T Dents a évolué afin de devenir plus inclusive. Le programme vise les enfants français de trois ans jusqu'à l'âge de 24 ans (« M'T Dents »). Les examens bucco-dentaires sont aussi offerts aux femmes enceintes à cause de la fragilité des dents pendant la grossesse (« M'T Dents »). Les rendez-vous chez le dentiste consistent en une vérification de la santé des dents et des gencives, des conseils pour l'hygiène orale, et des propositions possibles de rendez-vous ultérieurs (« M'T Dents »). Pour les enfants et les adolescents de moins de 18 ans, les parents de

l'enfant doivent apporter un formulaire M'T Dents avec eux à faire remplir par le dentiste avec toutes les informations sur la santé bucco-dentaire de l'enfant (« M'T Dents »). Bien sûr, les personnes entre 18 et 24 ans apportent le formulaire M'T Dents eux-mêmes chez le dentiste (« M'T Dents »). Le formulaire est reçu un mois avant l'anniversaire du patient (« M'T Dents »). Pour les femmes enceintes, le formulaire est fourni après le quatrième mois de la grossesse (« M'T Dents »). En tous cas, le formulaire M'T Dents pourrait être utilisé aux urgences pour faciliter l'accès à l'information si nécessaire (« M'T Dents »).

La deuxième grande initiative gouvernementale en France s'appelle 100% Santé. À partir du 1er janvier 2019, le gouvernement annonce son projet rembourser davantage les prothèses par le biais de l'Assurance maladie, mais ceci exige en plus l'achat d'une assurance privée (« 100% Santé Dentaire »). Avant le 1er janvier 2021, le but du gouvernement français est d'assurer à 100% la prise en charge de ces services dentaires, mais ceci ne veut pas dire que le gouvernement paie la totalité (« 100% Santé Dentaire »). Dès le 1er janvier 2020, l'organisation voulait débiter avec le remboursement de toutes les prothèses fixes et mobiles, premièrement les couronnes et les bridges avec des matériaux céramo-métallique, en céramique monolithique, et d'autres matériaux (« 100% Santé Dentaire »). Les matériaux sont choisis en considérant de la localisation des dents (« 100% Santé Dentaire »). Les couronnes céramiques monolithiques et céramo-métalliques, comme les couronnes céramiques monolithiques zircons, sont utilisés sur les dents visibles quand on sourit (« 100% Santé Dentaire »). Les couronnes métalliques concernent toutes les localisations (« 100% Santé Dentaire »). De plus, les inlays et les couronnes transitoires sont inclus dans le remboursement avec les bridges céramo-métalliques, les bridges métalliques, et les prothèses amovibles, mais pas en totalité (« 100% Santé Dentaire »). Le gouvernement français compte réduire les tarifs pour les autres interventions qui ne sont pas

mentionnées pour le 1er janvier 2021 (« 100% Santé Dentaire »). Ceci est en désaccord total avec les dentistes, qui veulent avoir la liberté de mettre en place des tarifs plus importants pour qu'ils puissent mieux gagner leur vie. En même temps, ils veulent que les patients soient remboursés le maximum possible, soit par la sécurité sociale, soit par une assurance maladie privé acheté par le patient.

L'avenir des soins dentaires. Plus que jamais, le système des soins dentaires en France, et à l'égard de son potentiel et à l'égard de l'accès pour tous, reste à déterminer. Les changements démographiques de la population en France et les motivations derrière les nouvelles initiatives, parmi d'autre éléments, rend la démarche à suivre difficile à solutionner, en plus parce que le marché dentaire devrait avoir une valeur de 13 milliards d'euros à partir de l'année 2023 (Zubareva et Sergent). Reste à savoir comment les Français régissent à l'initiative 100% Santé en particulier, étant donné que cette « initiative » exigent que les Français achètent une assurance supplémentaire privé. Encore une fois, les plus fragiles dans la société se trouvent les perdants. En même temps, le pourcentage de Français qui vont chez le dentiste chaque année devrait augmenter jusqu'à 70% en 2023 (Zubareva et Sergent). En plus des initiatives sur la prévention bucco-dentaire, les législations récentes concernant la propriété des cabinet dentaires promeuvent l'investissement dans ces cabinets par des entreprises de capitaux propres privés et des sociétés bien établies (Zubareva et Sergent) La privatisation encore une fois, qui ne privilège jamais les plus démunis de la société. Les investissements par les entreprises sont possibles si les dentistes possèdent au moins 50.01% des intérêts (Zubareva et Sergent). Un sondage fait par « L.E.K. Consulting » montre plus loin la probabilité de l'investissement dans le système dentaire en France, avec 60% des dentistes qui s'attendent à une augmentation du volume bénéfices au cours des trois prochaines années. Un dentiste sur cinq envisage de vendre son cabinet à une entreprise

(Zubareva et Sergent). C'est encore une mauvaise nouvelle pour les cas précaires. L'achat des cabinets dentaires par les entreprises et donc la consolidation inévitable qui accompagne toujours la privatisation réduirait les dépenses, un peu pour les dentistes, beaucoup pour les cadres de ces entreprises, et n'assurerait de meilleurs soins que pour les patients le plus en position de payer ces services.

La privatisation et ces troubles. Évidemment, les initiatives bucco-dentaires en France ne viennent pas sans problèmes. L'implication dans le système de santé par les grandes institutions comme le gouvernement et les entreprises est en train de provoquer la privatisation répandue du système dentaire en France et les épreuves pour les patients. La fiabilité des entreprises qui sont impliqués dans les initiatives bucco-dentaires sont un sujet d'inquiétude. Dans le cas de l'étude faite par Unilever, leurs buts dans l'initiative peuvent être remis en question. L'objectif primaire des immenses entreprises privés, comme Unilever et des autres entreprises d'innombrables, est de gagner beaucoup d'argent. Comme la santé bucco-dentaire est loin d'un intérêt fondamental pour ces entreprises, il est probable que les chercheurs qui les font ne soient pas les experts. Ces études donnent la publique un sens faux de la confiance dans leurs efforts et leurs produits. À l'addition de la privatisation de recherche par les entreprises, la privatisation des cabinets dentaires eux même sont aussi nuisible pour la population française. D'après l'article écrite par Zubareva et Sergent, la privatisation des cabinets dentaires satisfait les besoins de la population plus aisée. En fin de compte cette réalité est à cause des initiatives gouvernementales, qui ont des trous dans leurs promesses. Même avec le remboursement par le gouvernement, les Français toujours ont besoins d'une assurance complémentaire.

Le problème flagrant ici est que tout le monde en France n'a pas d'assurance complémentaire. Dans un de ses discours au congrès en 2009 Président Nicholas Sarkozy a dit

que « ressources de la solidarité nationale ne sont pas infinies » et « les régimes de base ne pourront pas tout financer » (Prieur). Quand l'article a été écrit en 2009, 92% des Français avaient une couverture complémentaire (Prieur). Pourtant, ce pourcentage ne montre pas les disparités dans la couverture complémentaire (Prieur). Les employés sont souvent couverts avec les assurances qui sont offertes par leurs travaux, que Prieur explique comme des remboursements « généraux ». Par contre les populations des Français sans travaux, des « professions libérales », et des retraités n'ont pas de choix sauf utiliser les plans d'assurance supplémentaires individuelles (Prieur). Les avantages de ces plans d'assurance changent avec l'âge de la personne (Prieur). Malheureusement, cela veut dire que les personnes plus âgées paient beaucoup d'argent pour l'assurance complémentaire qui n'est pas suffisante (Prieur). Le reste de la population, 7% des Français n'ont pas de couverture complémentaire du tout (Prieur). La privatisation des soins dentaires à son tour crée un cycle infini pour la population avec la couverture insuffisante ou sans couverture (Batifoulier). Dans les mains des entreprises privés, les prix pour les soins sont plus élevés. Cependant, les personnes défavorisées évitent les soins dont elles ont besoin et elles sont plus probable de développer une maladie grave (Batifoulier).

En somme, le système des soins bucco-dentaire en France est loin d'être parfait. Malgré plusieurs objectifs ambitieux, l'exécution de ces buts laisse des membres de la population désarmés. Avec espoir, l'avenir des soins dentaires en France est brillant et les grandes entreprises et le gouvernement travailler ensemble pour offrir les meilleurs soins pour tout le monde.

Ouvrages Cités

- « About Unilever. » *Unilever Global Company Website*, Unilever,
www.unilever.com/about/who-we-are/about-Unilever/.
- Azogul-Lévy, Sylvie, and Marie-Laure Boy-Lefèvre. « La Santé Bucco-Dentaire En France. » *Actualité Et Dossier En Santé Publique*, vol. 51, June 2005, pp. 1–5.,
<file:///Users/graceyotts/Downloads/ad510408.pdf>.
- Bas, Anne Charlotte, and Azogui-Lévy, Sylvie. « Evaluation of Children’s Participation in a National Dental Programme in France. » *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 47, no. 4, Aug. 2019, pp. 291–98, doi:10.1111/cdoe.12456.
- Batifoulier, Phillipe. « Aux origines de la privatisation du financement du soin : quand la théorie de l’aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire », *Revue de la régulation*, 17, Printemps 2015, mis en ligne le 17 juin 2015. <http://journals.openedition.org/regulation/11196>.
- Bertaud-Gounot, Valerie, et al. « Oral Health Status and Treatment Needs Among Psychiatric Inpatients in Rennes, France: a Cross-Sectional Study. » *BMC Psychiatry*, vol. 13, no. 1, BioMed Central, Sept. 2013, p. 227, doi:10.1186/1471-244X-13-227.
- Béry, Alain, et al. « Étude Grand Public De L’impact De L’hygiène Et De L’état Bucco-Dentaire Sur La Qualité De Vie. » *Actualités Odonto-Stomatologiques*, no. 246, 18 Aug. 2009, pp. 157–166., doi:10.1051/aos/2009006.
- Catteau, C, Faulks, D, Pereira, B, Hennequin, M. « Could a national oral health promotion program improve the oral hygiene of persons attending special care establishments in France? Evaluation of a pilot program. » *Spec Care Dentist* 2019; 39: 10– 19.
doi.org/10.1111/scd.12338.

- « Citation De Voltaire. » *Unquote*, 31 Oct. 2019, unquote.li/fr/citations/voltaire/le-sourire-fait-fondre-la-glace-installe-la-confiance-et-guerit-les-blessures-c-est-la-clef-des-7nvy17n3xp.
- Coppin, Bertille. « Le Metier d'hygieniste dentaire en Europe. Et pourquoi pas en France? » *Université Du Droit Et De La Santé De Lille 2 Faculté De Chirurgie Dentaire*, Université De Lille 2, 2017, pp. 16–65.
- « Dentistry in France. » *The Dental News Letter (1847-1859)*, vol. 7, no. 2, Center for Research Libraries, Jan. 1854, <http://search.proquest.com/docview/88587420/>.
- Devoue, Elina. « Démographie professionnelle des dentistes en France. » *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, vol. 30, no. 5, Editions ESKA, Dec. 2012, pp. 298–311, doi:10.3917/jgem.125.0298.
- « Les français négligent leur hygiène bucco-dentaire. » *Franceinfo*, Allodocteurs.fr, 8 Jan. 2016, www.francetvinfo.fr/sante/psycho-bien-etre/les-francais-negligent-leur-hygiene-bucco-dentaire_1259253.html.
- « France: long in the tooth. » *European Cosmetic Markets*, Dec. 2005, p. 458. *Gale General OneFile*, https://link.gale.com/apps/doc/A140096147/ITOF?u=nysl_ca_unionc&sid=ITOF&xid=8c5bf11a.
- « La France, mauvaise élève en matière d'hygiène bucco-dentaire. » *Leparisien.fr*, 12 Sept. 2012, www.leparisien.fr/societe/sante/la-france-mauvaise-eleve-en-matiere-d-hygiene-bucco-dentaire-12-09-2012-2163019.php.
- Godon, Charles. *L' évolution de l'art dentaire: l'école dentaire; son histoire, son action, son avenir*. Librairie J.B. Baillière Et Fils, 1901, *Google Books*.

- Grimoud, A.m., et al. « Souris sans Carie » : Une Campagne d'Éducation Bucco-Dentaire Pluridisciplinaire. » *Archives De Pédiatrie*, vol. 12, no. 1, 17 Nov. 2004, pp. 28–33., doi:10.1016/j.arcped.2004.07.022.
- « History of Dentistry. » *History of Dentistry*, American Dental Association, www.ada.org/en/member-center/ada-library/dental-history.
- Jones, Colin. *The Smile Revolution: in Eighteenth Century Paris*. Oxford University Press, 2014.
- Lupi-Pegurier, Laurence, et al. « Density of Dental Practitioners and Access to Dental Care for the Elderly: A Multilevel Analysis with a View on Socio-Economic Inequality. » *Health Policy*, vol. 103, no. 2-3, Elsevier Ireland Ltd, 2011, pp. 160–67, doi:10.1016/j.healthpol.2011.09.011.
- « M'T Dents. » *Ameli.fr (Retour à L'accueil)*, L'Assurance Maladie, 11 Dec. 2019, www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents.
- « Oral Health Care in France. » *Dental Abstracts*, vol. 61, no. 6, Elsevier Inc, Nov. 2016, pp. 293–95, doi:10.1016/j.denabs.2016.07.003.
- « Palm Oil: Global Brands Profiting from Child and Forced Labour. » *Amnesty International*, 30 Nov. 2016, www.amnesty.org/en/latest/news/2016/11/palm-oil-global-brands-profiting-from-child-and-forced-labour/.
- Pegon-Machat, Estelle, et al. « Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France. » *Santé Publique*, vol. 30, no. 2, 2018, p. 243., doi:10.3917/spub.182.0243.
- Prieur, Cecile. « Le Système De Santé En Voie De Privatisation ?, Par Cécile Prieur. » *Le Monde.fr*, Le Monde, 8 July 2009, www.lemonde.fr/idees/article/2009/07/08/le-systeme-de-sante-en-voie-de-privatisation-par-cecile-prieur_1216611_3232.html.

« Santé bucco-dentaire » *Ministère Des Solidarités Et De La Santé*, République Française, 15 June 2018, solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/sante-bucco-dentaire.

« Synthèse Du Plan Bucco-Dentaire. » Ministère Des Solidarités Et De La Santé.

Tramini, Paul, et al. « Factors Associated with the Use of Emergency Dental Care Facilities in a French Public Hospital. » *Special Care in Dentistry*, vol. 30, no. 2, Blackwell Publishing Inc, Mar. 2010, pp. 66–71, doi:10.1111/j.1754-4505.2009.00125.x.

Valentin Frédérique, Granat Jean. *Anthropologie, pathologie et soins dentaires au XVIIIe siècle : découverte exceptionnelle à Saint-Martin-des-Champs de Paris. In: Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, Nouvelle Série. Tome 9 fascicule 3-4, 1997. pp. 305-318; doi:10.3406/bmsap.1997.2489.

Zambrowski, Jean-Jacques. « La santé bucco-dentaire, un enjeu de santé publique. » *Agir pour la Santé Dentaire*, 28 Mar. 2018.

Zubareva, Katya, and Jean-Guillaume Bayada Arnaud Sergent. « French Dental Care: A Market With Investment Potential?: L.E.K. Consulting. » *L.E.K.*, 23 Dec. 2019, www.lek.com/insights/ei/french-dental-care-market-investment.

« 100% Santé Dentaire. » *Ministère Des Solidarités Et De La Santé*, République Française, 28 Oct. 2019, solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/100pourcent-sante/100-sante-dentaire/article/100-sante-dentaire-un-choix-etendu-de-protheses-dentaires-de-qualite.