



FONDATION
croix-rouge française

| Pour la recherche humanitaire et sociale



Inégalités et désertification médicale en odontologie : déterminants socio- économiques et représentations professionnelles

Christelle Fifaten HOUNSOU

Sociologue

Chercheure associée Unité de Recherche Migrations et Société Université Paris Cité
Fellow Institut Convergences Migrations



Les Papiers de la Fondation n° 64
Décembre 2025

Cette recherche a été réalisée dans le cadre d'un appel à bourses de recherche de la Fondation Croix-Rouge française et avec le soutien financier de son partenaire, la Croix-Rouge française.

La Fondation Croix-Rouge française, créée sur l'initiative de la société nationale de la Croix-Rouge française, a pour vocation d'initier, de soutenir et de récompenser les projets de recherche qui mettent en perspective les principes, pratiques et finalités d'une action humanitaire en transition. À travers des appels à bourses de recherche, l'attribution de prix de recherche et l'organisation d'événements scientifiques, la Fondation Croix-Rouge française vise à définir les enjeux de l'action humanitaire de demain, accompagner les acteurs et les personnes, parties prenantes de la solidarité internationale, diffuser les savoirs issus de regards croisés et stimuler le débat.

La Fondation Croix-Rouge française est un membre actif du RC3 (The Red Cross Red Crescent Research Consortium), le consortium de recherche du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (CRCR). Un réseau créé en 2019, qui travaille en collaboration avec les Sociétés nationales, la Fédération internationale et le CICR, dédié à la conduite et à la promotion de recherches en sciences humaines et sociales pour aider à construire des communautés plus sûres, plus résilientes et plus durables sur la base de résultats scientifiques.

Les propos et opinions exprimés dans cet article n'engagent que son/ses auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement ceux de la Fondation Croix-Rouge française.

Le contenu de cet article relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'auteur.

Il est interdit pour un usage autre que privé, scientifique ou pédagogique de reproduire, diffuser, vendre et publier intégralement ou partiellement sous quelque forme que ce soit cet article sans autorisation écrite particulière et préalable, dont la demande doit être adressée à la Fondation Croix-Rouge française.

© Tous droits réservés.

Avec le soutien de



Pour citer cet article :

HOUNSOU Fifatén Christelle « Inégalités et désertification médicale en odontologie : déterminants socio-économiques et représentations professionnelles », Fondation Croix-Rouge française, *Les Papiers de la Fondation*, n° 64, Décembre 2025, 13 p.

Résumé

La santé buccodentaire n'est pas un objet d'étude courant des sciences sociales en France. Elle est par ailleurs rarement mise en lien avec la désertification médicale.

Cet article s'appuie sur une partie des données issues du projet de recherche "L'autre désertification médicale, Déterminants socio-économiques et freins à l'accès aux soins buccodentaires" (DentalDesMed), conduit en 2022 en réponse à l'appel "Inégalités sociales et santé buccodentaire" de la Fondation Croix-Rouge française.

La recherche DentalDesMed interroge les représentations et pratiques des professionnels intervenant dans le champ de la santé buccodentaire. Elle vise à dépasser le paradigme des représentations sociales de la santé et des maladies focalisé sur les comportements et les croyances des patients, et à mieux prendre en compte les déterminants contextuels comme l'organisation des soins, les actions des professions médicales et paramédicales, les politiques économiques et sociales ou l'aménagement du territoire.

L'article décrit à partir des représentations et pratiques de professionnels de la santé orale les obstacles à l'accès aux soins buccodentaires en France.

Mots clés : santé, inégalités, médecine, discriminations, dents

Abstract

Oral health is not a common subject of study in the social sciences in France. It is also rarely linked to medical desertification.

This article draws on some of the data from the research project "L'autre désertification médicale, Déterminants socio-économiques et freins à l'accès aux soins buccodentaires" (DentalDesMed), conducted in 2022 in response to the French Red Cross Foundation's call for "Social inequalities and oral health".

DentalDesMed research examines the representations and practices of professionals working in the field of oral health. It aims to go beyond the paradigm of social representations of health and disease, focusing on patients' behaviours and beliefs, and to take better account of contextual determinants such as the organization of care, the actions of the medical and paramedical professions, economic and social policies and regional planning.

Based on the representations and practices of oral health professionals, this article describes the obstacles to access to oral health care in France.

Keywords: health, inequality, medicine, discrimination, teeth

Inégalités et désertification médicale en odontologie : déterminants socio-économiques et représentations professionnelles

Introduction

La désertification médicale est devenue l'un des indicateurs majeurs des inégalités dans l'accès aux soins en France. Au fil du temps, les critères de définition de ce phénomène ont été précisés et enrichis pour mieux appréhender sa complexité multidimensionnelle, intégrant des éléments tels que la densité du personnel soignant, le volume d'activité des médecins, la proximité d'un effecteur de soins (de premier recours, d'urgence ou spécialisés), la disponibilité d'officines pharmaceutiques, l'offre de soins ainsi que la consommation de services de santé. Les recherches sur ce sujet se sont intéressées aux mesures correctives mises en place avec une attention particulière aux réformes du système de santé axées sur la réorganisation de l'accès aux soins primaires (Hassenteufel, Naiditch et Schweyer, 2020 ; Hassenteufel et al., 2020 ; Bourgueil, 2010). La formulation de la désertification médicale en tant que problème de santé publique tend toutefois à occulter certaines spécialités médicales en situation critique, notamment la santé buccodentaire, qui présente de fortes disparités en termes d'accès.

Les inégalités d'accès aux soins buccodentaires résultent en partie de la faible intégration de l'odontologie dans le secteur de la santé publique et de la prédominance d'une pratique libérale. En 2021, la France métropolitaine comptait 43 422 chirurgiens-dentistes¹, dont plus de 90 % exerçaient en secteur libéral, avec un taux de dépassement d'honoraires élevé (43,7 %). Le financement des soins dentaires est assuré à 40,3 % par l'Assurance Maladie, alors que les organismes complémentaires de santé en couvrent 44,7 %, la part restant à la charge des ménages étant de 14,9 %. Par ailleurs, des disparités notables dans la répartition des chirurgiens-dentistes sont observées entre les territoires, avec des contrastes marqués au sein même des régions. L'évaluation des inégalités en santé buccodentaire implique une analyse conjointe de la répartition territoriale des professionnels et des caractéristiques socio-économiques des populations vivant dans des zones identifiées comme déserts médicaux dentaires.

¹ Site Internet de l'observatoire national de la démographie des professionnels de la santé
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

La désertification médicale dentaire affecte particulièrement les zones rurales et périurbaines, où se concentrent les populations les plus vulnérables — personnes âgées, individus en situation de précarité, inactifs, et bénéficiaires de minima sociaux. La santé buccodentaire est ainsi un marqueur social fort : elle porte en elle une dimension de stigmatisation, comme en témoigne l'usage de l'expression « sans dents » pour désigner de manière péjorative les populations économiquement défavorisées. Cette expression illustre les différences selon l'origine sociale à la fois dans l'état de santé orale et dans l'accès aux soins bucco-dentaires. De nombreuses études soulignent que les enfants de milieux défavorisés, tels que les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers ou d'inactifs, ainsi que ceux scolarisés en zones d'éducation prioritaire ou en milieu rural, sont plus fréquemment touchés par la carie. De même, les catégories socioprofessionnelles supérieures consultent un chirurgien-dentiste plus régulièrement que les catégories moins qualifiées, reflétant ainsi des inégalités structurelles dans l'accès aux soins bucco-dentaires.

Dans une série d'articles publiés en 2019, *The Lancet* (Peres, Macpherson, Weyant, Daly, Venturelli, Mathur et al., 2019) soulignait que la santé buccodentaire a longtemps été marginalisée par rapport aux soins de santé traditionnels et aux politiques de santé publique, alors qu'elle joue un rôle central dans des fonctions humaines essentielles et constitue un élément fondamental de l'identité personnelle. Cette observation est particulièrement pertinente dans le contexte des politiques publiques françaises en matière de santé buccodentaire. Par exemple, lors du premier confinement lié à la pandémie de Covid-19, les consultations dentaires ont été suspendues, et les urgences dentaires ont été limitées à des critères stricts. Pourtant, il existe une interaction manifeste entre la santé dentaire et la santé générale. Les maladies dentaires, telles que la carie, les maladies parodontales et les cancers oraux, figurent parmi les pathologies les plus courantes à l'échelle mondiale, affectant près d'une personne sur deux. Les conséquences de ces maladies, pourtant souvent sous-estimées, comprennent des douleurs importantes, une altération de la qualité de vie, des difficultés à manger et un isolement social. Par ailleurs, les maladies parodontales sont également associées à des risques accrus de maladies cardiovasculaires, de diabète, d'infections respiratoires et de polyarthrite rhumatoïde.

En dépit des réformes continues du système de santé en France, visant à réduire les inégalités d'accès aux soins et à améliorer la prise en charge des patients, la santé buccodentaire reste largement négligée. Il devient donc impératif d'intégrer de manière plus cohérente les différentes dimensions de la santé afin de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à la formation des inégalités d'accès aux soins, en particulier en ce qui concerne la santé orale.

La santé buccodentaire n'a d'ailleurs guère suscité d'intérêt dans les sciences sociales françaises, et les données épistémologiques disponibles restent limitées et souvent obsolètes. La littérature existante, principalement rédigée par des chirurgiens-dentistes (Marchandot, 2014 ; Akodjenou Hvostoff, 2017 ; Pegon-Machet, Jourdan, et Tubert-Jeannin,

2018 ; Frédéric, 2020), aborde généralement la relation des individus à la santé buccodentaire, à l'hygiène dentaire, ainsi qu'aux enjeux de la prévention et de l'accès aux soins. Ces analyses adoptent fréquemment une approche centrée sur le patient, cherchant à mieux comprendre ses caractéristiques socio-économiques, ses habitudes de vie, et ses comportements en matière de santé. Cependant, la principale hypothèse de l'étude *DentalDesMed* est que les facteurs individuels seuls ne suffisent pas à expliquer les inégalités d'accès aux soins buccodentaires. En effet, les réformes actuelles du système de santé, qui redéfinissent l'État social à travers la réorganisation des soins, leur financement et la diversité des acteurs impliqués, incitent à examiner de manière plus approfondie les déterminants sociaux de la santé.

Ces déterminants incluent non seulement le système de santé, avec son aspect juridique et ses dimensions sociales liées aux droits d'accès aux soins, mais aussi le rôle des acteurs institutionnels responsables de l'aménagement du territoire et de l'organisation des soins. Des structures privées, telles que la Croix-Rouge et Signal, jouent également un rôle essentiel en menant des actions concrètes en faveur de la santé buccodentaire. En parallèle, il convient de prendre en compte le contexte global dans lequel s'inscrivent ces enjeux, notamment les aspects politiques, législatifs, économiques, démographiques, socio-culturels et scientifiques. La recherche *DentalDesMed* adopte une approche compréhensive, visant à déplacer l'attention des patients vers les professionnels de santé et les acteurs médico-sociaux, qui sont directement ou indirectement confrontés aux enjeux médico-sociaux de la santé buccodentaire. Elle interroge les représentations et les pratiques professionnelles en matière de santé buccodentaire, et cherche à comprendre comment ces pratiques peuvent contribuer à la production des inégalités d'accès aux soins. Ainsi, cette recherche pose la question suivante : comment les systèmes dans lesquels ces professionnels évoluent participent-ils à la perpétuation de ces inégalités et quelles sont les pratiques susceptibles de les atténuer ?

Méthodologie

Le projet s'est fondé sur des entretiens réalisés avec des professionnels du secteur, afin de recueillir des informations provenant d'un large éventail de personnes aux expériences variées. L'objectif était d'obtenir des perspectives multiples sur les enjeux rencontrés dans le domaine de la santé orale, ainsi que sur les solutions envisageables pour améliorer l'accès aux soins buccodentaires. Les participants choisis sont des experts du terrain, en raison de leur expertise et de leur expérience directe dans le domaine. Ces professionnels, au nombre de douze (12), incluent des médecins généralistes libéraux (2), des chirurgiens-dentistes, aussi bien libéraux qu'hospitaliers (5), des travailleurs sociaux (2), des responsables d'équipes de la Croix-Rouge (2), ainsi qu'une infirmière de la Croix-Rouge.

Les entretiens ont permis d'explorer leur parcours professionnel, leurs rôles, ainsi que les motivations qui les ont poussés à travailler dans ce domaine spécifique. Ces échanges ont ensuite porté sur la description des personnes qu'ils accompagnent, les défis qu'ils rencontrent dans leurs interventions, ainsi que les contraintes liées aux personnes prises en charge, qu'elles soient d'ordre social, économique ou logistique. Les participants ont également abordé les obstacles liés à la collaboration interprofessionnelle et aux aspects organisationnels du système de santé, tout en réfléchissant aux réponses possibles pour améliorer l'accès aux soins. Les questions posées étaient conçues pour favoriser une réflexion approfondie, en permettant aux participants de partager non seulement leur savoir-faire, mais aussi de remettre en question leurs propres pratiques et de formuler des hypothèses sur les causes des difficultés observées.

Les entretiens ont été menés en face à face ou par téléphone, enregistrés avec le consentement des participants, puis retranscrits grâce à l'outil Otranscribe. L'analyse des données repose sur une méthode inductive, consistant à dégager des thèmes récurrents à partir des entretiens, complétée par une étude documentaire. Cette dernière a inclus des rapports d'activité de la Croix-Rouge, des documents légaux, ainsi que des études de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, notamment celles de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. L'étude documentaire a permis d'enrichir les résultats des entretiens en apportant des données contextuelles et institutionnelles.

Résultats

Les données recueillies mettent en lumière une multitude de freins à l'accès aux soins buccodentaires, dont certains sont profondément inscrits dans l'organisation structurelle des soins. En France, la santé orale se distingue par sa singularité dans le champ de la santé, notamment par la coexistence de deux professions exerçant dans le même domaine : les chirurgiens-dentistes et les médecins stomatologues, ces derniers étant très minoritaires. Ces deux professions sont rattachées à des organisations professionnelles distinctes, respectivement l'Ordre des chirurgiens-dentistes et l'Ordre des médecins, et diffèrent également par leurs modes d'exercice. Alors que les chirurgiens-dentistes exercent majoritairement en cabinet privé, les stomatologues se trouvent généralement dans les services hospitaliers d'odontologie, bien que certains exercent en libéral au sein d'hôpitaux privés. Cette division des pratiques contribue à une opposition perçue, souvent artificielle, entre une logique orientée vers le profit pour les premiers et une culture du service public pour les seconds.

Les services hospitaliers d'odontologie, rattachés aux facultés de chirurgie dentaire pour les plus importants, jouent un rôle crucial dans la formation des chirurgiens-dentistes. Ces

étudiants participent de manière significative au fonctionnement des urgences dentaires, comme le souligne un praticien hospitalier :

« L'activité des externes chez nous est vraiment très importante à comparer à un service de médecine où les externes sont plus là en tant qu'observateurs. C'est lié au fait que les études dentaires sont plus courtes et qu'on a proportionnellement peu d'étudiants qui sont des internes. Donc il y a une grosse part d'activité clinique pour les étudiants de 4e, 5e et 6e année. »

Accès et inégalités territoriales

La désertification médicale dentaire constitue une problématique majeure, aggravée par le vieillissement des professionnels et leur départ à la retraite. Les délais de prise en charge atteignent parfois six mois dans certaines communes, et le recours systématique à l'hôpital public devient une solution pour les patients, particulièrement en urgence. Ces inégalités touchent toutes les catégories de population, bien qu'elles soient exacerbées pour les personnes en situation de précarité ou résidant dans des zones rurales :

« Depuis le Covid, on a de plus en plus de patients qui viennent de loin parce qu'ils n'ont pas trouvé d'autres solutions que nous. J'ai vu un adolescent il y a 15 jours qui venait de la ville d'Aubuisson, à presque deux heures de route de Clermont. »

Les urgences dentaires se retrouvent souvent saturées, et la situation d'urgence elle-même devient fréquemment le déclencheur de la demande de soins, les pathologies buccodentaires étant rarement identifiées en amont.

Insuffisance de l'intégration dans le parcours de soins

La santé buccodentaire, bien que faisant partie des soins primaires, est peu intégrée dans le parcours de soins instauré par la loi de 2003 relative à l'Assurance Maladie. Les médecins généralistes n'ont pas de connaissances spécifiques en la matière et expriment rarement le besoin de se former. Cette lacune dans la coordination des soins limite l'accompagnement global des patients. Un praticien souligne ainsi le rôle préventif souvent négligé :

« On oublie trop souvent que la pathologie buccodentaire relève de la maladie chronique. Elle partage avec d'autres maladies chroniques les mêmes facteurs de risques : diabète, maladies cardiovasculaires. La prévention passe donc par une approche en termes de facteurs de risques communs. »

Dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les soins buccodentaires sont particulièrement négligés en raison de la croyance que les patients peuvent ou doivent gérer eux-mêmes l'hygiène de leur bouche. Une aide-soignante témoigne :

« Souvent même, les soignants ne regardent pas la bouche en entier. Ils regardent devant, ils ne regardent pas les dents du fond. »

Les freins financiers

Le coût des soins buccodentaires demeure un obstacle majeur à leur accessibilité, en particulier pour les populations précaires. Une partie importante des soins dentaires n'est que partiellement prise en charge par l'Assurance Maladie, et de nombreux actes restent hors nomenclature ou à tarif libre. Les publics les plus vulnérables, tels que les personnes sans droits sociaux, rencontrent des difficultés supplémentaires liées aux démarches administratives complexes, comme l'explique un praticien :

« Les démarches administratives sont particulièrement fastidieuses pour les personnes exilées, d'autant qu'elles s'ajoutent aux démarches relatives au séjour, qui sont extrêmement compliquées. »

Les discriminations sont également fréquentes à l'encontre des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, certains professionnels de santé refusant de les recevoir :

« Dès qu'une patiente arrive et qu'elle a un accent, et qu'en plus elle dit qu'elle a la CMU, j'aime autant vous dire que la réponse est non. »

Initiatives locales et limites

Des initiatives locales, telles que l'utilisation de camions mobiles pour offrir des soins dans les zones rurales, montrent une certaine efficacité, mais leur pérennité reste problématique faute de ressources humaines suffisantes. Des solutions innovantes comme la télé médecine ou la formation de médiateurs en santé buccodentaire sont explorées, mais rencontrent encore des résistances institutionnelles et corporatistes. Par exemple, des initiatives bénévoles de dentistes retraités ont été bloquées par l'Ordre départemental des chirurgiens-dentistes, au prétexte de concurrence déloyale.

« Nous pensons que le mieux pour ce projet est que nous soyons facilitateurs en fournissant le camion, un chauffeur, le gros matériel. Mais que les soins dentaires, la stérilisation et les patients appartiennent à l'hôpital. »

Représentations et implications sociales

Les représentations des soins dentaires restent marquées par une forte défiance et des stigmates associés à la douleur ou à des expériences passées de maltraitance médicale. Cette perception alimente l'odontophobie, qui touche 10 à 15 % de la population, renforçant encore les inégalités d'accès aux soins. Les demandes de soins dentaires sont également souvent motivées par des normes esthétiques plus que par des préoccupations de santé.

Ces éléments soulignent les contradictions inhérentes à la santé orale en France, où l'intervention publique reste insuffisante pour pallier les carences d'un système majoritairement orienté vers le libéral.

Discussion

La santé orale en France révèle d'importants paradoxes. Bien que la santé et le corps soient des objets d'étude fertiles pour les sciences sociales, la recherche en sciences sociales peine encore à investir le champ de la santé orale, ainsi que la profession de chirurgien-dentiste. En France, l'État intervient de manière significative dans le domaine de la santé, régulant les professions médicales et paramédicales par le biais du financement de la formation, de la régulation des effectifs et de leur distribution territoriale. Un compromis, fondé sur « l'idiome corporatif à la française » (Sewell, 1983), garantit aux groupes professionnels leur légitimité pratique, sociale et technique, le monopole de leur activité, et une autonomie qui préserve notamment l'exercice libéral et, dans certains cas, la libre tarification. En contrepartie, l'État s'appuie sur leurs compétences pour déployer ses politiques de santé, tant dans les hôpitaux que dans les structures de ville. Toutefois, cette enquête ne s'est pas étendue sur la représentation des chirurgiens-dentistes, leurs instances professionnelles hormis l'Ordre des chirurgiens-dentistes, leurs revendications, ou leurs luttes, sauf en ce qui concerne les négociations avec l'Assurance Maladie pour la revalorisation de certains actes. Une analyse historique de la profession des chirurgiens-dentistes pourrait éclairer leur préférence pour l'exercice libéral et leur trajectoire particulière dans le système de santé français. Il serait également pertinent d'explorer l'intégration de l'odontologie dans les hôpitaux publics, en particulier lors de la création des centres hospitaliers universitaires en 1958. Comment ont été définies les juridictions des différents sous-groupes, et comment cette définition a-t-elle influencé la répartition du travail entre les chirurgiens-dentistes des hôpitaux et ceux des cabinets privés ? Par ailleurs, la disparition programmée des stomatologues mérite d'être interrogée : est-elle due à l'harmonisation des diplômes au niveau européen, ou préfigure-t-elle le développement d'une profession distincte des autres disciplines médicales ? Ces questions sont essentielles pour comprendre la situation actuelle de la santé orale en France.

Le projet *DentalDesMed* visait à interroger les représentations et pratiques des professionnels dans le domaine de la santé buccodentaire. Bien que certains acteurs, à l'exception des chirurgiens-dentistes eux-mêmes, qualifient la santé orale de « priorité de santé publique », ils tendent paradoxalement à maintenir une distance symbolique vis-à-vis de cet organe. La bouche occupe une place particulière, souvent reléguée à l'intimité, ce qui peut s'expliquer par des rémanences culturelles associant le corps et ses manifestations physiques (bruits, odeurs, affections) à une forme de pudeur ou de malaise. Par ailleurs, les soins buccodentaires ont historiquement été marchandisés, devenant des biens de consommation courante. Cette marchandisation est visible dans l'accès croissant à des produits en libre-service (kits de blanchiment, produits pour le détartrage, etc.). Le coût élevé

des soins dentaires en cabinet a contribué au développement d'un marché transfrontalier facilité par Internet. D'importants acteurs commerciaux interviennent dans les initiatives de promotion de la santé buccodentaire ; par exemple, l'Union nationale des professionnels de la santé buccodentaire collabore avec des entreprises comme MGC Prévention, Mars Wrigley, ou Phillips. Ces aspects, relevant du « capitalisme sanitaire » (Batifoulier, 2014 ; Batifoulier et Da Silva, 2022), restent insuffisamment explorés et soulèvent des questions sur les motivations des entreprises et sur les dynamiques qui sous-tendent ces collaborations entre organisations à but lucratif et structures associatives dans un domaine relevant a priori de l'action publique.

Les comportements et représentations des individus face aux soins dentaires sont marqués par une défiance envers les chirurgiens-dentistes, souvent associés à la douleur, voire à la maltraitance médicale. L'odontophobie, une phobie des soins dentaires, touche 10 à 15 % de la population et constitue une pathologie reconnue, pour laquelle une prise en charge médicale est possible. Les demandes de soins dentaires sont rarement perçues comme des besoins de santé, mais davantage comme des moyens de se conformer aux standards esthétiques (dents blanches et bien alignées) synonymes de reconnaissance et de statut social. La déviation de ces normes expose à des jugements sociaux. Une approche des inégalités en santé buccodentaire par l'accès aux soins permet de documenter les parcours de vie et de comprendre la construction des stigmates liés aux soins dentaires. La pauvreté monétaire est une cause majeure de renoncement aux soins, mais elle ne suffit pas à expliquer l'ensemble des inégalités observées. Celles-ci sont également façonnées par d'autres déterminants, comme les conditions de vie matérielles, la précarisation et l'isolement social (notamment pour les personnes sans domicile fixe), l'illectronisme (dans un contexte où les prises de rendez-vous sont souvent dématérialisées), ou encore l'éloignement des infrastructures de transport qui limite l'accès aux rendez-vous de suivi. Ces facteurs font des pathologies dentaires des « maladies de pauvres ».

Un autre paradoxe observé réside dans le manque de coordination des initiatives visant à améliorer l'accès aux soins dentaires. Il n'existe pas de programme intégré ni de littérature collective permettant aux acteurs, y compris les patients, de partager une vision commune de la santé buccodentaire et d'optimiser les parcours de soins. De même, l'efficacité des initiatives locales pour pallier la désertification médicale dentaire et améliorer l'accès aux soins reste incertaine. Les entretiens menés montrent une richesse réflexive chez les professionnels qui pourrait être exploitée par les porteurs de projet et les décideurs politiques. Néanmoins, il est essentiel de différencier les projets selon les publics ciblés : une intervention en EHPAD n'aura pas le même impact qu'une action auprès des personnes sans domicile fixe, et les stratégies de prévention doivent être adaptées aux caractéristiques spécifiques des enfants, des adultes en perte d'autonomie et des populations précaires.

Conclusion

L'étude de la désertification médicale dentaire en France met en évidence des inégalités profondes dans l'accès aux soins buccodentaires, principalement alimentées par la structure du système de santé, la segmentation des pratiques professionnelles et les inégalités socio-économiques. Les disparités territoriales, particulièrement dans les zones rurales et périurbaines, exacerbent les difficultés d'accès à des soins de qualité, et ce phénomène est aggravé par la précarité sociale et économique de certaines populations. Les obstacles identifiés, qu'ils soient structurels, financiers, ou culturels, illustrent l'isolement de la santé buccodentaire dans le cadre plus large des politiques de santé publique, malgré ses interactions évidentes avec la santé générale.

Les représentations des professionnels et des patients vis-à-vis des soins buccodentaires, notamment l'odontophobie et la marchandisation des soins, contribuent à renforcer les inégalités existantes et freinent une prise en charge optimale. L'absence d'une véritable intégration de la santé orale dans le parcours de soins global, ainsi que les inégalités d'accès à la formation et aux dispositifs de prévention, limitent l'efficacité des politiques de santé publique en matière d'odontologie.

Cependant, des initiatives locales et des solutions innovantes, bien que confrontées à des résistances et des freins institutionnels, témoignent de l'engagement de certains acteurs pour lutter contre ces inégalités. Ces actions, telles que les soins mobiles ou la télémédecine, apportent une réponse partielle, mais leur pérennité reste fragile sans une coordination plus large entre les différents acteurs du système de santé.

Il est impératif de repenser l'organisation des soins buccodentaires en France pour les rendre plus accessibles et mieux intégrés au système de santé global. Une approche plus inclusive et coordonnée, tenant compte des déterminants sociaux de la santé, pourrait permettre de mieux lutter contre les inégalités d'accès aux soins buccodentaires, et ainsi de répondre aux besoins croissants des populations les plus vulnérables. Les résultats de cette étude appellent à une réflexion sur l'avenir de la santé orale en France, en particulier dans le cadre des réformes du système de santé en cours, afin de garantir une prise en charge équitable et de qualité pour tous.

Bibliographie

Akodjenou Hvostoff, C, Analyse des obstacles représentationnels chez les personnes autonomes concernant leur santé bucco-dentaires. Contribution à la conception de modèle de programme d'éducation pour la santé buccodentaires. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Paris 13, 2017

- Batifoulier, P. et Da Silva, N. « L'État et la santé. Une économie politique du capitalisme sanitaire », *Économie et institutions*, 30-31 | 2022,
- Batifoulier, P., Capital santé. Quand le patient devient client. La Découverte, 2014
- Bourgueil, Y., « Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux », *Revue française des affaires sociales*, no. 3, 2010, pp. 11-20.
- Bourgueil, Y., Ramond-Roquin A., et Schweyer F-X., « 1. Qu'appelle-t-on "soins primaires" ? », , *Les soins primaires en question(s)*. sous la direction de Bourgueil Yann, Ramond-Roquin Aline, Schweyer François-Xavier. Presses de l'EHESP, 2021, pp. 5-13.
- Denis, F., et al. « Consommation de soins dentaires préventifs en région Centre-Val de Loire : une étude rétrospective », *Santé Publique*, vol. 32, no. 1, 2020, pp. 87-95.
- Goffman, E., *Asiles. Études sur la condition des malades mentaux*, trad.fr, coll. « Le sens commun », Paris, Minuit, 1968
- Hassenteufel, P., et al. 'Les "déserts médicaux" comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne', *Revue française des affaires sociales*, no. 1, 2020, pp. 33-56.
- Hassenteufel, P., Michel N., et Schweyer F-X., « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos », *Revue française des affaires sociales*, no. 1, 2020, pp. 11-31.
- Le Clainche, C. et Outin, J-L. 'Nouvelles règles et nouvelles organisations des bureaucraties sociales : contraintes managériales et réponses aux besoins', *Revue française des affaires sociales*, no. 2, 2022, pp. 7-17.
- Levesque, A., Identité, culture et représentations de la santé et des maladies. Cahiers franco-canadiens de l'Ouest, 27(1), 2015, pp. 35-56.
- Pegon-Machat, E, Jourdan, D. et Tubert-Jeannin S., « Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France », *Santé Publique*, vol. 30, no. 2, 2018, pp. 243-251.
- Peres, Macpherson, Weyant, Daly, Venturelli, Mathur et al., 'Oral diseases: a global public health challenge', the lancet Série, 2019 [En ligne]
- Sewell, W.H., *Gens de métier et révolution, Le langage du travail de Ancien Régime 1848*. Traduction française — Paris : Aubier-Montaigne, 1983