

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2019

N°:

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

Présentée et soutenue publiquement le 13 Juin 2019

Par Clément HERMANS

Né le 30 Juillet 1994 à Saint-Saulve – France

**Les recours aux soins dentaires :
comportements de santé, conceptions et incitations**

JURY

Président : Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX
Assesseurs : Madame le Docteur Emmanuelle BOCQUET
Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT
Madame le Docteur Alizée DENYS
Membre invitée : Madame le Docteur Marie BISERTE

Président de l'Université	: Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université	: P-M. ROBERT
Doyen	: Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens	: Dr DELFOSSE, Dr. L. NAWROCKI, Pr. G.PENEL
Responsable des Services	: S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	: M. DROPSIT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable du Département de Biologie Orale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

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

Remerciements

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Odontologie Conservatrice – Endodontie

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Docteur en Sciences Odontologiques
- Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2 Habilité à Diriger des Recherches
- Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille
- Membre associé national de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire
- Responsable des Relations Internationales de la Faculté de Chirurgie
- Dentaire de Lille Personne Compétente en Radioprotection
- Ancien Président de la société Française d'Endodontie
- Chevalier dans l'ordre des palmes académiques

Vous m'avez fait l'honneur de tenir la présidence de ce jury. Je tiens à vous en remercier. Recevez toute ma reconnaissance et mon plus grand respect.

Madame le Docteur Emmanuelle BOCQUET

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Orthopédie Dento-Faciale

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Certificat d'Études Cliniques Spéciales Mention Orthodontie
- Certificat d'Études Supérieures de Biologie de la Bouche
- Certificat d'Études Supérieures d'Orthopédie Dento-Faciale
- Master 2 Recherche Biologie Santé
- Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales.
- Responsable du Département d'Orthopédie Dento-Faciale
- Coordinateur inter-régional du Diplôme d'Études Spécialisées d'Orthopédie Dento-Faciale

*Vous avez accepté sans hésiter de siéger au sein de ce jury. Je vous exprime
ma plus grande admiration et mon plus profond respect à votre égard.*

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT
Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

*Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie
Légale*

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Docteur en éthique médicale de l'Université Paris Descartes (Paris V)
- Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Ethique, Spécialité éthique médicale et bioéthique – Université Paris Descartes (Paris V)
- Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Santé Publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse III)
- Maîtrise : Sciences de la vie et de la santé à finalité recherche. Mention méthodes d'analyses et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse III)
- Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologie – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Vous avez accepté spontanément et avec enthousiasme de siéger au sein de ce jury. Merci de votre gentillesse et de votre engagement. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Alizée DENYS

Assistante hospitalo-Universitaire des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

*Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie
Légale*

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Pédiatrique et Prévention (Paris V)

Pour avoir accepté cette aventure comme directrice, pour votre gentillesse et pour votre enthousiasme. Merci de votre engagement pour la prévention sur le terrain, engagement dont je suis admiratif. Soyez assurée de mon estime et de mon plus profond respect.

Madame le Docteur Marie BISERTE

- Docteur en Chirurgie Dentaire

Lorsque nos chemins se sont croisés, pas une seconde je pensais que tu serais dans mon jury. Nous avons partagé beaucoup d'évènements à la défense, la préservation et l'honneur de notre profession. Nos échanges m'ont fait beaucoup grandir. Je t'exprime mes plus sincères remerciements et mon plus grand respect.

Je dédie cette thèse à ...

La vie est un rêve, il suffit juste d'en être l'auteur.

Table des abréviations

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CMU : Couverture Médicale Universelle
CMU-C : Couverture Médicale Complémentaire
AME : Aide Médicale d'Etat
ACS : Aide à la Complémentaire Santé
PUMA : Protection Universelle Maladie
EBD : Examen Bucco-Dentaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
EIS : Evaluation d'Impact sur la Santé
CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
SGMAP : Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
EPRUS : Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences
Sanitaires
INVS : Institut de Veille Sanitaire

Table des matières

Remerciements	7
Table des abréviations	15
Introduction	18
1. Comportements de santé, parcours de soins et parcours de vie	20
1.1. Définitions	20
1.1.1. Recours aux soins	20
1.1.2. Renoncement aux soins	21
1.1.2.1. Le renoncement barrière	22
1.1.2.2. Le renoncement refus	22
1.2. Les différents motifs du non recours	23
1.2.1. Le coût	24
1.2.2. Les délais	24
1.2.3. La peur	24
1.2.4. La considération des soins	25
1.2.5. Le refus	25
1.2.6. Le non recours aux droits	26
1.2.7. Les transports	28
1.3. Comportements de santé : une approche anthropologique	30
1.3.1. Le patient et son rapport à son propre corps	30
1.3.2. Le non recours aux droits : l'exemple de la protection sociale	31
1.3.2.1. La CMU-C	32
1.3.2.2. L'Aide à la Complémentaire Santé	33
2. La santé publique, ses modèles et son organisation en France	35
2.1 Les fondements	35
2.1.1. Définitions	35
2.1.1.1. Winslow	35
2.1.1.2. Organisation Mondiale de la santé	36
2.1.1.3. Traité de santé publique	36
2.1.1.4. Prévention, promotion de la santé, éducation à la santé et éducation thérapeutique	37
2.1.2. Les déterminants de la santé	38
2.1.2.1. Définition	38
2.1.2.2. Classification des déterminants	38
2.1.2.3. Modèles conceptuels	39
2.1.2.4. Du déterminant à l'intervention	41
2.1.3. L'évaluation d'impact sur la santé	42
2.2. L'évolution de la santé publique en France	43
2.2.1. Historique et approches de la prévention	43
2.2.1.1. L'hygiénisme	43
2.2.1.2. La médecine curative	43
2.2.1.3. La remise en cause du modèle curatif	44
2.2.2. Du paradigme biomédical au paradigme médico-psycho-social	44
2.2.2.1. Les limites de l'approche médicale	44
2.2.2.2. L'approche globale de santé	45
2.2.3. Education pour la santé en France : Un regard critique	45
2.2.3.1. Informer	45
2.2.3.2. Modifier les comportements	46
2.3. Politique de santé en France et ses enjeux	47
2.3.1. Définir une politique	47
2.3.2. Les institutions de la politique de prévention en France	47
2.3.3. La chirurgie dentaire en France	50
2.3.3.1. Les chiffres et l'organisation	50
2.3.3.2. L'organisation de la prévention et de la promotion de santé en chirurgie dentaire	52
2.3.3.3. La prévention bucco-dentaire à destination des jeunes	54

2.3.3.4.	La prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes	55
2.3.3.5.	Les évolutions de la nouvelle convention	55
2.3.3.6.	L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire	56
2.3.3.7.	L'exemple du Val de Marne	56
2.3.4.	Les enjeux.....	57
3.	Nudge : la pensée positive	58
3.1.	Définitions	58
3.1.1.	Economie comportementale.....	58
3.1.2.	Nudge	59
3.2.	Le cerveau et le cœur de sa réflexion	61
3.2.1.	Définition des principales notions des sciences comportementales	61
3.2.1.1.	Architecture de choix.....	61
3.2.1.2.	Aversion à la perte et douleur de payer	63
3.2.1.3.	Biais cognitif et dissonance cognitive	63
3.2.1.4.	L'engagement	63
3.2.2.	Système 1 et Système 2	64
3.2.3.	Les interrelations des systèmes	65
3.2.4.	Les systèmes et la chirurgie dentaire	65
3.3.	L'éthique.....	67
3.4.	La construction d'un nudge	69
3.4.1.	Une construction théorique	69
3.4.2.	Approche globale	69
3.4.3.	De la théorie à la pratique.....	72
3.4.4.	Créer une habitude	74
3.5.	L'application du « nudging » dans les politiques publiques.....	76
3.6.	L'application en chirurgie dentaire au quotidien	78
3.6.1.	Les soins bucco-dentaires, un bien d'expérience.....	78
3.6.2.	Une information claire, loyale et compréhensible.....	79
3.6.3.	L'effet d'ancrage : point de départ.....	80
3.6.4.	La force du choix par défaut.....	80
3.6.5.	L'éducation thérapeutique, colloque singulier et apprentissage collaboratif..	81
3.6.6.	Le coup de pouce numérique.....	82
3.6.7.	La norme, élément clé de l'habitude ?.....	84
Conclusion.....		86
Références Bibliographiques		87
Table des illustrations		93

Introduction

Depuis le début du XX^e siècle, l'art dentaire est en constante évolution. Les innovations technologiques, l'arrivée du numérique et les nouveaux matériaux transforment en profondeur l'exercice de la chirurgie dentaire et la manière de construire le dialogue avec le patient. Aujourd'hui les pratiques de la chirurgie dentaire doivent évoluer vers plus de prévention et de soins précoces. Néanmoins, chaque chirurgien-dentiste ou futur chirurgien-dentiste s'est déjà posé au moins une fois la question à l'occasion d'une première consultation concernant leurs patients : « Pourquoi ne sont-ils pas venus plus tôt ? ».

Pour tenter de répondre à cette dernière interrogation, il ne faudra pas considérer l'unique aspect médical de la relation de soin mais y associer une dimension socio-économique dont un bon nombre de facteurs dépendront du patient, des pouvoirs publics et du praticien. Cet imbroglio d'interrelation peut engendrer un retard de prise en charge, complexifier les traitements et donc en augmenter les coûts pour le patient et la société

De plus, les chirurgiens-dentistes s'accordent à penser que l'immense majorité des pathologies bucco-dentaires seraient évitables ou que leurs évolutions pourraient être enrayerées. Les chirurgiens-dentistes ont assimilé les valeurs, le langage et les techniques de la biomédecine. Ils recourent donc directement à leur modèle explicatif biomédical pour décider des informations à prendre en compte, formuler des hypothèses et choisir un plan de traitement. Le patient, lui, est fort de ses pré-conçus et de ses expériences. Par conséquent, toute interaction soigné-soignant est une interaction entre deux modèles explicatifs, qui donne lieu à une négociation de la réalité clinique sur laquelle portera la prise en charge médicale. Comme les modèles explicatifs des patients et des chirurgiens-dentistes sont le reflet de bagages culturels différents, la perception des réalités cliniques qu'ils engendrent peuvent être très différentes. La non-prise en compte de ces différences peut avoir des conséquences telles que la non-coopération, la non-observance, une insatisfaction du patient, un traitement inadéquat et de mauvais résultats.

Cette thèse aura donc pour objectif de comprendre cette interrelation entre chirurgiens-dentistes, patients et pouvoirs publics afin de proposer un meilleur recours aux soins de la part du patient. Elle aura pour but de démontrer son utilité en santé publique et plus particulièrement en santé bucco-dentaire par des pistes de réflexion afin d'aborder et de penser autrement l'approche en santé bucco-dentaire.

Elle présentera dans une première partie les comportements de santé et le parcours de soins des patients, tout en analysant les motifs possibles du non-recours au soin d'une partie de la population. Une approche anthropologique sera proposée pour enrichir cette partie. La seconde partie sera quant à elle plus institutionnelle, elle rappellera les bases et les nouvelles évolutions des conceptions de la santé publique. Elle présentera également l'organisation de la prévention et de sa politique en France. Enfin la dernière partie abordera une nouvelle approche : le «nudge», basé sur les études de l'économie comportementale. Cet exposé est inspiré des travaux de Richard Thaler, prix Nobel d'économie en 2017 et de Daniel Kahneman, prix Nobel d'économie en 2002.

1. Comportements de santé, parcours de soins et parcours de vie

Les pathologies bucco-dentaires représentent un problème important de santé publique. En effet, elles s'accompagnent le plus souvent de douleurs, de troubles fonctionnels et d'une diminution de la qualité de vie. L'impact de la santé bucco-dentaire sur l'état de santé global peut se révéler important notamment chez les patients présentant une comorbidité comme chez les immunodéprimés, atteints de pathologies cardio-vasculaires, de diabète, de cancer, ou de bronchopneumopathie chronique obstructive entraînant des complications locales ou à distance. Cette interrelation est d'autant plus marquée chez les personnes âgées, handicapées et plus généralement chez les personnes se trouvant en situation de précarité. [38]

Il s'agit alors d'en étudier les éléments permettant de définir les comportements de santé des individus en santé bucco-dentaire.

1.1. Définitions

1.1.1. Recours aux soins

Les études sur le recours aux soins se concentrent souvent sur 3 variables qui sont la fréquence de recours au médecin, au chirurgien-dentiste et au suivi gynécologique.

En moyenne, en France, la proportion d'adultes ayant recours au moins une fois à un chirurgien-dentiste au cours d'une année s'élève à 43,1% [20].

Tableau 1: Population d'adultes par tranches d'âge et par région ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2014 (en %).

	20-44 ans	45-64 ans	65-84 ans	85 ans et plus	Total
Auvergne - Rhône-Alpes	41,8	48,9	44,5	27,2	44,1
Bourgogne - Franche-Comté	42,1	46,9	41,9	23,9	42,9
Bretagne	44,6	50,5	46,3	26,8	46,3
Centre - Val de Loire	39,5	46,2	43,6	26,2	42,1
Corse	42,9	44,9	39,9	23,8	42,2
Grand Est	45,5	50,2	43,3	24,3	45,9
Hauts-de-France	40,6	43,2	36,7	18,4	40,1
Île-de-France	39,7	46,0	44,3	29,3	42,2
Normandie	39,8	44,2	39,3	21,5	40,6
Nouvelle-Aquitaine	40,1	46,7	44,8	28,2	42,9
Occitanie	42,8	48,8	45,5	27,7	44,7
Pays de la Loire	43,1	49,8	47,1	29,1	45,6
Provence - Alpes - Côte d'Azur	42,3	48,3	45,4	28,2	44,3
Départements et régions d'outre-mer	34,9	37,0	27,5	12,0	34,0
France entière	41,4	47,0	43,3	26,2	43,1

Cependant, le taux de recours au chirurgien-dentiste ne présage pas du besoin de soins car il peut s'agir d'un recours pour différentes raisons : urgence, contrôle, bilan bucco-dentaire ou traitement en cours.

Ainsi en France, 56,9% de la population française adulte n'a pas recours au moins une fois par an au chirurgien-dentiste. Une majorité de patients a donc recours au chirurgien-dentiste de façon tardive.

Le recours tardif aux soins bucco-dentaires est souvent corrélé au besoin ressenti par le patient de consulter un chirurgien-dentiste dans un contexte d'urgence. Ce motif ne constitue pas l'unique raison amenant le patient à consulter tardivement et ceci sera l'objet ci-dessous.

1.1.2. Renoncement aux soins

Le renoncement aux soins représente un comportement pouvant se définir comme :

« Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit » [15].

Cette définition prend toute sa place en chirurgie-dentaire, en effet, bon nombre de patients peuvent être conscient de leur état bucco-dentaire sans pour autant faire le pas d'aller consulter leur chirurgien-dentiste ou les services spécialisés.

1.1.2.1. Le renoncement barrière

Dans le cas du renoncement barrière, l'individu est face à des contraintes qui ne lui permettent pas d'accéder au soin désiré. Ce renoncement remet en question l'efficacité du système de protection sociale et l'organisation de l'offre de soins donc des dimensions structurelles permettant l'accès aux soins. La première raison est financière, elle combine un ensemble d'éléments comme le prix du soin, son niveau de remboursement et les restes à charge qui varient en fonction du type de protection sociale et de sa qualité de couverture, le niveau de revenus et la disponibilité financière permettant l'avance de frais. En France, en moyenne, les assurés assument 23% de reste à charge sur les soins dentaires et 40% sur les actes prothétiques. La seconde raison, en lien avec la première, est liée aux droits sociaux. En effet, si les individus sont protégés en partie des renoncements pour raisons financières par les droits sociaux, dans certains cas, ceux-ci sont mal connus ou non respectés par les professionnels. Cette méconnaissance amène à des erreurs de jugement et, donc, à renoncer pour des raisons financières alors que le soin aurait été pris en charge. Enfin l'organisation territoriale de l'offre de soins a un impact sur l'accès aux soins. Il s'agit de la problématique des zones défavorisées et désertifiées en praticiens [61,15].

1.1.2.2. Le renoncement refus

Le renoncement refus représente le choix d'un individu de ne pas se soigner. Ce choix peut intervenir avant de consulter un professionnel de santé ou alors durant le processus de soins. Ce type de renoncement se fait dans deux cas de figure en fonction des catégories sociales :

- un renoncement significatif d'un refus des soins conventionnels,
- un renoncement significatif d'une défiance à l'égard du système de soins.

Dans le premier cas, il est le plus souvent associé aux catégories aisées, dans le sens où ils se tournent vers des médecines dites « parallèles », peu prises en charge par la sécurité sociale. Dans le second, il est plutôt retrouvé

chez les populations plus précaires par leur situation ou les expériences vécues dans le système de soins [15].

Le parallèle entre le recours aux soins et le renoncement aux soins met en lumière l'influence des facteurs sociaux sur la perception de son état de santé. En effet, le recours aux soins mesuré par la consommation des soins dentaires, est inégalement réparti au cœur de la population. Il est étroitement lié aux niveaux de revenu et de couverture par l'assurance maladie complémentaire. Le taux de renoncement à des soins bucco-dentaires se trouve plus élevé au sein des ménages à faibles revenus ou d'une faible couverture complémentaire voire même une absence de complémentaire santé. Il sera vu par la suite que dans un contexte de gratuité ou de droits couverts par une complémentaire, cela entraîne une augmentation du recours mais dans un contexte tardif.

Le recours aux soins et les renoncements aux soins sont des comportements de santé. Afin de comprendre ces comportements et leurs enjeux sociétaux qu'ils engendrent, il faut en étudier les raisons et les conséquences.

1.2. Les différents motifs du non recours

Le non-recours aux soins peut se définir pour «toute personne qui en tout état de cause ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre.» [51].

Le non recours aux soins concernent l'ensemble des populations actives ou non, précaires ou non dans des proportions variables. Cependant il présente des caractéristiques qui dépassent la précarité ou la non précarité du travail et de l'emploi. En effet, il est fortement associé à des variables socioéconomiques qui se rapprochent au cœur de l'individu : comme l'environnement social, l'isolement et la responsabilité familiale [52]. Le diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) montre un taux de 26,5 % de renoncement global au cours des douze derniers mois. Les soins dentaires représentent la majeure partie du renoncement par rapport à l'ensemble des soins médicaux [62]. A partir des différents rapports qui émanent des caisses d'assurances maladies, du rapport sur le non-recours aux soins des actifs précaires pour l'Observatoire des non-recours aux droits et services, le non recours aux droits, voici les différentes raisons [11].

1.2.1. Le coût

Ces obstacles regroupent les restes à charges financiers, les avances de frais, et l'absence de connaissances de la part des personnes qui ne savent pas combien elles vont devoir payer.

Parmi les renonçants, 59% d'entre eux disent que les restes à charges financiers constituent la raison principale du renoncement pour des raisons financières, ensuite 32,7 % pour les avances de frais et 10,5% pour la méconnaissance des frais à engager [62].

1.2.2. Les délais

Les délais de rendez-vous trop longs représentent l'un des motifs pouvant décourager les personnes à avoir recours aux soins. Ils représentent un taux de 12,2% chez les renonçants [62]. La question des zones-sous dotées, pauvres en praticiens médicaux, quelque-soit sa spécialité, rentre en ligne de compte avec l'isolement des personnes et les facteurs sociodémographiques.

1.2.3. La peur

La peur regroupe plusieurs éléments en relations directs avec le non recours. Il y a tout d'abord la peur du médecin, du chirurgien-dentiste avec d'une part la peur du diagnostic et d'autre part la peur de la douleur. De plus, il y a l'image négative véhiculée des praticiens dans la pensée commune, intériorisée parfois depuis l'enfance, à laquelle s'ajoute la méconnaissance pour les patients de leurs praticiens. La peur est aussi liée au travail, avec une perte de revenus due à un arrêt de travail d'où les problèmes de disponibilités des patients, de négligence et de lassitude.

Une classification des peurs dans la relation dentiste-patient proposée par Amzalag sous le terme de « l'odontophobie » [1]. Elle se décline en peur du vol ou du viol de l'intimité, pénétration de l'intimité, peur du harcèlement sexuel, peur post-traumatique, peur de perdre son identité, peur de la contamination, peur de l'empoisonnement, peur des infections focales, peur de l'arnaqueur, peurs générées par le dentiste, enfin, les médias et institutions par l'alimentation de la peur.

1.2.4. La considération des soins

Il s'agit d'une perception des patients qualifiant les soins de façons urgentes mais aussi nécessaires ou non, utiles ou non.

1.2.5. Le refus

Le refus peut être catégorisé en deux éléments : le refus de soins par les patients et le refus de soins induit par les pratiques des professionnels de santé. En 2012, Chappuis énonce qu'un quart des bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle (CMU) et un tiers des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ont été confrontés à un refus de la part d'un professionnel de santé [6]. Autrement dit, il peut y avoir un accès aux soins potentiels et un accès effectif.

Un questionnement éthique se pose alors et ramène au code de déontologie ainsi qu'au serment d'Hippocrate prêté par le praticien. Tout professionnel de la santé doit soigner toutes personnes sans aucune discrimination. Cependant sous certaines conditions, il peut refuser de soigner pour des raisons personnelles ou professionnelles mais doit assurer la continuité des soins [10].

Malgré ces textes qui guident la conduite des professionnels de la santé, il est possible d'expliquer un refus selon deux raisons. D'une part le système de prise en charge des patients éligibles à la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C), l'aide à la complémentaire santé (ACS) ou AME et d'autre part la tarification de l'ensemble des soins dentaires érigée par la sécurité sociale qui rentre en inéquation avec les données acquises de la science, le gradient thérapeutique et compromet ainsi la prise en charge des patients.

La CMU-C et l'ACS complètent la prise en charge de l'Assurance maladie. Pour les soins dentaires, des forfaits spécifiques de prise en charge sont définis par arrêté. Les tarifs du panier de soins de la CMU-C et de l'ACS sont opposables. Cela signifie que les dépassements d'honoraires sont interdits. Les professionnels doivent présenter des soins à des prix inférieurs ou égaux à ces tarifs. De plus, ce panier s'accompagne du tiers payant intégral, c'est-à-dire de la dispense d'avance de frais [21,6].

Les logiques de tarification jouent un rôle considérable. Les tarifs des soins conservateurs sont sous-évalués et les chirurgiens-dentistes trouvent leur équilibre budgétaire en réalisant des soins prothétiques dont les tarifs sont libres. C'est ainsi que les soins conservateurs représentent en moyenne 1/3 de la rémunération pour 2/3 du temps de travail alors que les soins prothétiques représentent eux 2/3 de la rémunération pour 1/3 du temps de travail. Or, la tarification des prothèses dans le cadre du panier de soins de la CMU-C est jugée insuffisante, car ceux-ci deviennent opposables dans des proportions nettement inférieures aux pratiques courantes. Par exemple, un stellite 8 dents sera plafonné dans le panier de soins à 750 euros et le prix moyen d'élaboration de ce stellite par le prothésiste représente environ 400 euros selon les laboratoires. Il y a 350 euros de différence. Afin de l'élaborer dans de bonnes conditions, le chirurgien-dentiste a besoin de 7 séances pour le réaliser. Il gagnera en moyenne 50 euros à chaque séance et il est estimé à 65 % en moyenne le taux de charges d'un cabinet dentaire. Il ne sera pas évoqué les soins conservateurs qui peuvent suivre la même démarche [57,34].

Les difficultés à obtenir le remboursement des soins délivrés aux patients bénéficiant du tiers payant par les caisses d'assurance maladie et/ou les organismes complémentaires renforcent ces manques à gagner, ou irritent les professionnels. Les difficultés de paiement sont particulièrement notables quand il n'y a pas de télétransmission ce qui est le cas pour l'AME [16].

1.2.6. Le non recours aux droits

Que l'on possède ou non des droits en matière de prise en charge, les patients manquent d'information sur le système de santé. Ainsi les démarches compliquées pour l'ouverture de droits, le manque d'information et les effets sociaux de l'usage de la CMU-C, ACS, et de l'AME participent à l'exclusion sociale, la stigmatisation des institutions et des personnes.

Ainsi à partir de cette définition une typologie descriptive peut être mise en avant :

- non recours primaire : une personne éligible ne perçoit pas une prestation pour ne pas l'avoir demandée,

- non recours secondaire : une personne éligible demande une prestation, mais ne la perçoit pas,
- non recours partiel : une personne éligible demande une prestation et n'en reçoit qu'une partie,
- non recours complet : une personne éligible demande une prestation et ne reçoit rien,
- non recours cumulatif : une personne éligible à diverses prestations n'en perçoit pas plusieurs,
- non recours temporaire : apparaît entre le moment où une personne devient éligible et le moment où elle demande une prestation,
- non recours permanent : apparaît quand une personne ne demande pas une prestation entre le moment où elle devient éligible et le moment où elle ne l'est plus.
- non recours frictionnel : dû au non versement complet de prestations alors que des droits sont ouverts,
- quasi non recours : une personne répond à toutes les conditions sauf à celle(s) liée(s) au comportement et qui, si elle avait eu connaissance de la prestation et des conditions d'accès, aurait eu le comportement souhaité pour être éligible [56].

La question de l'accès aux droits se pose plus particulièrement pour les populations précaires. En effet, les personnes vivant en situation de précarité ne sont pas toujours informées correctement de leurs droits, ce qui est un facteur de moindre efficacité des politiques sociales visant à les protéger. Ces difficultés d'accès aux droits sont entre autre reliées à un rapport difficile aux administrations et aux institutions.

La CMU-C offre une protection maladie complémentaire gratuite aux personnes disposant de faibles ressources. Elle couvre les dépenses restant à charge après l'intervention des régimes de base de la Sécurité sociale. Ce dispositif est distinct de la CMU de base, remplacée par la protection universelle maladie (PUMA) depuis le 1^{er} janvier 2016. Elle assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable et régulière, la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Depuis l'arrêté du 15 décembre 1999 [63], avec pour mise en application le 1^{er} janvier 2000, la CMU-C a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins en diminuant les obstacles financiers. Au 30 avril 2015, on comptabilise 5,3 millions de bénéficiaires (8 % de la population).

Pour limiter l'effet de seuil lié au plafond de ressources, l'ACS a été mise en place en 2005. Cette aide financière est destinée à l'acquisition d'un contrat d'Assurance maladie complémentaire individuel pour les personnes dont les revenus se situent jusqu'à 35 % au-dessus du plafond de la CMU-C. En février 2015, 942 000 personnes bénéficient du dispositif [21].

1.2.7. Les transports

La problématique des transports peut devenir un frein lorsque celui-ci représente un coût de moins en moins négligeable, surtout aujourd'hui pour les usagers avec l'augmentation du prix de l'énergie. L'absence de moyens de transport par isolement géographique ou l'incapacité physique à se déplacer constituent des éléments à prendre compte. De plus, si la personne se trouve en situation de handicap alourdissant son accessibilité au cabinet malgré les évolutions dans la loi du 11 février 2005 [64]. Les personnes en situation de handicap peuvent être confrontées à une non accessibilité des cabinets qui ne sont pas toujours en conformité ou par le refus de certains praticiens. Les coûts liés aux transports représentent, soit un coût financier et/ou un coût en temps par isolement géographique.

Ces principaux motifs du non recours mettent en relief les obstacles liés à l'accès aux soins des usagers. Cet accès est rendu difficile par une inadéquation entre les 3 acteurs qui sont : le patient, le système de santé et le professionnel de santé. Les facteurs économiques et sociaux ne sont pas la seule explication au non-recours car d'autres facteurs peuvent impacter la population indépendamment du statut social de la personne. Il n'en demeure pas moins que les personnes en situation de précarité restent les plus touchées par le non-recours. Ces freins constituent donc un recours, le plus souvent tardif, dans un contexte d'urgence ou alors dans une situation bucco-dentaire plus dégradée entraînant des dépenses de santé plus élevées. Les bénéficiaires de la CMU-C sont en plus mauvaise santé que les autres assurés et leurs dépenses de santé sont donc plus élevées. Pourtant en tenant compte des caractéristiques socio-économiques et des écarts d'état de santé, la CMU-C favorise l'accès aux soins dans les mêmes proportions que les autres couvertures complémentaires [21].

Tableau 2 : Effet de la complémentaire sur la probabilité de renoncer aux soins par rapport à la non-couverture [21].

Poste de soins	Complémentaire hors CMU-C (en points de %)	CMU-C (en points de %)	Probabilité moyenne de renoncer à des soins pour les personnes sans couverture complémentaire (en %)
Tous soins confondus	-20	-28	53
Médecins	-4	-6	13
Généralistes	-3	-5	10
Spécialistes	-3	-5	8
Optique	-9	-11	25
Dentaire	-14	-21	40
Soins conservateurs	-3	-5	14
Soins prothétiques	-10	-16	26

1.3. Comportements de santé : une approche anthropologique

Anthropologie vient du grec «anthropos» qui veut dire «homme» et «logos» qui veut dire «discours». Elle représente l'étude du genre humain considéré dans son ensemble, dans ses détails et dans ses rapports avec le reste de la nature [50]. Elle étudie ainsi la spécificité et la diversité humaine.

Il en existe deux approches différentes entre les pays anglophones et francophones :

- chez les anglophones : il y a une approche large recoupant la primatologie, la préhistoire, la sociologie, voire de l'épidémiologie,
- chez les francophones : d'une part l'anthropobiologie dont le but est la recherche du pourquoi et comment de la diversité biologique de l'homme tout au long de sa lignée. Et d'autre part il y a l'anthropologie sociale et culturelle, qui analyse les aspects sociaux et culturels des sociétés humaines. C'est sur cet aspect que cette approche se fera par le biais des comportements de santé [8].

Une approche anthropologique associée au sujet du recours aux soins met en avant que les conduites de soins n'intéressent pas uniquement des questions de santé mais qu'elles sont aussi traversées par des enjeux non médicaux, relationnels et identitaires donc d'une dimension sociale [14]. C'est ainsi que la demande de soins de la population est directement forgée par l'histoire de la personne, par ses conditions de vie et son environnement social.

1.3.1. Le patient et son rapport à son propre corps

Pour illustrer cette approche, il y a l'exemple du rapport du patient à son corps. En effet, il est observé que les populations les plus pauvres et/ou moins éduquées ont un recours aux soins plus tardifs et davantage orienté vers les soins curatifs en raison d'un rapport différent au corps et à la maladie [18]. Les usages notamment professionnels qui sont faits du corps viennent orienter les pratiques de soins. Par exemple, pour les artisans ou les exploitants agricoles, être malade, cesser de travailler provisoirement peut mettre en danger l'entreprise ou l'exploitation, surtout quand elle est de faible taille et que l'on ne peut pas être remplacé. Dans cette logique, la maladie, une hospitalisation ou la

prescription d'examens auxquels il n'est pas possible de s'y dérober sont une hantise et contribuent à éloigner ces personnes des cabinets médicaux [19].

L'héritage social du rapport au corps et à la santé s'inscrit dans ce qu'il peut être qualifié «d'habitus familial». En effet durant l'enfance, les individus intériorisent tout un ensemble de disposition afin d'analyser le monde qui les entoure et pouvoir agir en conséquence. Il en est ainsi du repérage de ce qui doit être considéré comme anormal et des manières de se comporter face à des signes corporels. Ces attitudes propres à une famille font également écho aux normes du groupe d'appartenance. Cependant, elles peuvent évoluer comme en cas de maladies graves ou chroniques ; les malades apprennent à apprivoiser leurs symptômes. Dans la santé bucco-dentaire, il est possible de faire état malheureusement trop souvent, de l'attente souvent trop longue, des patients avant de faire le choix d'aller consulter un chirurgien-dentiste ou les centres d'accueil spécialisés, d'où indirectement l'augmentation des coûts de prise en charge. Cette attitude relève d'une faible attention à soi-même et dans certains cas, le signe d'un processus de précarisation [13].

1.3.2. Le non recours aux droits : l'exemple de la protection sociale

Hormis les défauts d'informations de la population sur leurs droits, il faut s'attarder sur les effets psychosociaux de l'usage des droits. En effet l'usage de la CMU-C peut souvent signifier aux yeux de certaines personnes, la perte de statut social, la stigmatisation de la part des professionnels de santé et la crainte, justifiée ou non, d'une moins bonne prise en charge. Ils peuvent amener certains à préférer de ne pas faire usage de leur droit ou de l'utiliser dans certaines circonstances et pas d'autres notamment dans l'urgence [12].

Cependant, malgré les difficultés d'une population à prendre en charge le coût des soins, celui-ci constitue la majeure partie des renoncements alors que des études montrent que même dans un contexte de gratuité, les personnes les plus démunies sous utilisent ces services [4].

1.3.2.1. La CMU-C

L'usage d'un droit tel que la CMU-C suscite des représentations qui lui sont rattachées [65]. Cependant celle-ci est souvent perçue comme une assistance, cette caractérisation inscrit alors la logique de la demande du besoin et en fonde la légitimité auprès des bénéficiaires eux-mêmes mais aussi des intervenants comme les agents de la sécurité sociale et les professionnels de santé. Le recours aux soins est ainsi vu comme l'usage d'un droit qui doit être justifié par le fait d'être «vraiment malade», les représentations des «usagers de la CMU-C» se réfèrent à la notion de besoin, d'assistance, d'aide, mobilisant le droit aux soins et non le droit à la santé. Rattacher la CMU-C à une assistance aux plus pauvres, a pour effet de produire une disqualification sociale de ceux qui sont dans une meilleure position sociale. Cette question d'assistance permet de comprendre parfois la logique des professionnels de santé à recevoir des bénéficiaires de la CMU-C uniquement en cas de besoin de soins et non dans le cadre de soins de confort ou de prévention malgré la mise en place des examens bucco-dentaires (EBD) permettant de bénéficier à chacun d'un examen sans distinction de ressource. Ceci traduit un cercle négatif, par le recours tardif et dans une majorité des cas à une situation bucco-dentaire plus dégradée.

Un élément souvent rencontré est de relier le droit à son usage et donc à un besoin de soins. Dans la plupart des cas, les personnes ne font pas valoir leurs droits tant qu'elles ne ressentent pas un besoin de soins. C'est la raison pour laquelle, surtout pour ces personnes, les soins se font dans un contexte d'urgence. Cette attitude compréhensible mais non anticipatrice, permet de renvoyer l'individu à son propre rapport au corps et son environnement social. La CMU-C relève donc d'un principe de discrimination positive puisqu'il s'agit d'agir en faveur des populations défavorisées en tenant compte des difficultés pour compenser les inégalités. Ce ciblage produit paradoxalement une stigmatisation de ces personnes subissant un regard social négatif de par leur condition. L'ensemble de ces éléments altère le sentiment de dignité et de l'image sociale expliquant sans doutes, du moins en partie, les différents renoncements évoqués ci-dessus, accélérant la dégradation de la santé en générale et plus particulièrement celle de la santé bucco-dentaire [11]. Cette dégradation par le recours tardif induit *defacto* une surcharge des coûts dans la prise en charge des plans de traitements des patients.

1.3.2.2. L'Aide à la Complémentaire Santé

L'ACS fut mise en place en 2005 pour limiter les effets seuils au-delà du plafond de l'accès à la CMU-C. Pourtant, force de constater que les personnes éligibles à l'ACS ou ayant accès à l'ACS, représentent proportionnellement un renoncement aux soins supérieur au reste de la population.

Une étude sur le non renouvellement de l'aide à la complémentaire santé a testé 3 hypothèses afin de mieux comprendre le comportement des populations.

La première hypothèse était que l'assuré ne pouvait pas renouveler son ACS en raison d'un manque d'information sur le renouvellement. L'enquête réalisée montre que 45% des motifs du non renouvellement sont liés à une absence d'information tel que le renouvellement non-automatique, la connaissance des plafonds existants, que son accès n'était que d'une fois ou alors que les CPAM mettaient en place le même système d'alerte que pour la CMU-C.

La seconde hypothèse était que les démarches administratives sont un frein pour le renouvellement de l'ACS. Cette seconde hypothèse s'inscrit en lien avec la précédente car il est difficile de délivrer une information précise lorsque les démarches administratives deviennent complexes. Ainsi 8,9% des motifs évoqués sont à cause des démarches administratives

La troisième hypothèse était que l'estimation du rapport bénéfices / coûts par le bénéficiaire était insuffisamment avantageux. Celle-ci représente 14,5 % des causes du non renouvellement. Le coût d'acquisition d'une complémentaire reste, pour certains assurés, encore trop élevé après déduction de l'aide l'ACS, c'est avant tout la question des restes à charge sur les prestations qui découragent l'accès aux soins [7].

Les comportements de renoncement aux soins semblent donc notamment liés à des caractéristiques individuelles et sociales. Le malade se voit peu à peu reconnaître une rationalité limitée et des préférences socialement construites. Au-delà du revenu, le sexe, l'âge, le niveau d'éducation et la situation professionnelle semblent jouer dans les décisions en matière de santé.

Comment expliquer le fait que des personnes malades ne se soignent pas ? Pourtant la santé constitue une place importante dans la pensée commune [2]. Les évolutions actuelles en matière de prévention incitent un peu plus le patient à se responsabiliser et à devenir acteur de sa propre santé. Cependant il est remarqué que les personnes adaptent leurs soins et leurs traitements aux contraintes diverses de leur vie professionnelle et personnelle au lieu de l'inverse afin de préserver une certaine routine et une liberté [40]. La liberté est souvent évoquée lorsque les contraintes sociales sont fortes, les individus s'approprient leur liberté en refusant l'aide proposée ou alors d'anticiper la chute en se l'adoptant [55]. L'individu contemporain apparaît de plus en plus responsable de lui-même et en même temps redevable aux autres, car ce n'est pas d'un simple «tête-à-tête du «citoyen-patient» avec son corps et sa santé» [3]. L'approche de droit / devoir revient sur les coûts économiques liés à la santé et donc sur la notion d'être acteur de sa santé. Il est incontournable d'améliorer, de perfectionner les domaines de la prévention et du recours précoce aux soins afin d'éviter les surcoûts à cause du recours tardif.

Tout cet ensemble doit fédérer la société et ses individus autour d'un objectif commun celui d'optimiser et de prévenir la procrastination des soins. Il s'agit donc d'en améliorer les comportements de chacun par l'information, l'éducation et l'incitation. Ceci est le rôle principal de la santé publique qui est en constante évolution au fil des années. Cette deuxième partie va s'attarder sur l'explication de cette évolution des concepts et de son orchestration aujourd'hui.

2. La santé publique, ses modèles et son organisation en France

2.1 Les fondements

La santé publique est une notion ancienne et bien étudiée qui remonte aux premières mesures de notre histoire avec l'hygiénisme publique. Pourtant sa définition reste assez complexe et demande de prendre en compte plusieurs approches pour bien la comprendre. Elle a malgré tout un but unique : l'amélioration de l'état de santé. Elle définit une spécialité médicale avec ses acteurs qui abordent une démarche différente des autres spécialités car en effet, elle n'est pas centrée sur une pathologie et sur un malade mais elle est sur un champ beaucoup plus large qui est celui de la prévention, de la promotion de santé et de l'appréciation des risques pour la santé. En d'autres termes, elle étudie les différents paramètres amenant aux pathologies, essaie d'influencer les politiques publiques de santé et d'organisation des soins. Ainsi elle s'adresse à une population, à l'ensemble des citoyens et non pas uniquement à un individu ou une personne malade.

2.1.1. Définitions

Afin d'étayer la notion de santé publique, voici un ensemble de définitions proposées pour en poser les fondements.

2.1.1.1. Winslow

Professeur de santé publique à la faculté de médecine de Yale au début du XX^e siècle, il donne une première définition de santé publique : « La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie, et de promouvoir la bonne santé physique à travers l'organisation d'efforts communautaires en matière de qualité d'environnement, de contrôle des infections, d'éducation de chacun sur les principes d'hygiène, d'organisation d'un service médical et infirmier pour permettre le diagnostic précoce et le traitement préventif des maladies, ainsi qu'un développement de structures sociales qui assureront à tous un niveau de vie adéquat au maintien d'une bonne santé ». Il ajoute par ailleurs que la santé publique n'est pas une discipline intellectuelle concrète, mais un « domaine d'activité sociale » pour l'établissement de programmes de services pour la population [54, 55].

2.1.1.2. Organisation Mondiale de la santé

L'organisation mondiale de la santé (OMS), en 1988, définit quant à elle la santé publique comme : «un concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de la vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé.»

A partir de cette définition, l'OMS émet neuf fonctions essentielles de santé publique qui sont :

- prévention, surveillance et contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles,
- surveillance de la situation de la santé,
- promotion au travail,
- hygiène du travail,
- protection de l'environnement,
- législation et réglementation en santé publique,
- gestion en santé publique,
- services spécifiques en santé publique,
- soins de santé pour les groupes vulnérables et populations à haut risque.

2.1.1.3. Traité de santé publique

La dernière édition du traité de santé publique, en 2016, donne une définition de la santé publique à partir d'une synthèse de l'ensemble des données et des définitions émises par l'ensemble des acteurs de santé publique. Celle-ci est la suivante «La santé publique est un ensemble de savoir, savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes» [32].

Elle s'appuie sur l'ensemble des connaissances des disciplines médicales, de l'épidémiologie, des biostatistiques et des sciences sociales, économiques, juridiques et humaines. Son champ d'étude, de recherche et

d'intervention sont en constant renouvellement, en effet, elle est fonction des évolutions sanitaires et sociales.

2.1.1.4. Prévention, promotion de la santé, éducation à la santé et éducation thérapeutique

La prévention a pour objectif d'améliorer un état de santé d'une population afin d'éviter l'apparition, le développement ou une aggravation de maladies en favorisant les comportements individuels et collectifs pour en diminuer le risque de contracter ces maladies.

La poursuite de la réflexion engagée dans un objectif d'améliorer la santé des populations en respectant les libertés mais en soulignant les droits et les devoirs de chacun, doit être en phase avec les nouveaux défis de la prise en charge des patients. Comme l'ensemble des maladies se rattachant à la médecine traditionnelle, la chirurgie dentaire est certainement l'exemple le plus pertinent. En effet, le soin curatif omniprésent a aujourd'hui atteint ses limites. Ce fait interroge sur la conception d'un soin, délivré à un patient, un sujet passif qui ne connaît pas forcément l'exercice dentaire. Les soins dentaires s'inscrivent dans une prise en charge de longue durée, il devient indispensable dans les différentes étapes d'y atteler la coopération du malade. La promotion de santé passe alors par une alliance thérapeutique entre le professionnel de santé et le malade afin d'y trouver une participation active de ce dernier, pour l'accompagner vers une autogestion de sa maladie. Cette nouvelle forme modifie en profondeur la relation entre le soignant et le malade, passant d'un modèle biomédical injonctif organisé sur le soin vers un modèle de cogestion où le patient devient acteur, et apprend à gérer de nouvelles compétences individuelles comme collectives [17].

Selon l'OMS, l'éducation pour la santé représente un ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin.

L'éducation thérapeutique est «un ensemble de pratiques visant à permettre au patient l'acquisition de compétences, afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec ses soignants.»

L'éducation pour la santé permet d'assurer une maintenance de la santé et à recourir aux soins en cas de besoin alors que l'éducation thérapeutique permet d'assurer une coopération active entre le patient et ses soignants pendant les soins.

La santé publique regroupe ainsi plusieurs approches. Son évolution perpétuelle tend à prendre en compte de plus en plus les facteurs sociaux et environnementaux liés à la santé. Il s'agit du concept global de santé défini par ses déterminants.

2.1.2. Les déterminants de la santé

2.1.2.1. Définition

Un déterminant de santé représente un facteur que ce soit un événement, une caractéristique ou de toute autre entité définissable provoquant un changement de l'état de santé ou d'une autre caractéristique définie [33].

Cela sous-entend ainsi une relation de cause à effet qui est le plus souvent d'origine multifactorielle et c'est en agissant sur un ou plusieurs déterminants que le domaine de la santé publique intervient afin de contribuer à l'amélioration d'un ou de plusieurs paramètres d'un état de santé.

2.1.2.2. Classification des déterminants

Les déterminants de santé ne représentent pas quelque chose de fixe, ils évoluent au cours du temps. C'est la raison pour laquelle un ensemble de classifications ont été proposées dont celle de Kinding [31] avec :

- les déterminants sociaux (revenus, éducation, profession, situation sociale, soutien social),
- les déterminants environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, l'urbanisme),
- les déterminants liés au système de santé (accès aux soins et qualité des soins),
- les déterminants comportementaux (alimentation, exercice physique, consommation de produits),
- les déterminants biologiques (stress, génétique).

Les modèles décrivant les relations entre des déterminants et état de santé ne sont pas sans conséquences sur la politique de santé. L'idée dans la pensée commune de ce qu'est la santé et la maladie, conditionne l'ensemble des stratégies d'intervention, le choix des populations ciblées et les acteurs à impliquer. Il est ainsi nécessaire d'intégrer ces évolutions conceptuelles, pour des politiques et des programmes de santé qui soient à la fois plus efficaces et plus équitables, conditionnés à des impératifs économiques.

2.1.2.3. Modèles conceptuels

Les modèles conceptuels décrivant les relations entre les déterminants de santé et un état de santé, ont évolué au cours de l'histoire en lien avec les comportements des populations et les données acquises de la science. Il peut y être distingué trois familles de modèles : le modèle biomédical, le modèle global de la santé, et le modèle socio-environnemental.

Jusque dans les années 1970, le modèle biomédical est resté prédominant où le principe était que la maladie est une conséquence de l'action d'un agent pathogène externe au corps humain comme celui d'un micro-organisme, d'un traumatisme ou d'un agent toxique.

Ensuite la conception du modèle global de la santé émergea en s'appuyant sur quatre types de déterminants de l'état de santé. Il regroupe donc :

- la biologie humaine comprenant la structure biologique et la constitution organique de l'être humain,
- l'environnement correspondant à l'ensemble des facteurs extérieurs au corps ayant un impact sur le corps,
- les habitudes de vie qui se rapportent aux pratiques des individus, leurs décisions, qui peuvent avoir des répercussions sur leur corps et donc leur santé,
- l'organisation des soins rassemblant l'ensemble des acteurs et des institutions permettant la distribution des soins de santé [32].

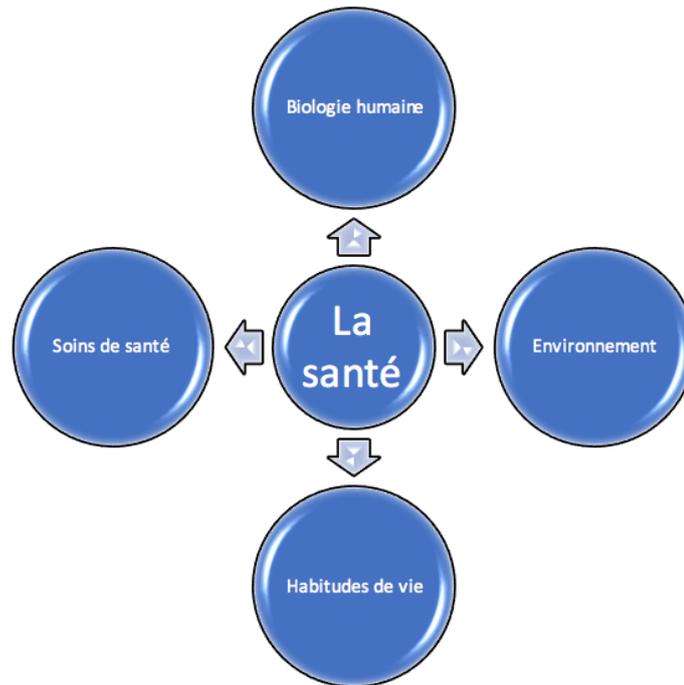


Figure 1: Concept global de santé [32].

La charte d'Ottawa ira ensuite plus loin en 1986, elle est promulguée par l'OMS et souligne que «les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé» la dimension sociale de cette définition amène le modèle socio-environnemental. Dans la continuité de ce modèle, les travaux d'Evans viennent renforcer les facteurs sociaux et ainsi cinq déterminants sont énoncés comme l'environnement social, l'environnement physique, la génétique, le système de santé et la réaction individuelle comportementale et biologique.

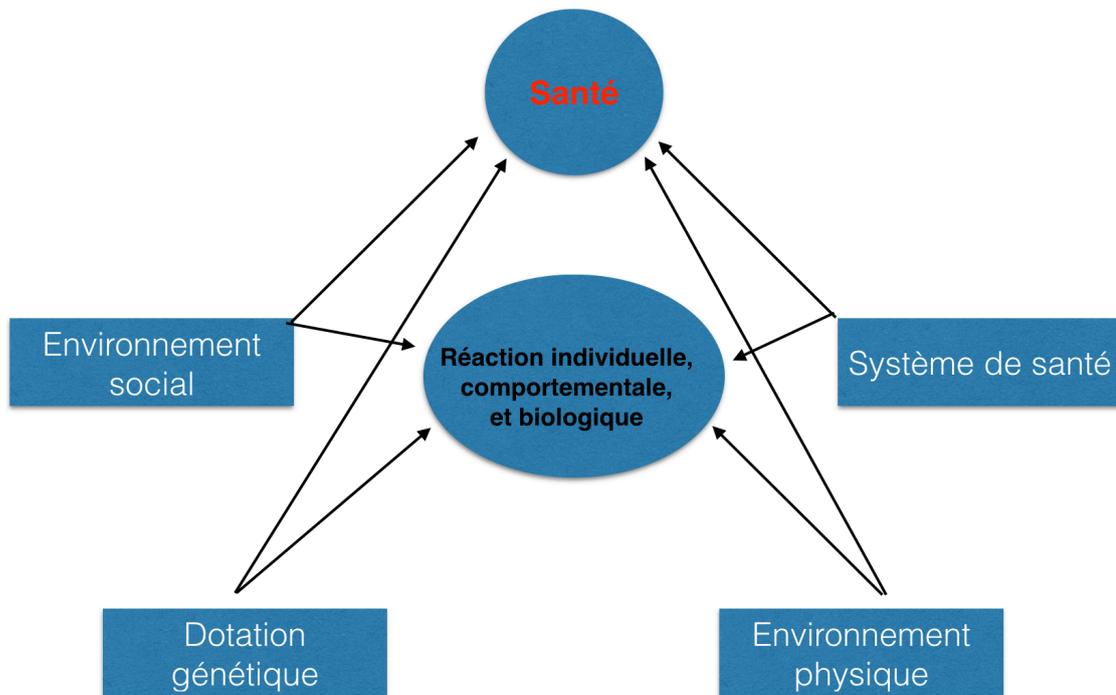


Figure 2 : Les déterminants dans la classification d'Evans simplifiée [41].

Il fut démontré ensuite que les déterminants sociaux de la santé avaient un impact direct sur la santé des individus et des populations [41].

2.1.2.4. Du déterminant à l'intervention

La charte d'Ottawa indique «seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé.» Il s'agit d'une responsabilisation collective pour un intérêt commun. Elle précise également que « la promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.» [42].

Dans un modèle socio-environnemental, les interventions privilégiées sont axées sur les comportements de santé, par des actions centrées sur les personnes via l'éducation pour la santé ou par la mise en œuvre de politiques publiques visant la promotion d'un environnement et de conditions favorables à l'adoption de comportements sains. L'OMS préconise que «pour améliorer la santé, il faut réduire les taux d'échec scolaire, l'insécurité et le chômage, et améliorer l'habitat. Les sociétés qui permettent à tous leurs citoyens de jouer un rôle utile dans la vie sociale, économique et culturelle sont dans une meilleure situation sanitaire que celles qui se caractérisent par l'insécurité, l'exclusion et la

pauvreté» [36]. Il faut souligner qu'à travers les diverses représentations, explications et les évolutions des concepts, le renforcement de la dimension sociale et surtout de l'éducation devient un des piliers des comportements de santé. Les campagnes de préventions bucco-dentaires chez l'enfant et chez l'adulte, ont été élargie récemment jusqu'à 24 ans. Cependant force est de constater le manque d'informations distribuées aux individus via les intermédiaires principaux, tels que les médias et dans les programmes scolaires. C'est ainsi que l'intervention reste aujourd'hui encore principalement centrée via le système de santé par le curatif et non dans le préventif avec l'éducation des populations. L'éducation des populations en lien avec la responsabilisation des patients sur leur état de santé et leurs comportements reste une question délicate encore débattue aujourd'hui par les différents acteurs que sont les pouvoirs-publics, les représentants des professions de santé et les associations de patients.

2.1.3. L'évaluation d'impact sur la santé

Le consensus de Göteborg indique que l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population. Il s'agit d'un processus multidisciplinaire structuré par lequel une politique ou un projet sont analysés afin de déterminer leurs effets potentiels sur la santé.

Le concept global de santé démontre que la santé est influencée par des déterminants socio-économiques et environnementaux. Il en résulte entre autre que les différentes prises de décisions dans les politiques publiques ont des répercussions directes ou indirectes, positives ou négatives sur la santé des populations. C'est ainsi que l'EIS est un instrument permettant d'analyser ces impacts et d'agir sur ces déterminants de la santé.

L'EIS repose sur quatre valeurs principales : la démocratie sanitaire, l'équité et la réduction des inégalités sociales de santé, le développement durable, et l'utilisation éthique des données qualitatives ou quantitatives. Elle développe aussi des principes clés comme la démarche intersectorielle, le transfert de connaissances et la prise en compte des déterminants de santé [66,28].

L'histoire a pour rôle de démontrer l'évolution de la société au fil des années. Concernant la santé publique, son évolution suit le même rythme que celui de la médecine. Ce prochain paragraphe montrera cette évolution et l'importance de l'éducation car l'information ne suffit pas pour changer les comportements.

2.2. L'évolution de la santé publique en France

2.2.1. Historique et approches de la prévention

2.2.1.1. L'hygiénisme

Au début du XIX^e siècle, il n'existait alors que peu de traitements médicaux efficaces afin de lutter contre les maladies contagieuses et seuls quelques règles d'hygiène permettaient de réguler les épidémies. Le mouvement hygiéniste prend forme en 1820, stipulant que les maladies et les conditions sociales étaient étroitement liées et qu'une amélioration des conditions d'hygiène devait être instaurée. Ce mouvement créé dans la continuité de la révolution française met en avant pour la première fois la responsabilité de l'Etat français concernant la santé des citoyens. C'est dans cette continuité que le comité consultatif d'hygiène publique de France s'installe en 1848 au ministère du commerce, chargé des questions sanitaires et des mesures prophylactiques destinées à empêcher la propagation d'épidémies. La première grande loi de santé publique, la loi d'hygiène publique, ne fut votée qu'en 1902. Elle obligeait notamment les villes de plus de 20 000 habitants à se doter d'un bureau d'hygiène municipal, mettait en place des dispensaires, offrait la possibilité de désinfecter les logements au phénol, afin de prévenir les épidémies de choléra, et rendait obligatoire la vaccination contre la variole.

2.2.1.2. La médecine curative

Le XX^e siècle met en avant la médecine dite curative. En effet, des progrès importants avaient été accomplis jusqu'alors, essentiellement au siècle précédent, dans la lutte contre l'apparition des maladies. Entre les deux guerres, les lois de 1928 et 1930, introduisent une conception « assurantielle » de la prévention sanitaire autour de l'ouverture de caisses d'assurance maladie pour les travailleurs salariés et leurs employeurs. Au lendemain de la seconde guerre mondiale avec la création de la sécurité sociale et la découverte de la pénicilline, la médecine curative trouve son essor et oriente la prévention vers une philosophie de promotion de la santé énoncé par l'OMS en 1948 comme un état

de complet bien-être physique, mental et social. Les politiques de santé s'orientent ensuite vers la création des hôpitaux et l'élaboration de la réforme hospitalo-universitaire. Au début des années 50, il fut créé l'Ecole nationale de santé publique et le centre national d'éducation sanitaire démographique et sociale.

2.2.1.3. La remise en cause du modèle curatif

Face aux progrès issus de la médecine curative après la seconde guerre mondiale, la prévention était devenue le parent pauvre de la médecine moderne. Cependant un certain nombre de facteurs vont lui redonner une place stratégique et faire évoluer les mentalités. Le développement de l'épidémiologie va permettre d'évaluer les facteurs de risques des maladies. L'avènement du sida et l'inefficacité des antibiotiques face à ce fléau va remettre la prévention comme seul moyen pour y faire face. L'apparition des premières souches résistantes aux antibiotiques va interroger les médecins sur leurs pratiques médicales. Enfin la nécessité de maîtriser les dépenses en santé en constante évolution va permettre à la prévention de prévenir les maladies afin d'éviter les dépenses excessives.

2.2.2. Du paradigme biomédical au paradigme médico-psycho-social

2.2.2.1. Les limites de l'approche médicale

Le modèle biomédical est centré sur l'individu avec ses caractéristiques et ses comportements. La première limite vient qu'il ne suffit pas d'être informé d'un risque pour permettre de l'éviter car le comportement des individus ne répond toujours pas à une logique rationnelle. La seconde limite est que les vérités scientifiques présentées à un instant T comme une vérité, sont susceptibles d'évoluer au fil des progrès scientifiques. Globalement, l'approche biomédical est de considérer l'individu comme un être responsable de ses actes, qui serait uniquement responsable de sa maladie sans aucune influence des déterminants qui l'entourent.

2.2.2.2. L'approche globale de santé

L'approche globale de santé, comme vu ci-dessus, suppose que d'autres facteurs que l'individu lui-même, peuvent avoir un impact sur sa santé. Il s'agit d'introduire les facteurs inhérents à l'individu comme les facteurs économiques, sociaux, comportementaux et environnementaux. Cette approche globale introduit la notion de promotion de santé qui représente l'aboutissement d'une évolution des responsabilités de l'Etat, vers les professionnels de santé et, enfin, vers les individus. La force de ce modèle global par rapport au modèle biomédical est qu'il envisage l'ensemble de la population dans sa vie quotidienne sans se centrer sur des maladies spécifiques. Les actions éducatives sont alors plutôt orientées vers le développement des aptitudes personnelles et sociales que vers la modification directe de mauvais comportements, même si ceux-ci peuvent être implicitement orientés par l'éducation et l'information. La composante éducative et citoyenne prend alors le pas sur la composante sanitaire.

2.2.3. Education pour la santé en France : Un regard critique

Une approche éducative dans un contexte où le concept global de santé y est proposé, sous-entend que toute action éducative sur un individu aura un retentissement global sur lui-même. Elle devra être pensée en conséquence. En effet, intervenir sur la santé bucco-dentaire d'une manière éducative aura une influence autant sur l'aspect médical, que sur l'aspect comportemental via une réflexion sur la nutrition, que sur l'aspect social via l'estime de soi.

2.2.3.1. Informer

L'information passe par l'éducation ayant pour point de départ : plus les personnes seront informées, plus leurs choix seront favorables à leur santé. Les campagnes d'information à visée individuelle ou collective sont de plus en plus brutes, dont les sources sont parfois difficiles à identifier. La science et le champ des connaissances seraient là pour décrire et aider car l'information telle qu'elle est construite aujourd'hui via la multiplicité des supports est loin d'être neutre et hors de tout soupçon de validité scientifique et d'indépendance vis-à-vis des groupes d'intérêts et de leurs lobbies. Une porte ouverte aux universitaires pour participer aux débats et aux prises de décisions dans les négociations des politiques de santé pourrait être une option non négligeable dans le contexte actuel d'un système à bout de souffle. L'information est importante mais celle-ci ne suffit pas. Une personne peut recevoir une information sur un comportement

dommageable pour sa santé sans pour autant modifier son attitude. C'est la raison pour laquelle l'éducation et la pédagogie doivent être une priorité pour changer les comportements.

2.2.3.2. Modifier les comportements

Un comportement peut être dommageable à la santé. Inciter les personnes à adopter des choix, des attitudes, des pratiques favorables à leur santé peut relever du défi. Pour y parvenir l'importance de l'épidémiologie et de l'anthropologie deviennent déterminantes dans les actions à adopter pour atteindre les objectifs de santé.

Une action éducative favorisant l'estime de soi, aura un effet favorable sur l'ensemble des comportements de la personne. Inversement, mettre l'individu en difficulté va affaiblir ses capacités à gérer son environnement et ses émotions, et peut rapidement détruire les éventuels acquis des actions antérieures de préventions. Par exemple, une personne ancrée dans un processus de précarisation, comme le chômage, peut entraîner un désordre familial aboutissant à une séparation et avoir comme finalité un retentissement d'un point de vue de la santé par l'adoption de mauvais comportements. C'est la raison pour laquelle, l'éducation à la santé doit se faire dans une approche positive en récusant toute stigmatisation afin d'améliorer l'estime de soi et d'en prévenir les mauvais comportements [39,46,25].

2.3. Politique de santé en France et ses enjeux

2.3.1. Définir une politique

Définir une politique santé, c'est donner un sens et un cadre susceptibles d'influencer la santé d'une population. Le sens d'une politique s'exprime dans la définition de ses finalités, qui doivent être le reflet de valeurs partagées. Le modèle proposé par l'OMS en 2000 pour évaluer la performance des systèmes de santé identifiait ainsi quatre finalités principales :

- améliorer l'état de santé de la population,
- répondre aux attentes légitimes de la population (respect du droit de la personne),
- assurer la protection de chacun contre les conséquences financières et sociales de la maladie,
- réduire les écarts entre les individus et entre les groupes de population.

Le cadre méthodologique s'appuie sur l'identification des domaines d'interventions afin d'y mener des actions couplées à des choix stratégiques, en définir des cibles et le rythme à adopter pour parvenir au but déterminé.

2.3.2. Les institutions de la politique de prévention en France

La politique de prévention du gouvernement en France s'appuie sur différentes organisations qui sont :

- le Haut Conseil en Santé publique, qui fournit l'expertise notamment pour des réflexions globales en santé publique et contribue au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé,
- la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, qui oriente et finance les différentes politiques,
- l'agence Santé Publique France, chargée, entre autres, du développement de la prévention et de l'éducation pour la santé,
- la Haute Autorité de Santé, qui peut établir des recommandations de bonnes pratiques et apporter son expertise sur les enjeux de santé.

- les Agences Régionales de Santé, dans le cadre de consultations des différentes populations, par exemple pour la stratégie de santé, qui coordonnent régionalement les déclinaisons des politiques de santé.

Santé publique France représente l'agence nationale de santé publique. Il s'agit d'un établissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la santé. Elle a été créée par décret le 27 avril 2016 [59]. Elle regroupe l'ensemble des missions, compétences et pouvoirs exercés par l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Sa mission se concentre sur 3 axes majeurs : Anticiper, comprendre et agir. Elle a en charge l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations ; la veille sur les risques sanitaires menaçant les populations ; la promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé ; le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé ; la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires ; le lancement de l'alerte sanitaire [67]. Cependant son organisation et ses modalités d'actions n'éprouvent aucune référence en vers la prévention en santé bucco-dentaire. En effet, les thématiques abordées sont les maladies infectieuses avec les urgences sanitaires et la vaccination, la nutrition et l'activité physique, les addictions, la santé sexuelle, vieillir en bonne santé, santé et cadre de vie puis santé mentale y sont abordées [68].

La politique de santé doit intervenir sur deux catégories que sont d'une part les individus et d'autres part la population, c'est l'intervention individuelle et collective.

L'intervention au niveau de l'individu, de la personne renvoie aux comportements individuels, à l'action médicale et aux soins. Les professionnels de santé ont pour rôle dans ce cas, d'identifier les risques et de mettre en œuvre les mesures de prévention individuelle appropriées (information, éducation pour la santé). Il s'agit aussi d'y dépister de façon précoce les pathologies, de les soigner afin d'en assurer la qualité de vie et de suivre l'évolution du malade.

L'intervention au niveau de la population doit partir d'une analyse des problèmes de santé et de l'identification des éléments qui vont déterminer leur survenue afin d'en établir des stratégies d'actions les plus susceptibles pour les réduire.

La politique de santé doit organiser l'accessibilité, la qualité, la continuité et la cohérence des services rendus en matière de prévention, de soins, d'accompagnement social et de réadaptation. Elle se doit de soutenir les efforts de recherche qui permettent de développer des technologies et des stratégies d'intervention plus efficaces.

Il est important aussi de préserver les mécanismes solidaires de protection sociale pour limiter autant que ce soit, les barrières financières et sociales de la maladie et d'avoir un système incitatif afin d'en améliorer les effets à long terme [27]. Le coût toujours plus croissant du système de protection sociale peut par ailleurs conduire à mettre en cause la capacité à assurer son financement, c'est la raison pour laquelle les pistes de réflexions doivent inciter chacun à rechercher la meilleure utilisation possible des ressources qui lui sont consacrées [23].

Il s'agit à présent de revenir un peu plus dans le détail sur les politiques et l'organisation de la chirurgie dentaire en France. L'ensemble des données suivantes sont issues des rapports effectués avant la mise en place de la nouvelle convention du 1^{er} avril 2019. C'est ainsi que certaines données sont susceptibles d'évoluer avec la mise en place de celle-ci.

2.3.3. La chirurgie dentaire en France

2.3.3.1. Les chiffres et l'organisation

En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 199,3 milliards d'euros. Sa croissance s'infléchit nettement à +1,3 % en 2017 (après 2,0 % en 2016), du fait du fort ralentissement des soins hospitaliers. La consommation de soins dentaires s'élève à 11,3 milliards d'euros soit 5,7% de la consommation de soins et de bien médicaux.

La France consacre au total 11,5 % de son PIB à la santé dont 0,4% pour la chirurgie dentaire.

La Sécurité sociale finance 77,8 % de la CSBM, et les organismes complémentaires 13,2 %. La part restant à la charge des ménages continue de reculer pour s'établir à 7,5 % en 2017.

Trois modes de tarifications existent :

- les consultations et les soins préventifs et conservateurs sont opposables et remboursés à 70% par l'assurance maladie obligatoire. Les dépassements ne sont pas autorisés,
- les soins prothétiques et les soins orthodontiques commencés avant 16 ans sont le plus souvent facturés avec des dépassements. L'assurance maladie obligatoire prend en charge alors que 70% du tarif opposable fixé par la Sécurité sociale mais ici les dépassements sont autorisés,
- les soins de parodontologies, d'implantologie et ceux d'orthodonties commencés après 16 ans font l'objet d'honoraires totalement libres. Ces actes ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Ils peuvent être pris en charge par certaines complémentaires.

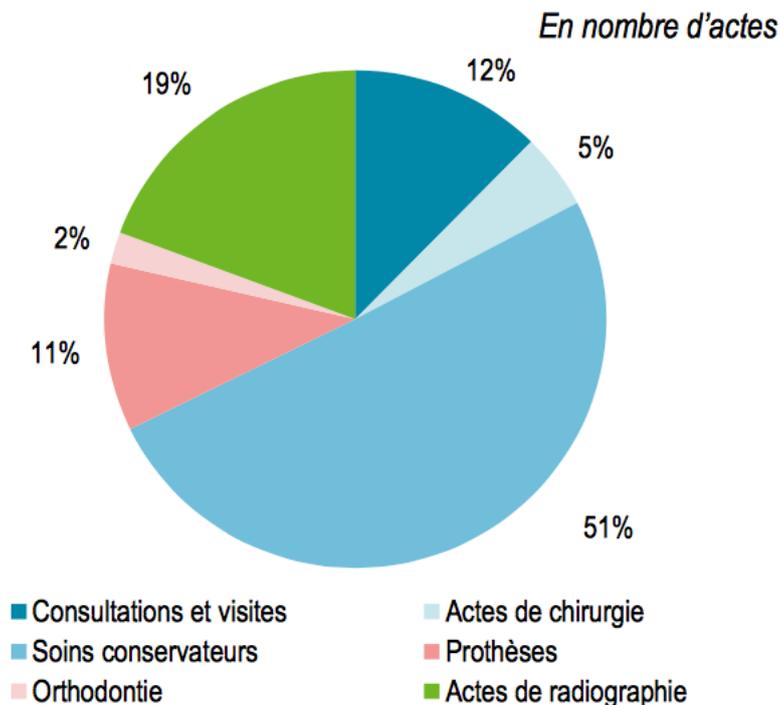


Figure 3 : Répartition des actes dentaires libéraux en 2016 [20].

Les soins remboursables des chirurgiens-dentistes sont composés en majorité de soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, traitement endodontique) : ils représentent 51 % du nombre total d'actes en 2016. Viennent ensuite les radiographies, qui représentent 19% des actes, les consultations et visites (12 %), les prothèses (11 %), les actes de chirurgie (5 %) et enfin l'orthodontie (2 %).

Tableau 3 : Effectifs de chirurgiens-dentistes par mode d'exercice [20].

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2016-2017 (%)	structure 2017 (%)
Ensemble des chir. dentistes	41 116	40 930	40 941	40 599	40 833	41 186	41 495	41 788	42 197	42 348	0,4	100,0
Dentistes libéraux	37 292	37 078	36 976	36 809	36 906	37 053	37 013	37 196	37 356	37 308	-0,1	88,1
Dentistes salariés	3 965	3 766	3 906	3 790	3 927	4 133	4 482	4 592	4 841	5 040	4,1	11,9
dont salariés hospitaliers	456	465	478	360	403	455	635	639	652	703	7,8	1,7

Dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 42348 chirurgiens-dentistes sont recensés en France. L'augmentation des effectifs de dentistes profite essentiellement à l'activité salariée, en forte progression depuis 2011 (+4,9 % par an en moyenne depuis 2011). Pour autant, l'essentiel des effectifs de chirurgiens-dentistes (88,1%) reste constitué de libéraux. Les effectifs libéraux sont stables pour la période 2011-2017 (+0,3 % par an en moyenne).

Pour 100 000 habitants

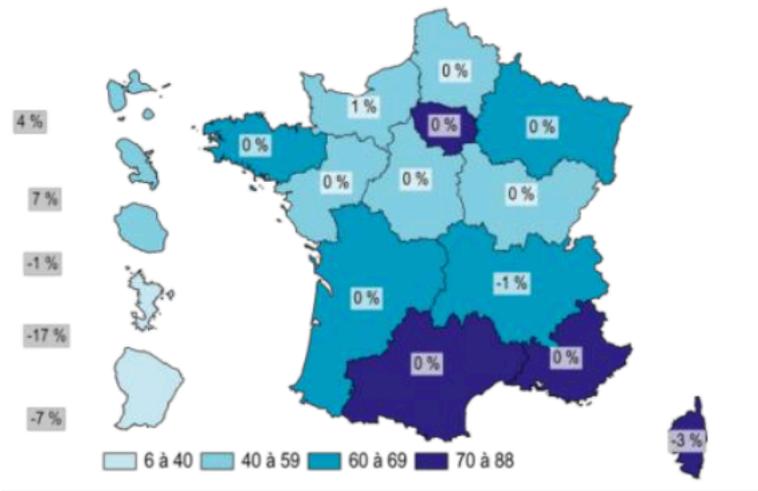


Figure 4 : Densité de chirurgiens-dentistes en 2017 et évolution annuelle [20].

Dans un contexte de libre installation sur le territoire national, les écarts de densité entre le nord et le sud du pays sont significatifs. En 2017, la densité moyenne de chirurgiens-dentistes atteint 63,2 pour 100 000 habitants. Elle est supérieure à 70 pour 100 000 en Ile-de-France et dans les régions du sud (Paca, Occitanie et Corse), tandis qu'elle est inférieure à 45 pour 100 000 en Normandie et dans certains DROM [48].

2.3.3.2. L'organisation de la prévention et de la promotion de santé en chirurgie dentaire

La prévention en santé publique représente l'ensemble des actions, mesures, attitudes et comportements qui visent à éviter la survenue de maladies et/ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé. Cette prévention se décline en :

- la prévention primaire : elle agit en amont de la maladie pour éviter son apparition en agissant sur ses facteurs de risques. Par exemple, on retrouve l'éducation collective, l'évaluation du risque individuel, l'éducation individualisée à l'hygiène orale et le traitement orthodontique,
- la prévention secondaire : elle agit à l'apparition de la maladie pour limiter son évolution et les facteurs de risques. Par exemple les examens bucco-dentaires, les vernis fluorés, les soins précoces et l'éducation thérapeutique,

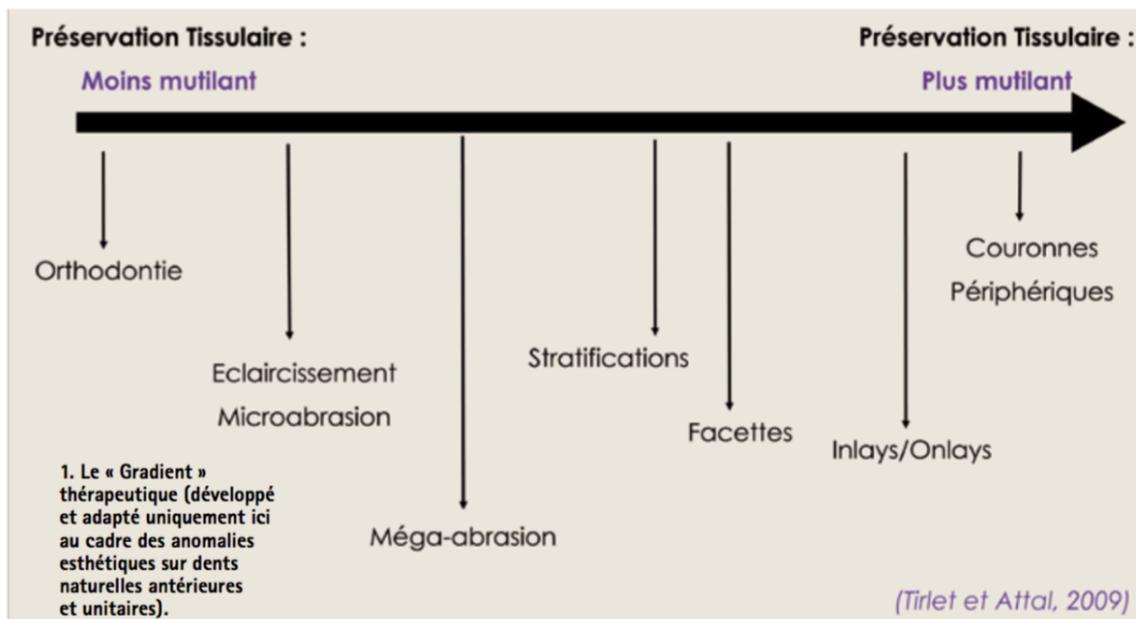


Figure 5 : Le gradient thérapeutique [9].

L'objectif de la prévention secondaire est d'intercepter de façon précoce la maladie et d'y adopter le traitement le plus conservateur en tissu dentaire possible [9].

- la prévention tertiaire : elle agit à un stade avancé de la maladie ou après celle-ci. par exemple, on retrouve les actes réparateurs pour redonner la fonction la plus complète possible comme les prothèses (partielles, complètes, conjointes, implantaires, chirurgies régénératrices, traitement orthopédique) [49].

Dans le cadre de la nouvelle stratégie nationale de santé 2018-2022, le gouvernement prévoit deux objectifs liés à la santé bucco-dentaire. La première est liée aux personnes en situation de handicap, elle préconise de réaliser au moins une fois par an un bilan de santé pour repérer les besoins de soins, notamment de soins dentaires, et de développer une consultation de repérage et de dépistage auprès des personnes dépendantes en établissement. La seconde s'intéresse sur l'organisation des soins dentaires en établissement d'hébergement pour personnes dépendantes, avec la formation du personnel soignant à l'hygiène orale, l'organisation de consultations, de dépistage et la systématisation du bilan bucco-dentaire d'entrée en établissement [60].

Les bénéficiaires des EBD sont pris en charge à 100 % et avec dispense d'avance de frais.

2.3.3.3. La prévention bucco-dentaire à destination des jeunes

Elle répond à deux objectifs :

- favoriser un contact précoce avec le chirurgien-dentiste,
- instaurer des rendez-vous réguliers aux âges les plus exposés au risque carieux : 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Le dispositif a été étendu en 2018 aux jeunes de 21 et 24 ans, puis dès 3 ans dans le cadre de la nouvelle convention des chirurgiens-dentistes.

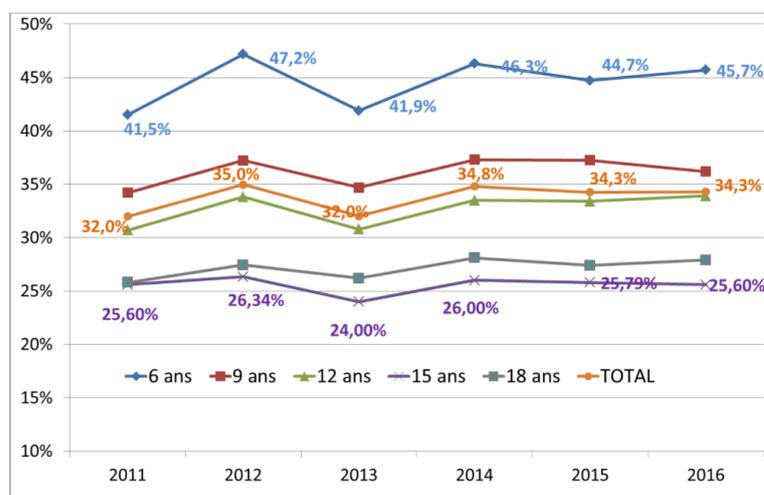
Cet examen comprend : une anamnèse ; un examen bucco-dentaire ; une action de prévention et d'éducation sanitaire adaptée à l'âge.

Il peut être complété par : des radiographies intrabuccales ; l'établissement d'un programme de soins.

Si un programme de soins est établi, ils doivent débuter dans les 3 mois qui suivent l'EBD et s'achever dans les 6 mois suivant la date de début des soins [69].

Cependant le graphique suivant montre un recours médiocre aux examens bucco-dentaires. En effet, d'après l'assurance maladie (en partenariat avec le système national d'information interrégimes) montre en 2016, qu'un recours de 34,3% pour l'ensemble des tranches d'âge, un taux en stagnation continue depuis 2011.

Tableau 4 : Taux de recours à l'EBD de 2011 à 2016 en fonction des tranches d'âge [25].



2.3.3.4. La prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes

Au cours de leur grossesse, les femmes sont particulièrement réceptives aux messages de prévention portant sur leur santé et celle de leur futur enfant. Ce nouveau dispositif vise ainsi à les sensibiliser durant cette période sur la santé bucco-dentaire (hygiène orale, hygiène alimentaire, prévention de la carie de la petite enfance) et le recours au chirurgien-dentiste.

La femme enceinte peut bénéficier de cet examen de prévention bucco-dentaire à compter du 4ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement.

Cet examen comprend : une anamnèse ; un examen bucco-dentaire ; une action de prévention et d'éducation sanitaire pour la femme et le futur enfant.

Il peut être complété si nécessaire par : des radiographies intrabuccales ; l'établissement d'un programme de soins [70].

2.3.3.5. Les évolutions de la nouvelle convention

La nouvelle convention introduit désormais une extension de l'EBD à 3 ans. De plus, il y a la mise en place de nouvelles prises en charge d'actes préventifs destinés pour les patients fragiles comme :

- les patients diabétiques dont la pathologie fragilise les tissus bucco-dentaires. Le bilan parodontal et l'assainissement par sextant consécutif à ce bilan sont pris dorénavant en charge respectivement à 50 euros et 80 euros,
- les patients en situation de handicap sévère qui se heurtent aux difficultés d'accès aux soins. Un forfait supplémentaire de 100 euros par séance avec ou sans l'utilisation du mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) sous condition d'être allocataire de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation de l'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) [71],
- une extension du dispositif de scellement de sillons sur les molaires permanentes jusqu'à 16 ans,

- la prise en charge de l'acte de fluoration pour les enfants de 6 à 9 ans à une fréquence biannuelle [72].

2.3.3.6. L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

L'union française pour la santé bucco-dentaire représente un organisme de la profession dentaire dédiée à la prévention et à la promotion de la santé bucco-dentaire. Son objectif est d'inscrire la santé bucco-dentaire en sensibilisant toute la population à l'importance de la santé et de l'hygiène bucco-dentaire sans oublier les décideurs politiques et les médias, et en animant dans la profession dentaire « une conscience de prévention » au-delà des actes curatifs.

Son action permet de fournir des analyses de l'état de santé orale des populations, produit des perspectives, met en œuvre des actions et contribue à l'évaluation de l'impact des mesures de prévention [49].

2.3.3.7. L'exemple du Val de Marne

Le constat de la forte prévalence de la carie dentaire chez l'enfant et plus en particulier dans les milieux défavorisés, le Département du Val de Marne mène un programme de prévention bucco-dentaire pour les enfants dès la naissance. C'est ainsi dans le cadre de sa compétence de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) que le département met en place un programme de prévention primaire et secondaire dès 1991 et l'a élargi aux jeunes de 12 à 18 ans en 2003. Il intervient dans l'ensemble des villes grâce à un partenariat avec les collectivités locales, la CPAM et l'inspection académique. Il s'appuie sur le réseau de soin libéral, de centres de santé et hospitaliers du département et sur un maillage de santé publique dentaire de la crèche aux collèges en passant par les services de santé des villes. Ainsi chaque année :

- les crèches et les centres de PMI départementaux réalisent une information sur la santé bucco-dentaire auprès des enfants et de leurs familles,
- plus de 15 000 élèves de CP accueillent l'animation M'T Dents, programme mené entre le département et l'assurance maladie,
- plus de 15 000 enfants des classes de CE1 bénéficient d'un dépistage à bord de l'un des deux camions dentaires,

- une soixantaine de classes de collèges participe à des actions de prévention.

Grâce à ce programme de prévention bucco-dentaire, 82,3% des enfants de 6 ans sont en bonne santé bucco-dentaire. A cet âge, 79% des enfants du val de marne n'ont jamais eu de carie contre 63% au niveau national [73].

2.3.4. Les enjeux

La santé de la population est déterminée par un très grand nombre de facteurs : démographiques, économiques, environnementaux et sociaux. A partir de ces facteurs, l'action en santé publique cherche à intervenir, soit par le biais de politiques intersectionnelles comme l'éducation, le logement, les transports, le travail, l'agriculture ou encore l'environnement, soit directement dans le cadre d'une politique spécifiquement centrée sur le système de santé.

Les enjeux se situeront dans le renforcement de la prévention et d'une perspective à long terme. Cependant l'agenda politique est souvent « court » pour des raisons électorales et de résultats immédiats, ne permettant pas cette perspective.

Ces deux parties montrent le besoin de renforcer la prévention en santé bucco-dentaire. Elles démontrent qu'il ne s'agit pas de soigner uniquement un malade, mais de soigner un individu dans son environnement. Le concept global de santé permet de comprendre les diverses raisons du renoncement. Il sous-entend aussi qu'en matière de santé, l'Homme n'effectue toujours pas les meilleurs choix. Cette dernière partie s'attardera sur la part d'irrationalité de l'Homme. Elle étudiera les différents mécanismes de la pensée et tentera d'apporter une autre approche de la prévention en santé bucco-dentaire.

3. Nudge : la pensée positive

L'article premier de la déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, énonce que «les Hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits». Pourtant face à une décision ou un choix, les Hommes ne sont pas tous égaux. Parcours de soins, organisation et architecture du système de soins, de nombreux facteurs peuvent avoir un impact sur leurs choix et leurs prises de décisions en matière de vie et de santé. Le vécu, les représentations individuelles ou populationnelles et l'émotion influencent la prise de décision. Le but de cette partie sera de réfléchir sur ce nouveau concept : «le nudge».

3.1. Définitions

Cet ensemble de définitions détermine un champ lexical permettant une meilleure compréhension des logiques psychologiques et des comportements humains qui seront exposés, ainsi que de la réflexion adoptée.

3.1.1. Economie comportementale

L'économie comportementale s'intéresse à la compréhension de la façon dont les humains prennent des décisions. Quels sont les facteurs qui les influencent, quelles logiques souvent illogiques utilisent-ils dans les petits et grands choix quotidiens de la vie ?

Thaler la définit : « Comme une science économique reposant sur des hypothèses et des descriptions réalistes du comportement humain. Il s'agit tout simplement d'économie dotée d'un pouvoir explicatif accru grâce à des modèles qui sont mieux ajustés aux données ».

Samson décrit l'économie comportementale «comme l'étude des influences cognitives, sociales et émotionnelles sur le comportement économique observable des individus»[44].

3.1.2. Nudge

Le nudge représente un outil de choix de l'économie comportementale. Il se fonde sur la création d'interventions encourageant les individus à prendre des décisions qui soient bénéfiques pour eux-mêmes, la collectivité ou la planète.

Un nudge est un outil qui modifie le comportement des individus de façon prévisible sans interdire la moindre option, ni changer de façon significative les motivations économiques. Pour être considérée comme un nudge, une intervention doit être simple et facile à contourner. Les nudges ne sont pas des injonctions [47]. Par exemple, placer un fruit à hauteur du regard est un nudge, interdire la junk food ne l'est pas. Historiquement, l'un des exemples les plus connus est celui mis en place à l'aéroport international d'Amsterdam afin de réduire les coûts de nettoyage des toilettes publics par le biais d'un petit autocollant représentant une mouche au fond de chaque urinoir. Un autre exemple est celui des plaques de chewing-gum de la ville de Besançon afin de promouvoir la propreté.



Figure 6 : Représentation de l'autocollant utilisé à l'aéroport d'Amsterdam [58].



Figure 7 : Plaque à chewing-gum [74].

Les nudges sont donc une aide implicite à la décision, portée par le contexte ou la présentation du choix, et non par les caractéristiques intrinsèques de la proposition.

Le nudge a pour but de changer collectivement un comportement. Celui-ci va intervenir sur différents mécanismes de la réflexion humaine dont est l'objet la partie suivante.

3.2. Le cerveau et le cœur de sa réflexion

3.2.1. Définition des principales notions des sciences comportementales

Tout comme l'économiste rêve d'un *homo oeconomicus* cohérent et souverain dans ses choix, les dentistes rêvent d'un *homo medicus* capable de comprendre le discours biomédical, de s'en approprier les informations et les recommandations. Le comportement des Français vis-à-vis de leur santé bucco-dentaire apparaît souvent peu rationnel. Ainsi comme vu dans la première partie, moins de la moitié des adultes français ont eu recours au chirurgien-dentiste une fois par an. En effet, une visite de contrôle annuelle est conseillée par les autorités sanitaires et remboursée quasiment intégralement par la Sécurité Sociale, et ses bénéfices thérapeutiques sont reconnus. Malgré cela, relativement peu de patients effectuent cette visite, ou l'effectuent avec la régularité souhaitable. L'Homme n'est pas rationnel. En effet la plupart du temps, le nombre d'informations à traiter l'oblige à répondre dans une majorité des cas de façon automatique. C'est par cette réponse automatique que le cerveau utilise un ensemble de biais et de facteurs. Il sera exposé ici les principaux mécanismes de réponse automatique pouvant se rattacher ensuite au domaine de la chirurgie dentaire.

3.2.1.1. Architecture de choix

Elle représente le fait d'influencer les choix en modifiant la façon de présenter les options aux individus ; par exemple, en ayant recours aux choix par défaut, au cadrage, ou à l'effet de leurre.

a) Choix par défaut

Il représente des plans d'actions préétablis qui prennent effet si le décideur ne précise rien. Le choix par défaut est un outil efficace pour l'architecture de choix dans la mesure en cas d'inertie ou d'incertitude, un choix automatique y sera appliqué. C'est l'exemple de celui du don d'organe où dorénavant, tout le monde se trouve donneur.



Figure 8 : Affiche d'information de la campagne du don d'organe [75].

b) Effet de cadrage

La présentation des choix peut être formulés de façon à mettre en avant les aspects positifs ou négatifs d'une même décision, induisant ainsi une modification de son attrait relatif. C'est l'exemple de l'utilisation d'un dentifrice à 1500ppm de fluor permettant de réduire de 70% l'apparition de caries ou de réduire le taux à 30% d'apparition de caries. Ces deux notions veulent dire la même chose, mais dans la formulation, les individus seront plus sensibles à la première.

c) Effet de leurre

Les choix découlent souvent de ce qui est proposé et non des préférences absolues. Il s'agit d'une « dominance asymétrique ». Il survient lorsque la préférence d'un individu pour une option plutôt qu'une autre, change après l'ajout d'une troisième option.

d) Choix intertemporel

Il s'agit de s'intéresser à la valeur relative que les individus attribuent aux récompenses à des moments différents et à la tendance à accorder moins d'importance pour l'avenir. C'est un biais du temps présent et qui peut être en lien avec l'effet de procrastination.

3.2.1.2. Aversion à la perte et douleur de payer

Les individus sont plus psychologiquement exposés à une douleur lors d'une perte que le plaisir associé à un gain. C'est la raison pour laquelle, ils sont plus disposés à prendre des risques pour éviter une perte.

Les personnes n'aiment pas dépenser de l'argent. Il en résulte une douleur lors d'un paiement à cause de l'aversion à la perte. Ce phénomène est moindre lors des paiements par carte bancaire, du fait que le plastique soit moins « réel » que des espèces et ainsi la sensation d'épuisement des ressources est moins présente.

3.2.1.3. Biais cognitif et dissonance cognitive

Le biais cognitif représente une erreur systématique (non aléatoire) de raisonnement, lorsqu'un jugement cesse d'être considéré comme souhaitable du point de vue des normes acceptées ou correct en termes de logique formelle. Il s'agit d'un mécanisme aboutissant à une altération du jugement. Cette forme de pensée permet de prendre une décision de façon rapide, c'est le système un, celui de la réponse automatique.

La dissonance cognitive fait référence à la tension inconfortable résultant de deux idées ou sentiments simultanés et contradictoires, qui surviennent lorsqu'un individu réalise qu'il a adopté un comportement incohérent avec le type de personne qu'il souhaiterait être, ou la façon dont il aimerait être perçu par les autres. Les individus ont une tendance à amoindrir cette tension, en modifiant leurs attitudes, leurs croyances ou leurs actions. C'est l'exemple du fumeur qui se rassure en se disant que des personnes fument et n'ont jamais eu le cancer ou alors celui qui ne se brosse pas les dents quotidiennement et qui n'a jamais eu de caries.

3.2.1.4. L'engagement

Les engagements servent d'outils afin de contrer le manque de volonté des individus et d'obtenir un changement de comportement, plus il sera coûteux pour la personne de ne pas le respecter, plus il sera efficace. Les individus sont enclins à préserver une image cohérente et positive d'eux-mêmes, et ils sont susceptibles de tenir leurs engagements afin d'éviter tout préjudice de réputation et/ou de dissonance cognitive. La technique de changement de comportements qui consiste à définir des objectifs repose sur la formulation d'engagements,

tandis que la réciprocité implique un engagement implicite « donnant-donnant » [44].

Le comportement humain n'est donc pas toujours rationnel, c'est la raison pour laquelle celui-ci va utiliser des raccourcis mentaux ou alors avoir recours à des biais cognitifs comme exposés ci-dessus. Le cerveau peut se concevoir en mode automatique, puisant ses ressources sur la mémoire procédurale, les expériences passées ou les émotions, mais il peut aussi être en mode « non automatique » plus lent et fondé sur la réflexion. Les différentes parties suivantes vont s'attarder sur cette distinction pour amener progressivement vers la corrélation avec la chirurgie dentaire.

3.2.2. Système 1 et Système 2

La terminologie de « système un et système deux » fut suggérée à l'origine par les psychologues Stanovich et West. Ensuite ce concept est repris par Kahneman, spécialiste de psychologie cognitive et d'économie comportementale, professeur émérite de l'université de Princeton. L'ensemble de ses travaux sur le jugement et la prise de décision lui ont valu un prix Nobel en 2002. Il sortit un livre « Système 1 Système 2, les deux vitesses de la pensée » où il détailla l'ensemble de ces processus de pensées et son application dans diverses domaines de la vie quotidienne personnelle comme professionnelle.

Les heuristiques sont des raccourcis mentaux utilisés pour traiter rapidement des informations, qui peuvent entraîner des erreurs de jugements et de créer ou accroître des écarts entre les intentions initiales et les actions réalisées. Les systèmes un et deux sont en perpétuelle interaction. Le système un est celui de l'automatisme, affectif, et fondé sur les heuristiques. Il va mettre en avant de façon rapide des réponses intuitives aux problèmes qui surviennent, il demande moins d'efforts et d'engagement cognitif. Il est sollicité par des stimuli environnementaux et contextuels. A l'opposé, le système deux représente le processus lent, laborieux, conscient, fondé sur des règles et il est contrôlé. Il s'agit du principe de réaction à chaud et à froid. La réaction à chaud est accrue aux stimuli sous l'effet des émotions. La réaction à froid renvoie vers une pensée dénuée d'émotions et rigoureuse [29].

3.2.3. Les interrelations des systèmes

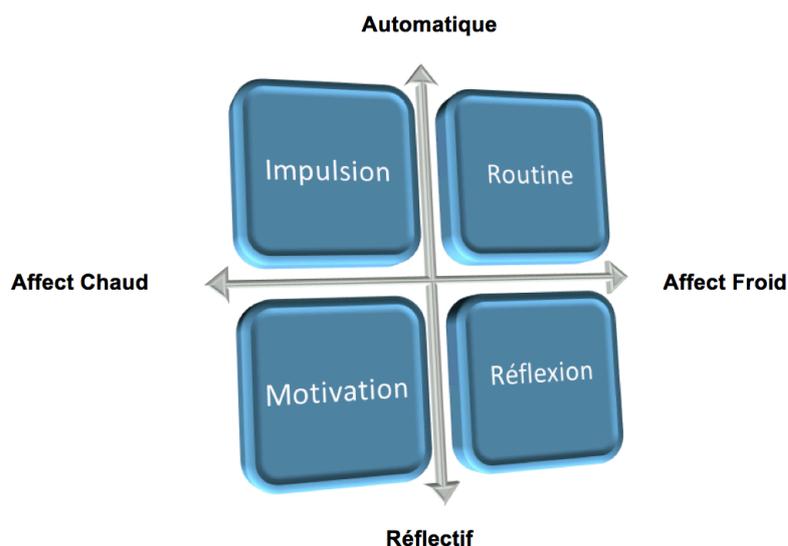


Figure 9 : Les interrelations des systèmes [44].

Le mode automatique est opposé au mode réflexif (système 1 et système 2) et la distinction est faite entre présence et absence de l'affect chaud. Le premier quadrant distingue les processus et les actions impulsifs type, où l'esprit est en même temps en mode automatique et dans une situation d'affect chaud. C'est par exemple le cas d'un joueur totalement absorbé dans sa partie en cours. Ici, il peut être envisagé un nudge de désengagement en interrompant l'interaction homme-machine au moyen d'une fenêtre d'alerte sur laquelle le joueur doit cliquer, puis ré-engager le joueur grâce la compatibilité mentale pour activer le système 2. Dans le deuxième quadrant, la situation classique des nudges via le choix par défaut. Dans le troisième quadrant est celui des stratégies exclusives reposant sur le système 2. Enfin dans le quatrième quadrant, les stratégies consistant à stimuler le système 1 avec des émotions fortes, afin d'activer le système 2 et motiver un changement de comportement.

3.2.4. Les systèmes et la chirurgie dentaire

Pour comprendre la relation entre « les systèmes » et la chirurgie dentaire, il faut prendre les choses une par une. Tout d'abord, le système un automatique et à chaud. Il pourrait s'agir des idées reçues par les patients envers les dentistes comme « boucher, malhonnêteté, charlatan, mauvaises expériences personnelles ou rapportées, trop onéreux ». Il s'agit alors du premier quadrant celui de l'impulsivité. Ensuite, le deuxième quadrant, il s'agit alors des stratégies d'incitations tel que le bilan bucco-dentaire proposé par l'assurance maladie. Puis

le troisième quadrant, le système deux, la réflexion à froid, sans émotion, il s'agit des campagnes d'informations et de prises de consciences de la santé bucco-dentaire, encore insuffisantes en France. Tous les supports de diffusions de l'information, peuvent être utilisés envers les populations. Cependant l'information ne suffit pas, il faut expliquer et accompagner, c'est l'éducation. Enfin le quatrième quadrant, c'est la stimulation du système 1 par le bais des émotions tel que le pouvoir de l'image, des conséquences néfastes d'une négligence bucco-dentaire. Il est question d'agir sur le comportement émotif des patients. Le patient possède l'information et l'émotion va l'amener à réfléchir. Le changement de comportement ne peut se résumer uniquement à des bilans bucco-dentaires offerts ou des dispositifs incitatifs, il doit se décliner aussi par l'information à plus grande échelle tel que le quadrant 3 et agir sur l'émotion ensuite des conséquences tel que le quadrant 4. La finalité de cette philosophie est de reconduire doucement le patient et les populations dans le système un, automatique, où la santé bucco-dentaire deviendrait une norme et donc de renforcer le quadrant deux, celui du recours au chirurgien-dentiste. Il s'agit de la boucle de l'habitude avec une intervention à chaque niveau. Cette boucle sera plus détaillée par la suite.

3.3. L'éthique

Lorsque l'économie comportementale est utilisée pour influencer des décisions, cela soulève inévitablement des interrogations en termes d'éthique. Le recours à des nudges qui représentent un mode d'intervention pour une aide implicite à la décision, dans le domaine public, soutient que ces interventions sont mises en place pour le bien des individus ou de la société dans son ensemble [47].

Cependant les pratiques et la philosophie sur lesquelles reposent les nudges ne sont pas épargnées par les critiques dans la mesure où ces interventions surviennent sans information préalable au public, tant sur le plan de la politique appliquée que des processus psychologiques mise en œuvre pour arriver à un objectif.

Thaler et Sunstein soutiennent que la modification de l'architecture des choix préserve la liberté de décision individuelle et que la neutralité de formulation des choix constitue de loin la meilleure approche. Règles de conduite claires et transparence serviront le recours aux nudges aussi bien dans la sphère publique que privée.

En France, le Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP), est placé sous l'autorité du Premier ministre. Il regroupe l'ensemble des services en charge de la politique pour la modernisation de l'action publique. Il a pour mission, un rôle de conseil auprès du Gouvernement dans l'élaboration, la conduite et le suivi du programme global de réformes. Il possède un rôle de « partenaire stratégique » vis-à-vis des administrations dans la conduite de leurs réformes. De façon générale, l'approche de la SGMAP dans les sciences comportementales se veut centrée autour de la préservation de l'autonomie du citoyen en mettant l'accent sur la pédagogie, la transparence et l'évaluation.

L'autonomie s'analyse lors de la mise en place d'un nudge par des indicateurs qui permettent de jauger son degré de transparence et son degré « d'évitabilité ». En effet, il existe une grande variété de nudges agissant sur des mécanismes mentaux très différents. Si certains nudges sont informatifs et agissent simplement en faisant « prendre conscience », ils sont dit « transparents » alors que d'autres, beaucoup moins explicites, influencent le comportement de façon inconsciente, c'est à dire que la personne ne peut pas subjectivement rapporter

avoir été influencée. Le degré d'interférence du nudge avec l'autonomie et son « évitabilité » est donc variable selon le nudge en question. Plutôt que de contraindre les citoyens, ses actions ont pour vocation d'encourager l'autorégulation tout en maintenant le plus possible, la liberté de choix.

La pédagogie constitue un moyen pour favoriser l'autorégulation via les biais cognitifs qui constituent un levier complémentaire pour « dé-biaiser » certains des comportements et permettre une prise de conscience. La SGMAP développe ainsi des outils tels que les débats, ateliers ou articles afin d'y développer l'esprit critique des citoyens pour prendre des décisions plus éclairées et, par conséquent, à préserver leur autonomie.

La transparence constitue une mise en visibilité de l'ensemble des actions ainsi que des résultats obtenus pour en garantir le caractère éthique de ces projets. Cette transparence passe aussi par la possibilité pour les citoyens de disposer de plus amples informations s'ils le souhaitent à travers un portail où seront documentés l'ensemble de ces projets.

L'évaluation des actions s'exerce sur plusieurs critères : d'une part la mesure de l'impact et de l'efficacité de ses actions et, d'autre part l'assurance que les solutions mises en place n'ont pas d'effets indésirables.

Ces actions opèrent dans un cadre bien défini qui permet de mettre en pratique des actions éthiques et responsables, qui respectent la dignité des citoyens tout en les rendant plus aptes à prendre des décisions éclairées pour eux-mêmes et pour la société.

Il s'agit à présent de s'attarder sur la construction d'une incitation. Comment y parvenir ? Comment élaborer un nudge en fonction d'un objectif ? Et comment intervenir de façon différente et des niveaux différents pour répondre à cet objectif ?

3.4. La construction d'un nudge

Nos décisions individuelles sont influencées par le contexte, nos automatismes et notre inconscient. C'est le postulat du «nudge», ou «coup de pouce», démarche à la croisée des sciences comportementales et de l'économie. Sortant ainsi du prisme habituel du calcul coût / bénéfice qui prévaudrait dans la prise de décision, ce nouvel outil permet de définir un processus de choix qui tiendrait compte de nos émotions, des normes sociales et de l'environnement.

3.4.1. Une construction théorique

Un nudge se co-construit sur la base du diagnostic d'une «situation-problème» et de l'imagination pour créer des outils incitatifs à l'objectif «résolution du problème».

La solution ne peut émaner d'une seule personne ou d'une seule discipline. Un brainstorming incluant des acteurs issus de tous les champs impliqués dans le comportement et travaillant collectivement pour une même cause, se révèle toujours efficace.

3.4.2. Approche globale

L'étude comportementale idéale impliquant un choix X des consommateurs au service d'une politique se décompose en trois étapes :

- Une analyse normative : identifier, à l'aide d'éléments théoriques et factuels consolidés, les résultats possibles des choix X et les valeurs des décideurs qui servent de coefficients de pondération ;
- une analyse empirique : prévoir, par le biais d'expériences comportementales, les choix X que les consommateurs feraient réellement, dans les conditions créées par les politiques éventuelles ;
- une analyse prescriptive : décrire l'écart entre l'idéal normatif et la réalité descriptive, et ce pour chaque option de la politique [22].

La matrice de changement du comportement selon FehrAdvice est un outil permettant d'analyser les problèmes de politiques publiques et d'identifier les solutions les plus adaptées aux problèmes visés. L'illustration suivante explique cette matrice, elle tient compte de la conscience et de la volonté, elle permet d'identifier les mesures les plus susceptibles d'être efficaces pour obtenir un

changement de comportement et prédit le temps nécessaire pour atteindre cet objectif.

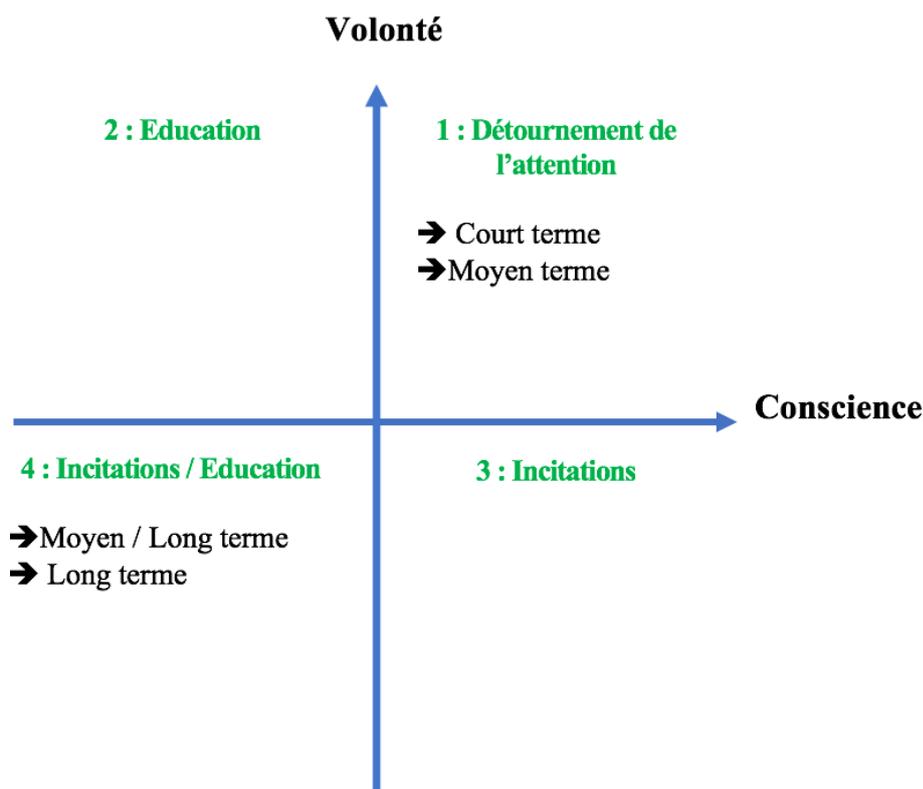


Figure 10 : La matrice de changement du comportement [44]

Quadrant 1 : Détourner l'attention lorsque la conscience et la volonté sont fortes

Dans cette situation, les individus sont en pleine conscience des conséquences de leurs comportements, et ont la volonté d'agir de façon responsable. Pour résoudre les problèmes dans ce type de situation, c'est le détournement de l'attention où il s'agit de pousser les individus dans une direction au moment de la prise de décision. Les nudges à court terme peuvent prendre la forme de « pas disposés » au sol pour conduire aux poubelles, tandis que des mesures telles que les dispositifs d'engagement encouragent l'adoption pérenne des comportements. Ici, les nudges ne vont pas transformer les individus, ils interviennent sous la forme de stimuli. Leur coût est faible, ils sont généralement faciles à mettre en œuvre et ils permettent d'obtenir des résultats rapidement.

Quadrant 2 : Eduquer et communiquer lorsque la volonté est forte mais la conscience faible.

La différence ici est représentée par le manque de conscience sur les conséquences négatives des actions. Les problèmes seront résolus dans ce cas en intervenant sur cet aspect chez les individus. C'est la raison pour laquelle, les mesures éducatives et une communication plus performante sont des outils de choix pour accroître le niveau de conscience. Il en découle des résultats effectifs sur une période à moyen ou long terme.

Quadrant 3 : Recourir aux incitations et aux sanctions lorsque la conscience est forte mais la volonté faible.

Paradoxalement ici, les individus sont pleinement conscients du problème, mais ne sont pas déterminés à modifier leur comportement en conséquence. Les incitations peuvent être alors positives ou négatives. C'est l'utilisation de la sanction ou alors de l'encouragement positif.

Quadrant 4 : Eduquer et élaborer des incitations lorsque la conscience et la volonté sont faibles.

Il représente le contexte le plus défavorable. En effet, les individus ne sont ni conscients des conséquences de leurs actes, ni dans l'envie de modifier leur comportement. Il est nécessaire dans ce cas, d'intervenir sur les deux paramètres et les changements de comportements souhaités ne seront obtenus qu'à moyen ou long terme [76].

Plus une action est perçue comme une contrainte, moins les individus sont enclins à y prendre part. La plupart des décisions sont prises dans le système 1, rapide, où les individus s'appuient davantage sur les expériences précédentes, les habitudes et les normes, que sur l'analyse rationnelle où les coûts économiques entraîneraient les changements de comportements attendus.

Le «nudging» peut donc chercher à :

- Communiquer et éduquer : renforce la conscience du problème et de ses effets négatifs sur la société ;
- inciter et effectuer des contrôles négatifs : accroît la volonté d'adopter le comportement souhaité en sanctionnant les comportements opposés non souhaités ;
- inciter et effectuer des encouragements positifs : encourage et accroît la volonté d'adopter le comportement souhaité en le récompensant ;
- gérer des croyances : favorise la création d'une norme souhaitée, amplifiant ainsi la volonté ;
- gérer des préférences : influence l'émergence des préférences en vue d'un impact positif sur la conscience et la volonté ;
- détourner l'attention : cherche à orienter le comportement dans la direction souhaitée, souvent de façon subliminale et, ainsi, à influencer la volonté.

3.4.3. De la théorie à la pratique

Il s'agit à présent d'en donner quelques exemples pratiques, généraux, avant de s'attarder sur son application possible dans la chirurgie dentaire.

L'aspect sociétal et le comportement des individus démontrent qu'en agissant par petite touche, il est possible d'obtenir une action vertueuse pour eux et pour la société. A la différence des autorités gouvernementales, où les individus ont pour la plupart du temps un sentiment de méfiance, les sociétés peuvent sans effort travailler à promouvoir des comportements vertueux via leurs marques, il s'agit du pouvoir de marque. L'idée serait alors d'inciter les entreprises à rentrer un peu plus dans le détail des effets bénéfiques des dentifrices comme le fluor, la fréquence de brossage ou la technique de brossage tout en les laissant

promouvoir leurs produits. De plus, dans un idéal, il serait judicieux d'effectuer ces spots publicitaires au moment des repas.

L'obtention du consentement éclairé d'un patient pour une intervention chirurgicale, dont la nécessité serait découverte à l'occasion d'un contrôle de routine, illustre bien la confrontation de leurs conceptions parfois différentes de cette nécessité et le concept de l'asymétrie d'information. Avant de dire oui, la première question sera souvent la probabilité de succès de cette intervention. Le médecin connaît, en principe, la réponse à cette question mais la manière de présenter les choses peut être complètement différente. Soit il dit que dans 90% des cas, il n'y a aucun effet secondaire, soit il indique que dans 10% des cas il y a des complications. L'information est la même mais la façon de la présenter est totalement différente. Une expérience de Tversky et Kahneman en 1981, reprise ensuite par Sunstein et Thaler dans «Nudge» a démontré que dans le premier cas, 70% des patients acceptent l'opération contre 35% dans le second. La présentation des choses est primordiale dans le choix des individus, son application dans le secteur de la santé pour y orienter les patients vers des choix bénéfiques pour eux, peut-être une piste de réflexion [30].

Les critiques les plus fréquentes liées à ce type d'intervention reposent d'une mauvaise compréhension de l'approche. Thaler souligne qu'il s'agit d'une politique basée sur le paternalisme libertarien où les individus ont la possibilité d'y adhérer ou pas, de s'y désengager d'un simple clic comme pour celui du don d'organe, si vous êtes en désaccord. Un exemple explicite pour la corrélation avec le « nudging » est celui d'un GPS. Lorsque les individus utilisent un GPS, ils entrent la destination de leur choix et sont totalement libres d'ignorer les indications de l'application, mais ils se perdent moins souvent. Cela vaut pour les incitations bien conçues et aideront les individus à atteindre leurs objectifs. Les incitations doivent être transparentes pour respecter la liberté des individus. Pour les réfractaires, les panneaux indiquant la vitesse de votre véhicule avec un indicateur rouge si vous dépassez la limitation, ne vous incitent-ils pas à ralentir pour obtenir une vitesse affichée en vert ? La responsabilisation du patient avec une visite recommandée tous les ans pour prétendre à une augmentation de la prise en charge et non à une diminution, car cela serait dans une vision répressive, ne serait-il pas une piste à envisager ?

La perception des situations ou des choses tel que les individus peuvent la concevoir, oriente fondamentalement leurs comportements et les choix qu'ils entreprennent. Par exemple, la terre compte entre 7 et 8 milliards d'êtres humains et la situation admise de tous est loin d'être idéale. Guerres, taux de criminalité élevés, changement climatique, pollution, pauvreté, obésité, cigarette, carie dentaire. Vu ainsi, qu'est-ce qui est le plus optimiste ? De considérer que cette situation est le fruit des agissements de 7 à 8 milliards de personnes rationnelles ? Ou irrationnelles ? Dans le premier cas, cela signifie qu'il n'y a plus rien à espérer. Par contre, dans le second cas, cela peut signifier qu'il est possible de faire beaucoup mieux, et qu'à partir du moment où les erreurs sont comprises, l'espoir d'améliorer la situation arrive. Cette seconde approche, optimiste, est plus rassurante et pourtant dans les deux cas, ces approches partent d'un même constat. Avoir en ligne de mire, une marge de progression donne l'espoir d'un changement de comportement.

3.4.4. Créer une habitude

La finalité du nudge reste le changement de comportement mais ce changement doit donc créer une habitude. C'est ce que Duhigg, auteur du livre « The Power of Habit » appelle la boucle de l'habitude. Cette boucle est composé d'un stimulus, d'une routine qui s'installe et d'une récompense mais afin de « boucler la boucle », il faut revenir à un stimulus pour entretenir une routine et de nouveau recevoir une récompense. L'habitude sous-entend un processus automatique caractérisé par le système un, la réflexion rapide et à chaud. Il s'agit d'établir des habitudes en partant du système deux, celui de la réflexion ; le plus difficile à utiliser pour en faire un automatisme et donc retomber dans le système un. Une habitude nécessite peu d'efforts intellectuels. C'est une coutume, la créer entraîne *defacto* un effort. C'est ici que le nudge, dans toutes ses applications possibles, intervient pour faciliter cet effort et favoriser l'habitude. Les cartes de fidélités en sont un exemple : achat, inscription au registre client pour la carte de fidélité, mail, bon d'achats etc. La marque Alene distributrice de lait en poudre sur le marché chinois a créé un « kit habitude » contenant du lait en poudre, un calendrier de suivi pour sa consommation, un engagement via des bracelets, des récompenses en bon d'achats et des incitations en ligne pour maintenir le signal et la récompense à l'esprit des consommateurs via des informations sur la santé osseuse et de les inviter à partager leurs expériences. Ces exemples illustrent que la formation d'une habitude nécessite des rappels,

aussi bien logiques qu'émotionnels. Aider les individus à suivre et à constater les progrès réalisés, les motive à maintenir une habitude. Enfin si les proches sont impliqués, les chances de maintenir une habitude sont plus élevées [77,47].

La création de nudges apparaît avoir toute sa place dans le champ de la santé bucco-dentaire, dans un esprit de co-construction impliquant les acteurs des champs médicaux et médico-sociaux, mais aussi les institutions et les sociétés commerciales dans des objectifs communs de meilleur recours aux consultations de prévention ou de soins précoces et de pratiques d'auto-soins.

Dans la motivation, la préférence pour le présent, est omniprésente car les individus préfèrent une récompense immédiate à une récompense ultérieure. Il s'agit du biais du temps présent. L'éducation à la santé bucco-dentaire permet d'établir dès le plus jeune âge, une prise de conscience au long terme. En effet, la santé bucco-dentaire doit être vue comme un investissement où la préservation de la santé dans le temps présent permettra d'éviter les futures conséquences néfastes d'une négligence. Pour être efficaces, les politiques éducatives doivent cibler le biais du présent, et plus particulièrement les obstacles qui empêchent de voir l'éducation comme un investissement [35].

Le nudge classique est sans doute la mise en place des choix par défaut comme des plans d'action pré-déterminés qui deviennent valides si le décideur ne modifie rien. L'application des choix par défaut est efficace quand les prises de décision sont marquées par de l'inertie ou de l'incertitude. Le désengagement à un choix par défaut nécessite un effort et donc une augmentation à l'adhésion par défaut [47].

Pour l'assuidité au rendez-vous, une étude du National Health Service a eu recours à des interventions basées sur l'engagement et les normes sociales. Pour le pré-engagement, les patients étaient invités à noter par eux-mêmes leurs rendez-vous, cet acte renforçait la prépondérance de l'information et de l'engagement. Les informations liées aux normes sociales étaient communiquées sous forme d'affiches révélant le nombre de patients qui honoraient leur rendez-vous au cours des précédents mois. La combinaison de ces deux nudges a fait reculer l'absentéisme d'environ 30% [37].

3.5. L'application du « nudging » dans les politiques publiques

Pour appliquer l'Economie Comportementale afin de rendre plus efficaces les stratégies de changement de comportements, les décideurs publics doivent être informés et formés.

Tous les décideurs publics ont des objectifs de changements comportementaux et devraient donc être intéressés par le nudging en complément de leurs outils traditionnels comme la loi, les incitations économiques et l'information.

Leur objectif commun est de concevoir et de mettre en place des actions qui visent à encourager les individus à adopter des comportements souhaitables pour le bien-être individuel et collectif.

Des organismes existent en Europe comme :

- en France, une association à but non lucratif, «Nudge France» a été créée début 2015. Cette association est partie du constat que, si l'approche nudge est utilisée par les gouvernements de plusieurs pays pour améliorer l'efficacité de leurs politiques publiques, elle reste méconnue en France. Sa mission est de promouvoir l'approche nudge auprès des décideurs publics et du grand public, pour les questions d'intérêt général,
- au Royaume-Uni, le gouvernement a publié le document de travail Mindspace permettant par la suite la création de la « Behavioural Insight Team » dit l'équipe de veille comportementale en 2011 dont Richard Thaler fut nommé conseiller.

Sunstein publia un article en 2014 s'intitulant : « Nudging : a very short guide » Il énonce un ensemble de dix nudges inspirés des données comportementales à destination des gouvernements et des responsables en charge des programmes de politiques publiques. Il propose ainsi les règles des choix par défaut (adhésion automatique) ; la simplification (Formulaires moins complexes) ; les normes sociales (Etablir une norme du comportement de la plupart des personnes) ; la facilité et la commodité (accessibilité plus aisée) ; l'information ; le pré-engagement dans des actes futurs ; les rappels (mail, sms, spot radiotélévisé) ; les intentions de mise en œuvre (Obtenir des réponses sur des comportements

futurs comme « Prévoyez-vous » ou attirer l'attention sur l'identité des personnes comme « Nous pouvons observer votre engagement ») ; et les choix passés (Si les individus manquent d'informations, renseigner les personnes sur la nature et les conséquences de leurs actes passés) [45].

Les sciences comportementales ont donné un nouveau souffle à l'économie depuis la crise de la fin des années 2000. Les politiques de développement sont plus efficaces lorsque celles-ci s'appuient sur une vision précise du raisonnement et du comportement des individus. Un groupe de travail : Global Insights Initiative, lancé en octobre 2015, collabore avec la Banque Mondiale pour intégrer les notions comportementales et sociales dans l'élaboration des projets, et ensuite évaluer l'impact de ces nouvelles configurations. Il a aussi pour but d'aider les gouvernements qui le souhaitent, à appliquer ces différentes notions en les intégrant dans les incitations et programmes politiques. Les décideurs politiques doivent comprendre que l'état d'esprit, les normes sociales, les schémas mentaux et la psychologie ont un impact significatif sur le développement économique.

3.6. L'application en chirurgie dentaire au quotidien

Les chirurgiens-dentistes peuvent souhaiter que leurs patients soient des acteurs parfaitement rationnels, qui fassent toujours les meilleurs choix pour leur santé bucco-dentaire lorsqu'ils présentent des plans de traitements. Mais faire utiliser le système 2 celui de la réflexion et du processus lent aux patients via un apport d'informations et de façon personnalisée afin que ceux-ci fassent les bons choix en matière de santé bucco-dentaire peut relever du défi.

3.6.1. Les soins bucco-dentaires, un bien d'expérience

Les patients peuvent prendre des décisions concernant des traitements dentaires, complexes, une ou deux fois au cours de leur vie, ce qui signifie qu'il n'y a pas de possibilités de renouveler ses expériences. Un patient édenté qui a reçu une nouvelle prothèse dentaire retenue sur implant recevra immédiatement un retour d'information sur son apparence et surtout sur ses fonctionnalités. Mais un patient suivi au long cours pour un traitement de parodontologie, peut ne pas intégrer le bénéfice du fait qu'il conservera ses dents plus longtemps. Le traitement peut donc être un bien d'investissement, c'est à dire que le patient engage les coûts immédiatement mais les avantages sont à long terme.

Le chirurgien-dentiste doit être en mesure d'accroître la confiance des patients dans les résultats du traitement en leur rappelant des situations similaires dans lesquelles un traitement a produit des résultats positifs. Plutôt que de compter sur la mémoire et un exposé verbal, la conservation d'un fichier photographique et de statistiques faciles à partager avec les patients. Il vaut mieux une image que des mots, l'apport du numérique et la facilité de réaliser aujourd'hui, des photos, représentent une force ultime pour renforcer la confiance des patients. Le patient doit adopter un comportement sain pour sa santé, lui faire comprendre, en lui demandant de penser à quelques exemples de sa vie où des changements ont été apportés afin d'augmenter sa confiance dans sa capacité à choisir, mais il faut faire attention car cela peut entraîner des tensions cognitives et diminuer sa confiance en lui même [78].

3.6.2. Une information claire, loyale et compréhensible

Comme le notent Sunstein et Thaler, «les approches les plus efficaces vont bien au-delà de la simple divulgation et associent un message effrayant sur les conséquences de l'inaction à un message optimiste sur l'efficacité d'un programme de prévention (ou d'intervention) proposé». La description des pertes potentielles doit être immédiatement associée au message positif de résolution du problème.

Les nouveaux patients peuvent avoir des attentes spécifiques, souvent rencontrées aujourd'hui, comme le désir d'avoir des dents plus blanches. Souvent, un traitement supplémentaire est justifié et nécessaire avant que les désirs du patient puissent être satisfaits. Certains patients peuvent être résistants s'ils ne comprennent pas comment le traitement supplémentaire répond à leurs attentes. Le chirurgien-dentiste doit garder à l'esprit lorsqu'il présente des informations sur le plan de traitement, d'indiquer aux patients les moyens spécifiques par lesquels le traitement supplémentaire les aidera à atteindre leur objectif initial et ceci peut augmenter la probabilité d'acceptation du plan de traitement.

Les biais de représentativité et de disponibilité soulignent tous deux l'importance de comprendre les expériences passées des patients en matière de soins dentaires. Les patients peuvent présenter un biais de disponibilité positif ou négatif en raison de leurs expériences passées ou de celles de leurs amis, ce qui peut affecter leurs évaluations des options de traitements et de ce qui pourrait leur arriver. Les patients peuvent également avoir des attentes irréalistes à propos des traitements dentaires sur la base de modèles disponibles dans les médias. Ce mode de réflexion des patients ramène au système un et la réflexion à froid.

Les effets de l'excès de confiance, de l'aversion pour la perte et de cadrage sont souvent visibles chez les patients en soins dentaires. Les patients peuvent croire que leurs soins dentaires, s'ils ne sont pas traités, ne s'aggraveront pas avec le temps. Il est difficile pour le chirurgien-dentiste de faire accepter des plans de traitements coûteux, même lorsqu'ils sont bénéfiques. Les coûts immédiats et concrets associés aux soins dentaires sont susceptibles de compenser l'avenir parfois intangible liés à des coûts supplémentaires.

3.6.3. L'effet d'ancrage : point de départ

Les chirurgiens-dentistes doivent fournir des informations aux patients, et les patients doivent faire des choix complexes quant à leurs soins. Ils peuvent utiliser les informations relatives aux biais humains pour amener les patients dans une direction saine. Un effet d'ancrage peut jouer un rôle dans la prise de décision. Une ancre représente un nombre utilisé consciemment ou inconsciemment comme base mentale qui influence les réponses futures. Par exemple, l'objectif principal des plans de traitement est de convaincre le patient d'accepter un traitement. Ne pas choisir un plan de traitement peut entraîner une détérioration supplémentaire de la santé bucco-dentaire et une probabilité accrue que des problèmes graves se produisent.

Cependant, si un traitement coûteux est l'option cliniquement optimale, le biais d'ancrage suggère que cette option devrait être présentée en premier, même en cas de doute sur le consentement du patient. Dans ces circonstances, la première option devient le point d'ancrage dans l'esprit du patient et des options moins onéreuses peuvent devenir plus attrayantes. Cela augmente la probabilité que le patient accepte au moins un traitement, plutôt que de ne pas choisir de traitement. Si un patient hésite encore à suivre le traitement nécessaire ou est enclin à «attendre», une autre approche d'utilisation des ancres consiste alors à rappeler au patient le coût probable du retard de traitement jusqu'à ce qu'un problème s'aggrave. Ce coût peut être supérieur au coût du traitement immédiat, ce qui peut inciter le patient à prendre les mesures appropriées maintenant, au lieu d'attendre qu'un traitement plus long et plus coûteux soit nécessaire plus tard.

3.6.4. La force du choix par défaut

Le biais du statu-quo peut offrir aux patients des options par défauts positifs, à partir desquelles ils peuvent se retirer s'ils le souhaitent. Un défaut positif signifie que quelque chose d'intéressant se produira si le patient choisit de ne rien faire. Par exemple, les patients peuvent recevoir par défaut un rappel de rendez-vous automatique après six mois. Sur les formulaires d'admission initiaux, l'adresse électronique peut être demandée. L'option par défaut est l'envoi d'un mail de rappel concernant les rendez-vous, produits et services à venir proposés par le cabinet, ou des conseils pour améliorer la santé bucco-dentaire, à moins que le patient ne choisisse spécifiquement de ne plus le

recevoir. De façon générale, les patients ont tendance à prendre des décisions différentes, voire pires, lorsqu'ils sont excités émotionnellement que lorsqu'ils se sentent calmes ; c'est la différence d'approche entre le contexte d'urgence et de la première consultation.

3.6.5. L'éducation thérapeutique, colloque singulier et apprentissage collaboratif

Les patients ont une expérience et une connaissance limitées, lorsqu'ils recherchent les meilleurs soins dentaires et les avantages de choix particuliers ne sont pas immédiatement évidentes. Le travail du chirurgien-dentiste consiste à améliorer la qualité des choix que les patients font en matière de soins dentaires et à souligner les avantages de leurs choix. Il peut aider les patients à développer des stratégies de gestion du comportement qui incitent à adopter des comportements positifs pour la santé bucco-dentaire à la maison. C'est l'exploration des goûts et dégoûts du patient et l'aider à mettre en place un système de stimulation du brossage dentaire, du passage du fil de soie ou le choix d'aliments plus sains. Cette pratique peut offrir ensuite des récompenses pour le patient lors des rendez-vous de rappels, comme l'offre d'échantillons pour améliorer progressivement les paramètres cliniques. Pour être efficaces, les incitations doivent être saillantes, reconnues par les patients et valables. Le rôle du révélateur de plaque dans les séances de prophylaxie ou d'un simple détartrage peut se montrer efficace dans la prise de conscience. Accompagner le patient dans le choix des plans de traitements en établissant de manière appropriée les coûts et les avantages de chaque option. En revanche, en fournissant des documents, des brochures, des aides visuelles et autres éléments faciles à comprendre, le chirurgien-dentiste peut aider le patient à effectuer un choix. Les éléments de communication pour un patient sans soucis dentaire particulier doit inciter le patient à revenir régulièrement afin d'éviter l'apparition de pathologies dentaires.

Une autre stratégie peut utiliser le principe de Premack's, qui associe une activité moins fréquente à une activité fréquente ou des habitudes plus fréquentes pour augmenter les chances de réaliser l'activité moins fréquente. L'habitude devient alors le repère pour la nouvelle activité. Le principal inconvénient de nombreux comportements sains (comme l'utilisation du fil dentaire ou l'activité physique) est que les récompenses associées à ces comportements ne sont pas toujours immédiatement évidentes, alors que les

récompenses de nombreux comportements malsains sont immédiates et que les coûts sont dans un avenir lointain (cigarette, alcool, obésité). Les patients ont besoin d'un retour d'information concret pour évaluer leurs progrès, et pour certaines personnes, un retour d'information à lui seul peut suffire et la facilité de l'éducation chez l'enfant se fait sentir-ici pour créer une habitude par la suite. Placer les patients selon un calendrier de rappel plus fréquent peut être un moyen de fournir des informations en retour. Si le but est d'apporter un comportement sain chez les patients, la suggestion de définir des objectifs concrets à court terme et qu'ils surveillent les progrès accomplis dans la réalisation de ces objectifs peuvent suffire à modifier le comportement. Utilisation du fil dentaire et les brossettes, avec l'emploi d'un révélateur de plaque sur le court terme, peut créer une motivation pour le patient et changer un comportement vers des habitudes plus saines. Bien évidemment, des erreurs peuvent être commises et c'est humain, un oubli peut survenir, et le rôle du chirurgien-dentiste est d'amener le patient à relever ses propres erreurs et celles qu'il est susceptible de commettre [43].

3.6.6. Le coup de pouce numérique

L'application Magic Timer d'oral-B a tenté d'améliorer les pratiques d'auto-soins dentaires chez l'enfant en rendant le brossage amusant.



Figure 11 : Logo de l'application magic timer [79].

Etat des lieux

Les enfants hésitent à se brosser les dents. Lorsqu'ils trouvent l'activité ennuyeuse ou inutile, ils ont tendance à se brosser les dents trop vite, très mal ou pas du tout. Les parents ont du mal à pousser le comportement de leurs enfants à s'engager volontairement à se brosser les dents, de sorte que ce rituel quotidien est difficile à comprendre pour les enfants.

Objectif

Le coup de pouce encourage les enfants à mieux se brosser les dents et à en faire une habitude plus volontaire, plutôt qu'une corvée imposée par leurs parents. Pour remettre en question les comportements actuels, le brossage des dents doit devenir une activité attrayante.

Pourquoi fallait-il le faire ?

Bien se brosser les dents est une habitude essentielle dans les soins bucco-dentaires qui peut prévenir de nombreux problèmes, tels que les caries et les maladies parodontales mais aussi parfois avec des retentissements sur l'état général. S'occuper des problèmes d'hygiène dentaire a un coût énorme pour la population et ce coût pour la société peut être évité.

La mise en place du nudge

Principe : Il s'agit d'introduire du plaisir au brossage des dents. Le système développé crée l'engagement et la cohérence en offrant des divertissements interactifs. Une fois que l'attention des enfants est dissipée de la gêne causée par le brossage des dents, les récompenses sont utilisées pour transformer les nouveaux comportements en habitudes.

Réalisation : Oral-B s'est associé à Disney pour lancer une application qui accompagne certains produits Oral-B. Lorsqu'ils vont aux toilettes, les enfants peuvent scanner leur brosse à dents ou tout autre produit Oral-B avec l'application gratuite associée pour smartphone et tablette Disney Magic Timer. Il convient de noter que, même si la numérisation est encouragée, l'application fonctionne aussi lorsqu'il s'agit d'un autre produit que de cette marque. Lorsqu'elle est activée, l'application commence un compte à rebours de deux minutes, révélant lentement une image amusante cachée à chaque brossage.

Les différentes images présentent des personnages connus de Disney, Marvel, Star Wars. Chaque fois que les enfants effectuent un brossage, ils ajoutent un autocollant virtuel à leur collection. La quantité de contenu disponible au téléchargement, fait de l'application un outil durable, permettant de créer de bonnes habitudes.

Résultat

Procter and Gamble a mené une étude de brossage qui a révélé que 9 enfants sur 10 brossaient les dents plus longtemps lorsqu'ils utilisaient l'application [80].

3.6.7. La norme, élément clé de l'habitude ?

L'ensemble des éléments précédents présente différentes stratégies permettant, soit d'inciter le patient à consulter plus régulièrement son chirurgien-dentiste ou alors d'adopter une démarche positive en faveur de la santé bucco-dentaire. Ces stratégies issues de la compréhension du système un et deux permettant d'agir à différents niveaux et à différents moments, aident à établir une habitude et progressivement d'imposer une norme. Le biais d'ancrage devient alors plus attractif et performant dès lors que la population prend conscience de l'intérêt de la santé bucco-dentaire.

L'évolution des EBD dans la nouvelle convention avec son extension dès 3 ans est une avancée. Cependant même si cela reste une incitation en levant la barrière financière, force est de constater que cela ne suffit pas. En effet, comme vu dans la précédente partie, le recours moyen à ces EBD reste faible. Cela met en avant qu'il ne s'agit pas uniquement d'une barrière financière et l'application du nudging sous toutes ses formes devient alors indispensable dans un intérêt de santé publique.

La mise en place d'études quantitatives et qualitatives sur le comportement des Français en matière de santé bucco-dentaire afin d'établir une norme devient alors essentielle. Cependant plusieurs idées peuvent être déjà énoncées concernant la norme et ses déclinaisons : Nombre de Français se brossant les dents tous les jours et vous ? Nombre de Français allant chez leur dentiste au moins une fois par an et vous ? Jouer sur l'effet miroir enfants-parents impliquant donc les proches, augmentation de la prise en charge sur preuve d'une

consultation régulière au minimum une fois par an pendant 5 ans comme dans certains pays. Le développement des hygiénistes dentaires ou d'assistante de niveau deux comme le préconise l'UFSBD, permettrait de développer plus de temps et d'approches personnalisées pour la population. Cette approche aiderait à accentuer la norme et donc la pression sociale dont sa force n'est plus à contester.

Le retour d'information sur ce concept reste assez maigre. Le profil des décideurs peut influencer la sensibilité aux contextes décisionnels, mais aussi la capacité d'une intervention à générer un changement de comportement pérenne. Après une intervention, une action perdurera par la création d'une habitude (comportement répété et automatique), le mode de réflexion et les pensées elles-mêmes des individus (attitudes et croyances), les coûts futurs (ressources matérielles, temps, attention, maîtrise de soi, efforts) et le renforcement externe (exposer les individus à des paramètres ou des expériences, tels que certaines situations sociales, qui renforcent le comportement souhaité). Les critiques à l'égard d'une approche interventionnelle en matière de changement de comportements pointent le risque d'effets contre-productifs ou encore le fait qu'une intervention pourrait n'induire qu'un comportement pérenne que si l'attitude, les connaissances et les croyances des décideurs évoluent aussi. Le recours à des stimuli sociaux pour influencer les décisions des individus n'a que peu de chance d'aboutir à un effet durable si les normes sociales ne sont pas assimilées. Cependant son approche et son expérimentation méritent d'être étudiées afin d'y renforcer les liens entre les chirurgiens-dentistes et leurs patients dans le but d'améliorer pour tous et de façon durable la santé bucco-dentaire à plus grande échelle.

Conclusion

Le parcours de soin en santé bucco-dentaire est un parcours de vie. Si un certain nombre d'obstacles, notamment financiers ou géographiques, ont pu être identifiés dans le cas de non-recours à des soins, peu de travaux se sont explicitement intéressés au non-recours aux visites de contrôles.

L'évolution de la santé publique et de la prévention au cours de l'histoire, montre que le patient n'est plus une entité déterminée uniquement par sa maladie mais aussi par son environnement socio-économique. Il s'agit du concept global de santé. Actuellement, les politiques actuelles ne tendent qu'à la diminution de la barrière financière alors que d'autres éléments peinent encore à être pris en compte. La prévention rappelle que la majorité des dispositifs de soins précoces sont remboursés quasiment intégralement par la sécurité sociale. Cependant, moins de la moitié des adultes français ont eu recours au chirurgien-dentiste une fois par an et le taux de recours aux EBD ont démontré leur faiblesse. L'information est indispensable mais aussi l'éducation car l'information ne suffit pas.

Pinell baptise *l'homo medicus* comme un idéal où l'Homme serait capable de s'approprier les informations et les recommandations données pour les appliquer à la préservation de sa santé. L'étude des sciences comportementales permet d'affiner l'irrationalité de l'Homme, dans ses comportements et dans ses choix, donc de son éloignement de cet *homo medicus*. En partant de ce constat, l'approche par nudge devient un levier pour la prévention, où tous les moyens seraient développés à différents niveaux d'information et d'éducation. Différents niveaux, car il sera important de tenir compte des inégalités sociales. Moins les individus sont socialement élevés, plus ils ont tendance à penser que les campagnes de prévention sont nombreuses et inutiles ou qu'elles surestiment les risques sur la santé. La prévention devient alors socialement différenciée, courant le risque d'y creuser les inégalités sociales et l'approche par nudge devra en tenir compte [26].

Convaincu de la force que peut apporter la prévention pour l'intérêt général, il s'agit alors de mieux étudier l'individu, quel que soit son échelle social afin de mieux prévenir sa santé bucco-dentaire et d'éviter la procrastination.

Références Bibliographiques

1. Amzalag A. Codes de la relation dentiste-patient. 2007. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux.
2. Bernard Hours. Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie. 2001. Karthala. 358 p.
3. Billon-Descarpentries J. Critique de la santé publique, une approche anthropologique, Jean-Pierre Dozon & Didier Fassin, 2001. Spirale - Rev Rech Éducation. 2003;31(1):148-148.
4. Bouba-Olga O, Vigé M. Le renoncement aux soins: une analyse empirique à partir de la base SHARE. 2014;20. Poitiers. HAL. 20 p.
5. Bourdillon F. Traité de la santé publique. Lavoisier. 2016. Paris
6. Chappuis M. Accès aux soins : le parcours du combattant des étrangers en situation précaire. Après-Demain. 2012;N ° 23, NF(3):24-6.
7. CMU. Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS). 2017. Disponible sur: <https://www.cmu.fr/acs.php>
8. Crubézy E, Braga J, Larrouy G. Anthropobiologie. Masson. Paris; 2002. 305 p.
9. dentaire I. Le gradient thérapeutique : un concept médical pour les traitements esthétiques. L'Information Dentaire. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/le-gradient-therapeutique-un-concept-medical-pour-les-traitements-esthetiques/>
10. Dentistes ON des C. Consulter le Code de déontologie. 2009. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html>
11. Desprès C. Le non-recours aux droits : l'exemple de la protection sociale, Non-take-up of rights : the example of free health insurance. Vie Soc. 2008;(1):21-96.
12. Despres C. Le non-recours aux droits : l'exemple de la protection sociale. Vie Soc. 2008;1(1):21.
13. Desprès C. Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé. 29 juill 2013;(6). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1078>
14. Desprès C. Mettre sa santé en péril : analyse anthropologique des renoncements aux soins. Sujet Dans Cité. 2015;Actuels 4(1):93-109.
15. Desprès C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. oct 2011;(169). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>

16. Desprès C, Lombrail P. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes. CMU; 2017. Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017-04-03_Synthese_Analyse_médecins_précarité.pdf
17. Dominicé P, Waldvogel F. Dialogue sur la médecine de demain. Paris: PUF; 2009.
18. Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. 2012. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Paul_Dourgnon/publication/254424764_Payer_peut_nuire_a_votre_sante_une_etude_de_l'impact_du_renoncement_financier_aux_soins_sur_l'etat_de_sante/links/540078f80cf2194bc29adb46.pdf
19. DRESS. Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Refus_soins_en_milieu_rural.pdf
20. DRESS. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
21. DRESS. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. Disponible sur: https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/DREES_ER944_recours_soins_cmuc.pdf
22. Fischhoff B, Eggers S. Questions of compétence : The duty to inform and the limits to choice. The behavioural foundations of public policy; 2013.
23. Fragonard MB. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. 2004;482.
24. française LD. La prévention en matière de santé. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000176/index.shtml>
25. FSDL. Négociations conventionnelles chirurgien dentistes. 2017. Disponible sur: <https://www.fsdl.fr/wp-content/uploads/2017/11/Négo-CD-10112017-prévention-qualité-pertinence-V4.pdf>
26. HCSP. Prévention et santé publique. ADSP. juin 2013;(83). Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=133>
27. Hirsch M. La réduction des inégalités de santé est au coeur de la cohésion sociale. Bulletin Epidémiologie Hebdomadaire. 2007; Paris.
28. INPES. L'évaluation d'impact sur la santé. INPES; 2014. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation-impact-en-sante/default.asp>
29. Kahneman D. Système 1 Système 2, les deux vitesses de la pensée. Flammarion.

2012. Lonrai.
30. Kahneman D, Tversky A. The farming of decisions and the psychology of choice. 1981; Disponible sur: https://www.uzh.ch/cmsssl/suz/dam/jcr:ffffffffff-fad3-547b-ffff-ffffe54d58af/10.18_kahneman_tversky_81.pdf
 31. Kindig DA. Understanding Population Health Terminology. *Milbank Q.* 2007;85(1):139-61.
 32. LALONDE M, Ministère de la Santé Nationale et du Bien Etre Social. Montréal. CAN / com. Nouvelle perspective de la santé des canadiens: un document de travail. Ottawa: Gouvernement du Canada; 1975 p. 158p.
 33. Last J. A dictionary of epidemiology. 4th éd. New york, Oxford University press; 2001. 224 p.
 34. Laupie J. Chirugiens-dentistes : les chiffres clés de la profession en France. NextDentiste. 2017. Disponible sur: <http://www.nextdentiste.com/chirurgiens-dentistes-chiffres-cles-de-profession-france/>
 35. Lavecchia A, Liu H, Oreopoulos P. Behavioral Economics of Education: Progress and Possibilities. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2014 oct. Report No.: w20609. Disponible sur: <http://www.nber.org/papers/w20609.pdf>
 36. Marmot M, Wilkinson RG. Les déterminants sociaux de la santé: les faits. Copenhagen: OMS Bureau regional de l'Europe; 2000.
 37. Martin SJ, Bassi S, Dunbar-Rees R. Commitments, norms and custard creams – a social influence approach to reducing did not attends (DNAs). *J R Soc Med.* 2012;105(3):101-4.
 38. Ménard C, Grizeau-Clemens D, Wemaere J. Santé bucco-dentaire des adultes. :10. *Evolutions.* 2016. n°35. 10 p.
 39. Picard, Viet. Jalons pour une histoire de la santé publique en France du XIXème siècle à nos jours. Histoire de la recherche médicale et en santé publique dans la France du XXème siècle; 2015. Disponible sur: http://histrecmed.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=282&Itemid=221
 40. Pierret J. Une analyse en termes de carrières : le cas de personnes traitées par des antirétroviraux hautement actifs contre le VIH entre 1998 et 2000. *Sci Soc Santé.* 2007;25(2):73-99.
 41. Raphael D. addressing the social determinants of health in Canada: bridging the gap between research findings and public policy. 2003;6. *Option politiques*
 42. Organisation mondiale de la santé. La charte d'ottawa. 1986. 3 p. Ontario.
 43. Scarbecz M. « Nudging » your patients toward improved oral health. *J Am Dent Assoc.* 2012;143(8):907-15.

44. Singler E, Rouyrès L. Guide de l'économie comportementale. Labrador et BVA Nudge Unit. France; 2016. 390 p.
45. Sunstein CR. Nudging: A Very Short Guide. J Consum Policy. 2014; Disponible sur: http://www.tif.us.edu.pl/download/2015010893532Nudge_Sunstein.pdf
46. Tessier S. Éducation pour la santé et prévention. Inf Soc. 2010; 161(5):22-30.
47. Thaler R, Sunstein C. Nudge : Improving decisions about health, wealth, and happiness. Yale University Press. New Haven; 2008.
48. Tremoulu R (DREES/SEEE/BCPE). Les dépenses de santé en 2017 DREES. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018>
49. UFSBD. Pratiques Dentaires. sept 2018;(31):48.
50. Verchère L, Verchère M. Dictionnaire d'odonto-stomatologie. CLIF. 2004. Paris.
51. Warin P. Le non-recours : définition et typologies. 2010. Disponible sur: https://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition_typologies_non_recours.pdf
52. Warin P, Chatain. Le non recours aux soins des actifs précaires (NOSAP). 2008. Disponible sur: https://odenore.msh-alpes.fr/documents/RAPPORT_FINAL_nov08_part1.pdf
53. Winslow C-EA. The Untilled Fields of Public Health. Science. 1920;51(1306):23-33.
54. The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign. Am J Public Health N Y N. 1924;14(4):343.
55. La lutte des places. Insertion et désinsertion, Vincent de Gaule jac et Isabel Taboada Léonetti, coll. « Re-Connaissances », 1994. Droit Société. 1995;30(1):513-513.
56. Accès aux droits, non-recours aux prestations, complexité. CNAF Rech Prévisions. 1996;(43). Paris.
57. La prise en charge des prothèses dentaires et des traitements orthodontiques. 2009. Disponible sur: https://www.cmu.fr/protheses_dentaires_traitements_odf.php
58. La mouche des urinoirs, source d'économies en frais d'entretien. RTBF Info. 2014. Disponible sur: https://www.rtb.be/info/insolites/detail_la-mouche-des-urinoirs-source-d-economies-en-frais-d-entretien?id=8195741
59. Décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique. 2016-523 27, 2016.

60. Stratégie nationale de santé 2018-2022. Ministère des solidarités et de la santé; 2017.
61. Renforcer la qualité des soins dentaires. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/textes-referance/convention/renforcer-qualite-soins-dentaires>
62. Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance maladie. Disponible sur: <https://odenore.msh-alpes.fr/content/diagnostic-quantitatif-du-renoncement-aux-soins-des-assur%C3%A9s-de-18-caisses-primaires-d-assuran>
63. Arrêté du 15 décembre 1999 créant les modèles des formulaires relatifs à la couverture maladie universelle (CMU). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000568259&categorieLien=id>
64. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>
65. Protection universelle maladie. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>
66. OMS | Participation aux études d'impact sur la santé: objectifs, méthodes et valeurs clés. WHO. Disponible sur: <https://www.who.int/bulletin/volumes/83/1/wright0105abstract/fr/>
67. Santé publique France - Missions et actions. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Qui-sommes-nous/Missions-et-actions>
68. Santé publique France - Nos sites de prévention. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/Infos/Nos-sites-de-prevention>
69. M'T Dents. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/services-patients/dents>
70. Examen bucco-dentaire des femmes enceintes. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/prescription-prise-charge/soin-ebd-femmes-enceintes/soin-ebd-femmes-enceintes>
71. Améliorer l'accès aux soins dentaires. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/textes-referance/convention/ameliorer-acces-soins-dentaires>
72. Convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/textes-referance/convention/convention-nationale-2018-2023>
73. La santé bucco-dentaire. Disponible sur: [/le-conseil-departemental/enfance/education/protection-maternelle-et-infantile-pmi/la-sante-](http://le-conseil-departemental/enfance/education/protection-maternelle-et-infantile-pmi/la-sante-)

bucco-dentaire

74. Besançon : de nouveaux attrape chewing-gums. Disponible sur:
<https://www.estrepublikain.fr/doubs/2014/08/13/de-nouveaux-attrape-gums>
75. Les campagnes d'information. Don d'organes.fr. Disponible sur:
[//www.dondorganes.fr/campagnes/2019](http://www.dondorganes.fr/campagnes/2019)
76. FehrAdvice & Partners AG » Home. FehrAdvice & Partners AG. Disponible sur:
<https://fehradvice.com/en/>
77. The Power of Habit by Charles Duhigg. Charles Duhigg. Disponible sur:
<https://charlesduhigg.com/the-power-of-habit/>
78. Efficience. FSDL, Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux. Disponible sur:
<https://www.fsdl.fr/efficience/>
79. Application Disney Magic Timer | Oral-B. Disponible sur:
<https://www.oralb.ca/fr-ca/collections-produits/app-disney-timer-magique>
80. The Magic Timer App – Oral-B. Nudging for good; Disponible sur:
<http://www.nudgingforgood.com/2015/10/06/the-magic-timer-app-oral-b/>

Table des illustrations

FIGURE 1 : CONCEPT GLOBAL DE SANTE [32].	40
FIGURE 2 : LES DETERMINANTS DANS LA CLASSIFICATION D'EVANS SIMPLIFIEE [41]...	41
FIGURE 3 : REPARTITION DES ACTES DENTAIRE LIBERAUX EN 2016 [20].	51
FIGURE 4 : DENSITE DE CHIRURGIENS-DENTISTES EN 2017 ET EVOLUTION ANNUELLE [20].	52
FIGURE 5 : LE GRADIENT THERAPEUTIQUE [9].	53
FIGURE 6 : REPRESENTATION DE L'AUTOCOLLANT UTILISE A L'AEROPORT D'AMSTERDAM [58].	59
FIGURE 7 : PLAQUE A CHEWING-GUM [74].	60
FIGURE 8 : AFFICHE D'INFORMATION DE LA CAMPAGNE DU DON D'ORGANE [75].	62
FIGURE 9 : LES INTERRELATIONS DES SYSTEMES [44].	65
FIGURE 10 : LA MATRICE DE CHANGEMENT DU COMPORTEMENT [44].	70
FIGURE 11 : LOGO DE L'APPLICATION MAGIC TIMER [79].	82
TABLEAU 1: POPULATION D'ADULTES PAR TRANCHES D'AGE ET PAR REGION AYANT CONSULTE AU MOINS UNE FOIS UN CHIRURGIEN-DENTISTE AU COURS DE L'ANNEE 2014 (EN %).	21
TABLEAU 2 : EFFET DE LA COMPLEMENTAIRE SUR LA PROBABILITE DE RENONCER AUX SOINS PAR RAPPORT A LA NON-COUVERTURE [21].	29
TABLEAU 3 : EFFECTIFS DE CHIRURGIENS-DENTISTES PAR MODE D'EXERCICE [20].	51
TABLEAU 4 : TAUX DE RECOURS A L'EBD DE 2011 A 2016 EN FONCTION DES TRANCHES D'AGE [25].	54

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille Année [2019] - N° :

Les recours aux soins dentaires : comportements de santé, conceptions et incitations
Hermans Clément. 96f. ; 15 ill. ; 80 réf.

Domaines : Prévention ; Economie de la santé ; Santé Publique

Mots clés RAMEAU : Renoncement aux soins ; Promotion de la santé ; Dents – Maladies – Prévention ; Homo oeconomicus ; Nudge ; Santé Publique

Mots clés FMeSH : Comportement en matière de santé ; Acceptation des soins par le patient ; Déterminants sociaux de la santé, Santé buccodentaire ; Maladies des dents – prévention et contrôle ; Economie comportementale ; Santé Publique

Mots clés libres : Homo medicus

Résumé de la thèse en français

Pinell baptisa *l'homo medicus* comme un individu rationnel capable de faire les bons choix pour sa santé et pour lui-même. Il s'agit de l'idéal recherché de la santé publique. Cependant, en France, le recours au soin en chirurgie dentaire concerne moins d'un adulte sur deux et beaucoup de Français renoncent à consulter pour diverses raisons. La santé publique et plus particulièrement la prévention sont en évolution permanente car l'Homme n'est plus une personne malade atteinte d'une maladie mais une personne malade dans son environnement social.

Cette thèse présentera dans une première partie les comportements de santé, parcours de soins et parcours de vie. Une seconde partie sur la santé publique, ses modèles et son organisation en France. Enfin la dernière partie abordera une nouvelle approche : le nudge, basé sur les études de l'économie comportementale. Elle aura pour but de démontrer son utilité en santé publique et plus particulièrement en santé bucco-dentaire.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur DEVEAUX

Assesseurs : Madame le Docteur Emmanuelle BOCQUET

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Madame le Docteur Alizée DENYS

Membre invitée : Madame le Docteur Marie BISERTE