



1978-2014 : démographie et suivi d'installation des chirurgiens dentistes diplômés de l'UFR d'odontologie de Brest depuis sa création

Florent Le Gall

► To cite this version:

Florent Le Gall. 1978-2014 : démographie et suivi d'installation des chirurgiens dentistes diplômés de l'UFR d'odontologie de Brest depuis sa création. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. <dumas-01322134>

HAL Id: dumas-01322134

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01322134>

Submitted on 26 May 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License



université de bretagne
occidentale



THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Année : 2015

Thèse N° : 29007

présentée par

Florent Le Gall

Né(e) le 13/07/1989 à Brest

Préparée à l'UFR d'odontologie de BREST

**1978-2014 : Démographie et
suivi d'installation
professionnelle des
chirurgiens-dentistes
diplômés de l'UFR
d'odontologie de Brest depuis
sa création.**

Thèse soutenue le 13 mars 2015

devant le jury composé de :

Jacques-Olivier PERS

PU-PH, UFR odontologie de Brest / *Directeur de thèse et
président de jury*

Alain ZERILLI

MCU-PH, UFR odontologie de Brest / *Assesseur*

Hervé FORAY

MCU-PH, UFR odontologie de Brest / *Assesseur*

Céline BODERE

MCU-PH, UFR Odontologie de Brest / *Assesseur*

Jean Claude LUGUET

Président du conseil départemental de l'Ordre / *Invité*

UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

PRESIDENT

Monsieur Pascal OLIVARD

DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

Monsieur Stéphane CHARPENTIER

CORPS PROFESSORAL DE L'U.F.R. D'ODONTOLOGIE DE BREST

Année Universitaire 2014-2015

DOYEN

Monsieur Reza ARBAB CHIRANI

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

57-03 Sciences Biologiques

Monsieur Jacques-Olivier PERS

58-01 Odontologie Conservatrice

Monsieur Reza ARBAB CHIRANI

58-02 Prothèse

poste vacant

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

56-01 Pédodontie

Monsieur Hervé FORAY

56-01 Pédodontie

Madame Frédérique d'ARBONNEAU

56-03 Prévention Epidémiologie

Monsieur Alain ZERILLI

56-03 Prévention Epidémiologie

Monsieur Bertrand PIVER

57-01 Chirurgie Buccale

Monsieur Guy LE TOUX

57-02 Chirurgie Buccale

Madame Sylvie BOISRAME-GASTRIN

57-03 Sciences Biologiques

Madame Laëtitia LE POTTIER

58-01 Odontologie Conservatrice

Madame Valérie CHEVALIER-HERISSET

58-01 Odontologie Conservatrice

Madame Karen VALLAEYS (associée)

58-02 Prothèse

Monsieur Vincent JARDEL

58-02 Prothèse

Madame Elisabeth LEIZE-ZAL

58-03 Sciences anatomiques et physiologiques,
occlusodontiques, biomatériaux,
biophysique et radiologie

Madame Céline BODERE

58-03 Sciences anatomiques et physiologiques,
occlusodontiques, biomatériaux,
biophysique et radiologie

Monsieur Brice CHAUVEL

ASSISTANTS

57-01 Parodontologie

Madame Juliette COAT

57-01 Parodontologie

Madame Claire HENRY-ALBARET

57-02 Chirurgie Buccale et Pathologique

Madame Aurélie HACQUARD

57-02 Chirurgie Buccale et Pathologique

Monsieur Cédric LANSONNEUR

58-01 Odontologie Conservatrice

Madame Anaïs BONNABESSE

58-01 Odontologie Conservatrice

Madame Charlotte GOUEDARD

58-02 Prothèses

Madame Gabrielle LEON

58-02 Prothèses

Monsieur Vincent BERTHELOT

ASSISTANTS ASSOCIES

56-02 Orthopédie Dento Faciale

Madame Kristelle MELONE

57-03 Sciences Biologiques

Madame Kahina AMROUCHE

58-02 Prothèses

Monsieur Gabriel SCOLAN

Je certifie sur l'honneur ne pas avoir repris pour mon propre compte des propos, des citations, des illustrations déjà publiés.

BREST, le

LE GALL Florent

Signature.

À Monsieur le Professeur Jacques-Olivier Pers

Professeur des universités - praticien hospitalier

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites d'avoir accepté la direction de cette thèse et la présidence de ce jury.

Nous vous remercions aussi de nous avoir communiqué votre vision du métier et votre goût pour la recherche.

Nous vous remercions également pour votre méthodologie clinique et vos nombreux conseils qui orientent chaque jour notre pratique clinique.

Veillez trouver ici, Monsieur, l'expression de notre profonde admiration.

À Monsieur le Docteur Alain Zérilli

Maître de conférences - praticien hospitalier

Vous nous faites l'honneur de siéger dans ce jury

Nous vous remercions pour votre implication au sein de l'UFR durant toutes ces années, pour votre vision de la formation en odontologie et pour votre collaboration auprès des très nombreuses initiatives étudiantes.

Veillez trouver ici, Monsieur, l'expression de notre profonde reconnaissance

À Monsieur le Docteur Hervé Foray

Maître de conférences - praticien hospitalier

Vous nous honorez de votre présence au sein de ce jury

Nous vous remercions pour vos qualités de pédagogue ainsi que pour votre douceur et votre gentillesse tout au long de notre cursus, nous ayant probablement autant appris la pédodontie que le soin à une personne.

Veillez trouver ici, Monsieur, l'expression de notre profonde gratitude.

À Madame le Docteur Céline Bodéré

Maître de conférences – praticien hospitalier

C'est un honneur de vous avoir comme membre du jury

Nous vous remercions pour votre enseignement qui nous a appris chaque jour à prendre en charge un individu et non une pathologie.

Nous vous remercions également pour votre sympathie et votre enthousiasme qui ont dynamisé nos études.

Veillez trouver ici, Madame, l'expression de notre profonde considération.

À Monsieur le docteur Jean Claude Luguët

Président du conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de France

Vous nous faites l'honneur de siéger dans ce jury

Nous vous remercions pour votre engagement au sein de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de France.

Nous vous remercions également pour votre collaboration à la réalisation de cette thèse ; ce travail n'aurait pas été possible sans votre détermination et votre pugnacité pour l'obtention des bases de données à l'origine de cette étude.

Veillez trouver ici, Monsieur, l'expression de notre profond respect.

Je dédie également ce travail :

À mes parents Monique et Bernard

Pour votre éducation et les valeurs que vous m'avez inculquées.
Pour tout l'amour que vous m'avez témoigné.

À ma compagne Audrey

Pour ton soutien chaque jour.
Pour l'amour que nous partageons et que je souhaite partager encore longtemps.

À mes sœurs Amélie et Ségolène

Pour tous les bons moments passés ensemble.
Pour vos petites attentions et votre regard bien veillant.

À mes grands-parents Marie-Thérèse, Rémy, Catherine et Pierre

Pour vos valeurs, votre courage et votre humilité que j'essaye chaque jour d'imiter

À ma famille recomposée Claudie, Yves, Quentin, Marion et Thibaut

Qui par la pluralité des avis a offert de drôles de débats familiaux dont je garde un souvenir impérissable.

À ma famille et à ma belle-famille.

Aux Amis de longue date Jouf, Ben, Laura, Clém, Goni, Paulette, Elou, Auré, Max, Johann, Laure, Alexandra, JB, Violette, Carole, Matthieu, Ben, Rické... pour tous ces bons moments passés ensemble qui ont lié notre amitié.

Aux amis de P1 Chacha, Elou, Pinpin, Mams, Sim, Damien et Yannou et leur conjoint Guenes, Stessy, Elise, Amélie, Claire, Fanfi et Anaïs... pour le plaisir de vous avoir rencontré et d'être devenu vos amis.

À mes collègues de promo et tout particulièrement : Romain, Thibaud, Clément, Gaidig, Camille, Sophia, Pierre, Noéllie, Ryan, Céline, KJ, Anna, Charlotte, Margaux, Christophe, Catherine, Alexis et Denis... avec qui notre relation a dépassé le cadre universitaire.

Aux copains de médecine Pauline, Soizig, Romain, Hugo, Miguel, Soumeya, ptit Scho, grand Scho, Benj, Laurent, Pauline, Julie, Océane, Servane, François, Bastien, Audrey... pour tous ces bons moments à la fac, au foot, en soirée ou ailleurs.

Aux autres copains odontologistes Louise, Anne, Jiben, Anto, Alex, Auré, François, Laurence, Bobby, Yann, Aude, Elise, Clém, Salomé, Marion, Marie Jo, Laetitia, Nico, JLD, Malo, Sébastien, Emilie, Elise, Laurianne, Chloé, Julie, Emilie, Maïanna, Kévin, Matthieu, Morgan, Jérémy, Nico, Marine, Alice et Kévin... pour toutes ces franches rigolades.

À la corpo 2010-2011 et à la KT19

Aux copains de l'UNECD

Tout particulièrement à Marcus pour avoir animé de passionnants débats sur la démographie et à Clément pour avoir animé une réunion-débat sur le même thème à la fac de Brest.

À tous ceux qui ne figurent pas sur cette page mais qui trouvent une place dans mon cœur.

Table des Matières :

Introduction :.....	11
Chapitre 1 : La démographie du chirurgien-dentiste en France :	14
1 La répartition territoriale :.....	14
1.1 La situation actuelle à l'échelle nationale :	14
1.2 Évolution historique à l'échelle nationale :	15
1.3 Projection à l'échelle Nationale :.....	16
1.4 Disparités interrégionales :.....	18
1.5 Disparités interdépartementales :	19
1.6 Répartition au niveau des bassins de vie :	20
1.7 Densité professionnelle dans le Grand Ouest :	22
2 Âge des dentistes :	23
2.1 Situation actuelle :.....	23
2.2 Évolution historique :	24
2.3 Projection de l'évolution de l'âge de la profession :.....	24
2.4 Région et âge extrême :	25
3 Étude du genre ; la féminisation de la profession :.....	26
3.1 Situation actuelle :.....	26
3.2 L'évolution historique :.....	27
3.3 Projection du taux de féminisation de la profession :.....	27
4 Installation ; Lieu d'activité et accessibilité géographique :.....	28
4.1 Lieu d'installation :	28
4.2 Évolution des lieux d'installation des chirurgiens-dentistes:.....	29
4.3 Accessibilité géographique :.....	30
5 Activité et honoraires des chirurgiens-dentistes :.....	32
5.1 Activité du chirurgien-dentiste conventionné :.....	32
5.2 Évolution de l'activité conventionnelle :.....	33

5.3	Honoraires et revenus des chirurgiens-dentistes :.....	34
5.4	Honoraires et démographie :	36
5.4.1	Revenus et répartition territoriale:	36
5.4.2	Revenus et tranche d'âge :.....	37
5.4.3	Revenus et	38
5.5	Accessibilité financière du chirurgien-dentiste :	39
6	Travail :	40
6.1	Exercice salarié :	40
6.1.1	Dans le cadre libéral :	40
6.1.1.1	Le remplacement salarié :	40
6.1.1.2	La collaboration salariée :.....	41
6.1.2	Hors cadre libéral	41
6.1.2.1	L'exercice hospitalier et universitaire :	41
6.1.2.2	L'exercice hospitalier :.....	44
6.1.2.3	Centre de santé dentaire de l'assurance maladie :.....	44
6.1.2.4	Le service de santé des armées :.....	45
6.1.2.5	Centre dentaire mutualiste	45
6.2	Exercice libéral :.....	46
6.2.1	Le remplacement libéral :.....	46
6.2.2	La collaboration libérale :.....	46
6.2.3	Exercice à son compte : propriétaire :.....	48
6.2.4	L'association :	49
6.2.4.1	L'association sans personne morale :.....	49
6.2.4.1.1	Le contrat d'exercice professionnel à frais commun (EPFC) :	50
6.2.4.1.2	La société en participation (SEP) :	50
6.2.4.1.3	La convention d'exercice conjoint :.....	50
6.2.4.2	L'association avec création d'une personne morale :.....	50
6.2.4.2.1	La société civile de moyens (SCM) :.....	51
6.2.4.2.2	La Société Civile Professionnelle (SCP) :.....	52
6.2.5	Les sociétés d'exercice libéral :	53
6.2.6	Autres contrats libéraux :	55
6.2.6.1	La gérance :.....	55
6.2.6.2	La location :	55

7	Statut juridique de l'activité du chirurgien-dentiste en France :	56
7.1	Situation actuelle et évolution récente :	56
7.2	Évolution des secteurs d'activité :	58
7.3	Statut juridique et genre :	59
Chapitre 2 Variables majeures pouvant influencer la démographie :		61
1	Population Française :	61
1.1	Projection à l'échelle nationale :	61
1.2	Projections régionales de la population :	63
2	Les besoins de soins :	66
2.1	Les indicateurs :	66
2.1.1	Indice CAO :	66
2.1.2	Indices Parodontaux :	67
2.1.3	La capacité masticatoire :	67
2.2	Dans le monde :	68
2.3	La situation en Europe:	68
2.4	En France :	69
2.4.1	Epidémiologie de la carie en France :	69
2.4.2	Epidémiologie de la Santé Parodontale des adultes en France :	74
2.4.3	La capacité masticatrice :	80
3	La formation initiale :	80
3.1	Historique :	81
3.2	Actuelle :	82
4	Le Flux entrant :	83
4.1	Numerus Clausus :	83
4.1.1	Historique :	83
4.1.2	Instrument de régulation démographique :	86
4.1.3	Projection :	86
4.2	Entrant hors NC :	88
4.2.1	Les passerelles :	88
4.2.2	Praticiens diplômés à l'étranger :	89

4.3	Démographie régionale et lieu de formation :.....	89
4.4	Formation et levier démographique complémentaire :.....	94
4.4.1	Le Contrat d'Engagement Service Public (CESP) :	94
4.4.2	Le Stage Actif:	95
4.5	Les mesures de régulation Démographique :.....	96
Chapitre 3 - Cas particuliers des anciens étudiants brestois :.....		98
1	UFR odontologie de Brest :.....	98
1.1	Création de l'UFR :.....	98
1.2	Évolution du Numerus Clausus :.....	98
2	Matériels et méthodes :.....	99
3	Profil des études à l'UFR d'odontologie de Brest :.....	102
3.1	Taux de féminisation :	102
3.2	Taux de redoublement :	103
3.3	Temps d'élaboration de la thèse :.....	104
4	Lieu d'activité des anciens étudiants de l'UFR de Brest :.....	105
4.1	Situation actuelle : (au 03/07/12)	105
4.2	Situation historique et actuelle :	106
4.3	Installation Urbaine / Installation rurale à un temps T0 ; T-1 et T-2 :.....	107
5	Type d'activité des Chirurgiens-dentistes diplômés de Brest :	110
5.1	Étude du type d'exercice à un temps T :	110
5.1.1	Secteur d'activité :.....	111
5.1.2	Exercice salarié :	112
5.1.3	Exercice libéral :.....	114
5.2	Activités de l'étudiant non diplômé :	116
5.3	Activités du chirurgien-dentiste diplômé de l'UFR Odontologie de Brest :	117
5.3.1	Délai entre l'obtention du diplôme et le premier exercice :.....	117
5.3.2	L'exercice provisoire :.....	117
5.3.2.1	Durée de l'exercice provisoire :.....	119
5.3.2.2	Type d'exercice provisoire :.....	121

5.3.2.3	Type d'exercice provisoire en fonction des générations :.....	123
5.3.3	Exercice Durable :.....	125
5.3.3.1	Activité durable en fonction du sexe :.....	126
5.3.3.2	Activité durable en fonction de la génération :.....	126
Chapitre 4 : Discussion		130
1	Comparaison Brest / National :.....	131
1.1	Type d'activité (salariale/ libérale) :.....	131
1.2	Lieu d'installation :	133
2	Comparaison Brest intra cohorte :.....	133
2.1	Temps de thèse :.....	133
2.2	Recours exercice provisoire :.....	133
2.3	Évolution activité en fonction des générations :.....	135
2.4	Évolution activité en fonction du sexe :.....	135
2.5	Lieu d'exercice :.....	136
3	Exercice de Projection :.....	138
3.1	Les besoins de soins :	138
3.2	L'offre de soins :	139
3.2.1	L'offre actuelle :.....	139
3.2.2	Projection de l'offre de soins :.....	139
3.3	Les soins :.....	141
3.4	La régulation démographique :.....	141
3.4.1	Au niveau national :.....	141
3.4.2	Au niveau régional :.....	142
3.4.3	Au niveau du bassin de vie :.....	142
Conclusion :.....		144
Bibliographie :.....		145

Introduction :

L'étude de la démographie des professions de santé est d'une absolue nécessité pour l'édification de la politique de santé publique à moyen et long terme. Les acteurs politiques en ont pris massivement conscience après la crise sanitaire ayant eu lieu lors de la canicule de 2003. Les mesures de régulation, dont la limitation drastique du numerus clausus pendant 2 décennies, avaient, après le pic des années 2000, provoqué de graves pénuries de professionnels médicaux dans de nombreuses régions et spécialités.

Face à ce constat d'échec, les pouvoirs publics ont commandé de nombreux rapports sur la démographie des professions de santé. Ces rapports ont eu pour objectif d'analyser l'offre de soins en France en étudiant notamment la démographie des professionnels de santé afin de pouvoir établir des projections de l'état de la profession à moyen et long termes et ainsi d'adapter la régulation de ces professions médicales.

La prise de conscience politique des risques de troubles de l'offre de soins a amené les pouvoirs publics à définir l'offre de soins dans le temps et dans l'espace. Ainsi, après une augmentation raisonnée du numerus clausus des professions médicales et la mise en place de mesures incitatives en faveur de l'installation dans les zones sous dotées, une réponse législative forte a été donnée. Il s'agit de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » dite HPST promulguée le 21 juillet 2010. Cette loi est issue des conclusions des rapports Ritter et Flajolet, de la commission Larcher et des états généraux de l'organisation des soins. Elle est innovante car elle définit l'organisation de l'offre de soins en France et non seulement son financement. Elle reconnaît la complémentarité du secteur public (hospitalier) et privé (clinique et médecine de ville) afin d'offrir une réponse graduée et adaptée aux besoins de la population. Enfin, l'adaptation de l'offre de soins à un territoire y prend tout son sens avec la création des agences régionales de Santé ayant pour conséquence une certaine décentralisation de la santé en France.

La profession de chirurgien-dentiste connaît également, du fait d'une politique du numerus clausus superposable à celle des médecins lors des décennies passées, une pénurie programmée de chirurgiens-dentistes à partir du milieu de la décennie 2010.

Cette thèse propose une réflexion sur la démographie de la profession, l'offre et la demande de soins ainsi que sur le parcours professionnel du chirurgien-dentiste. Ces paramètres évoluent dans le temps et les définir précisément doit permettre de guider au plus juste les réformes de santé publique.

Le premier chapitre expose la situation démographique de la profession de chirurgien-dentiste en France en 2013.

La répartition territoriale de la profession au travers de la densité de chirurgiens-dentistes par habitant y sera développée. Ce chapitre détaille également l'âge moyen de la profession ainsi que son taux de féminisation. L'évolution de ces paramètres dans le temps y sera également exposée. Cette première partie définit également l'activité du chirurgien-dentiste, en exposant les types d'actes réalisés, les honoraires et les revenus en découlant. Enfin ce chapitre aborde le secteur d'exercice du chirurgien-dentiste en énumérant l'ensemble des statuts juridiques d'exercice de la profession ainsi qu'en précisant le taux de recours à chacun d'entre eux.

La seconde partie de cette étude propose une revue de littérature concernant les variables sociétales majeures pouvant influencer la démographie des chirurgiens-dentistes.

La première variable sociétale ayant un impact majeur sur l'évolution de la densité de chirurgiens-dentistes d'un territoire est son nombre d'habitants. Ainsi, dans le but d'une régulation territoriale de l'offre de soins, établir les besoins futurs d'une population débute par l'évaluation de la population de ce territoire et son évolution dans le temps. Cette étude, s'appuie sur des projections de populations réalisées par l'Insee.

Par ailleurs, l'offre de soins n'a de sens que si elle répond à une demande de soins. Ainsi, pour adapter l'offre de soins à un territoire, il est primordial d'évaluer cette demande. La suite de ce chapitre s'efforce de définir les besoins de soins bucco-dentaires en France et leur possible évolution. En l'absence d'études prospectives représentatives de la population française, cette partie recense plusieurs études sur les principales pathologies bucco-dentaires à l'origine de la majorité de la demande de soins. Ainsi, y sont développés des résultats d'études sur la carie, les parodontopathies et leur conséquence : l'édentement dentaire.

Le second chapitre permet également de définir le système de formation des chirurgiens-dentistes en France, celui-ci ayant un poids non négligeable sur la démographie de la profession en général et sur la répartition territoriale des chirurgiens-dentistes en particulier. Nous appréhenderons la régulation de la démographie professionnelle par le flux entrant. Cette régulation est, depuis 1971, le principal moyen de régulation démographique de la profession. Y sont exposées la régulation du numerus clausus mais également celle des passerelles. Enfin, nous énumérerons les différentes mesures incitatives mises en place en France pour améliorer la répartition territoriale des chirurgiens-dentistes et ainsi lutter contre les déserts médicaux.

La troisième partie, la plus originale, traite de la démographie et du suivi d'installation des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR Odontologie de Brest. Cette étude a été réalisée grâce aux bases de données de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes retraçant le parcours professionnel des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR brestois depuis sa création en 1978. Cette étude est complétée par une base de données issue des données administratives de l'UFR de Brest retraçant le parcours étudiant également depuis la création de l'UFR. Cette dernière souhaite définir le parcours « type » d'un chirurgien-dentiste diplômé de Brest. Ainsi y sont examinés les variations du numerus

clausus, le taux de redoublement, le temps de thèse, le type et la durée des exercices provisoire et définitif ainsi que les lieux d'exercice. L'ensemble de ces variables a été analysé en fonction du genre et de la génération. Elle permettra d'apporter pour la toute première fois des données objectives sur les modes d'installation et l'ensemble des variables démographiques à l'échelle d'un UFR et d'un territoire de soins.

Enfin, dans la quatrième partie, nous discutons les résultats de cette analyse du parcours étudiant et professionnel des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest en les comparant aux résultats de la revue de littérature nationale. Nous cherchons également à mettre en avant les résultats « originaux » issus de cette analyse.

Chapitre 1 : La démographie du chirurgien-dentiste en France :

« La démographie est l'étude quantitative et qualitative de l'âge des populations et de leurs dynamiques, à partir de caractéristiques telles que la natalité, la fécondité, la mortalité, la nuptialité (ou conjugalité) et la migration. » (Wikipédia, 2014). La démographie appelle donc à définir une population étudiée, ici la population des chirurgiens-dentistes en activité en France, et d'y étudier les facteurs influençant l'âge et les dynamismes de cette population. Ainsi les notions de formation et de flux entrant viendront remplacer la natalité et la fécondité. La mortalité quant à elle sera assimilée au flux sortant et donc principalement au départ à la retraite. Le dynamisme de la population sera quant à lui défini par l'activité des chirurgiens-dentistes et leur répartition sur le territoire étudié.

1 La répartition territoriale :

L'étude de la démographie dentaire consiste en l'analyse du nombre de dentistes en France, de leur répartition sur le territoire. D'autres paramètres comme l'âge, le sexe et le mode d'exercice sont également pris en compte.

La principale source de données sera le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) qui a remplacé depuis le 1^{er} janvier 2012 le répertoire ADELI analysé par la DREES.

Afin d'affiner l'analyse dans certains domaines, ne seront pris en compte pour certaines statistiques que les dentistes métropolitains ou seulement les dentistes conventionnés en secteur 1 avec la Sécurité sociale.

1.1 La situation actuelle à l'échelle nationale :

La France métropolitaine comptait 40 000 chirurgiens-dentistes au 1^{er} janvier 2013 ; et 40 833 en incluant les DOM-TOM. Le rapport de cet effectif sur la population française nous donne la densité de chirurgiens-dentistes par habitant. Actuellement elle se situe à 63,1 dentistes pour 100 000 habitants en France métropolitaine (62/100 000 pour la France entière).

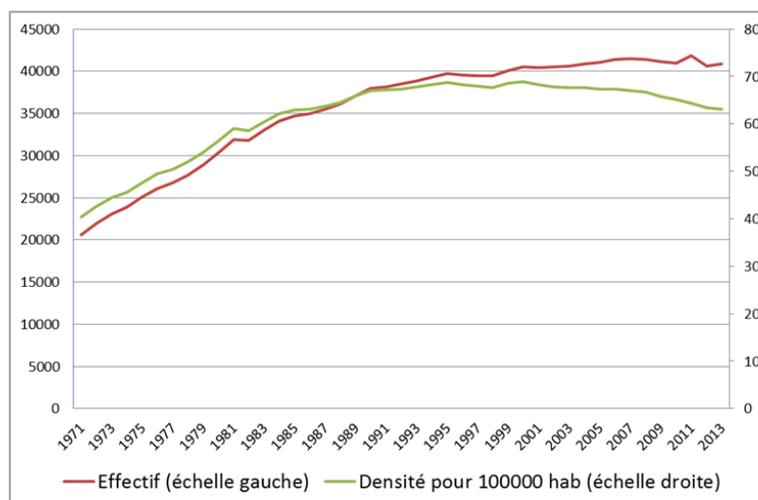
À titre de comparaison, l'hexagone comptait au 1^{er} janvier 2013 : 99 129 médecins généralistes, 114 098 médecins spécialistes (Le Breton et Romestaing 2013), 72024 pharmaciens et 19 263 sages-femmes (Sicart, 2013)

1.2 Évolution historique à l'échelle nationale :

En 1970, lors de la création des premières unités de formation et de recherche (UFR) d'odontologie, l'hexagone comptait environ 20 000 chirurgiens-dentistes. Il s'ensuivra une croissance de l'effectif atteignant 30 000 dentistes en 1980, dépassant les 35 000 en 1990 et franchissant les 40 000 en 1999. Depuis les années 2000, les effectifs de la profession sont relativement stables. Le taux de croissance annuel moyen sur ces quarante dernières années est de 2.5 % par an.

La densité moyenne sur la France métropolitaine a elle suivi la croissance des effectifs professionnels, de 1970, où elle était de 40 dentistes pour 1 000 000 habitants ; jusqu'en 2000 où la densité atteint son maximum historique de 69 dentistes pour 100 000 habitants. S'en suivra une période de dissociation entre la croissance de la population française et celle des effectifs de chirurgiens-dentistes entraînant une baisse progressive de la densité sur l'ensemble de la décennie 2 000 , pour atteindre actuellement le chiffre de 62 dentistes pour 100 000. (Figure 1.1)

Figure 1.1 – Effectifs et densité de chirurgiens-dentistes en France depuis 1971



Source : Éco-santé, mise à jour mars 2013 : DREES, données ADELI jusqu'en 2010, rupture de série : RPPS à partir de 2011
ONDPS - Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes version du 17 octobre 2013

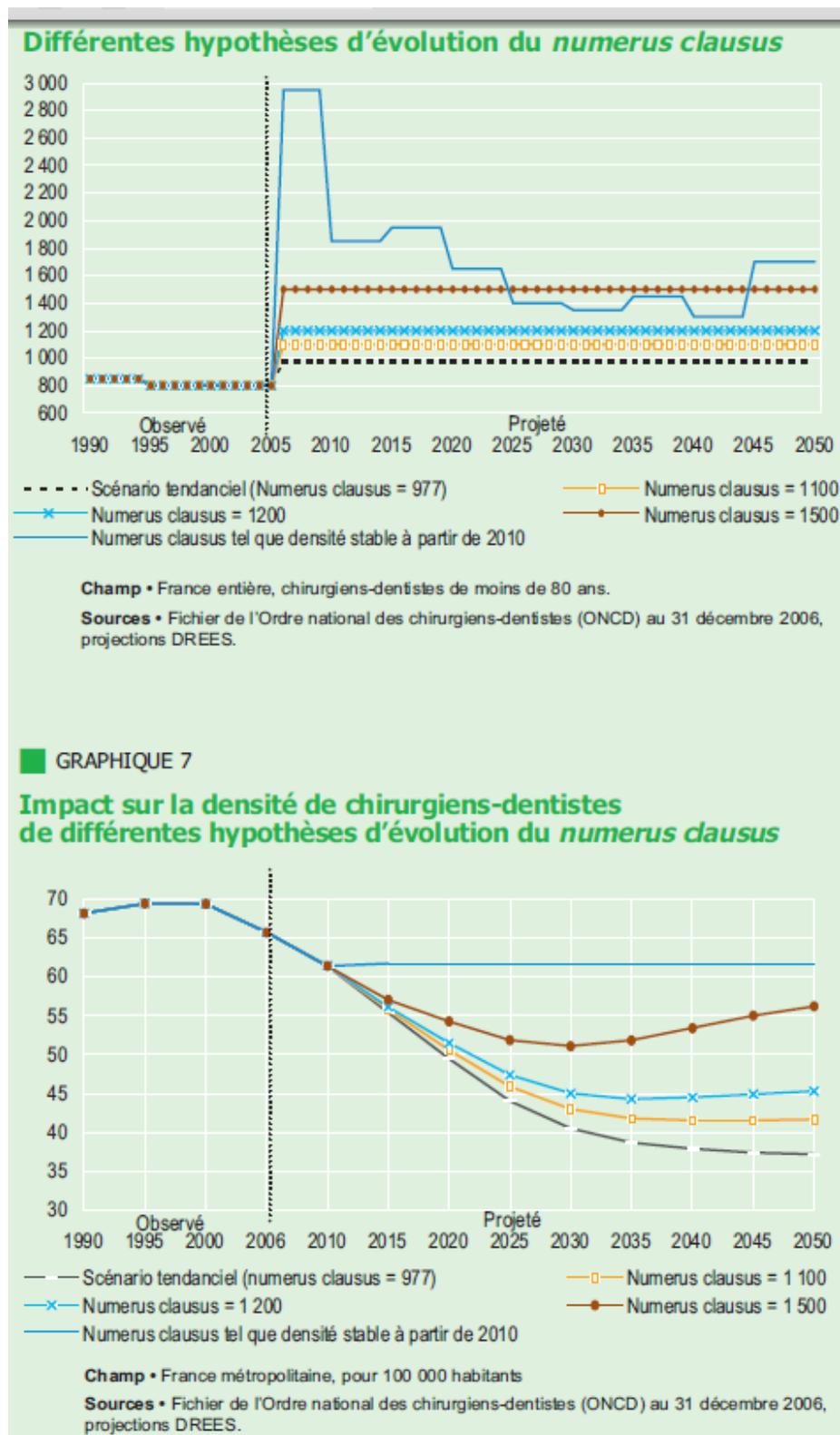
Source : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Etats des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2013

Comparativement les médecins ont également connu une forte augmentation de leurs effectifs depuis les années quatre-vingt, avec une croissance annuelle moyenne de 3,8 % par an en effectif global. Cette croissance s'explique pour partie par la croissance des effectifs de médecins en activité (+2.8 % par an depuis 1979) mais également, fait caractéristique chez les médecins, par l'augmentation du nombre de retraités cumulant une activité (+22 % par an depuis 1979) (Le Breton et Romestaing, 2013).

1.3 Projection à l'échelle Nationale :

La DREES dans une étude en 2007 (Collet et Sicart 2007), a étudié l'évolution démographique de la population en fonction de scénario d'évolution du numerus clausus (figure 1.2). À numerus clausus constant (977 en 2007), la démographie des chirurgiens-dentistes en 2030 serait d'environ 41 dentistes pour 100 000 habitants. Afin de pallier une pénurie de chirurgiens-dentistes, l'étude a réalisé une série de projections de la démographie en faisant varier la valeur du numerus clausus. Ainsi une simulation est réalisée avec un numerus clausus à 1100, 1200, 1 500 et enfin avec un numerus clausus permettant une densité stable à partir de 2010.

Figure 1.2 : Projection d'évolution du numerus clausus et de la variation de la densité professionnelle en découlant.



Source : La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 ; Collet M et Sicart D ; DREES ; études et résultats ; n°595 septembre 2007

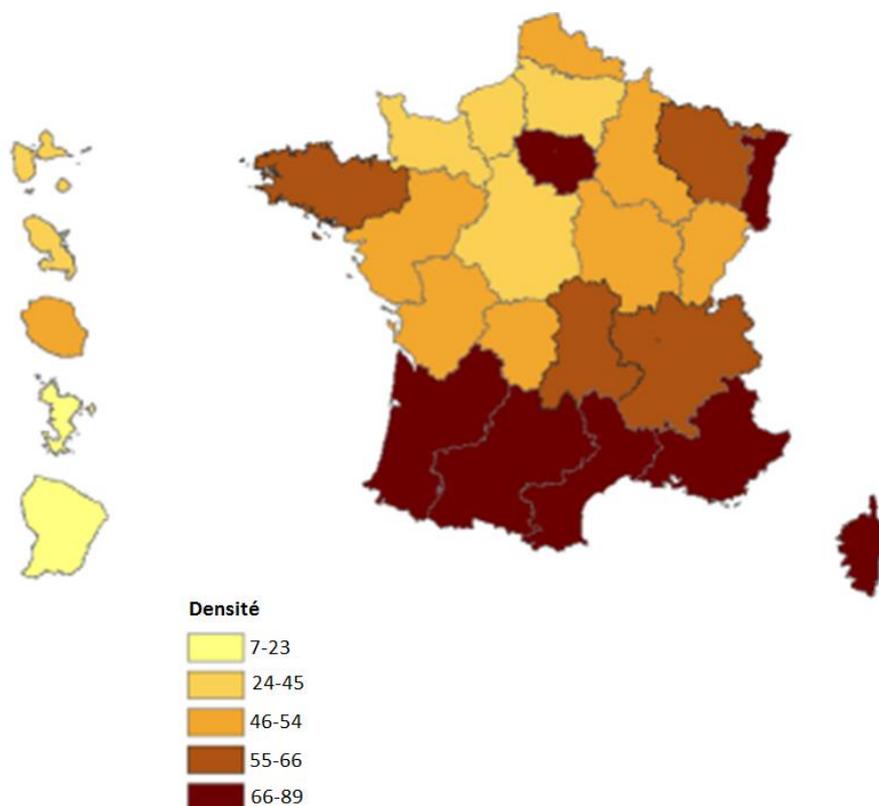
Le gouvernement a, suite à ce constat, augmenté le numerus clausus de 977 (en 2007) à 1200 étudiants (en 2011), puis il a augmenté le nombre de places de passerelles, afin de répondre à cette pénurie programmée.

Cette projection s'est faite en considérant, l'âge de départ à la retraite et le taux de nouveaux praticiens diplômés de l'étranger constant. Or ces variables ont considérablement évolué depuis 2007, comme l'évoque le Dr Couzinou, président de l'ONCD, dans un interview aux échos (Les Echos, 2014) : « Des études de la DREES datées de 2007 ont montré que, si le numerus clausus n'était pas revalorisé par rapport au taux de 2005 (977), la densité générale des dentistes en France serait passée à 40 praticiens pour 100 000 habitants en 2030, contre 63 aujourd'hui, le gouvernement a alors commencé à augmenter le numerus clausus pour éviter la pénurie. En 2013, il est porté à 1200. Mais ces études n'avaient pas anticipé l'arrivée massive de dentistes étrangers, ni le phénomène des Français partant étudier dans un autre pays, avant de rentrer en France. Ces prévisions sont aujourd'hui obsolètes et le numerus clausus s'en trouve détourné. »

1.4 Disparités interrégionales :

La densité correspond à une moyenne pour l'ensemble du territoire, mais elle ne reflète pas les grandes disparités démographiques régionales tant en structure qu'en termes d'évolution.

Figure 1.3 : Densité de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants par région au 1^{er} janvier 2013

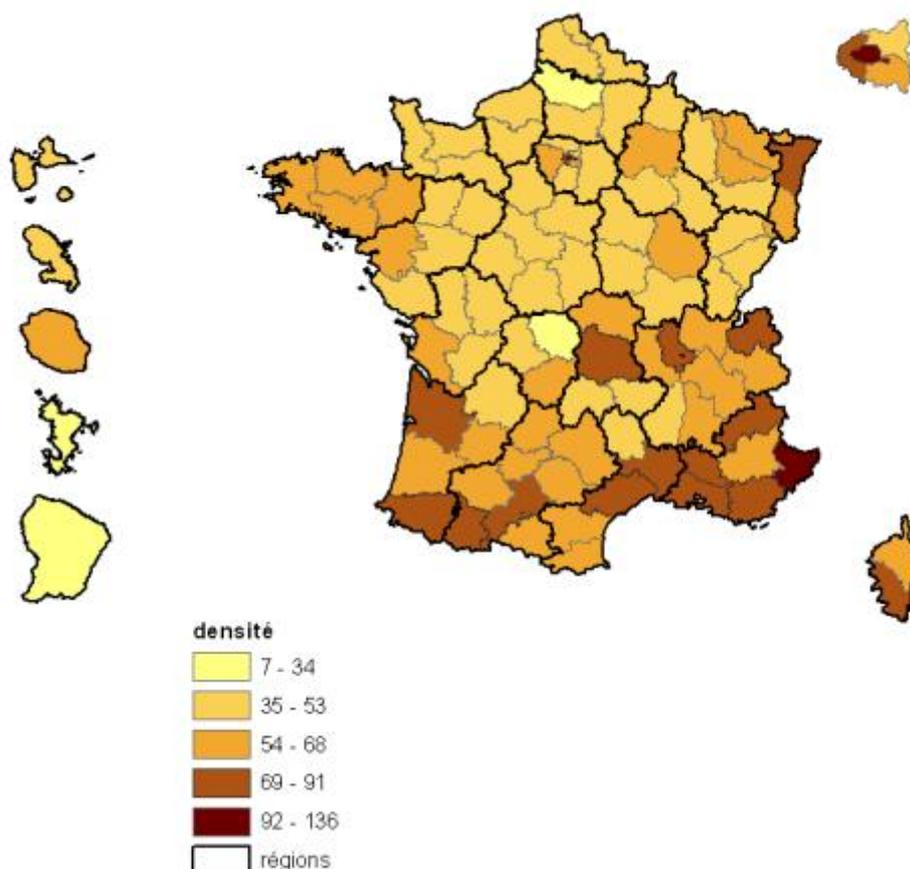


Douze régions présentent une densité inférieure à la moyenne nationale (figure 1.3). Parmi celles-ci, les moins dotées sont la Haute-Normandie (39 /100 000), la Picardie (39/100 000) et la Basse Normandie (41/100 000). La Bretagne se situe au même niveau que la moyenne nationale. Enfin, neuf régions se retrouvent au-dessus de la moyenne nationale avec un maximum atteint par la Provence Alpes Côte d'Azur de 89/100 000 habitants (ONDPS 2013).

On peut mettre en avant un antagonisme Nord/Sud évident sur la répartition des chirurgiens-dentistes en France. Le Nord de la France est globalement sous doté avec l'émergence de 3 bassins d'installations non sous dotés que sont l'Île-de-France, l'Alsace et dans une moindre mesure la Bretagne. Le Sud de la France est lui globalement surdoté en praticiens.

1.5 Disparités interdépartementales :

Figure 1.4 : densité de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants par département au 1^{er} janvier 2013



L'étude de la démographie départementale (figure 1.4) apporte des nuances à la tendance régionale observée. En effet, les départements présentent généralement la même tendance que l'ensemble de la région, néanmoins quelques exceptions sont à noter. Si l'Île-de-France est largement surdotée en chirurgiens-dentistes, on remarque que cela est dû principalement à la sur dotation de Paris et des Hauts-de-Seine masquant une importante sous dotation de la Seine et Marne, de la Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise. Il est de même pour l'Aquitaine qui est globalement sur dotée grâce à la Gironde et aux Pyrénées-Atlantiques, mais qui présente un département sous doté, la Dordogne.

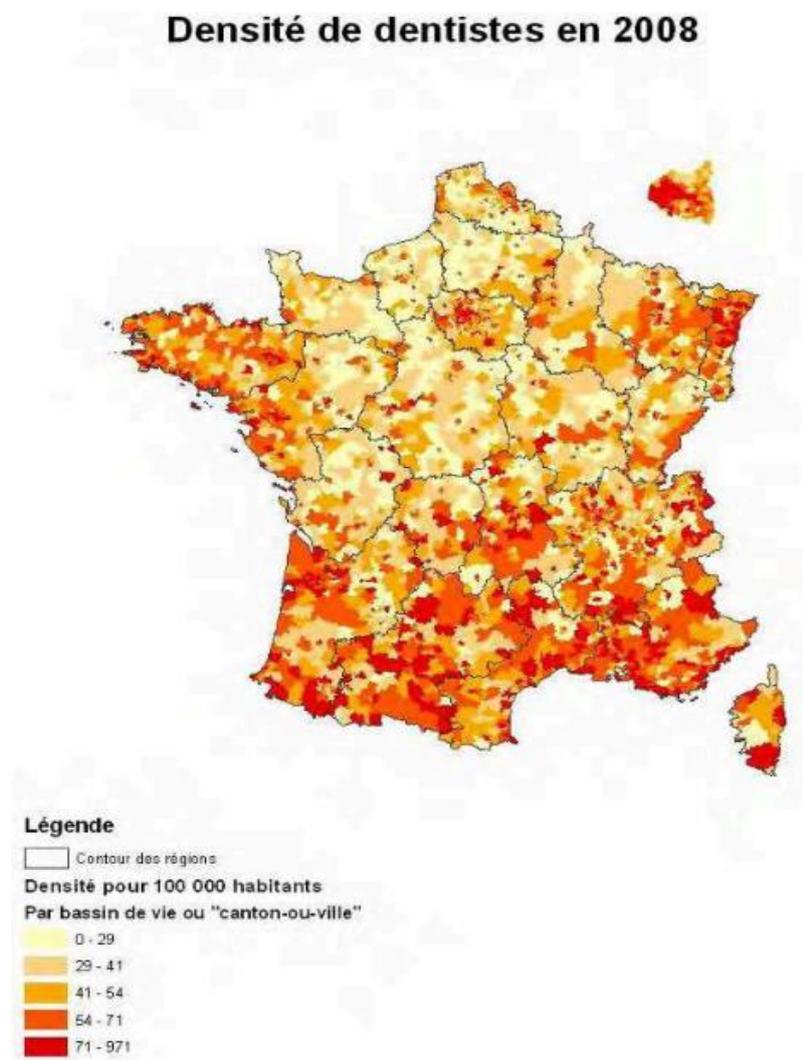
L'étude départementale permet donc de confirmer la tendance de bipolarisation Nord/Sud de la démographie professionnelle et met en avant la sur dotation des départements incluant les chefs-lieux de région ainsi que les grandes villes universitaires.

1.6 Répartition au niveau des bassins de vie :

L'échelle administrative suivant le département est le canton (figure 1.5). Pour l'étude de la répartition des professionnels de santé celui-ci n'est pas toujours le plus pertinent. Ainsi l'INSEE a défini les bassins de vie ou « canton ou villes » comme étant le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi. Ces bassins de vie sont définis pour une population donnée comme étant la zone dans laquelle cette population peut avoir accès à un certain nombre de services du quotidien (par exemple : boulangerie, médecin, supermarché, écoles...) Cette échelle géographique est particulièrement pertinente pour l'étude de la démographie professionnelle.

L'étude, à cette échelle, met clairement en avant l'implantation majeure des dentistes dans les zones urbaines et péri-urbaines (Balet et Collin 2010).

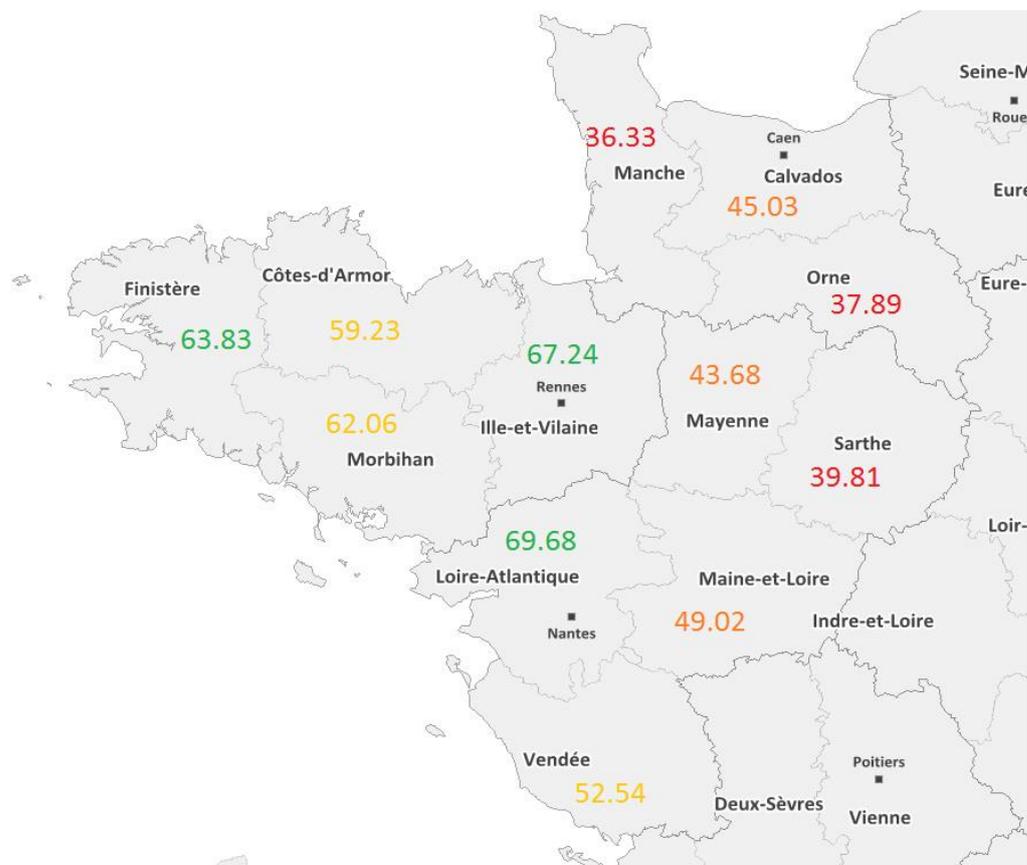
Figure 1.5 : densité des chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants par bassins de vie au 1^{er} janvier 2008



Source : INSEE. Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008 INSEE- base des bassins de vie et « cantons ou villes » définition 2008 INSEE-population 2007 ; exploitation DREES (issu de localisation des professionnels de santé Barlet et Collin, 2010)

1.7 Densité professionnelle dans le Grand Ouest :

Figure 1.6 : densité départementale moyenne de chirurgiens-dentistes dans l'ouest de la France



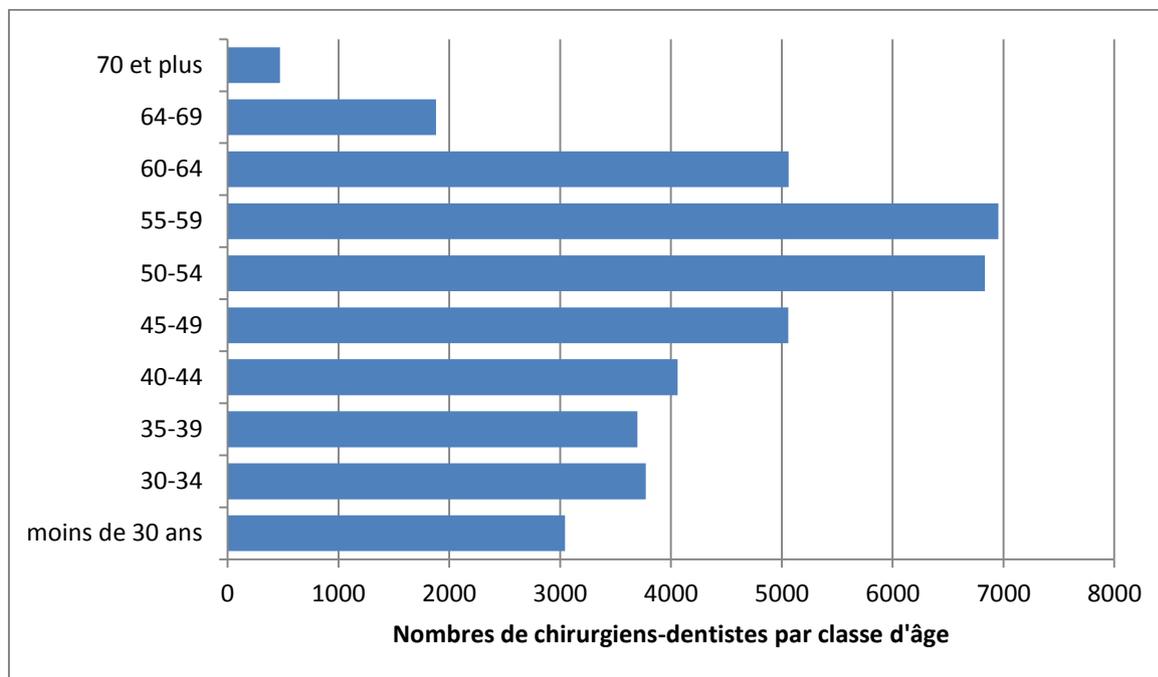
Source : document personnel, données issues de la plateforme interactive du site de l'ONCD au 23/04/2014

La Bretagne présente une situation assez homogène en termes de densité de professionnels exerçant dans ses quatre départements avec une densité proche de la moyenne nationale (figure 1.6). Pour la Basse-Normandie, la situation démographique est également assez homogène, mais avec une densité moyenne autour de 40/100 000 ; bien en deçà de la moyenne nationale. Enfin la région Pays de Loire présente une densité de 50 dentistes pour 100 000 habitants. Cette moyenne cache une situation très hétéroclite. La démographie est très favorable pour la Loire-Atlantique, se situant au-dessus de la moyenne métropolitaine, légèrement en deçà pour la Vendée, mais plus carencée pour le Maine-et-Loire, la Mayenne et la Sarthe ; où la densité avoisine les 40/100 000.

2 Âge des dentistes :

2.1 Situation actuelle :

Figure 1.7 : Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes de France en activité au 1^{er} janvier



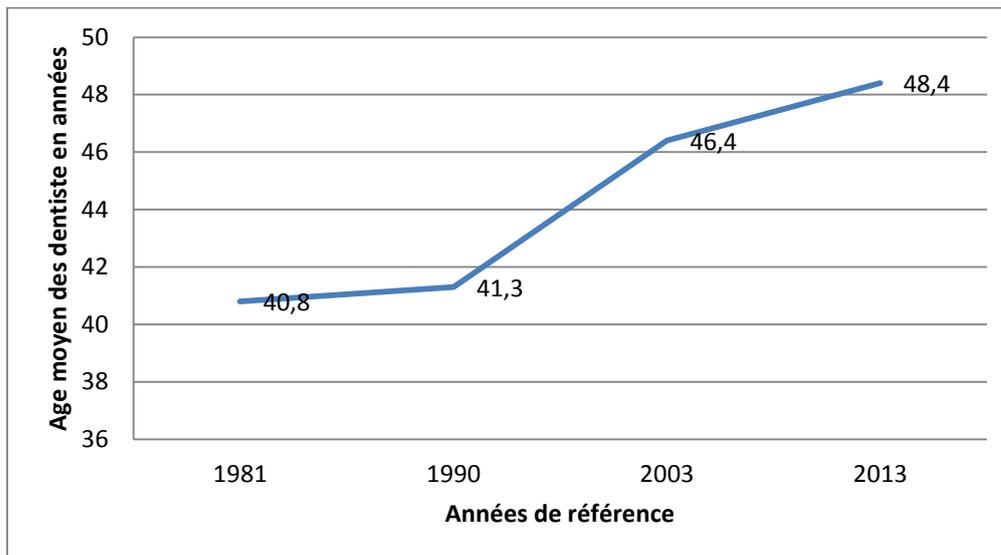
Source : document personnel à partir des données RPPS, traitement DREES, séries statistiques n°183 les professions de santé au 1^{er} janvier 2013, D.Sicart

L'âge moyen des dentistes en France est de 48.4 ans en 2013 (4) (ONDPS 2013). La pyramide des âges des chirurgiens-dentistes en activité en 2013 nous montre que 64.3 % des dentistes ont 45 ans ou plus (figure 1.7). Les dentistes de 60 ans et plus (dont la grande majorité prendra leur retraite d'ici à 5 ans) représentent 18 % des dentistes en activité. D'autre part, les 50-59 ans représentent 33.7 % des dentistes en activité laissant présager un départ massif à la retraite dans 5 à 10 ans. Les variations d'effectif selon les âges sont principalement liées aux politiques d'ajustement du *numerus clausus*, véritable moyen de régulation du nombre de nouveaux dentistes formés chaque année.

Par rapport aux autres professions médicales, l'âge moyen des dentistes est inférieur à celui des médecins (51.3 ans) légèrement supérieur à celui des pharmaciens (46.5ans) et bien supérieur à celui des sages-femmes (40.1ans) (ONDPS 2013).

2.2 Évolution historique :

Figure 1.8 : Évolution de la moyenne d'âge des chirurgiens-dentistes en activité de 1981 à 2013.



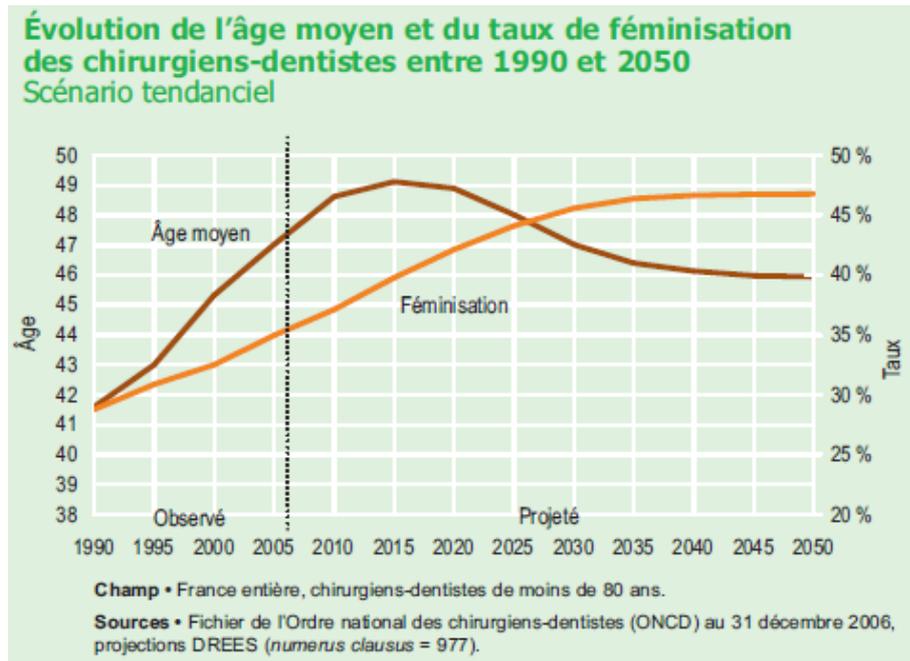
Source : Document personnel à partir des données des ouvrages suivants : Le secteur libéral des professions de santé en 1981 ; 1990 et 2003. Paris : Direction des statistiques et des études Caisse Nationale de l'assurance Maladie des travailleurs Salariés ; Etats des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes, ONDPS, 2013

L'évolution de l'âge moyen des chirurgiens-dentistes en exercice s'est caractérisée par une augmentation continue passant de 40,8 ans en 1981(9) à 48.4 ans en 2013 (ONDPS 2013). La décennie 90 est marquée par une forte croissance de l'âge moyen des chirurgiens-dentistes, avec une augmentation de 5 ans entre 1990 et 2003 (figure 8).

2.3 Projection de l'évolution de l'âge de la profession :

En 2007, la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) a réalisé une projection de l'âge moyen des dentistes de 2007 à 2050 (Collet et Sicart, 2007) en se projetant sur un numerus clausus constant (977), un âge de départ à la retraite constant et un taux de chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger s'inscrivant à l'ordre constant.

Figure 1.9 : Évolution de l'âge moyen et du Taux de féminisation des chirurgiens-dentistes entre 1990 et 2050 : Scénario tendanciel



Source : Collet M, Sicart D ; La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 ; un exercice de projection au niveau national, études et résultats DREES n°595 sept 2007

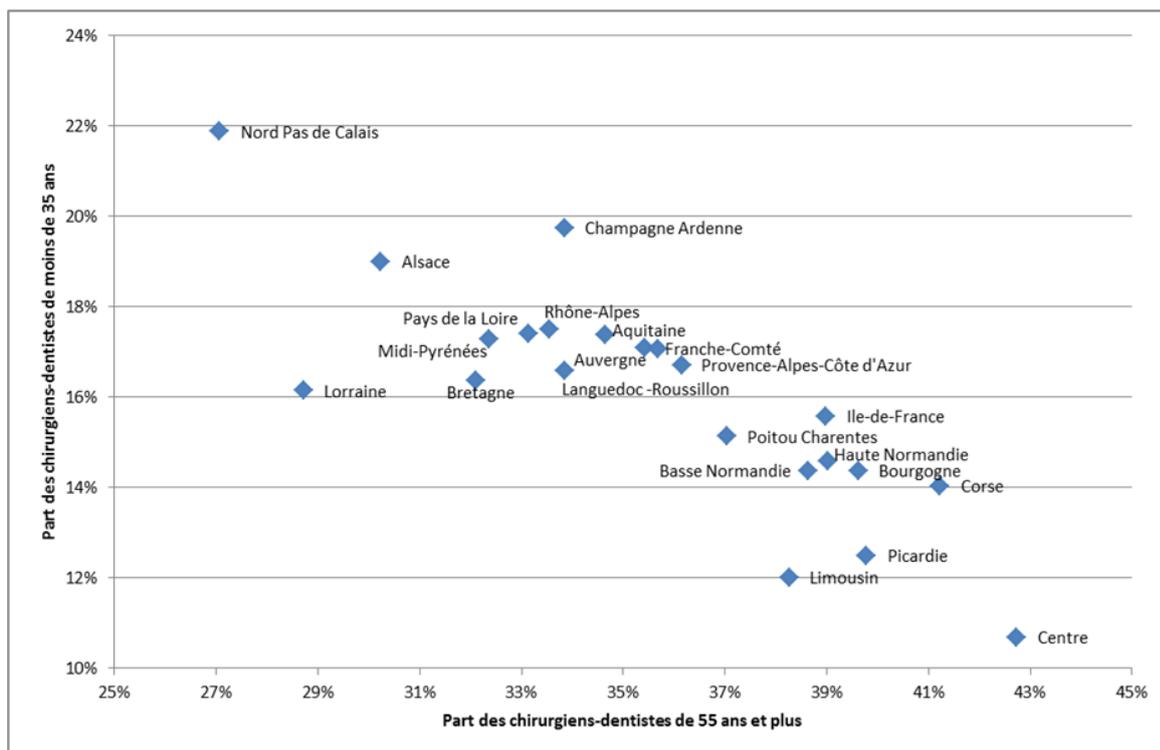
L'âge moyen des chirurgiens-dentistes ne devrait cesser de croître jusqu'en 2015, ce vieillissement s'explique par l'augmentation en proportion des plus de 55 ans dans la profession (de 29 % en 2006 à 40 % en 2015). Au-delà de 2015, les nombreux départs en retraite vont réduire la proportion des chirurgiens-dentistes de plus de 55 ans, permettant un rajeunissement de la profession. En 2030, la moitié des dentistes aura moins de 45 ans (contre 36 % en 2015) (Collet et Sicart 2007).

Ces projections ont été établies en considérant l'âge de départ à la retraite ainsi que le taux de chirurgiens-dentistes diplômés de l'étranger exerçant en France constant. Or ces variables ont évolué depuis 2007 (cf chapitre 1 sous-chapitre 1.3)

2.4 Région et âge extrême :

Il a été mis en évidence précédemment qu'il existait une disparité démographique importance entre les différentes régions. Au-delà des disparités actuelles, la disparité en termes de jeunes praticiens et de praticiens en fin de carrière permet de projeter l'évolution démographique de la région. Cette analyse a été réalisée par l'ONDPS en 2013 (figure 1.10)

Figure 1.10 : Situation des régions selon la part de chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans et de plus de 55 ans.



Champ : France métropolitaine

Source : RPPS, traitement DREES, 1^{er} janvier 2013

Source : ONDPS. *Etats des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes*. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2013

Hormis la Champagne-Ardenne et le Nord-Pas-de-Calais, les régions à faible densité se trouvent également être les régions où la population professionnelle est vieillissante et où l'attractivité des jeunes diplômés est la plus faible. Ceci signifie que les disparités démographiques régionales vont tendre à s'accroître.

3 Étude du genre ; la féminisation de la profession :

3.1 Situation actuelle :

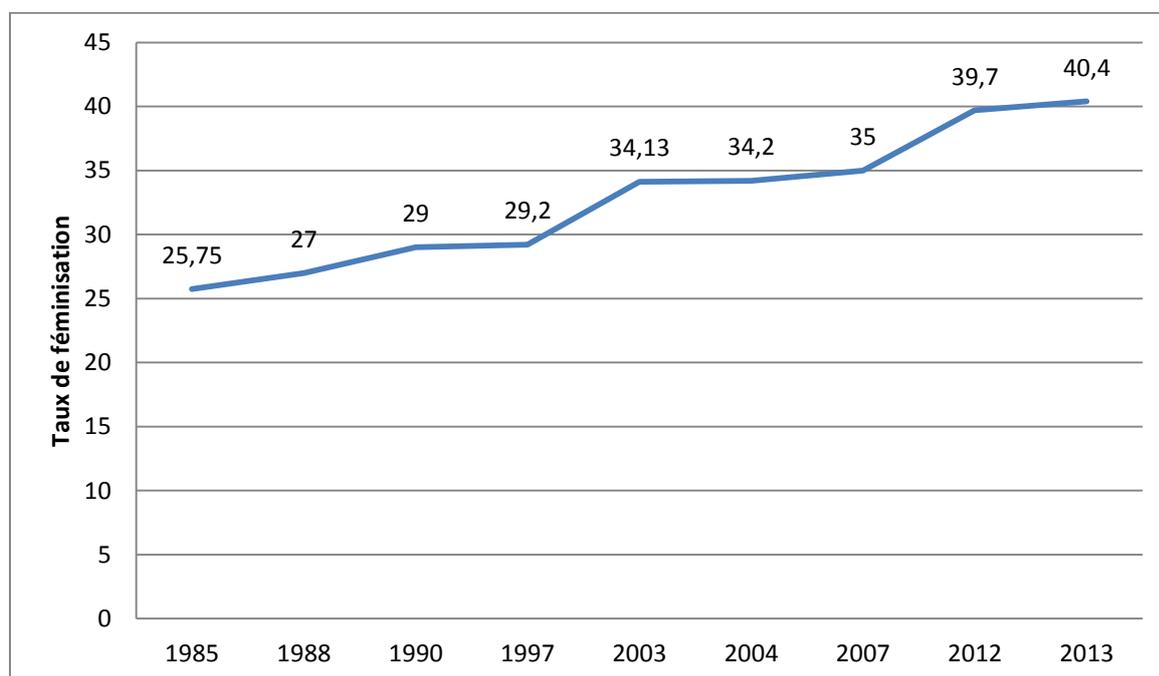
40.4 % des chirurgiens-dentistes en activité au 1^{er} janvier 2013 en France métropolitaine sont des femmes. À titre de comparaison, les médecins ont un taux de féminisation (42 %) proche des chirurgiens-dentistes, par contre les pharmaciens (67 %) et les sages-femmes (98 %) sont des professions à forte prédominance féminine (6) (ONDPS 2013).

3.2 L'évolution historique :

La profession des chirurgiens-dentistes, majoritairement masculine dans les années cinquante, a suivi l'évolution sociétale et n'a eu de cesse de se féminiser à un rythme très soutenu.

Le taux de féminisation a en effet grimpé de 15 points entre 1985 et 2013, soit une croissance de 0.5 % par an, confirmant l'attrait grandissant de la profession aux yeux des femmes. Cette tendance s'explique à la fois par l'entrée sur le marché du travail de promotions d'étudiants très féminisées (autour de 60 % actuellement) et du départ à la retraite de promotions très peu féminisées (autour de 20 %).

Figure 1.11 : Evolution du taux de féminisation de la profession de chirurgien-dentiste de 1985 à 2013.



Source : document personnel réalisé grâce aux données des documents suivants : ONDPS, 2013 ; Pierrot et Robein, 2013 ; Dhellemmes, 2005 ; Bois et al, 2003 ; ONDPS, 2007.

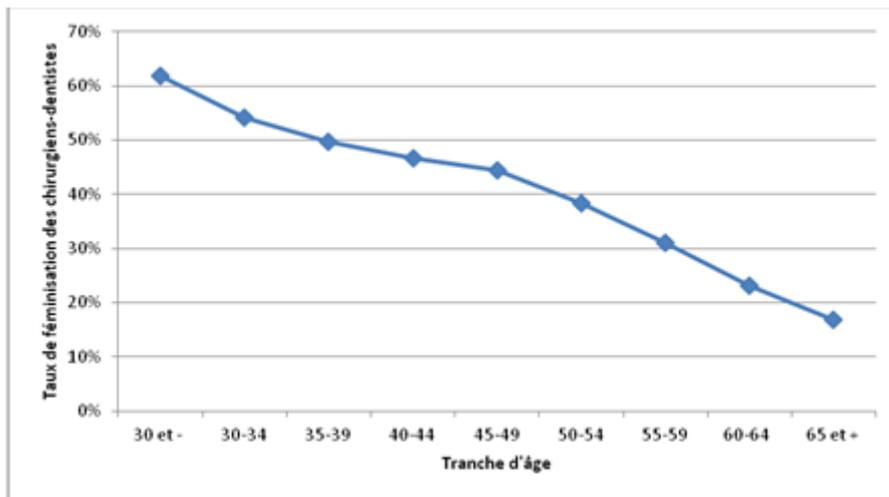
3.3 Projection du taux de féminisation de la profession :

Dans le rapport sur la démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030, Collet et Sicart ont réalisé une projection avec un scénario tendanciel sur la féminisation de la profession de 2010 à 2050. Celle-ci projetait une croissance constante du taux de féminisation de la profession jusqu'en 2035 ou elle établirait un plateau à 47 % de la profession (Collet et Sicart, 2007).

Cette projection datant de 2007, semble sous-estimer la part grandissante des femmes dans les jeunes générations. En effet la croissance de la féminisation des jeunes générations est fulgurante avec un taux à plus de 60 % des chirurgiens-dentistes en activité de moins de 30 ans. (Figure 1.12)

Cette tendance se confirme avec la féminisation importante de la population étudiante dans les UFR d'odontologie (Pierrot et Robein, 2013).

Figure 1.12 : Taux de féminisation de la profession des chirurgiens-dentistes par tranche d'âge :



Champ : France entière ; Données ADELI septembre 2011

Source : rapport ONDPS 2013 Etats des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes au 1^{er} janvier 2013

4 Installation ; Lieu d'activité et accessibilité géographique :

4.1 Lieu d'installation :

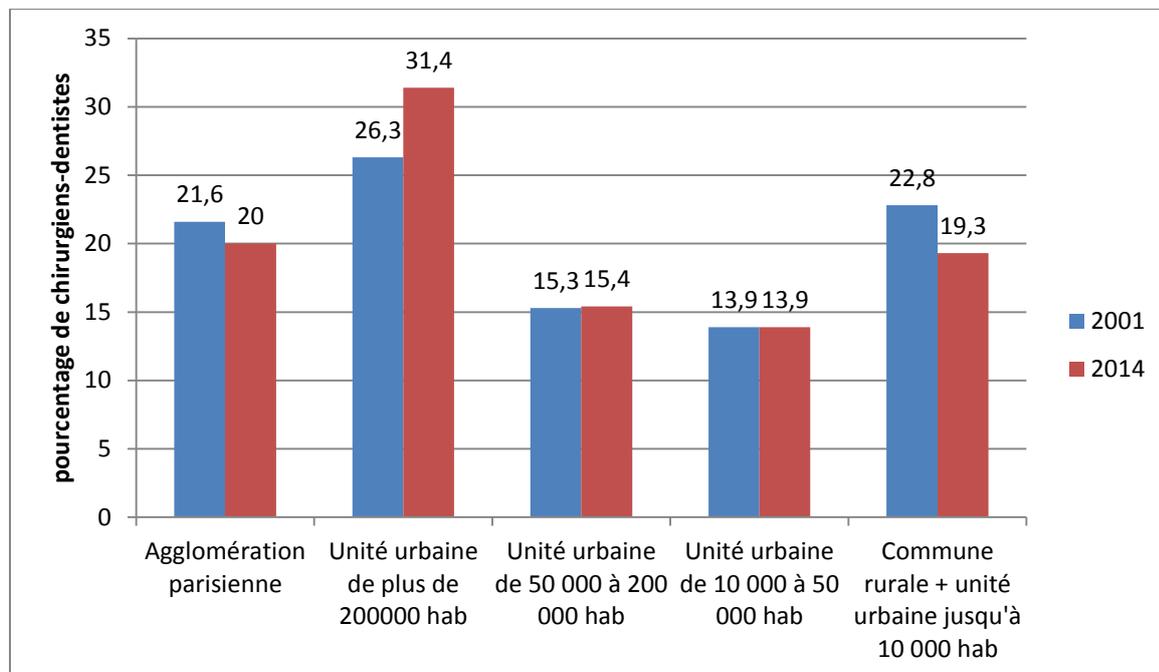
Après avoir décrit l'installation des chirurgiens-dentistes en fonction d'un territoire (pays ; régions ; départements puis canton), nous allons observer son lieu d'exercice en fonction de la densité d'habitants de la commune où il exerce (figure 1.13). L'agglomération parisienne sera considérée à part. Viennent ensuite les grandes agglomérations de plus de 200 000 habitants, les agglomérations intermédiaires entre 50 000 et 200 000 habitants puis les petites agglomérations, dont la population est comprise entre 10 000 et 50 000 habitants. Enfin en deçà de 10 000 habitants, la commune est considérée comme rurale.

Nous remarquerons (figure 1.13) qu'un chirurgien-dentiste sur deux exerce soit dans l'agglomération parisienne soit dans une ville de plus de 200 000 habitants. Un tiers exerce dans des petites ou

moyennes villes (32 %), quand un cinquième exerce dans des villages de moins de 10 000 habitants (18 %).

Il est à noter un recul des installations rurales ainsi que des installations dans l'agglomération parisienne entre 2001 et 2014 ; ceci au profit de l'installation dans les grandes villes provinciales.

Figure 1.13 : Taux de dentiste (exprimé en pourcentage) à s'installer dans les unités urbaines selon leur taille en 2001 et en 2014.

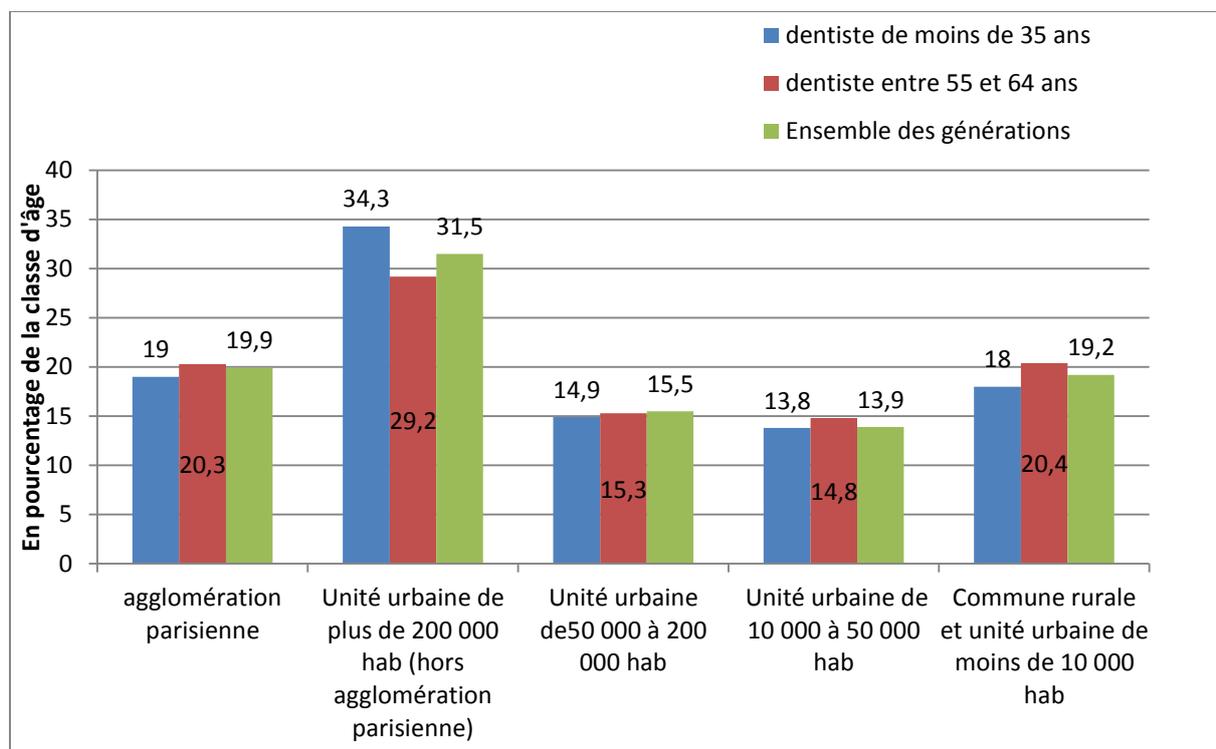


Source : Document personnel réalisé grâce aux séries statistiques sur les professions de santé publiées par la DREES ; Daniel Sicart édition 2001 (n°21) et édition 2014 (n°189)

4.2 Évolution des lieux d'installation des chirurgiens-dentistes:

Afin de prévoir l'évolution d'implantation des chirurgiens-dentistes en France dans une dizaine d'années, il faut comparer les lieux d'installation des chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans, le flux entrant, et le lieu d'installation des chirurgiens-dentistes de plus de 55 ans, le flux sortant.

Figure 1.14 : Taux de chirurgiens-dentistes à s'installer dans les différentes unités urbaines en fonction de la classe d'âge au premier janvier 2014.



Source : Document personnel réalisé à partir des séries statistiques n°189 du rapport sur l'installation des professions de santé au 1^{er} janvier 2014 ; Daniel Sicart ; DREES

L'étude de l'installation ne montre pas de différences majeures intergénérationnelles (figure 1.14). En effet, on retrouve la légère tendance précédemment décrite de baisse des installations rurales et parisiennes au profit des installations dans les métropoles provinciales. On peut donc prévoir une accentuation des tendances actuelles sans qu'il y ait une véritable rupture avec la répartition existant actuellement.

4.3 Accessibilité géographique :

Définir l'accessibilité géographique des chirurgiens-dentistes revient à définir si le maillage territorial de la profession est en adéquation avec celui de la population.

Afin de mesurer plus précisément la correspondance entre la répartition d'une profession et celle de la population globale sur un territoire donné, il convient de s'aider de facteurs de concentration spatiale.

Ainsi, BARLET et COLLIN ont établi leur étude (Barlet et Collin, 2010) à l'échelle des bassins de vie tel que définis par l'Insee. Une fois ce maillage défini, ils ont cherché à déterminer un indice de

concentration spatiale des professions de santé, sur ces territoires. Afin de fournir des « repères de proximité » ceux-ci ont été étudiés en parallèle de services de proximité dans les domaines du commerce, de l'enseignement, de la sécurité, du service à la personne, des transports ou encore de l'action sociale. Au total 173 services ont été référencés par la base permanente des équipements (BPE) et serviront d'étalons à cette étude.

Pour l'étude de la répartition géographique de la profession deux indices vont être retenus ; l'indice de Gini et l'indice de Theil.

L'indice de Gini est un indice créé pour quantifier le désordre. Ainsi il est nul si la répartition professionnelle est superposable à celle de la population générale et croît à mesure que les disparités géographiques augmentent.

L'indice de Theil permet de distinguer le « désordre » intra-régional du « désordre » inter-régional et a été intéressant lors de la mise en place des agences régionales de santé (ARS), dans le cadre de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite « loi HPST ».

Dans un souci de simplification, nous ne ferons uniquement référence qu'à l'indice de Gini.

Tableau 1.1 : Classement des équipements et services suivants leur indice de Gini (relatif à la population totale) à l'échelle des bassins de vie.

Equipements et services	Coefficient de Gini	Rang
Pharmacies	0,153	1
Salons de coiffure	0,188	2
Médecins généralistes	0,191	3
Boulangeries	0,215	4
Masseurs-Kinésithérapeute	0,265	14
Banques et caisses d'épargne	0,275	16
Chirurgiens-dentistes	0,292	17
Supermarchés	0,301	18
Infirmiers	0,344	24
Restaurants	0,366	25
Lycée général et technologique	0,552	55
Ophthalmologue	0,566	56
Hotels	0,577	57
Cardiologue	0,611	63
Sages-Femmes	0,613	65
Gendarmeries	0,621	67

*Base de données : INSEE-Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008 ; INSEE
– Base des bassins de vie et « cantons ou villes » définition 2008 ; INSEE- Population
municipale par tranche d'âge 2006 ; exploitation DREES*

Champ : France métropolitaine

*Source : Document personnel à partir du rapport sur la localisation des professions de
santé ; Barlet M et Collin C, DREES- 2008 (7)*

Ainsi, la répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire est actuellement très acceptable au vu de la nécessité de proximité (tableau 1.1). En effet, si l'importance du maillage territorial pour les pharmacies (au 1^{er} rang de l'accessibilité) ou les médecins généralistes (au 3^{ème} rang) est d'une absolue nécessité, la présence d'un chirurgien-dentiste est plus relative. Ainsi, l'accessibilité géographique de la profession se rapproche de celle des masseurs-kinésithérapeutes, des banques ou encore des supermarchés. Considérant les nécessités quotidiennes, il semblerait que la profession présente actuellement un bon maillage.

5 Activité et honoraires des chirurgiens-dentistes :

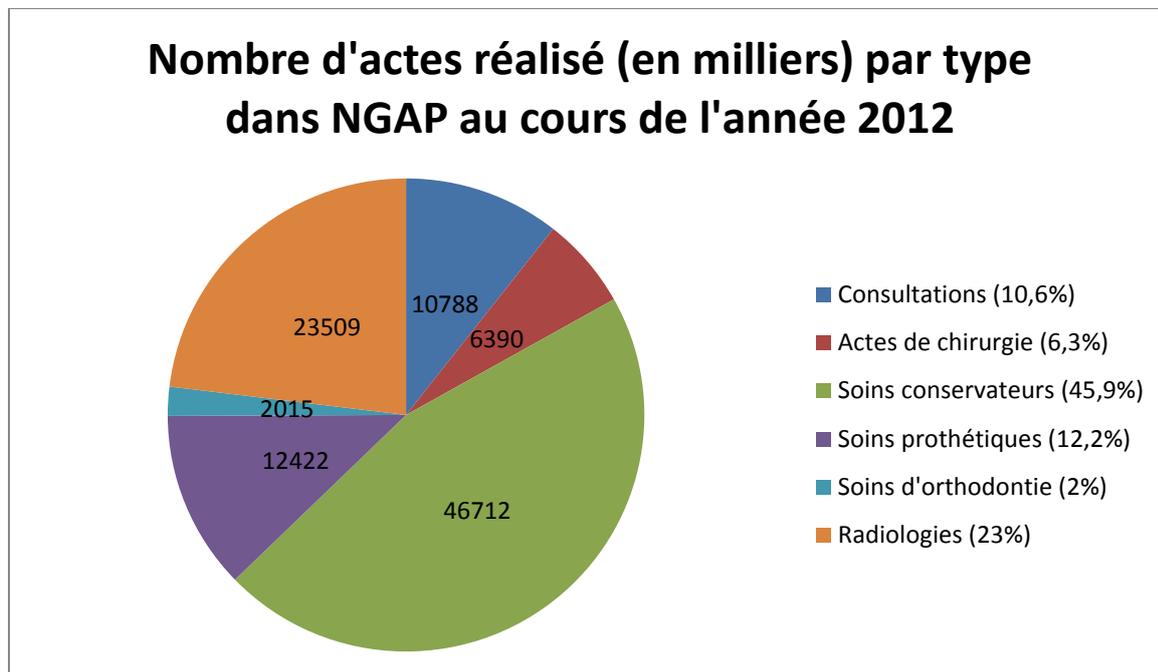
L'activité des chirurgiens-dentistes est une notion assez vaste et est assez difficilement quantifiable. Elle comprend en premier lieu, dans l'esprit commun, les actes de soins mais également le conseil, la prévention et le suivi. Le suivi de l'activité ne peut être que partiel car aucune base de données ne définit et quantifie l'activité de conseil, de prévention et de suivi. Par contre, l'activité de soins est, elle, partiellement quantifiable grâce à la transmission d'une partie des actes à la caisse nationale d'assurance maladie.

5.1 Activité du chirurgien-dentiste conventionné :

Pour définir l'activité des chirurgiens-dentistes, le moyen le plus commode est de se tourner vers les actes transmis par les dentistes libéraux conventionnés à la caisse nationale d'assurance maladie. Ceci ne représente pas l'ensemble de la profession ni même l'ensemble des actes réalisés par les chirurgiens-dentistes mais permet de se rapprocher au mieux de cet objectif.

Les actes dentaires étaient répertoriés dans la nomenclature générale des actes médicaux (NGAP) depuis sa création en 1972 jusqu'en juin 2014 où la profession a appliqué la classification commune des actes médicaux (CCAM). Ainsi la NGAP classait les actes dans 6 grandes catégories consultation C, actes de chirurgie (D + DC), soins conservateurs (SC), soins prothétiques (SPR), soins d'orthodontie (TO) et radiologie (Z). Voici la répartition des actes réalisés au cours de l'année 2012.

Figure 1.15 : Diagramme représentant nombre d'actes réalisés par l'ensemble des dentistes conventionnés en 2012 classés par catégories en 2012. (Exprimés en milliers d'actes)



Source : Document personnel réalisé grâce aux données CNAMTS-SNIR issu du document de travail suivant : Données annuelles par région et par département. Données complètes 2012 - tableaux personnalisables. Ameli.fr

Les lettres clés sont ensuite assorties d'un coefficient en fonction de l'acte. Ce coefficient multiplié par la valeur de la lettre clé donne la valeur du soin en question formant la base de remboursement par la Sécurité sociale de l'acte en question.

Les coefficients reflétant la « complexité » de l'acte ; l'étudier revient à étudier le nombre d'actes réalisés par catégorie et pondérés par leur complexité.

5.2 Évolution de l'activité conventionnelle :

Tableau 1.2 : Tableau comparant l'activité des dentistes conventionnés par classes de soins lors des années 1995, 2002 et 2010.

	1995	2002	2010	évolution 1995/2010
Effectif dentiste libéral total	38 211	38 252	37 078	0,97
Effectif APE**	36 210	36 487	34 291	0,95
Taux	94,80 %	95,40 %	92,50 %	
ACTIVITE				

Consultation (+ visite) (en milliers)	9 000	10 447	10 890	1,21
Soins de chirurgie ou assimilé (D + DC)*	55 302	66 936	95 709	1,73
Soins Conservateurs (SC)*	609 203	643 021	697 988	1,14
Soins prothétiques (SPR)*	330 898	564 237	593 506	1,79
Traitement Orthodontique (TO)*	101 356	126 690	154 131	1,52
Radiologie (Z)*	93 056	128 077	182 732	1,96

Source : Tableau personnel réalisé grâce aux données CNAMTS-SNIR issues des documents suivants (13,19,20) :

Dhellemmes S, Étude de la démographie des chirurgiens-dentistes en France et en Savoie : bilan et perspectives ; Université Montpellier 1. Faculté d'odontologie 2005
Activité (actes et coefficients) des chirurgiens-dentistes APE par région. CNAMTS-SNIR ; tableau 720 ; 2010 ; Les professions de santé au 1er janvier 2010 ; Daniel Sicart

Il est tout d'abord à noter (tableau 1.2) une stagnation puis un recul du nombre de chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés entre 1995 et 2010. La première raison est la quasi-stagnation de l'effectif global des chirurgiens-dentistes depuis les années 2005, du fait de la politique du numerus clausus mise en place dans les années 90. L'autre raison tient au léger recul du taux de chirurgiens-dentistes ayant un statut libéral et à une augmentation du taux de chirurgiens-dentistes salariés.

L'activité a globalement crû car elle présente une croissance annuelle moyenne de 2.98 % par an. Cette croissance globale cache des disparités avec une faible croissance des soins conservateurs (0.93 % par an en moyenne) quand les soins prothétiques atteignent une croissance annuelle moyenne de 5.26 %. Cette croissance traduit une réalité variable selon les types d'actes. Les consultations ont augmenté en 15 ans reflétant une croissance d'activité indéniable, de même que les traitements orthodontiques. Par contre, le taux de croissance est à nuancer pour les soins chirurgicaux, les soins conservateurs et les radiologies qui ont connu, sur cette période, une revalorisation du coefficient pour certains d'entre eux. Ceci peut expliquer une partie de leur augmentation. Enfin, concernant les soins prothétiques, l'inclusion dans la NGAP d'une cotation pour les inlays-core a très largement participé à augmenter le nombre de coefficients leur étant attribué. Ainsi, malgré les revalorisations de certains actes, il est indéniable que l'activité a globalement crû chez les chirurgiens-dentistes conventionnés malgré une baisse de l'effectif de chirurgiens-dentistes conventionnés. Ainsi la « productivité » des chirurgiens-dentistes conventionnés a indéniablement augmenté sur la période 1995/2010.

5.3 Honoraires et revenus des chirurgiens-dentistes :

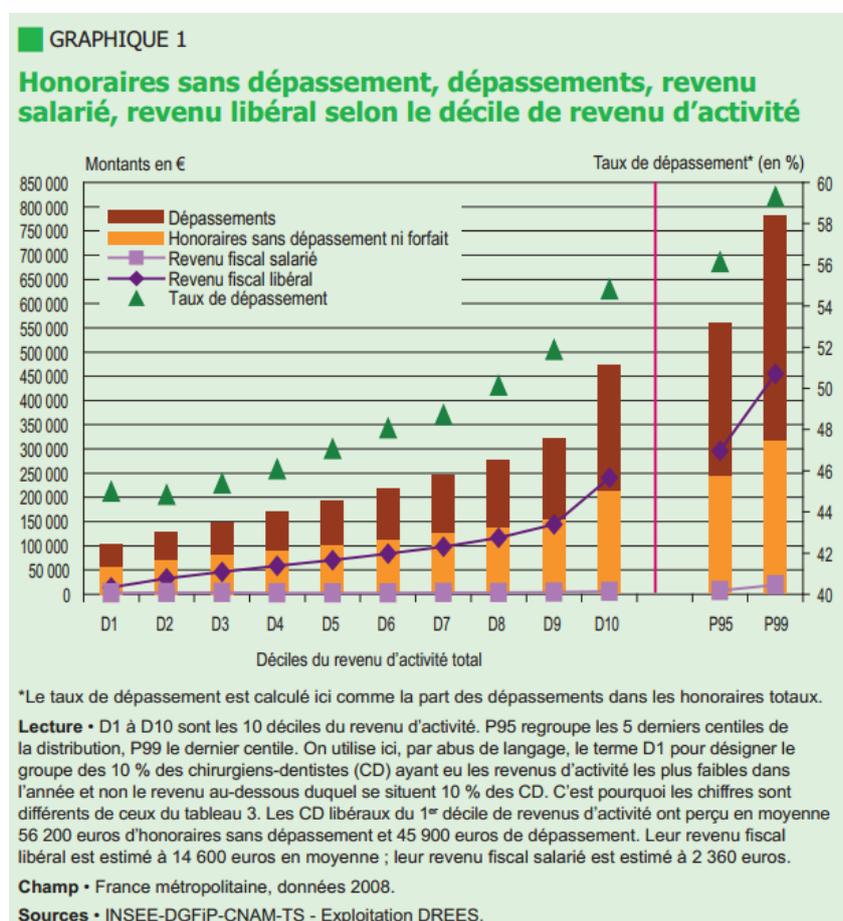
La DREES a publié en 2013 un rapport sur les honoraires et revenus des chirurgiens-dentistes en 2008 (Bellamy, 2013). Ainsi, en 2008, les chirurgiens-dentistes ont déclaré en moyenne à

l'administration fiscale un revenu de 93 820 euros dont 90 520 euros de revenus en lien avec leur activité libérale. On peut donc en conclure que la quasi-totalité des revenus perçus par les chirurgiens-dentistes provient de leur activité. Toujours pour les chirurgiens-dentistes libéraux, le chiffre d'affaires moyen est de 227 210 euros dont 113 100 euros issus des dépassements d'honoraires.

Cette étude nous montre tout d'abord que la profession a un taux de « charges » (local, matériel, personnel, prothèse...) relativement important car 58.70 % des honoraires y sont consacrés.

De plus, l'étude de la DREES met en évidence que plus de la moitié des honoraires perçus par les chirurgiens-dentistes proviennent des dépassements sur les actes non opposables ou d'actes « hors de la NGAP ».

Figure 1.16 : Honoraires sans dépassement, dépassements, revenu salarié, revenu libéral selon le décile de revenu d'activité des chirurgiens-dentistes de France en 2008.



Source : La rémunération des chirurgiens-dentistes en 2008 ; Bellamy Vanessa ; DREES ; n°849 août 2013 ; 6 pages

D'autre part, plus la somme annuelle des honoraires est élevée, plus le taux de dépassement est élevé. Cela se justifie par la faible rémunération des actes opposables et la faiblesse des bases de remboursement des actes non opposables. Ainsi, la profession exerce un certain « rattrapage » sur

les soins prothétiques et les traitements orthodontiques en augmentant les dépassements avec entente directe ainsi que le tarif libre des soins hors nomenclature (soins de parodontologie et d'implantologie en tête). Ainsi, les actes opposables représentant 70 à 80 % des actes d'un praticien en moyenne ne correspondent qu'à une petite moitié des honoraires encaissés, le reste correspondant aux actes avec autorisation de dépassement qui sont beaucoup moins nombreux mais bien plus rémunérateurs comme la prothèse, l'ODF ou encore la parodontologie et l'implantologie.

Dans la figure 1.16, est établie la structure des honoraires perçus par les chirurgiens-dentistes en fonction de leur revenu. Ce graphique traduit la variabilité des revenus du praticien en fonction de son activité :

- nombre de jours travaillés,
- volume horaire par jour
- productivité
- nombre de patients.

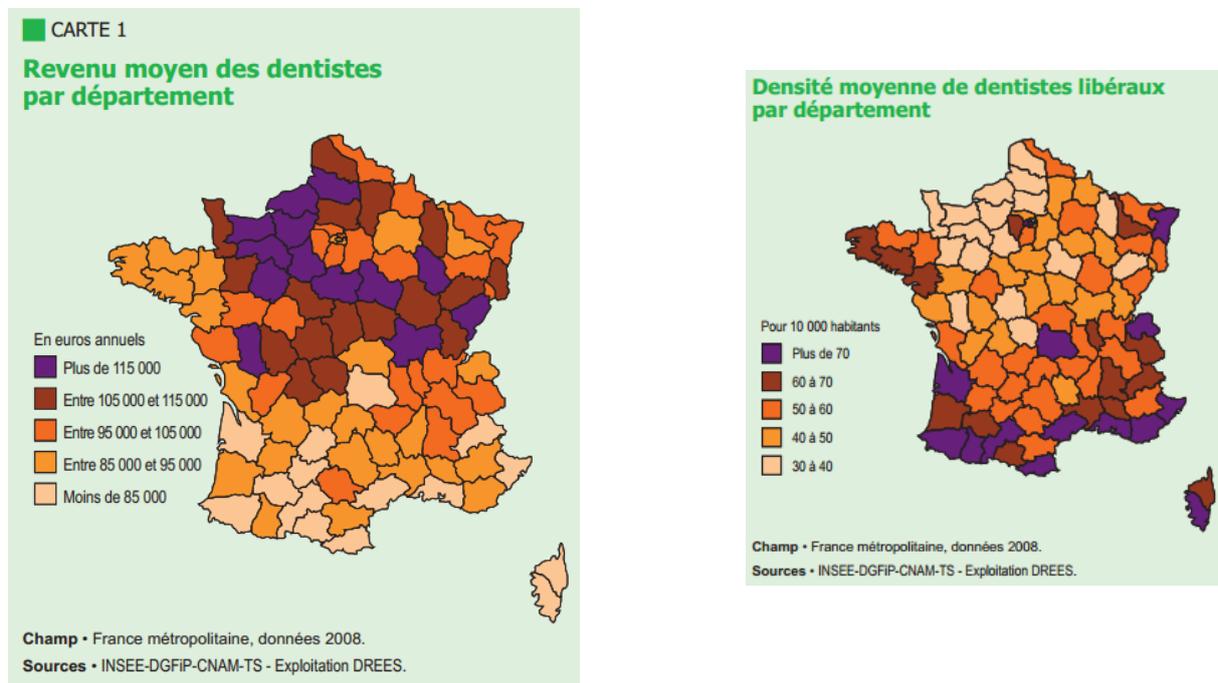
Mais également du type d'activité du praticien et de la proportion des actes les plus rémunérateurs. Enfin la quantité de charges, les équipements et les matériaux utilisés, le nombre de personnels influencent également les revenus du chirurgien-dentiste (Bellamy ; 2008)

5.4 Honoraires et démographie :

5.4.1 Revenus et répartition territoriale:

Comme évoqué précédemment, le niveau de rémunération du praticien va dépendre du volume de son activité et du type d'actes réalisés. Ainsi, son lieu d'installation définira une partie importante de sa rémunération future (figure 1.17).

Figure 1.17 : Revenu moyen des chirurgiens-dentistes par département ; parallèle avec la densité de chirurgiens-dentistes par département.



Source : La rémunération des chirurgiens-dentistes en 2008 ; Bellamy Vanessa ; DREES ; n°849 Août 2013 ; 6 pages

Les départements présentant un fort revenu moyen sont faiblement voir très faiblement dotés. À l’opposé, les départements sur-dotés voir excessivement sur-dotés voient leur niveau de rémunération chuter par rapport à la moyenne nationale. L’incidence du lieu d’installation est ici très éloquent, du moins en termes de rémunération.

Dans les départements à forte densité, l’activité mesurée par le volume d’honoraires sans dépassement ni forfait (HSDF) est globalement bien plus faible que la moyenne nationale. Mais dans certains départements, un phénomène de rattrapage est remarqué avec une augmentation du taux de dépassement d’honoraires comme à Paris ou dans les Hauts-de-Seine avec des valeurs atteignant en moyenne 55 à 57 % des honoraires encaissés (Bellamy 2013).

5.4.2 Revenus et tranche d’âge :

Le revenu d’activité libérale des chirurgiens-dentistes croît parallèlement aux années d’expérience libérale (figure 18). En effet, les premières années sont celles où l’on constitue sa patientèle et l’activité augmente progressivement. Globalement au bout de 5 ans, la patientèle est conséquente et le rythme d’activité devient stable. On devine alors que la moyenne des revenus des chirurgiens-dentistes de moins de 40 ans (82 085 euros) est inférieure à la moyenne générale (93 823 euros) principalement du fait de revenus plus faibles durant les 5 premières années d’exercice. C’est en effet dans la classe d’âge 40 à 49 ans que la profession enregistre les plus forts revenus (104054 euros en

moyenne). Ils sont en corrélation avec une forte activité car les honoraires sans dépassement suivent la même tendance pour cette classe d'âge.

De 50 à 59 ans, les chirurgiens-dentistes ont, en moyenne un revenu d'activité plus faible que lors de la décennie précédente (96614 euros) mais sans rupture brutale. Enfin à partir de 60 ans, leur revenu moyen chute (85131 euros) car une partie des dentistes anticipe la cessation d'activité par une baisse progressive de celle-ci.

Tableau 1.3 : Dispersion des revenus d'activité en fonction du sexe ; de l'âge et de l'expérience en libéral.

Dispersion des revenus d'activité									
	Répartition (%)	Moyenne	D1	Q1	Médiane	Q3	D9	Rapport Q3/Q1	Rapport D9/D1
Sexe									
Hommes	65,9	105 536	35 400	59 165	90 805	131 977	185 251	2,2	5,2
Femmes	34,1	71 155	20 154	36 123	59 697	91 304	131 328	2,5	6,5
Âge									
Moins de 40 ans	21,8	82 085	21 795	38 917	66 228	105 018	154 071	2,7	7,1
40 à 49 ans	28,7	104 054	34 038	56 254	87 550	129 948	185 071	2,3	5,4
50 à 59 ans	34,2	96 614	31 213	53 642	83 556	122 738	173 693	2,3	5,6
60 ans et plus	15,3	85 131	23 689	43 732	74 132	110 409	157 494	2,5	6,6
Expérience en libéral									
5 ans et moins	9,9	63 618	17 197	29 306	49 430	80 716	122 363	2,8	7,1
6 à 15 ans	23,3	98 266	30 599	52 605	82 665	122 366	176 559	2,3	5,8
16 à 25 ans	32,9	99 964	32 089	54 374	84 561	126 080	178 241	2,3	5,6
26 à 35 ans	27,8	95 040	30 497	52 720	82 796	120 615	171 022	2,3	5,6
36 ans et plus	6,1	87 286	22 519	43 048	75 967	113 475	160 223	2,6	7,1
Ensemble	100	93 823	27 978	49 303	79 571	119 195	170 726	2,4	6,1

D : décile ; Q : quartile.
 Champ - France métropolitaine, données 2008.
 Sources - INSEE-DGFIP-CNAM-TS - Exploitation DREES.

Source : Les revenus des chirurgiens-dentistes en 2008 ; Etudes et résultats n°849 Août 2013 ; Vanessa Bellamy ; Drees

5.4.3 Revenus et genre :

Les hommes gagnent en moyenne 50 % de plus que les femmes pour leurs revenus d'activité libérale. Ceci s'explique par plusieurs phénomènes. Tout d'abord le montant des honoraires sans dépassement est inférieur pour les femmes ; ce qui traduit une plus faible activité de soins à laquelle se rajoute un taux de dépassement inférieur à la moyenne (aux alentours de 45 % contre 52 % en moyenne). Ainsi, comme il a été mis en évidence chez les médecins, il semblerait que le temps de travail chez les femmes soit inférieur et que les temps de rendez-vous soient plus longs, expliquant une baisse d'activité mais également une productivité inférieure.

Ces notions sont tout de même à nuancer car un biais majeur existe du fait de la forte proportion de femmes dans les jeunes classes d'âge, en raison de la féminisation croissante de la population.

D'autre part, il existe de plus importantes disparités de revenus entre les individus pour les femmes que pour les hommes. Ceci s'illustre par un facteur de variation de 2.5 entre le premier quartile et le 3^{ème} quartile des revenus des femmes, alors que celui-ci est de 2.2 pour les hommes (tableau 1.3).

5.5 Accessibilité financière du chirurgien-dentiste :

Définir l'accessibilité financière du chirurgien-dentiste pour la population c'est définir si le facteur financier peut être ou non un frein à la consultation dentaire.

Tout d'abord, il faut savoir que tous soins confondus, la part moyenne prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (+ Etat et organisme de base prenant en charge la CMU) pour les dépenses dentaires est de 37.1 %, que l'assurance maladie complémentaire couvre 37.2 % de l'ensemble de ces dépenses, et enfin que 25.7 % sont à la charge directe du patient. La couverture maladie complémentaire dépendant du statut socioprofessionnel du patient, nous pouvons estimer que 62.9 % des dépenses dentaires semblent être fonction des moyens financiers et du statut socioprofessionnel du patient (CCSS, 2010).

Ceci est d'autant plus marquant que pour l'ensemble des soins ambulatoires, la prise en charge se fait à hauteur de 66.6 % par l'assurance maladie, l'Etat et la CMU-C et que ce taux monte à 76.9 % pour les soins et biens médicaux.

Face à ce constat, il est difficile de nier une certaine inégalité d'accès de la population aux soins dentaires en fonction de ses moyens financiers. Le constat global est vrai mais il est primordial de voir la situation en détail afin de mieux l'appréhender.

Tout d'abord, il faut dissocier les actes opposables de la NGAP du reste des actes. Il s'agit des soins dentaires de base (consultation, soins de caries, de dévitalisation, avulsion, radiologie...) ; ceux-ci représentent plus de 70 % des actes réalisés dans les cabinets dentaires (Ameli.fr ; 2014). Ils présentent un tarif unique, conventionnel, non soumis à des dépassements d'honoraires. Ces soins sont accessibles à la quasi-totalité de la population car ils sont remboursés à 70 % par les organismes de base (assurance maladie obligatoire, Etat et CMU) et les 30 % restant (le ticket modérateur) sont couverts intégralement par l'ensemble des organismes complémentaires et ne dépendent pas du montant de cotisation de l'assurance complémentaire. Ainsi, comme 96 % des foyers français possèdent une assurance complémentaire (IRDES, 2012), et qu'une bonne partie des 4 % restant sont couverts par la CMU-C ou peuvent prétendre à l'ARC ; on peut estimer que les soins dentaires opposables sont accessibles à la population et sans conditions financières particulières.

Concernant les soins remboursables non opposables ; il existe une base de remboursement des organismes de base avec possibilité de dépassement. Cette catégorie comprend les traitements orthodontiques et les prothèses dentaires. Ces actes sont assez discriminants financièrement, car ils dépendent en grande partie du type de contrat d'assurance maladie complémentaire souscrit ainsi que des moyens de financement propre du patient. Pour les personnes les plus démunies la CMU-C permet leur accès à ce type de soins.

Enfin les actes non remboursables ne présentent pas de base de remboursement par les organismes de base de l'assurance maladie. Même les complémentaires santé n'y investissent guère, ou

uniquement pour les contrats les plus onéreux. Ainsi pour les actes de parodontologie, d'implantologie, les techniques de reconstitution coronaire indirecte par matériaux incrustés et la plupart des techniques de dentisterie développées depuis les années 2000, les frais doivent être assumés par le patient.

Le motif financier ne peut pas en tout état de cause être avancé comme un frein à la consultation dentaire, mais il peut être le motif d'un refus de plan de traitement. En effet si les soins de base sont accessibles et ce quelles que soient les conditions financières, il est indéniable qu'il existe une réelle dentisterie à deux vitesses concernant la reconstitution esthético-fonctionnelle de la cavité buccale.

6 Travail :

6.1 Exercice salarié :

6.1.1 Dans le cadre libéral :

6.1.1.1 Le remplacement salarié :

Le contrat : Il s'agit d'un CDD (occasionnellement un CDI si la durée du congé n'est pas définie. Dans ce cas il faut en définir une période minimale) qui est conclu pour l'exécution d'une tâche précise, temporaire en l'absence du praticien titulaire.

Les bénéficiaires : Tout praticien inscrit à l'Ordre ou étudiant ayant validé sa 5^{ème} année d'étude) peut y prétendre. Concernant les titulaires, ils peuvent prétendre à être remplacés qu'ils soient collaborateurs, salariés d'un cabinet, titulaires de celui-ci, ou en association dans une société (SCM, SCP, SEL)

Les modalités : la durée maximale est fixée à 18 mois renouvelable une fois. Une période d'essai peut être conclue entre les 2 parties, elle ne peut excéder un jour par semaine si la durée du CDD est de moins de 6 mois, sinon elle est d'un mois. Lors de la période d'essai, les parties peuvent mettre un terme au contrat avec un délai de 24 heures en deçà de 8 jours de présence du salarié et avec un préavis de 48 heures au-delà du huitième jour de présence.

Temps de travail : Pour un temps plein, la répartition de la durée hebdomadaire du temps de travail du salarié (base de 35 heures) peut être prévue soit en précisant le nombre total d'heures à accomplir, soit en précisant les jours et heures de présence du salarié au cabinet dentaire. Le titulaire du cabinet peut modifier la répartition du temps de travail en fonction de l'organisation et des nécessités du cabinet. Il est possible de réaliser des heures supplémentaires qui seront rémunérées en conséquence.

Pour le temps partiel, les jours et horaires de travail doivent être mentionnés. D'autre part la réalisation d'heures complémentaires est possible mais encadrée.

La rémunération : La rémunération du salarié peut être soit horaire soit forfaitaire. Si celle-ci est forfaitaire, elle doit être calculée sur les actes effectués et non sur les honoraires encaissés. Dans les deux cas, elle doit être supérieure au SMIC horaire.

Une indemnité de fin de contrat (dite de précarité) est versée par l'employeur à l'employé, celle-ci est invariablement de 10 % de la rémunération totale brute due au salarié pendant la durée du contrat.

6.1.1.2 La collaboration salariée :

Le contrat : Il s'agit soit d'un CDD (renouvelable une fois, dans la limite de 18 mois) ou d'un CDI.

Les bénéficiaires : Il s'agit soit d'un étudiant ayant validé sa 5^{ème} année d'étude ; dans ce cas l'étudiant aura le statut de « personnel non-cadre » ; soit par un praticien inscrit à l'Ordre ; son statut sera alors celui de « personnel cadre ».

Le contrat sera signé soit par une personne physique (chirurgien-dentiste titulaire d'un cabinet, associé d'une SCM, d'une EPFC ou d'une société en participation), soit par une personne morale (SCP, SEL).

Les associés des SCP et SEL ne peuvent pas, en revanche, recourir à la collaboration à titre personnel.

Les modalités d'exercices : Le chirurgien-dentiste salarié, bien qu'indépendant dans ses choix de traitement, présente un lien de subordination avec son employeur.

Période d'essai : Une période d'essai n'est pas de droit, néanmoins celle-ci peut être conclue entre les 2 parties en respectant les modalités du Code du travail quant à sa durée et son mode de rupture.

La rémunération : La rémunération du salarié peut être soit horaire soit forfaitaire. Si celle-ci est forfaitaire, elle doit être calculée sur les actes effectués et non sur les honoraires encaissés. Dans les deux cas, elle doit être supérieure au SMIC horaire. La rémunération est soumise à des charges sociales patronales et salariales. Le salarié a le droit, grâce à son statut, aux congés payés ainsi qu'au paiement des heures supplémentaires réalisées.

6.1.2 Hors cadre libéral

6.1.2.1 L'exercice hospitalier et universitaire :

Les Assistants Hospitaliers Universitaires des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (AHU) : (Décret 90-92, 1990)

Contrat : Ils ont un statut de personnel non titulaire et sont recrutés pour 2 ans renouvelables pour un an, 2 fois.

Le recrutement : Les AHU sont recrutés par concours selon des modalités fixées par arrêté du ministère chargé de l'enseignement supérieur et du ministère chargé de la santé.

Modalités de recrutement : Pour faire acte de candidature il faut soit :

- Etre titulaire du diplôme français d'Etat de docteur en chirurgie dentaire ou du diplôme français d'Etat de chirurgien-dentiste ou d'un diplôme équivalent d'un des Etats membres de la Communauté européenne. Justifier de la maîtrise de sciences biologiques et médicales, du diplôme d'études approfondies ou de diplômes admis en équivalence.
- Etre interne ayant exercé ses fonctions pendant au moins trois ans, dont deux ans dans un service de stomatologie ou de chirurgie maxillo-faciale.
- Etre titulaire du diplôme français d'Etat de docteur en médecine ou d'un diplôme équivalent d'un des Etats membres de la Communauté européenne. Justifier du certificat d'études spéciales ou du diplôme d'études spécialisées de stomatologie ou équivalent d'un des Etats membres de la Communauté européenne.

Exercice : les AHU exercent leur fonction hospitalière à temps plein ou à temps partiel.

Fonction : Ils assurent des fonctions d'enseignement pour la formation initiale et continue, des fonctions de recherche et des fonctions hospitalières dans le respect des dispositions réglementaires concernant l'exercice de la chirurgie dentaire. Ils participent aux tâches de gestion que peuvent impliquer ces fonctions, aux contrôles des connaissances, aux jurys d'examen et de concours. Ils peuvent également participer à des actions de coopération internationale. (source : légifrance, Décret n°90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires, version consolidée au 16 décembre 2014)

Les Maitres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires : (Décret 90-92, 1990)

Contrat : Ils ont un statut de personnel titulaire. Ce statut comprend 3 classes subdivisées en 3 puis 6 échelons.

Le recrutement : Il s'effectue après l'obtention du concours national, sur l'un des postes vacants publié par les ministères en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

Modalités de recrutement :

Les candidats à ces concours doivent être âgés de quarante-cinq ans au plus au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle est organisée la session du concours et, à la date de clôture de dépôt des candidatures, remplir les conditions suivantes :

- Etre titulaires du doctorat prévu par l'article 16 de la loi du janvier 1984, du diplôme d'études approfondies ou de diplômes admis en équivalence.
- Avoir exercé pendant au moins deux ans des fonctions d'assistant hospitalier universitaire des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires ou d'assistant des universités odontologiste assistant des services de consultations et de traitements dentaires.

Chaque candidat peut se présenter à trois concours.

Jury : les jurys examinant les candidatures sont membres de la sous-section du Conseil national des universités dont l'emploi relève. Celui-ci apprécie les titres universitaires, les travaux de recherche, d'expertise, les fonctions enseignantes et les services hospitaliers de chaque candidat.

Type d'exercice : Actuellement, le recrutement des MCU-PH ne se fait quasi exclusivement qu'en temps plein hospitalo-universitaire mais, historiquement, il existait des recrutements de MCU-PH temps partiel.

Fonction : Ils assurent des fonctions d'enseignement pour la formation initiale et continue, des fonctions de recherche et des fonctions hospitalières dans le respect des dispositions réglementaires concernant l'exercice de la chirurgie dentaire. Ils participent aux tâches de gestion que peuvent impliquer ces fonctions, au contrôle des connaissances, aux jurys d'examen et de concours. Ils peuvent également participer à des actions de coopération internationale.

Les Professeurs des Universités – Praticien Hospitalier des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires : (Décret 90-92, 1990)

Contrat : Ils ont un statut de personnel titulaire. Ce statut comprend 3 classes subdivisées en 6 puis 3 puis 2 échelons.

Le recrutement : Il s'effectue après l'obtention du concours national, sur l'un des postes vacants publié par les ministères en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

Modalités de recrutement :

Les candidats à ce concours doivent être âgés de cinquante-cinq ans au plus au 1er janvier de l'année au cours de laquelle est organisée la session du concours et, à la date de clôture de dépôt des candidatures, remplir les conditions suivantes :

- Être titulaire de l'habilitation à diriger des recherches ou du doctorat d'État ; ou équivalent étrangers.
- Être maître de conférences des universités - praticien hospitalier des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires ou professeur du premier ou du deuxième grade de chirurgie dentaire – odontologue des services de consultations et de traitements dentaires et justifier d'au moins trois années de fonctions en position d'activité, de détachement ou de délégation dans l'un de ces corps.
- Avoir satisfait à l'obligation de mobilité. Celle-ci se définit comme suit : activité pendant une durée d'un an minimum en dehors du centre hospitalier et universitaire dans lequel ils sont affectés pour y effectuer des activités de soins, d'enseignement ou de recherche en France ou à l'étranger.

Jury : les jurys examinant les candidatures sont membres de la sous-section du Conseil national des universités dont l'emploi relève et sont présidés par le président de la sous-section. Celui-ci apprécie les titres universitaires, les travaux de recherche, d'expertise, les fonctions enseignantes et les services hospitaliers de chaque candidat.

Type d'exercice : Les PU-PH sont exclusivement temps pleins.

Fonction : Ils assurent des fonctions d'enseignement pour la formation initiale et continue, des fonctions de recherche et des fonctions hospitalières dans le respect des dispositions réglementaires concernant l'exercice de la chirurgie dentaire. Ils participent aux tâches de gestion que peuvent impliquer ces fonctions, au contrôle des connaissances, aux jurys d'examen et de concours. Ils peuvent également participer à des actions de coopération internationale. (source : légifrance, Décret n°90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires, version consolidée au 16 décembre 2014)

6.1.2.2 L'exercice hospitalier :

Les praticiens hospitaliers : (Code de la santé publique, 2014)

Contrat : les praticiens hospitaliers désignés à titre permanent ne sont pas fonctionnaires mais présentent une position légale et réglementaire très proche. Recrutement : Le recrutement se fait après un succès au concours national organisé par le Centre national de gestion.

Modalité de recrutement : Pour être candidat au concours il faut :

- Remplir les conditions légales requises pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste.
- Le diplôme ou certificat de spécialisation de troisième cycle qualifiant permettant l'exercice de la spécialité postulée (ODF)

Jury : Il est composé de praticiens hospitaliers et de praticiens hospitalo-universitaires.

Exercice : L'exercice peut se faire soit à temps partiel, soit à temps complet. Si le praticien hospitalier est recruté en temps partiel il peut conserver une activité libérale annexe ; en cas de recrutement en temps complet cela lui est impossible.

Fonction : Ils exercent leur fonction hospitalière à temps plein, ayant pour mission la réalisation d'actes médicaux de diagnostic, de traitement, et de soins d'urgences au sein du service public hospitalier.

Les praticiens hospitaliers à titre temporaire : (Code de la santé publique, 2014)

On y regroupe les praticiens contractuels, les assistants des hôpitaux et les praticiens attachés. Ceux-ci sont recrutés pour une période donnée et reconductible. Ils peuvent être recrutés pour un surcroît temporaire d'activité ou à la vacation.

6.1.2.3 Centre de santé dentaire de l'assurance maladie :

La création de ces centres de santé dentaire par la Sécurité sociale a pour but le soin des personnes en situation de précarité. Ils sont présents dans les grandes villes françaises.

L'exercice des chirurgiens-dentistes est salarié et sous le statut de cadre. Les modalités de rémunération sont définies par les contrats passés avec la Sécurité sociale et peuvent être soit un

salaire fixe défini, soit un salaire indexé sur le chiffre d'affaires, soit un salaire forfaitaire à la vacation (Boulon 2010).

6.1.2.4 Le service de santé des armées :

Le corps des chirurgiens-dentistes des armées a été créé par décret le 1^{er} mars 2000 et est rattaché au service de santé des armées.

Il est possible d'y intégrer les rangs soit par formation militaire, soit par recrutement « collatéral » au cours de la formation civile. Ainsi on peut souscrire un contrat d'officier sous contrat de 3 à 5 ans renouvelables ; soit un contrat de réserviste donnant accès par la suite aux concours internes (Boulon 2010).

Les chirurgiens-dentistes de carrière accèdent aux grades suivants :

- Aspirant chirurgien-dentiste
- Chirurgien-dentiste
- Chirurgien-dentiste principal
- Chirurgien-dentiste en chef
- Chirurgien-dentiste chef des services de classe normale
- Chirurgien-dentiste-général

6.1.2.5 Centre dentaire mutualiste :

Les centres dentaires mutualistes ont une convention spécifique avec les régimes obligatoires de l'assurance maladie.

Contrat : les dentistes sont recrutés en tant que cadre salarié, soit en CDD soit en CDI.

Modalités : Étant donné le statut de salarié, le recrutement se fait avec une période d'essais et la possibilité de résilier le contrat avec un préavis de 3 mois. Le salarié bénéficie d'un contrat de travail stipulant le nombre d'heures de travail ainsi que les jours travaillés. Au-delà de 35 heures hebdomadaires, il s'agit d'heures supplémentaires, payées en conséquence. Le salarié jouit aussi de l'ensemble des droits propre au salarié : (assurance maladie, droit de retraite, congés payés....)

Types d'exercice : Le praticien exerce en toute indépendance son métier, mais il doit composer avec les contraintes d'organisation de la structure concernant les dates et horaires de travail, et les moyens matériels mis à sa disposition pour l'exercice de sa fonction.

La rémunération : La rémunération est généralement basée sur un revenu minimum fixe auquel se surajoute une part variable indexée sur le chiffre d'affaires réalisé (Boulon 2010).

6.2 Exercice libéral :

L'exercice libéral de la profession est réservé au Docteur en chirurgie dentaire inscrit au tableau de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.

6.2.1 Le remplacement libéral : (ONCD, 2011/2014)

Il est régi par l'article R4127-275 du Code du travail. Le contrat de remplacement libéral définit le cadre juridique du remplacement du praticien titulaire et informe le conseil de l'Ordre du remplacement.

Les bénéficiaires : Seuls les praticiens inscrits au tableau de l'Ordre peuvent réaliser ce type de contrat. Les titulaires remplacés peuvent aussi bien être à leur compte, en association, en collaboration ou ayant un exercice en société ; sauf clause exclusive.

Modalités : Le praticien titulaire ne doit pas avoir d'activité lors de la période de remplacement. Le praticien remplaçant exerce sous le nom du praticien titulaire durant toute la période du remplacement. Il peut être défini des clauses de non-concurrence pour les remplacements de plus de 3 mois. Celles-ci peuvent induire une compensation financière à détailler dans le contrat de remplacement.

Rémunération : Le praticien titulaire encaisse l'ensemble des honoraires liés à l'activité du remplaçant. Le contrat doit définir la rémunération du remplaçant ; soit au forfait (journalière, mensuelle...) ; soit au pourcentage. Le cas échéant, le pourcentage doit être calculé sur la valeur des soins réalisés et non sur le montant des honoraires encaissés.

6.2.2 La collaboration libérale : (ONCD, 2011/2014)

Le collaborateur libéral est défini comme suit par le conseil national de l'Ordre : Il s'agit d'un « membre non salarié de certaines professions libérales qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou personne morale, la même profession. » (ONCD, 2011)

Ainsi, le contrat de collaboration libérale définit statutairement le fait que le titulaire d'un cabinet dentaire, personne physique ou morale, mette à la disposition du collaborateur les moyens matériels nécessaires à son activité et lui présente des patients, en contrepartie le collaborateur s'engage à reverser un pourcentage des honoraires perçus.

Modalités :

Le praticien titulaire doit fournir les moyens matériels de l'exercice (le lieu, le fauteuil, la radio, l'ordinateur,...) ainsi que les moyens humains (assistantes, secrétaires...) et la présentation d'une partie de sa patientèle.

Le collaborateur s'engage à rétrocéder un pourcentage de ses honoraires, à recevoir avec soin les patients confiés par le titulaire,

Le contrat définissant la collaboration doit détailler : la durée de la collaboration (déterminée ou non) et les conditions de renouvellement en cas de CDD, les modalités de rémunération du collaborateur, les conditions d'exercice et de l'activité (achat du consommable et du petit matériel, gestion des frais de prothèse, les jours travaillés...), le statut du collaborateur, les conditions et les modalités de rupture du contrat.

Conditions d'exercice : le collaborateur exerce son activité en toute indépendance, il n'existe aucun lien de subordination entre le praticien titulaire et son collaborateur. Si le collaborateur est contraint par les moyens matériels majeurs mis à sa disposition (lieu/système informatique/fauteuil/stérilisation...) il peut par contre obtenir une certaine indépendance concernant la commande de petits matériels et matériaux ainsi que pour la réalisation de travaux prothétiques. De même s'il s'est engagé à recevoir les patients présentés par le titulaire, celui-ci peut également développer sa propre patientèle. Enfin, le collaborateur exerce en son nom (fiche de sécu sociale à son nom, plaque pro sur le bâtiment à son nom, assurance responsabilité civile à son nom, déclaration et paiement des charges fiscales et sociales liées à son activité...) Si le collaborateur est conventionné, il est assujéti au régime social des praticiens auxiliaires médicaux au titre de l'assurance maladie, maternité et au régime vieillesse de base des professions libérales et peut prétendre au régime complémentaire d'assurance vieillesse des chirurgiens-dentistes en cotisant à la CARCDSF.

Rupture de la collaboration : les modalités de rupture de la collaboration doivent être définies dans le contrat. Celles-ci définissent, pour une collaboration supérieure à 3 mois une clause de non-réinstallation dans un périmètre autour du cabinet et pour un temps donné. Cette clause est associée à une obligation déontologique de non-détournement de patientèle. Par ailleurs, le collaborateur a le droit d'informer sa propre patientèle, pendant l'année suivant son départ, de son nouveau lieu d'exercice.

Le contrat peut être suspendu en cas de grossesse ou d'arrêt maladie.

Avantages :

- Exercice en toute indépendance
- Exercice à moindres frais
- Constitution de patientèle
- Acquisition d'une expérience libérale
- Acquisition de fortes responsabilités
- Transition possible vers une association
- Liberté vis-à-vis de l'organisation du travail (horaires et congés)
- Possibilité de suspendre le contrat en cas de grossesse ou d'arrêt maladie

Inconvénients :

- Dépendance au choix d'équipement du ou des titulaires
- Obligation de travail en groupe
- Limite matérielle pour la réalisation de certains soins
- Absence de statut salarié (pas de congés payés, arrêt maladie avec compensation financière, pas d'horaires de travail....)

6.2.3 Exercice à son compte : propriétaire : (ONCD 2014)

Le propriétaire exerce son métier seul, ce qui lui permet de jouir d'une importante liberté mais le contraint à supporter lui-même l'ensemble des charges de la profession. Il s'agit du mode d'exercice majoritaire de la profession. Ce statut d'exercice permet d'exercer en toute liberté la profession. En effet, la liberté est le maître mot de cet exercice, liberté du lieu d'installation, de l'aménagement des locaux, de l'achat du matériel, du type d'activité développée, des jours travaillés, des employés recrutés. Mais cette liberté a un coût car elle implique une quantité de charges matérielles voir salariales à supporter seul. Il est également plus difficile d'assurer la continuité des soins, lors des périodes de congé du praticien.

Il y a majoritairement, deux possibilités d'accéder à la propriété ; soit en rachetant un cabinet, soit en créant celui-ci.

Le rachat d'un cabinet est principalement une question d'opportunité, lorsqu'un praticien cesse son activité. Plusieurs points sont capitaux lors d'un rachat :

La patientèle : Tout d'abord, l'existence d'une patientèle permet un départ d'activité important et une certaine projection de l'évolution de l'activité du cabinet ; fonction du chiffre d'affaires des années précédentes. Il faudra donc définir la valeur de la patientèle en fonction : de l'importance de celle-ci, de sa « fidélité » ou encore selon si l'exercice est spécialisé ou non. La continuité des soins chez les patients du cabinet est tacite, ainsi, au moins au début de l'activité, les choix thérapeutiques seront guidés par ceux de l'ancien praticien.

Lieu : En fonction de sa situation géographique, le cabinet aura une valeur plus ou moins importante. La proximité de parking, arrêt de transport en commun pourra également influencer le prix de vente du cabinet. Le prix d'achat sera naturellement fonction du fait que le cabinet soit vendu « avec les murs » ou qu'il s'agisse d'un bail locatif.

Plateau technique et matériel : L'acquisition de l'existant impose un certain nombre de compromis. En effet, certains cabinets ont évolué au cours du temps et sont, lors de la mise en vente, aux normes et équipés de biens récents. Dans d'autres cas, c'est plus vétuste et cela nécessite une rénovation. La possibilité d'évolution du bâtiment (extension, rachat de bâtiment attenant) est également un critère majeur lors d'un rachat.

Le personnel : En cas de rachat d'un cabinet, l'ensemble du personnel doit être réembauché par le repreneur et sous les mêmes conditions. Ceci est également une contrainte et influencera également le prix de vente.

Lors d'une création d'activité, le lieu et la clientèle potentielle doivent être les principaux critères à retenir pour l'installation dans un bâtiment. La liberté en termes d'équipements, d'embauche de personnel est totale, mais s'affronte aux limites financières de l'acquéreur et à la faible activité des premiers mois après la création.

La création comme le rachat impose un apport immédiat en capital très important, ainsi ils obligent généralement le futur propriétaire à s'endetter. Si dans le cas de rachat, les projections sont plus faciles, en ce qui concerne la création, le risque est un démarrage difficile d'une activité qui dans certains cas peut perdurer dans le temps et peut entraîner des difficultés financières.

L'exercice en tant que propriétaire peut évoluer en s'adjoignant un collaborateur, ou en s'associant par la suite avec un ou plusieurs confrères.

6.2.4 L'association :

L'exercice en association permet l'exercice en groupe de la profession. Il existe plusieurs types de contrats d'association, modulables afin de créer les conditions favorables à l'exercice en groupe de la profession. Ainsi, le principal but de l'exercice en association est la mise en commun de moyens matériels ou non permettant l'exercice de la profession. Cette mise en commun entraîne une baisse des charges par praticien. Il existe plusieurs types de contrats avec création ou non d'une personne morale en fonction du niveau d'engagement mutuel souhaité par les cocontractants.

6.2.4.1 L'association sans personne morale :

Il s'agit d'association permettant l'exercice de la profession en toute indépendance, tout en mettant en commun les frais de structure d'un cabinet. En effet, l'association sans personne morale s'apparente à un contrat liant les cocontractants plutôt que d'une société à part entière.

Les avantages de ce type d'association sont la légèreté des formalités administratives, avec un engagement assez facilement résiliable et une proportion d'apport dans la société généralement assez faible. A contrario, il n'existe pas de statut juridique de société et les bénéfices sont imposés au niveau des associés par l'impôt sur le revenu. Enfin la rupture aisée du contrat peut être vue comme un des inconvénients majeurs pour les cocontractants car cela peut créer des difficultés importantes lors du départ d'un des cocontractants.

6.2.4.1.1 Le contrat d'exercice professionnel à frais commun (EPFC) : (ONCD, 2014) (Boulon, 2010)

Il s'agit d'un contrat de mise en commun des moyens nécessaires à l'exercice de la profession sans création d'une personne morale distincte de celle des praticiens y exerçant. Ainsi, il n'est pas nécessaire de faire une déclaration au registre du commerce car l'association se fait sans société et donc sans la création d'une entité juridique à part entière.

Le maître mot de ce contrat est l'indépendance des associés. Ceux-ci développent et préservent leur propre clientèle et perçoivent directement leurs honoraires.

Pour les dépenses communes (loyer, électricité, eau, investissement et charges salariales) le partage est défini dans le contrat selon les modalités des cocontractants. Même s'il est vivement recommandé, l'ouverture d'un compte bancaire distinct n'est pas obligatoire.

6.2.4.1.2 La société en participation (SEP) : (ONCD, 2014) (Boulon, 2010)

La société en participation permet une association entre plusieurs chirurgiens-dentistes. Celle-ci n'a de société que le nom, car, en l'absence de personne morale, il ne s'agit en réalité que d'un contrat d'association. De même que pour le contrat EPFC, la société ne peut conclure de bail, employer du personnel, constituer un capital ou agir en justice au nom de la société. Par contre, les associés peuvent le faire en leur nom propre. Il s'agit donc d'un contrat d'association engageant les cocontractants.

Cette société permet la mise en communs des moyens d'exercice, mais peut également permettre la mise en commun des honoraires. Chaque associé reste néanmoins propriétaire des biens personnels qu'ils mettent en commun.

L'associé exerce donc la profession en son nom, en préservant sa propre clientèle et en touchant ses honoraires.

6.2.4.1.3 La convention d'exercice conjoint : (Boulon, 2010) (ONCD, 2011)

Il s'agit d'un contrat liant un praticien propriétaire de l'ensemble des moyens d'exercice et un praticien « conjoint » qui n'apporte lui que son travail à l'exercice commun. Ce type de contrat s'apparente grandement à la collaboration libérale mais présente pour principale différence la mise en commun des honoraires et la façon de les redistribuer. Ce contrat ne peut être que temporaire, et débouche généralement sur une « vraie association »

6.2.4.2 L'association avec création d'une personne morale :

Il s'agit de la création d'une société dont sont propriétaires les différents associés. Cette société est enregistrée au registre du commerce et présente une personne morale. Ainsi, elle peut contracter un

bail, employer du personnel ou avoir des factures à son nom. Elle présente également une entité juridique à part entière distincte de celle des associés.

6.2.4.2.1 La société civile de moyens (SCM) : (ONCD, 2011, 2014)

La société civile de moyens est régie par l'article 36 de la loi n°66-879 du 29 novembre 1966 et par les articles 1832 à 1870-I du Code civil.

La société civile de moyens est la création entre les différents associés d'une société présentant donc une personne morale, permettant de faciliter l'exercice de groupe en mettant en commun la fourniture de services et de moyens matériels nécessaires à cet exercice.

La SCM jouit de la personnalité morale à compter de son immatriculation au registre du commerce et des sociétés. Cette personne morale est définie par les statuts de la société. Les statuts doivent au minimum définir les associés, le capital ainsi que les apports. Les modalités d'admission et de retrait d'un associé devront également y être mentionnées. L'ensemble des règles communes aux associés doit être préférentiellement défini dans un règlement interne. Ainsi y seront définies les clés de répartition de la redevance due par chaque associé, la répartition de la gérance, les quorums nécessaires aux décisions en matière d'embauche et d'investissement. Il peut également y être fait mention de roulements pour les congés ou d'obligation de souscription d'assurances croisées entre les associés afin d'éviter les risques financiers liés à une longue maladie, à un décès...

Les associés exercent en toute indépendance leur activité. Ils conservent et développent leur propre patientèle et touchent personnellement et en leur nom propre les honoraires de leur activité. Mais ils doivent verser périodiquement une somme sur le compte de la SCM pour le règlement d'un certain nombre de charges prédéfinies dans les statuts ou le règlement interne de la SCM.

Ainsi la société a pour recettes les sommes forfaitaires préétablies versées par les associés ; et pour dépenses l'ensemble des frais communs nécessaires à l'exercice : loyer, eau, électricité, charges salariales, frais de gros matériels communs (orthopantomogramme, autoclave...), mobilier professionnel et d'agrément.

Afin d'une plus grande autonomie d'exercice, les associés peuvent exclure un certain nombre de dépenses aux prérogatives de la société comme l'achat du matériel et des matériaux dentaires ou encore les frais de prothésiste.

Les associés de la SCM sont indéfiniment et conjointement responsables de la société, mais n'ont pas de devoir de solidarité mutuelle.

Les associés doivent nommer un gérant afin de s'occuper des tâches administratives de la société (diverses déclarations et bilans comptables annuels). La SCM, société de moyens, doit avoir un bilan annuel comptable équilibré.

Il est possible d'établir une SCM avec d'autres professions de santé, médicales ou paramédicales, mais ces professionnels doivent être soit tous conventionnés ou non. Enfin la SCM peut engager des remplaçants ou un collaborateur.

6.2.4.2.2 La Société Civile Professionnelle (SCP) : (ONCD, 2011, 2014)

Les SCP sont régies par la loi n°66-879 du 29 novembre 1966 et les articles R4113-26 à R4113-101 du Code de la santé publique.

La société civile professionnelle permet aux personnes physiques exerçant la même profession libérale réglementée d'exercer la profession en commun. Le but de cette société est l'exercice commun de la profession. Dans ce cas de figure, l'ensemble des recettes et des dépenses liées à l'activité professionnelle de ses membres passe par la société.

La société est également régie par ses statuts qui définissent le capital, les membres ainsi que les apports. De même y seront consignées les modalités d'admission et de retrait des membres. Seront également définies dans les statuts la valorisation des parts sociales ainsi que la rémunération du capital et la répartition des bénéfices. Bien qu'administrée par un gérant, une bonne partie des décisions sont collectives et votées en assemblée. Les statuts définiront également les quorums nécessaires à la validation d'un vote pour les décisions ordinaires et extraordinaires.

Ainsi la société fonctionne par capitalisation. Celle-ci débute par un apport en capital, en matériel, en mobilier et immobilier, en numéraire. Peuvent également être valorisés des apports en industrie et des droits de présentation de clientèle. La société exerce l'activité par l'intermédiaire de ses membres et touche donc l'ensemble des honoraires liés à l'activité de soins de ses membres. La société règle les charges liées à l'activité : loyer, eau, électricité, charges salariales, investissements matériels... puis rémunère les apports en fonction des parts sociales (facultatif et réglementé) et redistribue les bénéfices, en fonction des conditions préétablies dans les statuts ou le règlement interne, aux différents associés. Bien que le temps de travail au profit de la société soit le critère prédominant, il est possible d'établir une rémunération en fonction de l'ancienneté, de la notoriété, des titres....)

La société doit être enregistrée sur le registre du commerce et des sociétés ainsi qu'inscrite au tableau de l'Ordre.

Les associés doivent nommer un gérant qui assurera la gestion administrative et financière de la société ; celui-ci sera rémunéré.

La SCP empêche théoriquement que l'un des membres de la SCP se fasse remplacer ou puisse embaucher un collaborateur. Ainsi, seule la société est habilitée à embaucher un remplaçant ou un collaborateur.

6.2.5 Les sociétés d'exercice libéral : (Boulon, 2010) (ONCD, 2014)

La SEL est une société de type commercial par la forme mais dont l'activité est civile et libérale.

Les sociétés d'exercice libéral ont été créées pour permettre aux membres des professions libérales d'exercer leur activité sous forme de sociétés de capitaux et de pouvoir ouvrir la détention d'une partie de ces capitaux à des personnes non associées.

L'ouverture de ces sociétés commerciales aux chirurgiens-dentistes date du juillet 1992 par le décret n°92-720.

Il existe différents types de société d'exercice :

- La SELARL : SEL à responsabilités limitées
- La SELAFA : SEL à forme anonyme
- La SELAS : SEL à action simplifiée
- La SELCA : SEL commanditée par actions

La plus couramment rencontrée pour l'exercice de l'art dentaire est la SELARL.

La SEL est une société qui exerce la profession. De ce point de vue on se retrouve dans un cas de figure proche de celui de la SCP avec une société propriétaire de l'ensemble des moyens d'exercice, exerçant la profession par l'intermédiaire de ses membres.

Comme dans le cas d'une SCP, les honoraires sont directement perçus par la société, Puis celle-ci règle les charges inhérentes à l'exercice et enfin rémunère les membres de la société par des traitements et salaires et des dividendes. Ces dernières peuvent être calculées en fonction de la détention des parts sociales, du travail effectué...

La particularité des sociétés d'exercice libéral réside dans la détention du capital et des droits de vote au conseil d'administration. En effet si ceux-ci doivent être majoritairement détenus par des dentistes en exercice au sein de la société, ils peuvent également être détenus par des tiers-personnes sous conditions.

Ainsi peuvent détenir des parts sociales de la société :

- Des personnes physiques ou morales exerçant la profession constituant l'objet social.
- Pendant 10 ans, des personnes physiques qui ayant cessé toute activité professionnelle, ont exercé la profession concernée au sein de la société.
- Les ayants droit des personnes physiques ayant exercé la profession concernée au sein de la société, pendant un délai de 5 ans suivant leur décès.

Cette disposition générale des SEL est spécifiquement précisée pour les chirurgiens-dentistes. Une personne physique ou morale exerçant la profession de chirurgien-dentiste peut détenir des participations minoritaires (moins de 50 %) dans deux SEL de chirurgiens-dentistes. Toute personne

physique peut détenir au plus 50 % du capital d'une SELARL ou d'une SELAFA de chirurgiens-dentistes ou moins de 50 % du capital d'une SELCA de chirurgiens-dentistes à l'exclusion :

Des médecins spécialistes en stomatologie, oto-rhino-laryngologie, en radiologie ou en biologie médicale.

Des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes

Ainsi la particularité de la SEL permet principalement :

- De favoriser la transmission au profit d'enfants repreneurs
- De favoriser la reprise d'activité par un repreneur tiers
- De favoriser le regroupement de compétences
- Dans certains cas, permet une optimisation fiscale
- D'optimiser une sécurisation du patrimoine privé en le séparant du patrimoine professionnel
- De favoriser une diversification du patrimoine

Responsabilité et gestion :

En raison de sa forme commerciale, la responsabilité sociale des associés est limitée à leurs apports. Par contre, la société d'exercice est solidaire de ses membres en termes de responsabilité professionnelle, mais elle n'oblige pas à une solidarité interassocié.

Concernant la gestion de la société, les gérants, le président du conseil d'administration, les membres du directoire, le président du conseil de surveillance, les directeurs généraux et les deux tiers au moins des membres du conseil d'administration ou du conseil de surveillance doivent être des professionnels en exercice au sein de la société.

Fiscalités :

Les associés seront imposés sur leurs revenus dans la catégorie traitement et salaires, tout comme les dirigeants. Les dividendes seront eux soumis à l'imposition dans la catégorie des revenus de capitaux mobiliers. La SEL en elle-même sera soumise à l'impôt sur les sociétés.

Dans le cas d'une SELARL unipersonnelle, il faudra choisir entre soumettre la société à l'impôt sur les sociétés ou l'imposition sur le revenu dans la catégorie des bénéfices non commerciaux. Par contre ce choix est irrévocable.

Une exception la SEL unipersonnel :

Dans le cadre d'une SELARL il est possible d'avoir un exercice unipersonnel (sans associé) en société d'exercice. Ainsi il peut y avoir plusieurs membres mais une seule personne exerçant la profession dans la société.

6.2.6 Autres contrats libéraux :

6.2.6.1 La gérance : (ONCD, 2011)

La gérance est régie par l'article R 4127-273 du Code de la santé publique.

La gérance équivaut à un remplacement de longue durée d'un praticien cessant provisoirement son activité professionnelle. Seul un praticien inscrit au tableau peut conclure un contrat de gérance (ONCD, 2011).

La gérance peut être souscrite dans de cas de figure, pour remplacer un praticien lors d'un congé sabbatique (maladie, départ à l'étranger...) ou lors du décès d'un praticien afin de sauvegarder la patientèle avant que les ayants droit puissent le céder.

Le contrat de gérance est dans tous les cas, soumis à l'autorisation du Conseil national de l'Ordre après avis du conseil départemental et doit être motivé.

La durée est fixée à un an, éventuellement renouvelable, après autorisation du Conseil national de l'Ordre.

Ainsi ce contrat est conçu pour répondre à des besoins spécifiques de situation humaine particulière.

6.2.6.2 La location : (ONCD, 2011)

Il peut être proposé un contrat ayant pour objet la location ou la sous-location d'un local aménagé afin que le locataire ou le sous-locataire y exerce en toute indépendance sa profession de chirurgien-dentiste.

Le montant du loyer est fixé indépendamment des honoraires perçus par celui-ci.

Il existe de nombreuses contraintes expliquant le faible recours à ce type de contrat. Tout d'abord les loyers sont soumis à la TVA (pas de seuil comme pour la rétrocession lors d'une collaboration). D'autre part, selon les clauses du contrat celui-ci peut être requalifié en contrat de bail professionnel relevant des dispositions de l'article 57 A inséré par la loi n°89-462 du 6 juillet 1989. L'application de l'article précité a plusieurs conséquences :

- Une durée minimale de 6 ans
- Une tacite reconduction du contrat au bout de 6 ans et pour six années supplémentaires à moins qu'une des parties ait manifesté son intention de rompre le contrat 6 mois avant sa reconduction.
- Un préavis de 6 mois pour le locataire, si celui-ci souhaite quitter sa location.

7 Statut juridique de l'activité du chirurgien-dentiste en France :

Quel que soit le secteur d'activité du chirurgien-dentiste, celui-ci est inscrit sur un répertoire de professionnels de santé. Les chirurgiens-dentistes étaient inscrits au répertoire ADELI jusqu'au 12 septembre 2011, puis ils ont été transférés sur le répertoire partagé des professionnels de santé RPPS. Avant 2012, les valeurs provenant des séries statistiques de la DREES citées dans ce chapitre sont issues du répertoire ADELI. En 2012, la série statistique de la DREES s'est basée sur le RPPS mais celui-ci a « corrigé » les données avec celle du répertoire ADELI afin d'éviter des pertes temporaires liées au changement de répertoire. Enfin, depuis 2012 le répertoire RPPS est devenu la base des séries statistiques de la DREES.

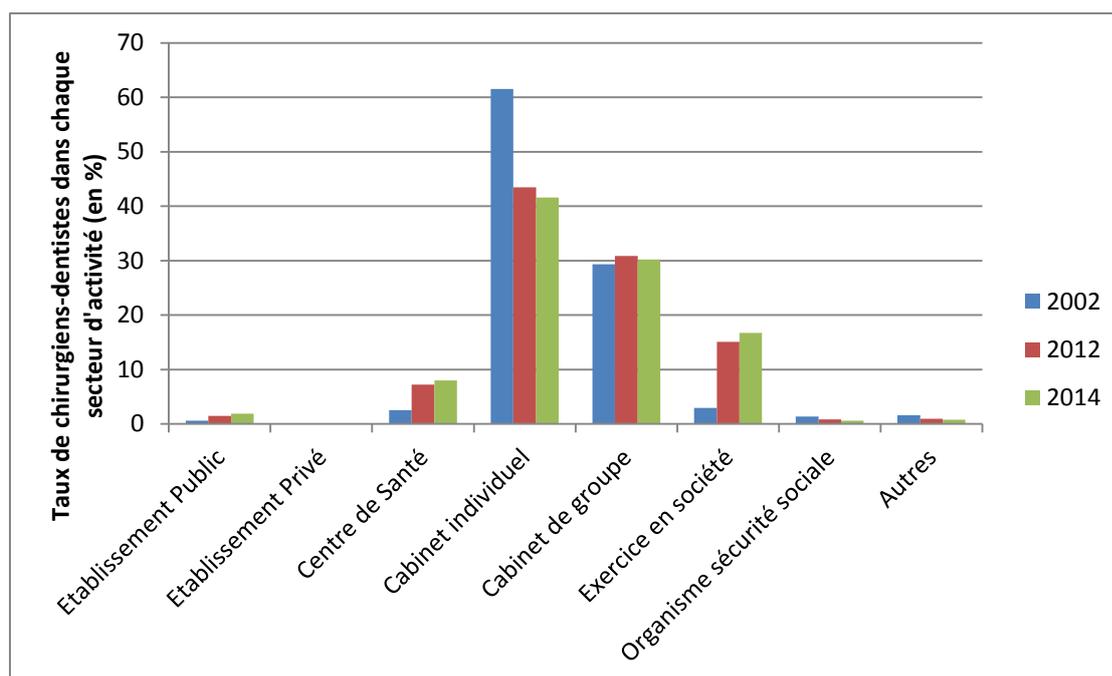
Les professionnels considérés dans les séries statistiques de la DREES sont actifs au 1^{er} janvier de l'année étudiée. Dans le répertoire ADELI, lorsqu'un praticien a plusieurs activités, seule son activité déclarée comme principale était considérée. Depuis le passage au RPPS, seule l'activité la plus récente est considérée qu'elle soit annexe ou principale. L'exercice mixte est déterminé par l'observation des statuts des différentes activités déclarées. (Sicart, 2012)

7.1 Situation actuelle et évolution récente :

Au 1^{er} janvier 2012, 90.54 % des chirurgiens-dentistes avaient une activité libérale ou mixte ; cette proportion, globalement stable, est en léger recul sur la dernière décennie (92.97 % en 2002). Parmi les chirurgiens-dentistes salariés exerçant à temps complet, seuls 9 % sont salariés des hôpitaux. La plupart des chirurgiens-dentistes salariés exercent dans des centres de santé (mutualiste, d'assurance, low cost...)(70%), ou auprès de la sécurité sociale (CD conseil et pratique dans les centres de soins de la sécurité sociale) (9 %).

Le secteur salarié est ainsi relativement sous-évalué car en est exclu l'exercice mixte or une grande proportion des assistants hospitalo-universitaire exerce en libéral à mi-temps.

Figure 1.18 : Proportion des différents secteurs d'activité en 2002, 2012 et 2014 :



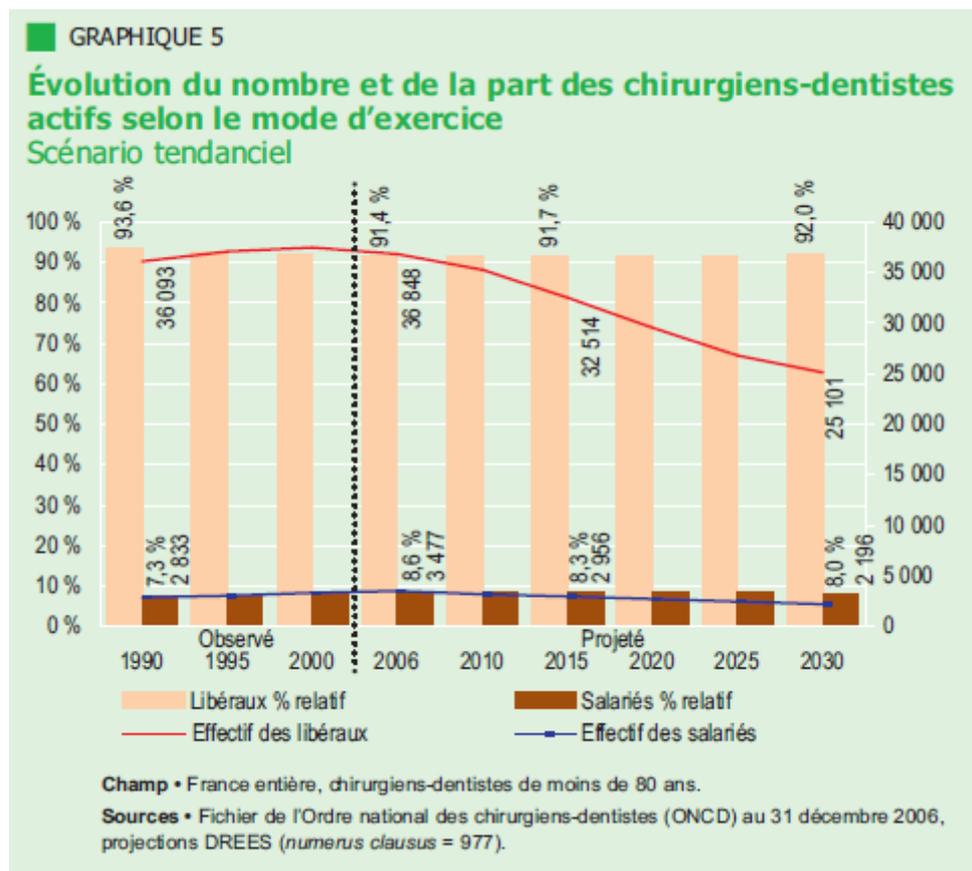
Source : document personnel réalisé grâce aux séries statistiques n°33, Les professions de santé au 1^{er} janvier 2002, Drees ; n°168 Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012 Drees et n°189, Les professions de santé au 1^{er} janvier 2014. Les valeurs de 2002 se réfèrent au répertoire ADELI, les valeurs de 2012 se rapportent au répertoire RPPS et ADELI (année de transition) les valeurs de 2014 se rapportent au répertoire RPPS.

L'exercice en cabinet individuel, qui reste le mode d'activité principal, a connu un net recul lors de la dernière décennie passant de 61.5 % des chirurgiens-dentistes en 2002 à 43.5 % en 2012 (Figure 1.18). Un chirurgien-dentiste sur trois exerce dans un cabinet de groupe. Cette proportion est relativement stable lors de la dernière décennie. L'exercice en société a, lui, connu un essor remarquable lors de la dernière décennie, car il ne concernait que 3 % des chirurgiens-dentistes en 2002 et représente actuellement 15 % des dentistes en activité. L'exercice hors secteur libéral reste encore relativement marginal. Nous pouvons néanmoins constater une forte croissance des effectifs des centres de santé (type mutualiste, assurance, low cost) passant de 2.5 % de l'ensemble des chirurgiens-dentistes en 2002 à 7.2 % en 2012. Les effectifs des établissements publics ont plus que doublé sur la période 2002-2012 passant de 0.61 % à 1.5 % de l'effectif global. Cette croissance peut en partie s'expliquer par la tendance récente au recrutement quasi-exclusif d'enseignant-chercheur temps plein. Le secteur d'activité hospitalier est proportionnellement sous-évalué car, pour les chirurgiens-dentistes ayant une activité mixte, ils sont décomptés pour leur activité libérale. Ainsi nombre d'attachés et d'AHU ne sont pas décomptés.

7.2 Évolution des secteurs d'activité :

La DREES, dans un exercice de projection de la profession prévoyait en 2006 (Collet et Sicart, 2007) une relative stabilité des deux secteurs d'activité avec une baisse de l'effectif global (Figure 1.19). Cette projection a été établie à comportement constant avec un *numerus clausus* de 977. Elle prévoit que le secteur libéral concentre encore 92 % de l'effectif des chirurgiens-dentistes et le secteur salarié 8 %.

Figure 1.19 : Évolution du nombre et de la part des chirurgiens-dentistes actifs selon le mode d'exercice.



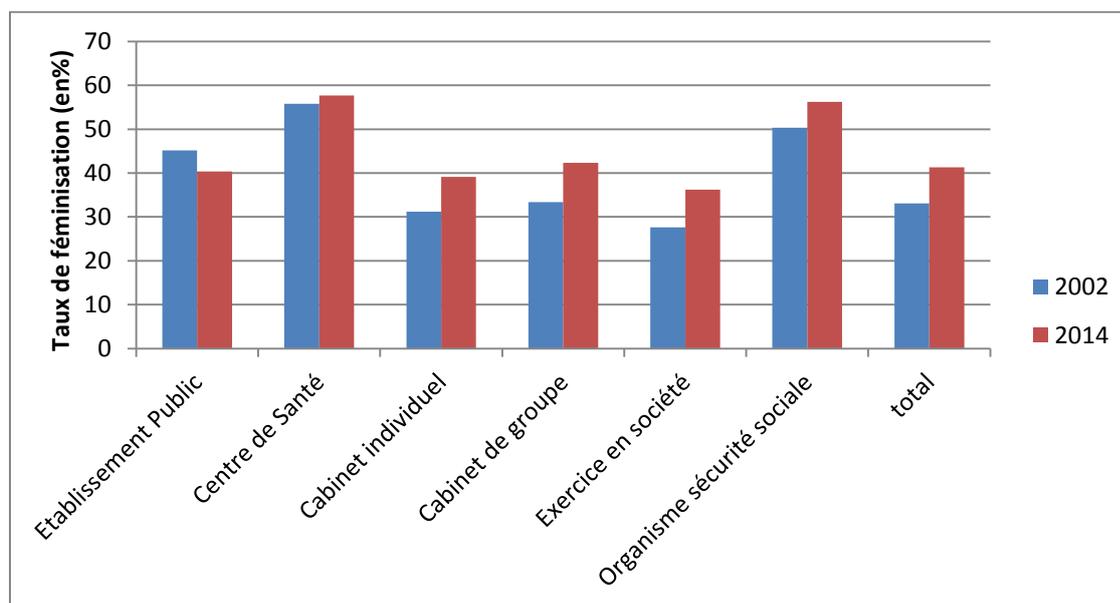
Source : Collet M, Sicart D, *La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030, études et résultats n°595, Drees.*

Cette projection établie par la Drees suppose un comportement constant, or de multiples variables ont évolué et rendent donc cette projection partiellement obsolète. Nous avons déjà évoqué l'absence d'adéquation entre la projection et la réalité en termes d'effectif global du fait de la compensation de la baisse des effectifs due au *numerus clausus* par l'installation en France de chirurgiens-dentistes diplômés de l'étranger. D'autre part, l'augmentation du *numerus clausus* de 977 en 2006 à 1200 étudiants actuellement n'est pas prise en compte dans la projection.

7.3 Statut juridique et genre :

La profession se féminise progressivement, mais certains secteurs d'activité le font plus précocement que d'autres. Le secteur libéral a vu son taux de féminisation progresser de 31.4 % en 2002 à 39.2 % en 2014. Pour le secteur salarié, la croissance est marquée pour le secteur hospitalier passant de 48.1 à 57.5 % pour la même période. La croissance du secteur salarié non hospitalier connaît, lui, une croissance moins importante (de 57.1 % à 60.2 %) sur la période, mais le taux de féminisation y était déjà deux fois supérieur au secteur libéral en 2002 (Sicart, 2002, 2014).

Figure 1.20 : Taux de féminisation dans les différents secteurs d'activité en 2002 et en 2014.



Source : document personnel réalisé grâce aux séries statistiques n°33, Les professions de santé au 1^{er} janvier 2002, Drees ; n°168 Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012 Drees et n°189, Les professions de santé au 1^{er} janvier 2014. Les valeurs de 2002 se réfèrent au répertoire ADELI, les valeurs de 2012 se rapportent au répertoire RPPS et ADELI (année de transition) les valeurs de 2014 se rapportent au répertoire RPPS.

L'ensemble des secteurs d'activité connaît une croissance de la féminisation, sauf celui des établissements publics. Or, dans le même temps, les effectifs des salariés hospitaliers étaient caractérisés par une hausse notable de leur taux de féminisation. L'explication la plus probable est qu'il existe une forte proportion de femmes ayant un exercice mixte, ainsi leur activité principale étant attribuée à leur activité libérale, le taux de féminisation baisse pour le secteur des établissements publics alors même que le taux de femmes au sein de l'effectif hospitalier augmente.

En se basant sur la moyenne de la féminisation de la profession, nous pouvons mettre en avant un attrait des femmes chirurgiens-dentistes pour l'exercice salarié notamment dans les centres de santé

de type mutualiste ainsi que pour ceux de la sécurité sociale. Pour l'exercice libéral, les femmes pratiquent en proportion quasiment égale dans les cabinets de groupe, dans les cabinets individuels et dans les sociétés d'exercice. (Figure 1.20)

Chapitre 2 Variables majeures pouvant influencer la démographie :

La démographie est, dans le premier chapitre, analysée par rapport à des moyennes nationales, régionales ou encore départementales et cantonales mais ne fait pas du tout référence aux besoins de soins. En effet, chaque territoire pouvant avoir des besoins en soins bucco-dentaires fort variables en fonction de l'âge de sa population, de ses habitudes d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, de la fluoruration de son eau de boissons. Il faudrait également définir le taux de renoncement aux soins ainsi que les raisons de celui-ci.

Il faudrait donc un modèle prospectif français définissant les besoins de la population concernant l'évolution de leur santé bucco-dentaire ainsi que le taux de renoncement pour chaque famille de soins ainsi qu'une définition de la bonne prise en charge bucco-dentaire d'un patient à l'heure actuelle.

Cette étude proposerait :

- Une évaluation de l'évolution de la population française stratifiée par âge
- Une évaluation de l'indice carieux par âge et catégorie socio- professionnelle afin de projeter l'évolution de l'incidence de la carie dans la population française
- Une évaluation de l'incidence de la maladie parodontale par âge et catégorie socioprofessionnelle afin d'évaluer l'évolution de l'incidence de la maladie parodontale dans la population française.
- Une évaluation du taux de renoncement aux soins en fonction du type de soins (traitement parodontaux, implantologie, prothèses...) en fonction de l'âge et de la catégorie socio-professionnelle.

Or, une étude prospective de cette ampleur n'existant pas (4) (ONDPS 2013), une projection du nombre de chirurgiens-dentistes nécessaires sur un territoire n'est pas actuellement possible.

Face à ce constat, ce second chapitre va permettre de mettre en avant certaines variables influençant les besoins de la population en santé bucco-dentaire.

1 Population Française :

1.1 Projection à l'échelle nationale :

Comptant 63.7 millions d'habitants au premier janvier 2013, la France métropolitaine devrait voir croître sa population au cours des cinquante prochaines années pour atteindre les 73.6 millions d'habitants au premier janvier 2060 (Blanpain et Chardon, 2010). C'est l'estimation proposée par l'INSEE si la démographie suit la projection centrale. L'Insee retient 6 variables pouvant influencer cette projection, la fécondité, le solde migratoire et l'espérance de vie avec une variable haute et basse pour chacune (figure 2.1).

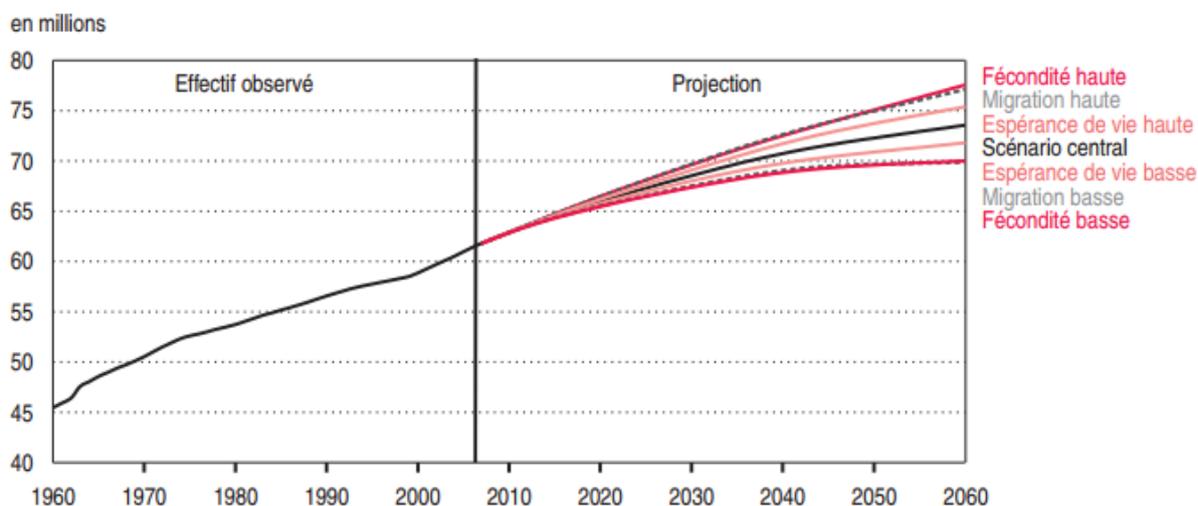
Figure 2.1 : Variable retenue pour la projection démographique de la France de 2007 à 2060 :

	Situation au dernier recensement	Hypothèse centrale	Variante basse	Variante haute
Indice conjoncturel de fécondité*	1,98 enfant par femme	1,95 à partir de 2015	1,80 à partir de 2015	2,10 à partir de 2015
Espérance de vie à la naissance* des femmes	84,2 ans	91,1 ans en 2060	88,6 ans en 2060	93,6 ans en 2060
Espérance de vie à la naissance* des hommes	77,2 ans	86,0 ans en 2060	83,5 ans en 2060	88,5 ans en 2060
Valeur du solde migratoire*	+ 115 000 personnes	+ 100 000 par an à partir de 2007	+ 50 000 par an à partir de 2015	+ 150 000 par an à partir de 2015

source : *Projection de population à l'horizon 2060 ; Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, division enquêtes et études démographiques, Insee, n°1320 Octobre 2010*

Le scénario central prévoit une croissance de la population française sans discontinuer jusqu'en 2060 avec un taux de croissance déclinant autour des années 2035-2040 (figure 2.2). La modification d'une seule variable par rapport au scénario central offre 6 scénarii envisageables. Les variations extrêmes de l'espérance de vie n'influent que dans une faible mesure le scénario central. Les variations du flux migratoire et du taux de fécondité ont, eux, par contre un impact plus marqué sur l'évolution de la population. Si ceux-ci suivent l'hypothèse haute, la croissance de la population devrait rester soutenue jusqu'en 2060, a contrario les hypothèses basses pour ces 2 variables marqueraient quasiment l'arrêt de la croissance de la population française vers 2040. Entre les 2 scénarii extrêmes, il y a une variation de 7 millions d'individus.

Figure 2.2 : Évolution passée et future de la population française selon le scénario central et les six variantes retenues



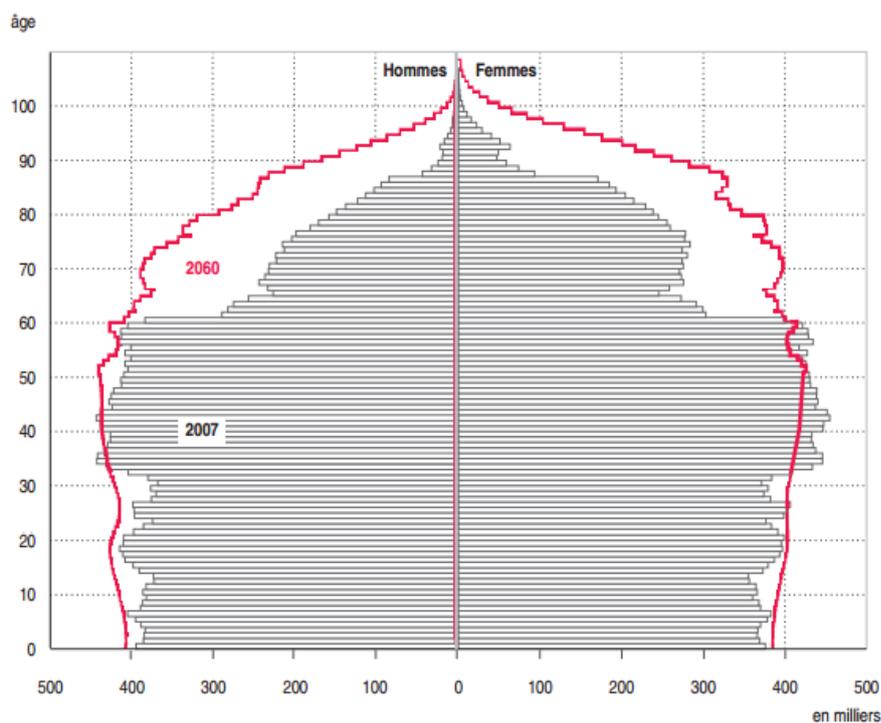
Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, estimations de population et projection de population 2007-2060.

source : *Projection de population à l'horizon 2060 ; Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, division enquêtes et études démographiques, Insee, n°1320 Octobre 2010*

D'autre part, la pyramide des âges de la population française va se restructurer avec une croissance très importante de la part des plus de 60 ans qui en 2060 représenteront un tiers de la population, dont la moitié aura plus de 75 ans (figure 2.3).

Figure 2.3 : Pyramide des âges de la population française en 2007, projection de celle-ci en 2060.



Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, estimations de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060.

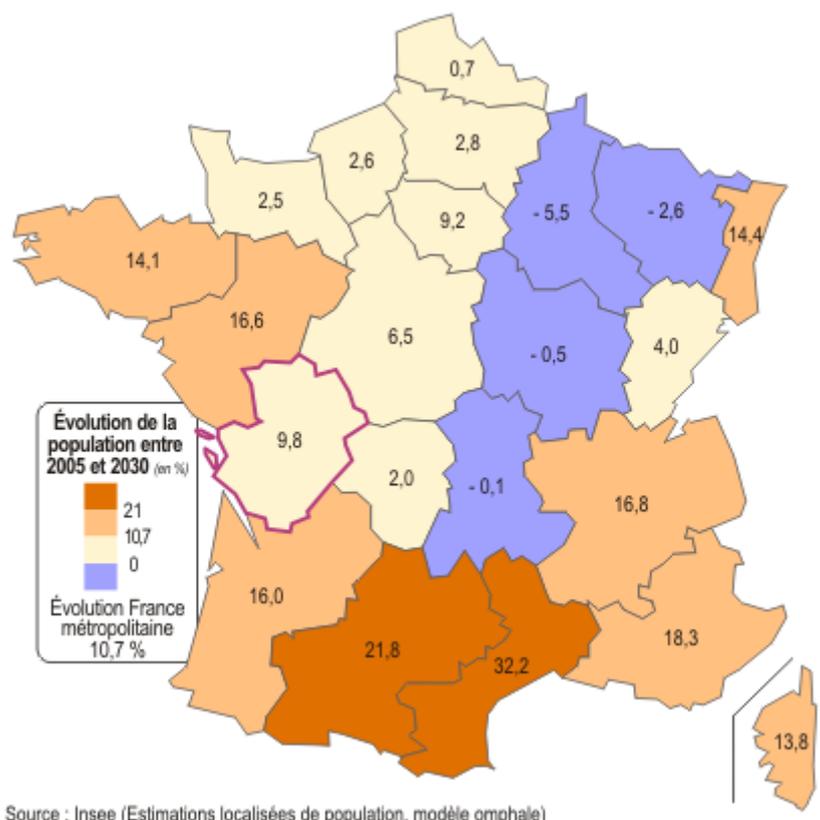
Projection de la population à horizon 2060 ; Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, division enquêtes et études démographiques, Insee, n°1320 Octobre 2010

Les valeurs démographiques nationales sont une moyenne des valeurs régionales, celles-ci présentent également des valeurs fortement divergentes en termes d'évolution démographique. Ainsi comprendre ces grandes tendances d'évolution démographique régionale permet de se projeter sur ce que sera la France de demain.

1.2 Projections régionales de la population :

L'INSEE a présenté en 2006 une projection de l'évolution de la population régionale de la France métropolitaine en 2030. Ainsi, si les tendances démographiques actuelles se confirment, la population française devrait se concentrer dans les régions du sud et de l'ouest du pays, la population dans certaines régions du nord-est baisserait (Léon et Godefroy, 2006).

Figure 2.4 : Évolution de la population régionale entre 2005 et 2030 selon le scénario central :



source : Projection de la population à l'horizon 2030, la Charente- Maritime et la Vienne alimentent l'augmentation en Poitou-Charentes, décimal, Insee Poitou-Charentes n°273 Août 2007

La population devrait croître dans l'ensemble des régions françaises, sauf en Auvergne et en Bourgogne (qui présenteront une faible récession) ainsi qu'en Lorraine et en Champagne-Ardenne qui connaîtront aussi une récession plus marquée (figure 2.4). La Haute et Basse Normandie ainsi que la Picardie, le Limousin et la Franche-Comté connaîtront une légère croissance démographique qui s'explique par un solde naturel positif entre 5 et 8 % mais un solde migratoire en faveur de l'exode régional qui réduira la portée de cette croissance (sauf pour le Limousin). L'Île de France présente, elle, un profil relativement atypique avec un solde naturel proche de 15.3 % et une croissance démographique de 9.2 %. Ce profil particulier s'explique principalement par l'immigration étudiante et liée à l'emploi que connaît la région ainsi que par l'émigration des populations d'Île de France pour une autre région au moment de la retraite. La Bretagne, les Pays de la Loire, la région Rhône-Alpes ou encore l'Alsace présentent des soldes naturels entre 2 et 9 % Ceux-ci sont couplés à un solde migratoire très positif expliquant leur évolution démographique avoisinant les 15 % pour la période donnée. Enfin, les régions du sud, la Corse, l'Aquitaine, le PACA, mais surtout le Midi-Pyrénées et le Languedoc-Roussillon présentent globalement un solde naturel faible voir négatif pour la plupart, mais qui est contrebalancé par une forte immigration expliquant la croissance démographique allant de 13.8 % pour la Corse à 32.2 % pour le Languedoc-Roussillon (Léon et Godefroy, 2006).

Tableau 2.1 : Âge moyen et structuration de la population régionale française en 2005 et en 2030 en fonction du scénario central de projection.

	Âge moyen en 2005	Structure par âge en 2005 (en %)				Âge moyen en 2030	Structure par âge en 2030 (en %)				Âge moyen en 2030 sans migrations
		Moins de 20 ans	20-59 ans	Plus de 60 ans	Dont plus de 80 ans		Moins de 20 ans	20-59 ans	Plus de 60 ans	Dont plus de 80 ans	
Languedoc-Roussillon	40,7	23,5	52,4	24,1	5,3	43,6	21,8	46,7	31,5	7,4	44,4
Midi-Pyrénées	40,9	22,8	53,3	23,8	5,5	43,6	21,6	47,3	31,1	7,5	45,1
Provence - Alpes - Côte d'Azur	40,5	23,7	52,5	23,8	5,4	43,6	21,8	47,1	31,1	7,9	44,2
Rhône-Alpes	38,2	25,8	54,3	19,9	4,1	41,6	23,8	48,5	27,7	6,9	42,9
Pays de la Loire	38,9	25,6	53,3	21,1	4,7	43,1	23,0	46,3	30,7	7,5	42,4
Aquitaine	41,1	22,7	53,3	24,0	5,5	44,8	20,7	46,2	33,1	8,1	45,3
Alsace	38,0	25,1	56,2	18,8	3,5	42,3	21,8	50,1	28,1	5,9	43,7
Bretagne	40,0	24,4	52,7	22,8	4,9	44,0	21,9	45,8	32,3	7,6	43,0
Corse	41,5	21,8	53,4	24,8	5,3	46,0	18,4	47,2	34,4	8,4	46,7
Poitou-Charentes	41,6	22,7	52,3	25,1	5,8	45,8	20,2	44,6	35,2	8,8	44,9
Île-de-France	36,6	26,1	57,4	16,5	3,6	39,2	24,8	52,7	22,5	5,9	42,3
Centre	40,2	24,3	53,0	22,8	5,2	44,5	21,5	45,6	32,9	8,3	43,5
Franche-Comté	39,0	25,1	53,9	21,0	4,4	43,4	22,3	46,9	30,8	7,7	43,0
Picardie	37,6	26,9	54,6	18,5	3,8	42,3	23,3	47,7	29,0	6,5	41,6
Haute-Normandie	38,0	26,3	54,5	19,2	4,1	43,0	22,4	47,7	29,9	7,2	42,3
Basse-Normandie	39,8	24,9	52,7	22,4	4,9	44,9	21,1	45,1	33,8	8,2	43,0
Limousin	43,5	20,2	52,0	27,9	7,0	46,5	19,0	45,0	36,0	9,5	46,8
Nord - Pas-de-Calais	36,7	27,9	54,4	17,7	3,7	40,9	24,4	49,4	26,1	5,9	40,7
Auvergne	41,7	21,9	53,2	24,9	5,7	45,9	19,8	45,2	35,0	9,1	45,5
Bourgogne	41,1	23,2	52,6	24,1	5,6	46,0	19,9	44,8	35,3	9,0	44,5
Lorraine	38,9	24,7	54,9	20,4	4,0	43,8	21,1	48,1	30,8	7,1	43,7
Champagne-Ardenne	38,9	25,1	54,4	20,5	4,5	44,1	21,2	47,2	31,7	7,8	43,1
France métropolitaine	39,0	24,9	54,3	20,8	4,5	42,6	22,6	48,1	29,3	7,2	43,2

Source : Insee, modèle OMPHALE.

Source : Projections régionales de population à l'horizon 2030 ; Olivier Léon, Pascal Godefroy, pôle Emploi-population, Insee, n°1111 décembre 2006

D'autre part, en lien avec l'arrivée aux grands âges des générations du baby-boom, la population va vieillir, et la part des personnes de plus de soixante ans va croître dans l'ensemble des régions (tableau 2.1). L'Île-de-France serait la région la moins touchée par ce phénomène et serait la seule

région française à présenter un âge moyen de moins de 40 ans. Dans la moitié des régions, les décès dépasseront en nombre les naissances provoquant un solde naturel négatif. Ce phénomène rendra ces régions d'autant plus susceptibles aux variations migratoires. Il est également à noter que les régions où la croissance démographique serait la plus faible, seraient également celles où la population des moins de 59 ans diminuerait le plus, pérennisant le phénomène de décroissance démographique (Léon et Godefroy, 2006).

2 Les besoins de soins :

L'analyse des besoins de santé bucco-dentaire n'est pas chose facile. La Cour des comptes, dans son rapport de 2010 sur la sécurité sociale, constatait que la prévision des besoins en termes de santé bucco-dentaire était difficile. « L'analyse des besoins en soins est difficile et les éléments d'appréciation qualitatifs sur leur évolution future sont contradictoires. D'une part, le vieillissement de la population pourrait entraîner un accroissement des besoins, principalement parodontaux, implantaires ou prothétiques. Les besoins des personnes âgées sont d'ores et déjà importants. Les personnes âgées dépendantes, en particulier, n'ont pas bénéficié des progrès sanitaires continus [...] En sens inverse, l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire de la population, en particulier des plus jeunes, devrait limiter le recours aux soins dans les années à venir. [...] Enfin, les besoins auxquels on doit avoir recours en vieillissant sont plus chers et moins bien remboursés, ce qui en limite la demande. » (Cour des comptes, 2010). Cette citation résume assez bien le problème de l'évaluation des besoins de soins et à plus forte raison de la demande de soins.

2.1 Les indicateurs :

L'indice CAO permet de quantifier la prévalence et l'incidence de la carie. Les indices parodontaux permettent de quantifier l'atteinte des tissus de soutien des dents et enfin le coefficient masticoire permet d'évaluer l'efficacité de la fonction masticatrice.

2.1.1 Indice CAO :

L'indice CAO est un indice permettant de calculer la prévalence de la carie dentaire. L'indice CAO individuel est le total du nombre de dents cariées, absentes (pour cause de carie) et obturées (c'est-à-dire le nombre de caries traitées) pour cet individu. L'indice CAO moyen est la somme des indices CAO individuel divisée par le nombre d'individus formant la population. Ainsi, l'indice CAO moyen permet de quantifier la prévalence de la carie dentaire. Cet indice CAO peut également s'écrire CAOD pour indice CAO comptabilisé par dents.

Il existe des variantes de l'indice CAOD ; l'indice CAOF qui, lui, considère le nombre de faces cariées, absentes ou obturées.

L'indice caod et l'indice caof sont les équivalents des indices CAOD et CAOF quand on étudie spécifiquement les dents déciduales.

Le niveau d'atteinte carieuse est considéré comme :

- Très bas en dessous de 1.1
- Bas entre 1.2 et 2.6

- Moyen entre 2.7 et 4.4
- Élevé entre 4.5 et 6.5
- Très élevé au-delà de 6.5

2.1.2 Indices Parodontaux :

Il n'existe pas, comme pour la carie, un seul indice faisant consensus et permettant la mesure fiable de la prévalence des maladies parodontales. L'indice Gingival (GI) de Loe et Silness est un indice communément utilisé pour les études épidémiologiques. Il consiste à évaluer l'inflammation de la gencive sur les 4 faces de chaque dent. L'inflammation gingivale est donc évaluée numériquement pour chaque face puis divisée par le nombre de faces il donne un score d'inflammation moyen. Voici l'échelle utilisée :

- 0 pas d'inflammation / pas de changement de couleur / pas de saignement
- 1 légère inflammation / légère altération de la surface gingivale / pas de saignement au sondage
- 2 Inflammation modérée / érythème / Œdème / saignement provoqué au sondage ou à la pression
- 3 Inflammation sévère / Erythème important / Œdème important / tendance au saignement spontané / parfois ulcération

Cet indice est relativement opérateur-dépendant. D'autre part, il n'est quasiment pas utilisé en clinique, car l'intérêt des cliniciens se trouve davantage dans la surveillance des facteurs étiologiques et des conséquences des maladies parodontales.

Ainsi, sont principalement utilisés les indices d'hygiène et de plaques dentaires qui évaluent la quantité de plaque dentaire, facteur étiologique principal des atteintes parodontales. L'indice de saignement est, lui, également très utilisé pour évaluer le degré d'inflammation de la gencive. Enfin, on évalue la sévérité d'atteinte du parodonte par la mesure de la profondeur des poches parodontales. La mesure de la perte d'attache, de l'atteinte de la furcation et de la mobilité complètent ces précédentes mesures afin d'évaluer l'évolution de la maladie dans le temps et de définir un pronostic.

Tableau 2.2 : Classification par sévérité de la parodontite : mesure en millimètre

	sain	P. légère	P. modérée	P. sévère
Perte d'attache	0	1-2	3-4	5 ou +
Profondeur de poche	2 ou -	3-4	5-6	7 ou +

2.1.3 La capacité masticatoire :

L'indice le plus éloquent dans ce domaine est très certainement le coefficient de mastication.

Celui-ci permet d'évaluer la capacité masticatoire en attribuant aux dents un nombre de points si celle-ci présente un antagoniste et rentre en occlusion. Voici le nombre de points attribués à chaque dent :

- Incisives centrales maxillaires 2
- Incisives centrales mandibulaires 1
- Incisives latérales 1
- Canines 4
- Prémolaires 3
- Molaires 5
- Dents de sagesse maxillaires 2
- Dents de sagesse mandibulaires 3

Le coefficient masticatoire est de 100 % pour un patient présentant 32 dents s'engrainant correctement. Pour un individu sans dents de sagesse, ce taux est de 90 %. Le coefficient chute rapidement en cas d'édentement molaire.

L'armée qui utilise ce coefficient pour ses incorporations, considère inapte un individu ayant un coefficient masticatoire inférieur à 30 %.

2.2 Dans le monde :

Les problèmes de santé bucco-dentaire sont majeurs dans le monde. Ainsi l'OMS estime que la carie dentaire touche 60 à 90 % des enfants scolarisés et près de 100 % des adultes. D'autre part, elle estime à 15 à 20 % le taux d'adulte d'âge moyen de 35 à 44 ans présentant des parodontites sévères pouvant entraîner la perte des dents. Enfin, elle estime à 30 % le taux d'adultes de 65 à 74 ans n'ayant plus de dents naturelles en bouche (OMS, 2012). Ces estimations permettent de mettre en évidence deux maladies bucco-dentaires majeures : la carie dentaire et les parodontoses ainsi que leur principal préjudice : la perte d'efficacité masticatrice. Afin de les évaluer le plus scientifiquement possible, des indicateurs ont été créés.

2.3 La situation en Europe:

La forte baisse de l'indice CAO (à 12 ans) dans l'ensemble des pays d'Europe présage d'une amélioration globale de la santé bucco-dentaire. Il existe néanmoins des écarts encore importants entre les pays avant-gardistes tels que la Suède, la Suisse, la Hollande avec un indice CAO proche de 1 et les pays en queue de peloton comme la Pologne ou la Belgique avec un indice CAO proche de 4 (tableau 2.3).

Tableau 2.3 : Evolution des indices CAO des enfants de 12 ans dans le monde occidental.

Pays	Indices	Années 70	indices	Années 90
Allemagne	6	73	3,3	92/93
Autriche	2,2	73	3	93
Belgique	3,1	72	3,7	91
Danemark	6,4	78	1,2	95
Espagne	1,9	68	2,3	94
Finlande	7,5	75	1,2	94
France	3,5	75	2,1	93
Grande Bretagne	4,7	73	1,1	96/97
Grèce	3,8	83	1,6	93
Hollande	3,8	74	0,9	93
Irlande	5,4	72	1,4	93
Israël	2,4	66	3	89
Italie	5	78	2,1	96
Norvège	8,4	73	2,1	93
Pologne	7	69/74	5,2	92
Portugal	4,6	79	3,2	90
Suède	6,3	77	1	97
Suisse	6,1	75	1,1	92
USA	4	65/67	1,4	91

source : Étude de la démographie des chirurgiens-dentistes en France et en Savoie : bilan et perspectives, Dhellemmes Sylvain, 2005 163p

2.4 En France :

2.4.1 Epidémiologie de la carie en France :

En France, des études sur la prévalence de la carie ont été réalisées notamment par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire UFSBD, centre collaborateur de l'OMS. Une étude sur l'indice CAO des enfants de 6 et 12 ans a été menée en 1987, 1990, 1993, 1998 et 2006. En voici les résultats :

Tableau 2.4 : Résultat des études de 1987, 1990, 1993 et 2006 de l'UFSBD concernant la prévalence de la carie chez l'enfant de 6 ans dans un échantillon représentatif de la population française.

année	coCAO	cC	oO	A	% enfants indemne	CAO enfants atteints
1987	3,73	2,83	0,90	0,03	26,9	5,10
1990	2,90	2,03	0,83	0,00	39,5	4,79
1993	1,75	1,25	0,50	0,00	55,7	3,95
2006	1,37	0,97	0,39	0,02	63,4	3,75

Source : document personnel réalisé grâce aux données issues de l'ouvrage suivant : La santé dentaire en France, enfants de 6 et 12 ans, 2006, Patrick Hescot – Edith Roland ; 84p (extrait P 77-82)

Tableau 2.5 : Pourcentage d'enfants de 6 ans de la cohorte représentative de la population française nécessitant des soins dans les domaines suivants :

Années	Soins de carie	Soins orthodontie*	Éducation à hygiène	Détartrage	Soins gingivaux
1987	66,3	42,6	57,3	6,9	6,1
1990	50,9	39,0	44,7	6,2	6,9
1993	37,6	35,6	22,5	5,0	3,7
2006	29,6	27,1	23,4	6,3	3,3

* : Il est entendu ici, pour les soins orthodontiques, les enfants nécessitant une surveillance de l'évolution et les enfants nécessitant actuellement un traitement

Source : document personnel réalisé grâce aux données issues de l'ouvrage suivant : La santé dentaire en France, enfants de 6 et 12 ans, 2006, Patrick Hescot – Edith Roland ; 84p (extrait P 77-82)

Tableau 2.6 : Résultat des études de 1987, 1990, 1993,1998 et 2006 de l'UFSBD concernant la prévalence de la carie chez l'enfant de 12 ans dans un échantillon représentatif de la population française.

année	CAO	C	O	A	% enfants indemne	CAO enfants atteints
1987	4,20	2,32	1,52	0,36	14,0	4,88
1990	3,02	1,29	1,47	0,26	27,3	4,15
1993	2,07	0,58	1,28	0,20	38,8	3,38
1998	1,94	0,82	0,95	0,17	44,9	3,52
2006	1,23	0,47	0,60	0,16	61,8	2,55

Source : document personnel réalisé grâce aux données issues de l'ouvrage suivant : La santé dentaire en France, enfants de 6 et 12 ans, 2006, Patrick Hescot – Edith Roland ; 84p (extrait P 77-82)

Tableau 2.7 : Pourcentage d'enfants de 12 ans de la cohorte représentative de la population française nécessitant des soins dans les domaines suivants :

Années	Soins de carie	Soins orthodontie*	Éducation à hygiène	Détartrage	Soins gingivaux
1987	70,2	53,4	62,3	24,2	26,6
1990	48,5	57,1	50,0	15,5	18,7
1993	29,7	60,8	38,1	19,2	17,1
1998	33,0	70,7	45,7	22,7	18,0
2006	23,1	48,0	34,8	18,8	13,3

* : Il est entendu ici, pour les soins orthodontiques, les enfants nécessitant une surveillance de l'évolution et les enfants nécessitant actuellement un traitement

Source : document personnel réalisé grâce aux données issues de l'ouvrage suivant : La santé dentaire en France, enfants de 6 et 12 ans, 2006, Patrick Hescot – Edith Roland ; 84p (extrait P 77-82)

De ces études (tableau 2.4 ; 2.5 ; 2.6 ; 2.7), il en ressort une baisse majeure de l'incidence et de la prévalence de la carie chez l'enfant. En effet, depuis 1987, l'indice coCAO à 6 ans ainsi que l'indice CAO à 12 ans ont diminué drastiquement passant respectivement de 3.73 à 1.37 et de 4.2 à 1.23. Ainsi, on peut dire que l'ensemble de la population des enfants de 6 et 12 ans en France présente moins de caries (Hescot et Rolland, 2006). D'autre part, si seulement 26.9 % de la population française d'enfants de 6 ans était indemne de carie en 1987, ce taux atteint 63.4 % en 2006, et pour les enfants de 12 ans, la progression est encore plus fulgurante avec un taux d'enfants indemnes de carie de 14 % seulement en 1987 mais qui évoluera pour atteindre 61.8 % en 2006.

Par conséquent, le taux d'enfants nécessitant des soins de caries a globalement diminué qu'il s'agisse des enfants de 6 ans ou de 12 ans. Cette tendance est à étendre aux besoins d'éducation à l'hygiène, aux besoins de détartrage, aux besoins de soins gingivaux qui eux aussi concernent une part de plus en plus faible de la population française des enfants de 6 et 12 ans.

Cette amélioration majeure et rapide de la santé bucco-dentaire des jeunes français semble liée principalement à l'amélioration de l'hygiène de la population (hygiène alimentaire + sucre de synthèse + amélioration hygiène bucco-dentaire), ainsi qu'à la prophylaxie liée à la fluoration (du sel, des dentifrices...) (Hescot et Rolland 2006).

Les besoins en soins orthodontiques ont, eux, connu une croissance importante lors de la décennie 1990 pour atteindre 70.7 % de la population en 1998 puis ceux-ci ont décliné pour atteindre 48 % en 2006.

La comparaison des différentes études met également en évidence une concentration des besoins de soins sur une partie de la population. Ainsi, si l'on ramène l'indice coCAO et l'indice CAO au nombre d'enfants atteints, on obtient l'indice coCAO et l'indice CAO moyen des personnes présentant des

caries que nous appellerons ici indice coCAO atteint et CAO atteint. Le coCAO atteint est passé de 5.10 en 1987 à 3.75 en 2006, et l'indice CAO atteint de 4.88 en 1987 à 2.55 en 2006. Ces indices ont, d'une part, décliné moins rapidement que ceux ramenés à la population totale et restent, d'autre part, encore à des valeurs relativement élevées. La demande de soins dentaires dans l'enfance semble donc se concentrer sur une population de plus en plus réduite mais dont les besoins de soins sont encore très élevés. Ainsi l'UFSBD estimait en 2006 que seulement 6 % de la population française des enfants de 12 ans présentait la moitié des dents atteintes de caries et que 20 % de celle-ci totalisaient 72 % des atteintes carieuses.

Face à l'amélioration sans équivoque de la santé bucco-dentaire d'une grande majorité de la population infantile française, l'UFSBD a souhaité identifier socialement ces populations cario-sensibles afin d'adapter ses actions de prévention (tableau 2.8).

Tableau 2.8 : Evolution de l'indice CAO à 12 ans entre 1990 et 2006 en fonction du sexe ; de la catégorie socio-professionnelle des parents ; de la zone de résidence et du type d'établissement scolaire.

Variables	Catégories	1990	2006
population totale		3,02	1,23
par sexe	Masculin	2,92	1,2
	Feminin	3,12	1,27
par CSP	Agriculteurs	3,38	1,42
	Commerçants	2,93	1,15
	Cadre sup	2,31	0,9
	Prof. Int.	2,86	1,21
	Employés	2,75	0,97
	Ouvriers	3,37	1,55
	Autres	3,54	1,6
par zone géo	Zones rurales	3,33	1,59
	Petites agglomér.	3,29	1,16
	Grandes agglomér.	2,84	1,21
Par établissement	Public	3,04	1,26
	Privé	2,93	1,11

Source : document personnel réalisé grâce aux données issues de l'ouvrage suivant : La santé dentaire en France, enfants de 6 et 12 ans, 2006, Patrick Hescot – Edith Roland ; 84p (extrait P 77-82)

Ainsi, les atteintes carieuses prédominent chez les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers et chez les enfants dont les parents sont inactifs (tableau 2.8). Concernant la zone géographique de résidence, les enfants vivant dans une zone rurale ont statistiquement davantage de caries. D'autre part, les enfants scolarisés dans un établissement privé présentent moins de caries qu'un enfant scolarisé dans un établissement public. Dans les établissements publics, les établissements placés en zone d'éducation prioritaire ZEP présentent un indice CAO plus important.

Ces études permettent de connaître l'évolution de la prévalence de la carie chez l'enfant de 6 et 12 ans au cours des 2 dernières décennies. Cela donne une tendance permettant d'évaluer les besoins en soins de la population française. Ainsi, ces études successives ne permettent pas de définir :

- La prévalence de la carie chez l'adulte
- Si les besoins de soins de caries chez l'adulte s'en trouvent réduits
- La pérennité des soins dans le temps

Ainsi, pour définir les besoins de soins de carie chez les adultes en fonction de l'indice CAO des enfants de 12 ans, il est primordial de :

- Tenir compte du renoncement aux soins
- Tenir compte des périodes de l'adolescence et de celle du jeune adulte où il y a une modification des habitudes alimentaires et d'hygiène.
- De la durée de vie des soins dentaires

Peu d'études décrivant l'épidémiologie de la maladie carieuse chez les adultes ont été réalisées en France (37) (HAS, 2010). Il existe des études sur l'indice CAO de la population adulte mais celle-ci ne présente pas une représentativité nationale aussi indiscutable que les études de l'UFSBD.

Les études de Bou et al. (38) (2006) et Muller et al (39) (2002) se sont focalisées sur l'épidémiologie de la carie chez des étudiants de 1^{ère} année d'étude à l'université Paul-Sabatier Toulouse pour la première et à Nice Sophia-Antipolis pour la seconde. Les étudiants avaient un âge moyen de 19,4 ans. L'indice CAO moyen à Toulouse était alors de $4,80 \pm 3,78$ chez les filles et $4,22 \pm 3,65$ chez les garçons et le C moyen était de 1,0 (Bou, 2006) les valeurs étaient quasiment identiques pour l'étude de Muller.

Deux autres études ont été menées pour définir l'épidémiologie de la carie chez l'adulte par Dupré et al. en 2005 (Dupré et al, 2005) et la MSA en 2008 (MSA, 2008).

L'étude de Dupré et al. est sûrement l'étude la plus représentative de l'état bucco-dentaire des Français de 35 à 44 ans. Elle a été réalisée dans les centres de soins de la CNAMTS (ce qui constitue néanmoins un biais majeur, car elle s'intéresse à une population plus défavorisée) et s'établit sur l'analyse de 384 530 individus. Celle-ci révèle un indice CAO moyen de 13.5 chez les hommes et de 15.5 chez les femmes. L'indice CAO est significativement plus élevé chez les personnes précaires, les

artisans commerçants, les inactifs, les ouvriers, les fumeurs et les personnes présentant beaucoup de tartre et de plaque dentaire (Dupré et al., 2005). L'étude de la MSA réalisée auprès d'un échantillon de ses affiliés âgés de 35 à 50 ans présente un indice CAO moyen de 13,4 IC95 [13,2-13,5] (MSA, 2008).

Enfin, concernant les personnes âgées, nous n'avons retenu qu'une seule étude régionale évaluant l'épidémiologie de la maladie carieuse chez les personnes âgées vivant à leur domicile (URCAM Bretagne, 2004). Il s'agit d'une enquête descriptive transversale réalisée auprès d'un échantillon de 1 225 personnes âgées entre 65 et 85 ans, bénéficiaires de la MSA et résidant en Basse-Normandie, en Bretagne ou en Pays de la Loire. Les résultats montraient un CAO moyen de 17,8 avec un C moyen de 0,8.

2.4.2 Epidémiologie de la Santé Parodontale des adultes en France :

En France, la prévalence des maladies parodontales est restée globalement inconnue jusqu'en 2003. Précédemment, la situation parodontale de la population Rhône-Alpine a été décrite en 1993-1995 pour les adultes de 35-44 ans et de 65-74 ans (Bourgeois et al, 1997 ; 1999)

En 2003, le projet NPHEs a été réalisé afin de fournir des données épidémiologiques fiables concernant les parodontopathies et leurs facteurs de risques. La direction du projet a été confiée à l'UFSBD et aux centres d'exams de santé de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés CNAMTS.

Cette étude a retenu 2 indices parodontaux majeurs ; la profondeur de poche et la perte d'attache du parodonte. Cette étude de référence permet d'évaluer la prévalence de la maladie parodontale en France.

Tableau 2.9 : Pourcentages de la population classée en fonction de leur perte d'attache la plus importante et de leur classe d'âge.

Perte d'attache	35-39	40-49	50-59	60-64	Total 35-64	estimation pop française
Nulle ou légère (- de 2)	8,8	4,9	4,4	2,8	4,6	935 000
Modérée (entre 2 et 3)	28,7	21,5	13,5	13,4	20,1	4 085 000
Modérée (entre 3 et 4)	30,2	31	26,9	24,8	28,6	5 812 000
Modérée (entre 4 et 5)	23,4	26,7	28,1	30,4	27	5 487 000
Sévère (+ de 5)	8,9	15,9	27,1	28,6	19,7	4 004 000

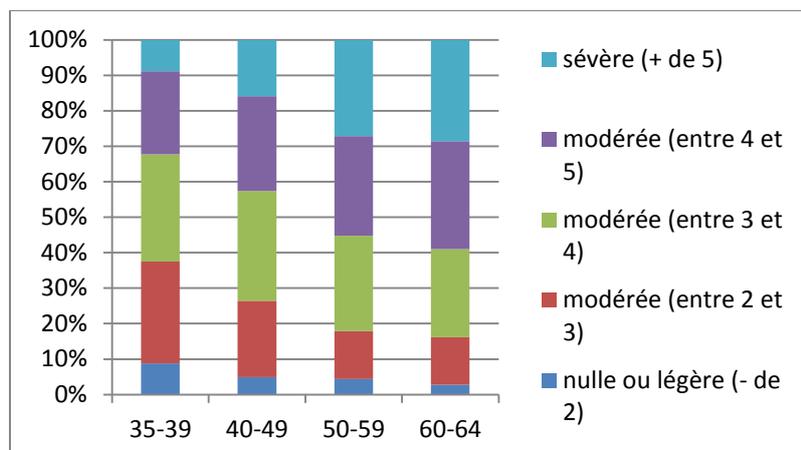
Document personnel établi grâce aux données de l'ouvrage suivant : Santé parodontale et santé générale, situation en France, Hescot Patrick-Bourgeois Denis, UFSBD, édition 2005 72p

Lecture : 8.8 % de la population des 35-39 ans présente comme perte d'attache la plus importante une perte d'attache inférieure ou égale à 2mm. 21.5 % de la population des 40-49 ans présente comme perte d'attache la plus importante une perte d'attache modérée entre 2 et 3mm.

La perte d'attache est un indice parodontal très important car il permet de retracer « l'historique » de la maladie. La perte d'attache correspond en effet à un « stigmate » de la maladie parodontale, et c'est pour cela qu'il caractérise bien la population des individus atteints de parodontite ou ayant été atteints d'une parodontite.

D'autre part, les individus sont considérés par le site de perte d'attache le plus marqué, celui-ci peut être bien plus marqué que l'ensemble des autres sites du fait de cofacteurs locaux (brossage traumatique, malposition, surcharge occlusale, antécédents de trauma...)

Figure 2.5 : Graphique représentant le pourcentage de la population classée en fonction de leur perte d'attache la plus importante et de leur classe d'âge.



Document personnel établi grâce aux données de l'ouvrage suivant : Santé parodontale et santé générale, situation en France, Hescot Patrick-Bourgeois Denis, UFSBD, édition 2005 72p

Tableau 2.10 : pourcentage de sites présentant une perte d'attache nulle, légère, modérée, ou sévère sur la population des 35-64 ans.

Perte d'attache	35-64 ans
Nulle ou légère (- de 2)	70,87
Modérée (entre 2 et 3)	19,99
Modérée (entre 3 et 4)	5,86
Modérée (entre 4 et 5)	2,4
Sévère (+ de 5)	0,88

Document personnel établi grâce aux données de l'ouvrage suivant : Santé parodontale et santé générale, situation en France, Hescot Patrick-Bourgeois Denis, UFSBD, édition 2005 72p

Lecture : pour la population des 35-64 ans, 70.87 % des sites examinés au sondage (6 sites par dents) présente une perte d'attache nulle ou inférieure à 2mm ; 19.99 % une perte d'attache comprise entre 2 et 3mm...

Lorsque l'on étudie le pourcentage de sites de sondages atteints, on remarque une grande proportion de sites sains ou présentant une faible perte d'attache. Seuls 29.13 % des sites ont une perte d'attache modérée à sévère. Ainsi, si la perte d'attache modérée et sévère (supérieure ou égale à 2mm) touche la quasi-totalité de la population étudiée (95.4 %), le taux de sites présentant une atteinte supérieure à 2mm reste, lui, assez faible (limité à 29.13 %).

La profondeur de poche permet, quant à elle, de définir davantage la sévérité de la parodontite en phase active. Chez le sujet présentant un parodonte épais, l'inflammation parodontale aura préalablement pour effet de se traduire par une profondeur de poche marquée avant d'entraîner une perte d'attache. Suivre ce marqueur présente également un intérêt épidémiologique complémentaire.

Tableau 2.11 : Pourcentages de la population classée en fonction de leur poche parodontale la plus importante et de leur classe d'âge.

Profondeur de poche	35-39	40-49	50-59	60-64	Total 35-64	estimation pop française
Physiologique (2 ou -)	23,43	17,11	15,1	16,24	17,77	3 600 000
P.légère (2-3mm)	32,54	23,22	28,92	27,32	30,36	6 000 000
P. légère (3-4mm)	39,69	40,61	40,8	47,16	41,66	8 300 000
P. modérée (5-7mm)	3,91	8,07	13,2	7,73	8,48	1 700 000
P. sévère (7 mm et +)	0,43	2,36	2,08	1,55	1,73	350 000

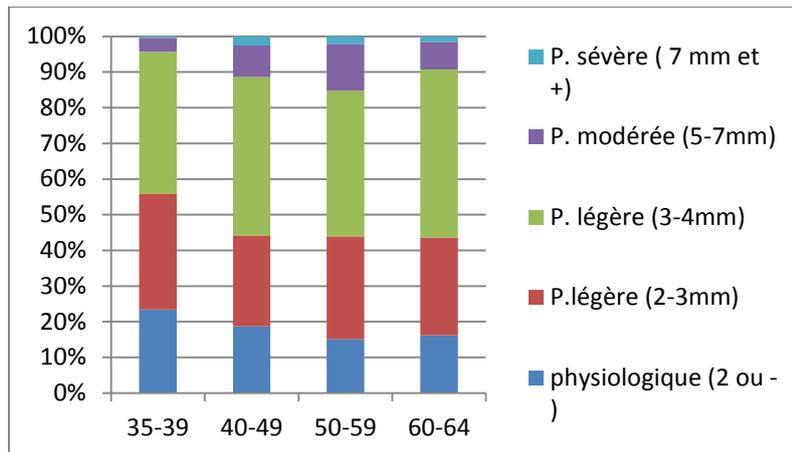
Document personnel établi grâce aux données de l'ouvrage suivant : Santé parodontale et santé générale, situation en France, Hescot Patrick-Bourgeois Denis, UFSBD, édition 2005 72p

Lecture : 23.43 % de la population des 35-39 ans présente comme poche parodontale la plus importante une poche parodontale inférieure ou égale à 2mm (figure 2.11). 23.22 % de la population des 40-49 ans présente comme poche parodontale la plus importante une poche parodontale entre 2 et 3mm.

Globalement, si 82.23 % de la population des 35-64 ans présente une parodontite, celle-ci est majoritairement légère. En effet, 90 % de la population étudiée présente une profondeur de poche maximale inférieure à 5 mm ce qui correspond à un état physiologique ou une parodontite légère.

Il faut tout de même considérer la profondeur de poche comme une mesure de la parodontite dans sa phase active actuelle, car l'atteinte est à mettre en relief avec d'éventuelles pertes d'attaches antérieures. Ainsi, une profondeur de poche de 5mm sur un parodonte ayant une attache maximale n'aura pas les mêmes conséquences que lorsque la dent étudiée aura connu des épisodes inflammatoires préalables et que celle-ci présentera une perte d'attache sévère.

Figure 2.6 : Graphique représentant le pourcentage de la population classée en fonction de leur poche parodontale la plus importante et de leur classe d'âge.



Document personnel établi grâce aux données de l'ouvrage suivant : Santé parodontale et santé générale, situation en France, Hescot Patrick-Bourgeois Denis, UFSBD, édition 2005 72p

Ainsi le graphique (Figure 2.6) met en évidence un accroissement des profondeurs de poches avec l'âge, reflet d'une évolution chronique de la maladie. Néanmoins, on remarque une baisse du taux des parodontites modérée « les plus sévères » (5 à 7mm) et des parodontites sévères pour la tranche d'âge des 60-64 ans. Ceci pourrait s'expliquer par plusieurs phénomènes : une perte d'attache plus importante ; des mobilités importantes de ces dents entraînant pertes et avulsions ; un âge où le recours à la prothèse amovible est plus acceptée par les patients et où les dents présentant un mauvais pronostic parodontal sont avulsées (Hescot et Bourgeois, 2005).

Tableau 2.12 : pourcentage de sites présentant une profondeur de poche physiologique ou signe d'une atteinte parodontale légère, modérée, ou sévère sur la population des 35-64 ans.

35-64	
Profondeur de poche	ans
Physiologique (2 ou -)	81,26
Légère (2-3mm)	13,48
Modérée (3-4mm)	4,9
Modérée (5-7mm)	0,33
Sévère (7 et +)	0,03

Document personnel établi grâce aux données de l'ouvrage suivant : Santé parodontale et santé générale, situation en France, Hescot Patrick-Bourgeois Denis, UFSBD, édition 2005 72p

Lecture : pour la population des 35-64 ans, 81.26 % des sites examinés aux sondages (6 sites par dents) présentent une poche parodontale physiologique (inférieure à 2mm) ; 13.48 % une poche parodontale comprise entre 2 et 3mm...

Même si 82.23 % de la population des 35-64 ans sont concernés par la parodontite, il faut nuancer cette atteinte car seulement 19.74 % des sites examinés présentent un sondage de poche supérieur à 2mm (figure 2.12). 13.48 % ont un sondage avec une profondeur comprise entre 2 et 3mm. Enfin seuls 5.26 % des sites examinés ont une profondeur au sondage supérieure à 3mm, correspondant à une parodontite modérée à sévère.

Ainsi, on peut conclure que la parodontite est une maladie ayant une prévalence importante en France mais que, dans une large majorité des cas, il s'agit de forme légère et localisée. Le taux d'atteintes sévères du parodonte entraînant des édentements est relativement faible, mais cela correspond au niveau national à un effectif non négligeable.

D'autre part, l'étude précédemment citée ne constitue qu'une photographie à un temps T de la population, elle ne permet pas de prédire l'évolution de la maladie parodontale pour un individu et ne permet donc pas de prendre en compte les dents perdues ou avulsées pour raison parodontale. Elle ne permet pas non plus de définir si l'incidence de la maladie parodontale croît ou au contraire décroît.

2.4.3 La capacité masticatrice :

La capacité masticatrice dépend d'un ensemble de paramètres parmi lesquels on retrouve :

- les capacités cognitives et motrices
- la force des muscles masticateurs
- l'intégrité des articulations temporaux-mandibulaires
- le bon engrainement des dents antagonistes

C'est ce dernier paramètre, majeur pour la capacité masticatrice qui va nous intéresser. Celui-ci est représenté par le coefficient masticatoire. Le coefficient masticatoire permet de définir la valeur masticatoire des dents en intégrant l'ensemble des facteurs pouvant altérer celle-ci. Ainsi, une dent n'ayant pas de contact avec une dent antagoniste sera définie comme étant « inutile » à la mastication. Les raisons pouvant expliquer cette absence de contact sont multiples :

- agénésie, microdontie, défaut d'éruption
- malposition, béances
- Caries, atteintes parodontales
- Suite à un traumatisme
- latrogène

Il n'existe pas d'étude prospective nationale sur la capacité masticatrice, ni même sur l'édentement. En 2012, 6 390 000 actes de chirurgie ont été transmis à l'assurance maladie de la Sécurité Sociale (Ameli.fr, 2014) (Figure 1.15) dont la quasi-intégralité sont des actes d'avulsion dentaire. Ce chiffre ramené à la population globale française signifie qu'environ un français sur dix se fait extraire une dent chaque année. L'incidence de l'édentement en France en 2012 n'est donc pas anecdotique. Les avulsions étant un des facteurs majeurs de la baisse de la capacité masticatrice. Une étude prospective nationale de la capacité masticatoire par l'analyse du coefficient masticatoire d'une population représentative serait primordiale pour définir les besoins en soins prothétiques.

3 La formation initiale :

La formation est probablement l'un des éléments les plus décisifs dans la future installation du jeune chirurgien-dentiste et, ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'accès aux études en odontologie est limité par le numerus clausus. Le numerus clausus est défini au niveau national et oriente les étudiants sur les différents UFR. Enfin, la formation en elle-même conditionne grandement le type d'exercice de l'étudiant.

3.1 Historique : (Robein et Pierrot, 2013)

La formation à « l'art dentaire » a beaucoup évolué depuis la dernière moitié du vingtième siècle. Cette évolution s'est faite en lien étroit avec les modifications du cursus de formation médicale.

Avant 1965, l'enseignement est dispensé dans des écoles privées ou municipales ou encore dans des instituts de formation rattachés aux universités de médecine. La convention liant ces établissements aux facultés de médecine garantit le sérieux des enseignements mais il n'y a pas encore de contrôle étatique des études en odontologie. Les formations sont dispensées en 5 ans et sont théoriques et pratiques.

L'ordonnance du 30 décembre 1958, prescrivant la création de structures hospitalières et universitaires restera lettre morte jusqu'au 22 septembre 1965 ; date de son décret d'application, qui permettra la création des Écoles Nationales de Chirurgie Dentaire (ENCD) dont le rôle sera d'assurer les enseignements pratiques et théoriques ainsi que les Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaire (CSERD) dont la fonction sera l'enseignement et la recherche clinique. Cette réforme majeure modifiera en profondeur les programmes d'enseignement grâce à l'instauration d'un tronc commun d'enseignement pour les étudiants en médecine et en chirurgie dentaire. Mais il faudra attendre 1968 pour que la réforme soit pleinement appliquée. Cette réforme entraînera la création du statut hospitalo-universitaire pour les enseignants-chercheurs.

En 1968, la loi d'orientation de l'enseignement supérieur dite loi « Edgar Faure » modifiera le dispositif universitaire global plaçant les différentes facultés et instituts de formation sous l'autorité d'universités autonomes.

L'application de cette réforme pour l'odontologie se fera en 1971 et entraînera la création des Unités d'Enseignement et de Recherche (UER) qui remplaceront les ENCD. L'état prendra alors pleinement en charge la formation en odontologie par la création des structures mais également la création d'un corps enseignant et par l'édification de programmes de formation nationaux. La formation prendra alors un tournant médical et scientifique. L'entrée en deuxième année d'études sera alors conditionnée par un concours à l'issue de la première année d'étude, il s'agira de l'instauration du *numerus clausus*. Cette réforme inclura également la création d'un diplôme de docteur en chirurgie dentaire délivré après la soutenance de la thèse d'exercice à l'issue des 5 ans d'études prévues dans le cursus de formation initiale.

Le schéma global de formation initiale restera majoritairement inchangé jusqu'à l'arrêté du 27 septembre 1994 qui instituera la mise en place de trois cycles dans la formation de docteur en chirurgie dentaire. Le premier de 2 ans concentre une formation scientifique et médicale fondamentale ; le second cycle, de 3 ans, a une vocation plus clinique. Le troisième cycle, quant à lui, peut se faire soit en cycle court (1 an) soit en cycle long (3ans) c'est l'internat. Ce troisième cycle a pour vocation l'intégration professionnelle de l'étudiant. Cette réforme augmente d'un an la durée de formation initiale. Ce modèle de formation est calqué sur celui des études de médecine.

Suite à une manifestation à forte mobilisation étudiante, ceux-ci ont obtenu, en 1998, la gratuité des études en odontologie et la création d'un statut hospitalier dans les CHU de formation. Le statut

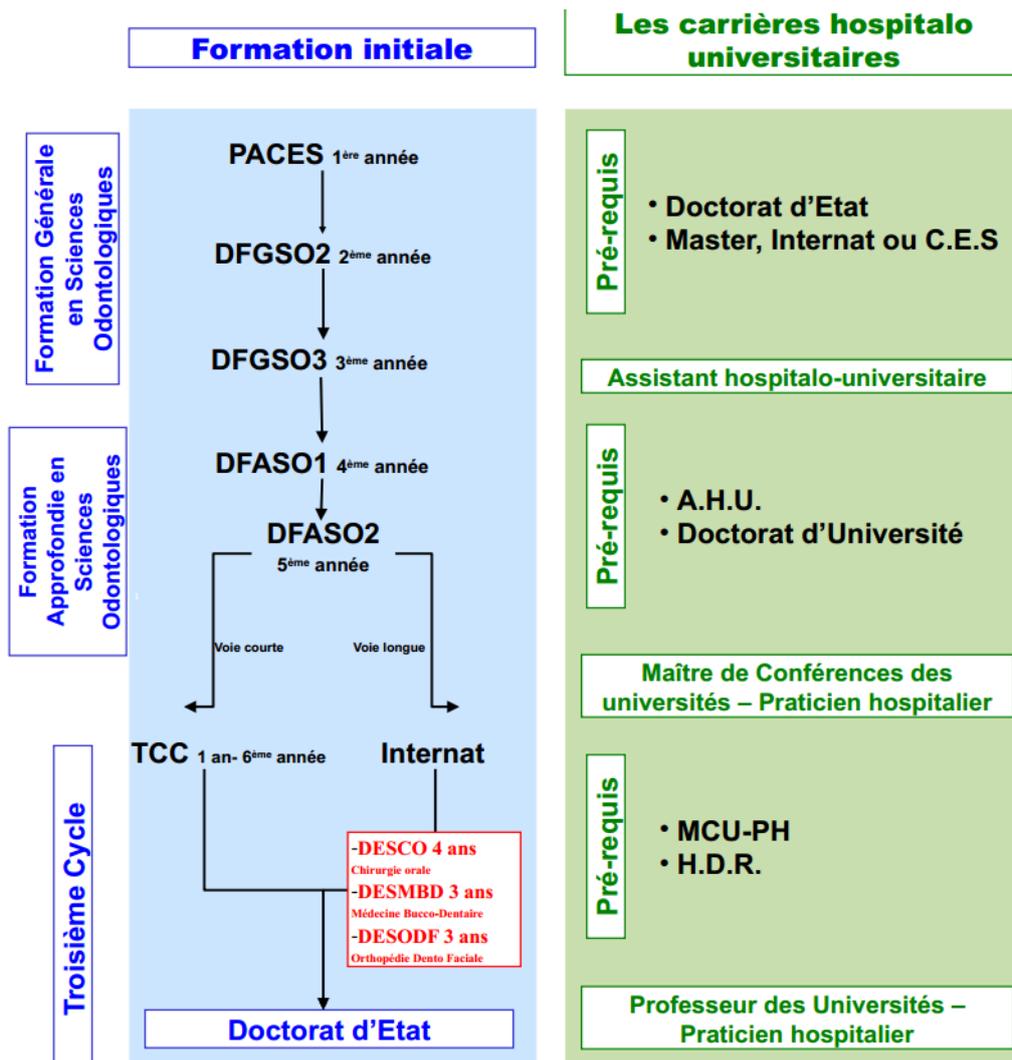
hospitalier des étudiants leur a permis de percevoir un salaire de la part des CHRU de formation et une couverture de sécurité sociale en contrepartie de la mise en place de vacations de santé publique assurées par les étudiants en 6^{ème} année. La gratuité des études en odontologie, l'autre revendication étudiante, fut, elle, appliquée de façon inégale par les différentes facultés françaises.

3.2 Actuelle :

Le processus de Bologne vit le jour en 1999 dessinant les contours d'une harmonisation des diplômes européens. Ce processus d'harmonisation établit un barème de crédit par année (60 ECTS) et des grades de diplômes : licence, master et doctorat.

Ce modèle ne sera appliqué aux études de santé qu'à partir de septembre 2010. Celui-ci se décompose en trois cycles de formation qualifiants. Le premier est le Diplôme de Formation Générale en Sciences Odontologiques DFGSO qui concerne les 3 premières années d'études. Il inclut la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES), année commune aux étudiants de médecine, dentaire, pharmacie et sage-femme et sanctionnée par un concours. Ce premier cycle a pour vocation la formation théorique et pratique. Puis les études se prolongent par un Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Odontologiques DFASO de 2 ans. Ce second cycle a pour vocation la formation clinique. Enfin le troisième cycle menant au diplôme de Docteur en chirurgie dentaire reste proche de la version préexistante. Le cycle court (1 an) ayant toujours pour finalité l'insertion professionnelle du futur jeune diplômé. Le cycle long, lui, a légèrement muté en 2011 pour devenir l'internat qualifiant en odontologie dont les filières sont, la Chirurgie Orale (4 ans), l'Orthodontie (3 ans) et la médecine Bucco-dentaire (3ans).

Figure 2.7 : Organigramme de la formation initiale en odontologie :



Source : Site internet de l'UFR odontologie de Brest (UBO, 2014)

4 Le Flux entrant :

Le flux entrant correspond au nombre de chirurgiens-dentistes débutant leur activité chaque année. Il est relativement facile à étudier car cette activité est conditionnée par l'inscription au Tableau du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes. Ce flux entrant est principalement constitué par les étudiants issus des 16 facultés françaises. Ainsi, la régulation se fait principalement par le numerus clausus qui définit le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études dans la filière au-delà de la première année.

4.1 Numerus Clausus :

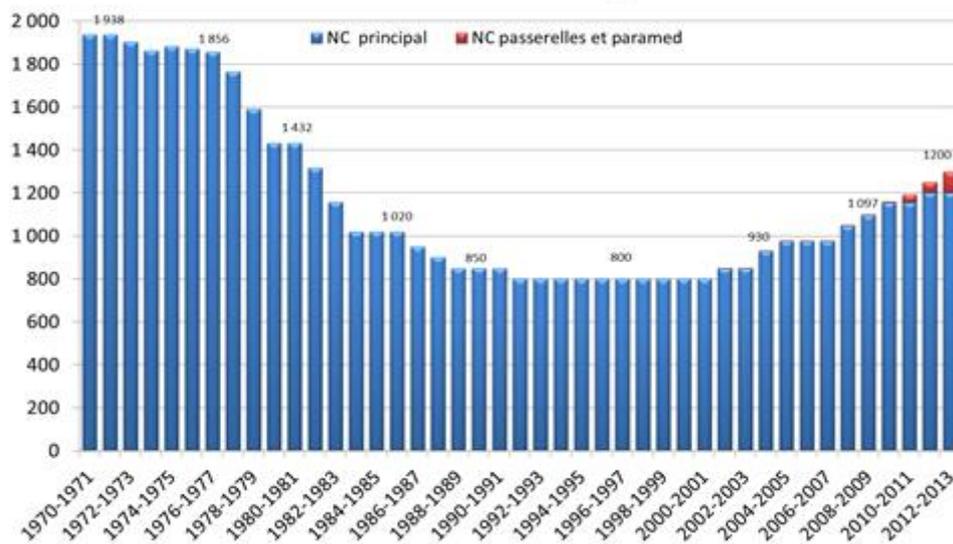
4.1.1 Historique : (Pierrot et Robein, 2013)

Le numerus clausus est le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études médicales au-delà de la première année. Celui-ci a été instauré en 1971 pour les filières « médecine et odontologie ». Le

numerus clausus est défini chaque année par décret, conjointement par les ministères de l'enseignement supérieur et de la recherche et par celui de la santé. Il est défini filière par filière et UFR par UFR. Ce numerus clausus joue donc un rôle de variables d'ajustement du flux entrant de nouveaux chirurgiens-dentistes sur le marché du travail. Il sera donc utilisé comme outil de régulation de la démographie professionnelle par les pouvoirs publics depuis sa création jusqu'à nos jours. Son inconvénient majeur est bien évidemment l'inertie entre les décisions politiques d'ajustement du numerus clausus et les effets escomptés sur l'offre de soins. Ceci est quasiment exclusivement lié à la durée des études en odontologie.

Ayant des problématiques communes, et s'appuyant sur les mêmes projections ; les variations du numerus clausus « dentaire » ont suivi les évolutions du numerus clausus « médecine ».

Figure 2.8 : Évolution du numerus clausus des études en odontologie :



Source : ONDPS. Etats des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes. Drees. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2013

De 1971 à 1977 la régulation pratique :

En 1971, la politique sous-jacente motivant la mise en place du numerus clausus est la régulation du nombre d'étudiants entrant dans les cursus médicaux afin que leur nombre soit en adéquation avec les capacités d'accueils des UFR et des hôpitaux (postes de TP, lieux de stage clinique...). Ainsi le premier numerus clausus sera fixé à 1938 étudiants pour la France entière. Il restera globalement stable jusqu'en 1977 où il sera fixé à 1856 étudiants.

De 1977 à 1991 régulation démographique : la baisse drastique du numerus clausus

Face à l'inexistence d'observatoire fiable sur l'évolution démographique des professions de santé, les pouvoirs politiques sont contraints de réguler arbitrairement le numerus clausus. La période correspond à la sortie des premières promotions d'étudiants sortant des UER. Face à cet afflux massif

d'étudiants sur le marché du travail, une crainte s'empare des syndicats de médecins (CSFM ; FMF), celle d'une pléthore de médecins formés synonyme d'une possibilité de chômage des médecins.

Dans le même temps, la CNAM voit en la régulation du nombre de nouveaux praticiens médicaux un moyen de maîtrise de l'offre de la santé et par voie de conséquence, de maîtrise des dépenses de santé.

Ainsi, la convergence des points de vue poussera les pouvoirs politiques successifs à diminuer progressivement le numerus clausus. Pour l'année 1991-1992, il sera de 3500 étudiants pour la filière médecine et 800 étudiants pour la filière odontologie.

De 1992 à 1998 : l'immobilisme :

Entre la crainte d'une pléthore à court et moyen terme et une pénurie à long terme, les avis divergent et la période sera celle de l'immobilisme.

Dès 1989, la prise de conscience d'une possible pénurie de médecins dans certaines régions, dans les années 2015, est décrite dans un rapport de la CNAM. Celle-ci préconise un ajustement du numerus clausus avec une baisse de celui-ci dans un premier temps pour répondre à la pléthore (NC à 2000 jusqu'en 1998) puis de le relever progressivement (NC à 4000 jusqu'en 2008 puis 6000 jusqu'en 2017) afin de répondre à la pénurie liée au départ en retraite des papy-boomers.

Dans un contexte de « difficultés économiques » pour les médecins, cette mise en garde a été très contestée par les syndicats médicaux qui eux, craignant le pic des 200000 praticiens en l'an 2000 ; demande encore une baisse du numerus clausus.

Durant cette période le statut quo du numerus clausus à son niveau le plus bas est de mise aussi bien dans la filière Odontologie (NC : 800) que Médecine (NC : 3500).

En 1997 le rapport « Choussat », réalisé à la demande du gouvernement pointe à nouveau du doigt la démographie médicale comme l'élément central de la régulation des dépenses de santé en France. Mais il a décrit le numerus clausus comme un moyen de régulation démographique à long terme qui n'a pas toujours été utilisé à bon escient. Le rapport préconise la mise en place d'une régulation à plus court terme et a proposé la régulation de la cessation d'activité, donnant naissance au mécanisme de cessation d'activité : le MICA. Celui-ci a pris fin en 2003 avec le constat amer d'un manque cruel de médecin durant la canicule de l'été 2003. A l'heure du bilan, le MICA aura permis le départ anticipé à la retraite de 9000 médecins entre 1997 et 2003, dont la plupart dans des zones ou des spécialités déjà sous dotées ; creusant ainsi encore un peu plus les inégalités naissantes.

Le MICA n'a jamais été mis en place pour les chirurgiens-dentistes modifiant alors le profil de l'évolution démographique des deux filières.

De 1999 à nos jours : une régulation à long terme

À partir des années 2000, les rapports détaillent mieux la situation de l'odontologie et l'heure est davantage à l'utilisation du numerus clausus comme un outil démographique et de répartition territoriale, mais sa portée sera limitée par le faible nombre de facultés et leur capacité d'accueil.

La période sera marquée par la publication de rapports détaillés sur la situation démographique médicale et tout particulièrement dentaire. Eveillé par le rapport « Choussat » en 1997 puis par les rapports « Berland » en 2002 et la Mission Odontologie en 2003 ; les instances voient plus clairement les évolutions de la démographie professionnelle ce qui leur permet d'ajuster le numerus clausus afin de répondre aux besoins futurs. Le numerus clausus augmente mais de façon raisonnée.

Créé en 2003, l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), présentera en 2007 un rapport sur la démographie actuelle des chirurgiens-dentistes ainsi qu'une projection de l'évolution de celle-ci jusqu'en 2030. Premier rapport réalisé par un organisme public celui-ci permettra, en se basant sur de nombreux critères (féminisation, activités des praticiens...) d'établir les besoins en termes de numerus clausus au niveau national et régional de façon précise. Ce rapport va accélérer la hausse du numerus clausus qui passera de 1047 en 2008 à 1097 l'année suivante puis à 1154 en 2010. Cette hausse sera freinée par les doyens qui scandent leur opposition à toute augmentation du numerus clausus si les moyens leur étant attribués ne sont pas ajustés en conséquence.

4.1.2 Instrument de régulation démographique :

Le numerus clausus est le moyen majeur de la régulation du « flux entrant » de chirurgiens-dentistes dans la profession et a été utilisé à cet effet depuis 1971. Pour qu'il soit efficace, il faut qu'il soit utilisé avec des projections suffisamment fiables et à long terme.

Le numerus clausus doit être ajusté en tenant compte de son inertie, en effet, toute modification de celui-ci entraîne des effets 6 ans après.

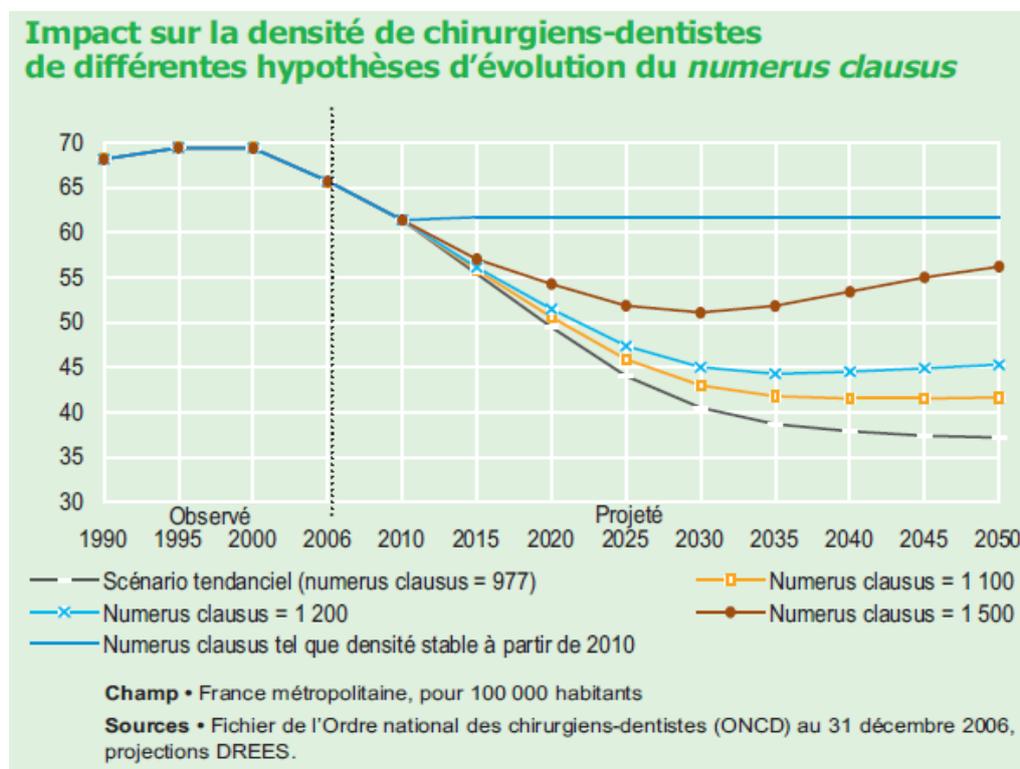
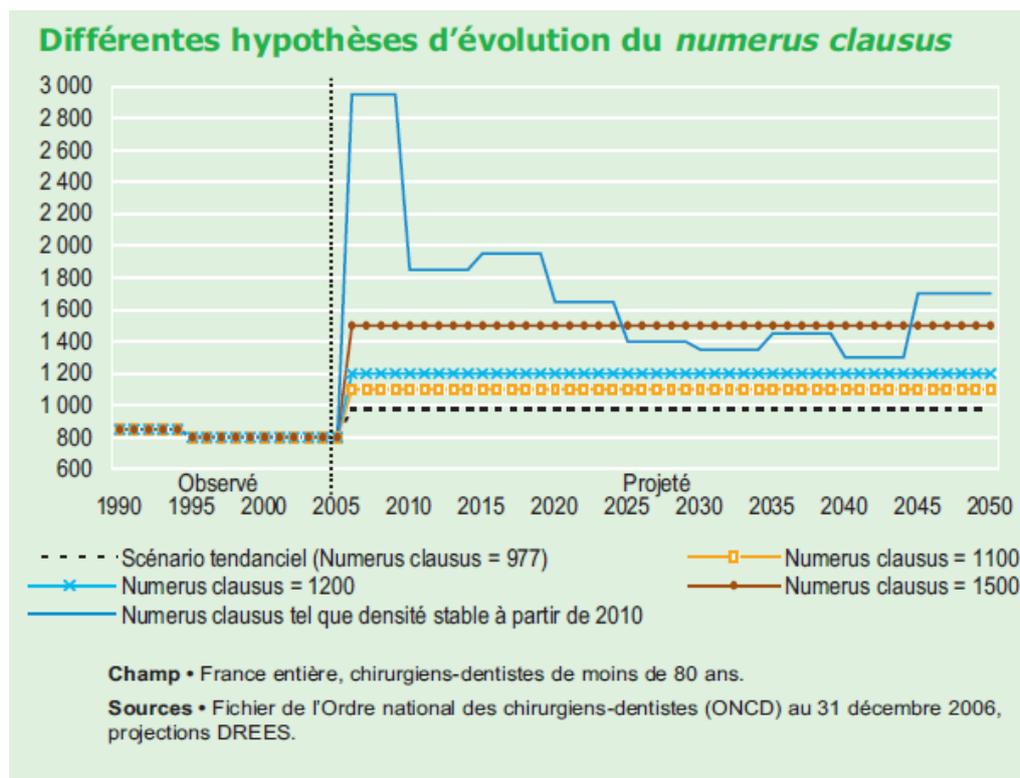
D'autre part, le numerus clausus ne peut définir à lui seul l'ensemble du « flux entrant » car il faut tenir compte des abandons d'études ainsi que des étudiants diplômés sans exercice (15 % en moyenne selon la mission odontologie de 2003 (Bois et al, 2003)), mais il faut aussi tenir compte des autres portes d'entrées vers la profession que sont les passerelles et les dentistes diplômés à l'étranger.

Ainsi, si le numerus clausus définissait assez fidèlement à lui seul le flux entrant dans les années soixante-dix, il ne représente en 2013 que les trois quarts du flux entrant.

4.1.3 Projection :

La projection des futurs effectifs est la clé d'un ajustement efficace du numerus clausus. En 2007, la DREES publie une projection de l'évolution démographique de la profession jusqu'en 2030. Celle-ci détaille la densité professionnelle, l'évolution du taux de féminisation, l'évolution de l'âge moyen et également le taux de praticiens libéraux. Cette projection est réalisée à numerus clausus équivalent, mais il est également testé plusieurs variations de celui-ci afin de voir l'impact de celle-ci sur la démographie future de la profession.

Figure 2.9 : Projections de différentes variations du *numerus clausus* et leurs incidences sur la densité de chirurgiens-dentistes de l'année 2005 à 2050.



Source : La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 ; Collet M et Sicart D ; Drees ; études et résultats ; n°595 septembre 2007

Des évolutions à la hausse du numerus clausus précédemment décrit ont été mises en place afin de répondre à cette « pénurie » programmée de chirurgiens-dentistes, mais dont les effets ne se produiront qu'à partir de 2013.

Or, dans le rapport de l'ONDPS de 2013, alors que les effets démographiques de la variation du numerus clausus ne peuvent encore porter leurs fruits, on voit une variation entre la situation projetée (37000, densité à 63) et la situation réelle (40000 densité à 65).

Cet écart est principalement lié à deux phénomènes ; l'un inexpliqué du recul de l'âge moyen de cessation d'activité et l'autre par l'augmentation du flux entrant hors numerus clausus, expliqué par un afflux relativement massif de chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger.

4.2 Entrant hors NC :

4.2.1 Les passerelles : (odontologie.parisdescartes.fr, 2014)

Les passerelles vers la 2^{ème} et 3^{ème} année sont des places supplémentaires au numerus clausus attribuées après l'examen des candidatures par une commission. Les conditions nécessaires de base sont la détention d'un des diplômes suivants :

- Diplôme national de master
- Diplôme d'études approfondies
- Diplôme d'études supérieures spécialisées
- Diplôme des écoles de commerce conférant le grade de master
- Diplôme des instituts d'études politiques conférant le grade de master
- Titre correspondant à la validation de 300 crédits européens, obtenu dans un autre état de l'union européenne ou état partie à l'accord sur l'espace économique européen ou dans la confédération suisse ou dans la principauté d'Andorre, répondant aux conditions posées par l'article 5 du décret n°2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'espace européen de l'enseignement supérieur.

Soit par le droit aux remords si l'on est étudiant d'une des filières médicales (médecine, pharmacie ou sage-femme) et que l'on souhaite changer de filière. Il faut avoir totalisé 120 crédits européens minimum dans le cursus médical pour prétendre à la passerelle.

La passerelle telle que décrite ci-dessus s'est mise en place avec la réforme LMD et le nombre de postes ouverts à beaucoup augmenté depuis 2010 (date de sa création) jusqu'à aujourd'hui.

En 2011, le nombre de postes ouverts est de 37 en odontologie pour la France entière, mais sur les 131 candidats seuls 27 seront retenus. Ainsi en 2011, 2.3 % des nouveaux étudiants étaient issus de passerelles. En 2013, le nombre de places est augmenté à 100, mais seules 66 candidatures sont

retenues, augmentant la part des étudiants issus des passerelles à 5,5 % de la promotion (ONDPS, 2013).

A numerus clausus égal, si l'ensemble des places de passerelles était attribué 8.3 % des nouveaux étudiants en seraient issus. Il est donc impératif de le prendre en compte le nombre d'étudiants admis par le biais des passerelles dans l'évaluation des évolutions démographiques à venir.

4.2.2 Praticiens diplômés à l'étranger :

Les accords européens de Bologne, mais également certains accords bilatéraux, permettent à des chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger de travailler en France après validation du conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

Ainsi, sur les 41418 chirurgiens-dentistes en activité en France au 1^{er} juillet 2013, 1786 sont titulaires d'un diplôme étranger soit 4.3 % de l'ensemble des chirurgiens-dentistes. Parmi ceux-ci, la grande majorité (77,4 %) d'entre eux ont été diplômés en Europe (ONDPS, 2013).

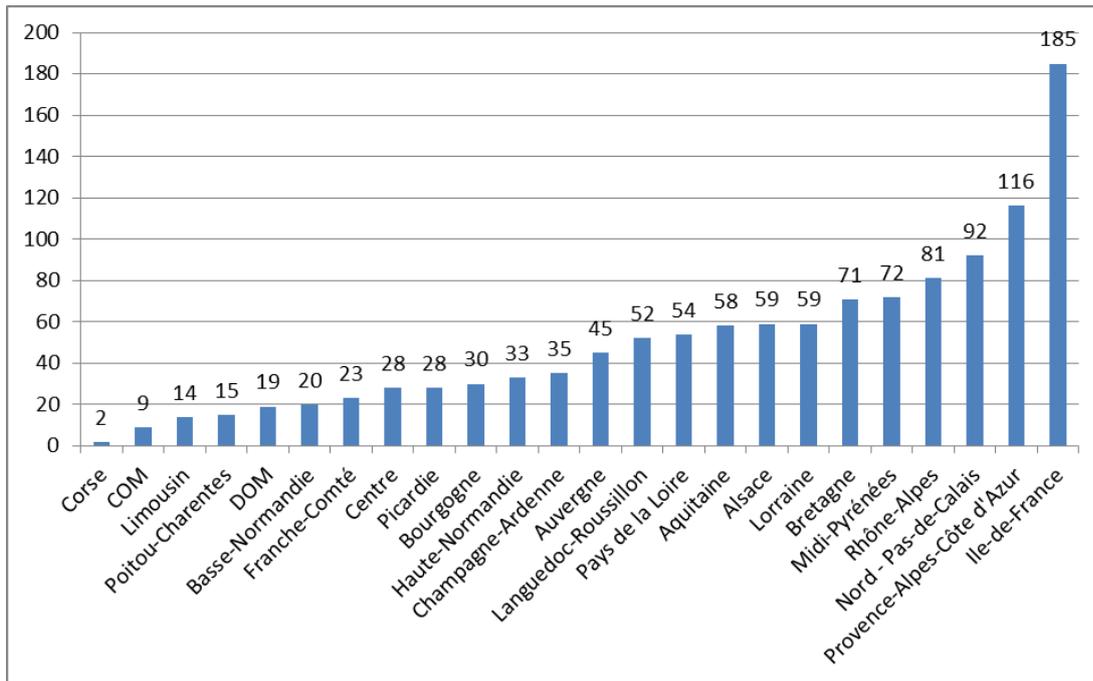
Les chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger ne sont pas à exclure du « flux entrant » dans l'analyse et l'établissement de projections démographiques professionnelles ; et ceci d'autant plus que leur proportion augmente régulièrement ces dernières années. Ainsi, entre 2010 et 2012, la part des dentistes étrangers primo-inscrits est passée de 15 % à 26 % de l'ensemble des primo-inscrits, ce qui représente une croissance de 30 % en seulement 2 ans (ONDPS, 2013).

Bien que plus faible que le flux migratoire entrant, le flux migratoire sortant d'étudiants diplômés en France et exerçant à l'étranger est également à prendre en compte dans le total du flux entrant. En 2011, il y a eu 120 départs de chirurgiens-dentistes français pour l'étranger quand 283 chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger s'installaient en France. Le solde est donc vers l'accroissement de la population professionnelle française (ONDPS, 2013).

4.3 Démographie régionale et lieu de formation :

Le numerus clausus est réparti entre chaque université ayant une PACES (ou ayant des places réservées dans des PACES : DOM /TOM et Corse). Ces places sont attribuées par arrêté ministériel, en voici la répartition pour l'année 2012-2013. (figure 2.10)

Figure 2.10 : Répartition des places au concours de la Paces 2012/2013 pour la filière odontologie pour chaque région française :

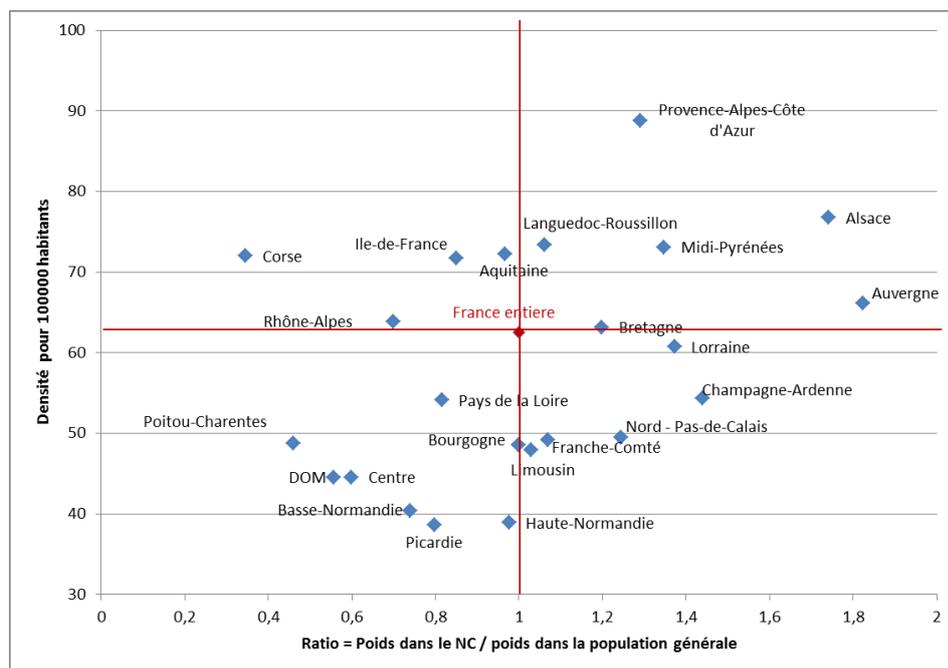


Source : ONDPS. Etats des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes. Drees. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2013

Il est alors pertinent de comparer le nombre de places attribué par rapport au volume de la population régionale dans la population nationale. Ainsi ce ratio met en évidence le niveau de dotation régionale.

Ceci a été réalisé par l'ONDPS et en voici les résultats (figure 2.11)

Figure 2.11 : Position des régions selon leur densité de chirurgiens-dentistes en 2013 (axe vertical) et le rapport du poids dans le NC au poids dans la population (axe horizontal) :



Source : ONDPS. *Etats des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes*. Drees. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2013

Les régions suivantes, Provence Alpes Côte d'Azur, Alsace, Languedoc Roussillon ou encore Midi-Pyrénées présentent un fort ratio indiquant une surdotation en numerus clausus et ceci alors même que la région est en sur-densité de chirurgien-dentiste.

À l'inverse, la Champagne Ardenne ou encore le Nord Pas de Calais sont sous dotées en chirurgien-dentiste alors qu'elles présentent une surdotation en places de formation odontologique.

Si la Corse et l'Île de France peuvent supporter une sous dotation en numerus clausus du fait d'une densité professionnelle élevée, ce n'est pas le cas du Poitou-Charentes, des DOM-TOM de la Basse-Normandie ou encore de la Picardie qui, souffrant déjà d'une sous densité professionnelle, souffrent également d'une sous-dotation en places de formation qui tend à accentuer encore d'avantage les inégalités existantes.

On remarque alors que la dotation actuelle en Paces ne répond pas à une logique démographique en termes de population actuelle car le nombre de places n'est pas attribué au prorata de la population globale de la région. On remarque également qu'il ne répond pas à une logique de rééquilibrage de la répartition des praticiens. En effet plusieurs régions, présentant une densité supérieure à la moyenne nationale, possèdent une surdotation en numerus clausus, et a contrario certaines régions sous dotées en chirurgiens-dentistes se voient également imposer une sousdotation en places PACES pour la filière odontologie.

Ainsi ; si l'ensemble des régions métropolitaine (sauf la Corse) possède au moins une faculté de médecine et une PACES, ce n'est pas le cas pour les facultés d'odontologie. Il existe en France 16 UFR d'odontologie répartie dans 12 régions. Ainsi, les 9 autres régions sans faculté de chirurgie-dentaire voient leurs lauréats au concours d'accès réparti dans les UFRs hôtes définies également par arrêté ministériel. En voici la répartition pour l'année 2012/2013. (figure 2.13)

Tableau 2.13 : Répartitions des lauréats du concours PACES 2012/2013 des régions sans UFR odontologie.

Régions de PACES	Régions Hôtes
Bourgogne	6 Alsace ; 10 Auvergne ; 8 Lorraine ; 6 Rhône-Alpes
Basse-Normandie	20 Bretagne
Centre	8 Auvergne ; 8 Languedoc Roussillon ; 12 Pays de la Loire
Corse	1 Ile de France ; 1 Provence Alpes Côte d'Azur
Franche-Comté	8 Alsace ; 15 Lorraine
Haute-Normandie	10 Champagne Ardenne ; 1 Ile de France ; 2 Languedoc Roussillon ; 20 Nord Pas de Calais
Limousin	7 Aquitaine ; 7 Auvergne
Picardie	28 Champagne Ardenne
Poitou-Charentes	5 Aquitaine ; 10 Pays de la Loire
DOM	19 Aquitaine
COM	4 Aquitaine ; 5 Ile de France

Lecture : Pour l'année 2012/2013, les lauréats du concours Paces filière odontologie de Bourgogne ont poursuivi leurs études d'odontologies pour 6 d'entre eux en Alsace, 10 en Auvergne, 8 en Lorraine et 6 en Rhône-Alpes.

Source : document personnel réalisé grâce aux données du rapport de l'ONDPS 2013

Le lieu de formation a une grande incidence sur le futur lieu d'exercice du praticien formé en France. Ils sont en moyenne un tiers à exercer dans le département de formation et un autre tiers dans un autre département de la région de formation. Enfin un tiers des étudiants quitte la région pour leur installation professionnelle.

Il semblerait que les jeunes générations soient encore plus enclines à rester dans leur région de formation. Ainsi les trois quarts des praticiens de moins de trente ans exercent dans leur région de formation. Ce pourcentage se réduit progressivement pour atteindre 65 % des quadragénaires et 60 % pour la génération des sexagénaires.

En étudiant la région d'installation des jeunes praticiens de moins de 35 ans en fonction de la région d'obtention de la PACES et de la région de formation en odontologie cela permet de définir le critère majeur influençant l'installation du jeune dentiste.

Les jeunes praticiens de moins de 35 ans exercent majoritairement dans leur région de formation ; à plus de 60 %, sauf pour l’Auvergne, où seul 38,5 % des dentistes formés à Clermont-Ferrand exercent dans la région, et la Champagne Ardenne, où seul 37.5 % des dentistes formés à Reims exercent dans la région. Ces exceptions sont principalement liées au fait que les facultés de Clermont-Ferrand et de Reims accueillent beaucoup d’étudiants PACES d’autres régions. (ONDPS, 2013)

Figure 2.12 : Région d’exercice en fonction de la région de formation pour les praticiens de moins de 35 ans.

Region de formation	ALSACE	AQUITAINE	AUVERGNE	BASSE-NORMANDIE	BOURGOGNE	BRETAGNE	CENTRE	CHAMPAGNE-ARDENNE	CORSE	FRANCHE-COMTE	HAUTE-NORMANDIE	ILE-DE-FRANCE	LANGUEDOC-ROUSSILLON	LIMOUSIN	LORRAINE	MIDI-PYRENEES	NORD-PAS-DE-CALAIS	PAIS DE LA LOIRE	PICARDIE	POITOU-CHARENTES	PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	RHONE-ALPES	DOM	COM	Total général	Region de la faculté	Région liée par le PACES	Autre Région	
ALSACE	69,2%			1,9%	0,5%					10,4%		3,3%			5,2%	0,5%		0,5%		0,5%	0,5%	4,7%	1,9%	0,9%	100%	69,2%	12,3%	18,5%	
origine Pacès en 2013	80,8%			8,2%						11,0%															100%	80,8%	19,2%		
AQUITAINE		61,6%				0,7%	0,4%				0,4%	4,9%	3,4%	0,4%	3,0%	0,4%	1,1%		9,7%	0,7%	0,4%	11,6%	1,5%		100%	61,6%	26,1%	12,3%	
origine Pacès en 2013		62,4%										7,5%							5,4%			20,4%	4,3%		100%	62,4%	37,6%		
AUVERGNE			38,5%		10,4%	1,1%	11,0%				1,1%	3,8%	3,3%	5,5%		2,2%		3,8%		0,5%	4,4%	9,3%	1,6%		100%	38,5%	26,9%	34,6%	
origine Pacès en 2013			64,3%		14,3%		11,4%						10,0%												100%	64,3%	35,7%		
BRETAGNE		1,3%		9,4%		66,1%	1,3%	0,4%				7,1%	0,4%		0,4%		5,4%	0,4%	0,9%	1,3%	0,4%	4,0%	0,9%		100%	66,1%	9,4%	24,6%	
origine Pacès en 2013				22,0%		78,0%																			100%	78,0%	22,0%		
CHAMPAGNE-ARDENNE		2,2%		2,7%	0,5%	1,1%	0,5%	37,3%			14,6%	7,0%	0,5%		1,1%	0,5%	1,6%	14,1%	1,6%	2,2%	8,1%	3,2%			100%	37,3%	28,6%	34,1%	
origine Pacès en 2013								47,9%			13,7%							38,4%							100%	47,9%	52,1%		
ILE-DE-FRANCE	0,4%	0,9%	0,1%	0,7%	0,1%	1,0%	1,6%	0,3%			0,3%	82,9%	0,6%		0,4%	0,4%	0,6%	1,4%	1,3%	0,6%	2,1%	2,1%	1,6%	0,6%	100%	82,9%	0,9%	16,2%	
origine Pacès en 2013									0,5%		0,5%	96,4%													100%	96,4%	3,6%		
LANGUEDOC-ROUSSILLON		2,9%				1,4%	1,4%			0,5%		2,9%	66,2%		1,0%	1,0%	1,0%	1,0%			10,0%	3,8%	5,7%	1,4%	100%	66,2%	1,4%	32,4%	
origine Pacès en 2013							12,9%				3,2%		83,9%												100%	83,9%	16,1%		
LORRAINE	0,5%	1,6%		4,4%	2,2%		1,6%			7,7%		6,6%		1,1%	64,5%	0,5%	1,1%	1,1%	1,1%	0,5%	1,6%	2,7%	0,5%	0,5%	100%	64,5%	12,0%	23,5%	
origine Pacès en 2013				9,8%						18,3%				72,0%												100%	72,0%	28,0%	
MIDI-PYRENEES		10,8%				1,7%					0,4%	5,2%	7,3%	0,9%		66,8%	0,4%	1,3%			1,3%	1,3%	2,2%	0,4%	100%	66,8%		33,2%	
origine Pacès en 2013															100,0%										100%	100,0%			
NORD-PAS-DE-CALAIS			0,4%	1,2%			0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	2,4%	0,4%		0,4%		87,3%	0,4%	0,4%		1,2%	2,4%	1,2%	0,4%	100%	87,3%	0,4%	12,2%	
origine Pacès en 2013												17,9%					82,1%								100%	82,1%	17,9%		
PAIS DE LA LOIRE		0,9%		0,5%		5,2%	3,3%				0,5%	3,3%		0,5%	1,9%			66,4%	0,5%	10,4%	1,4%	1,9%	1,4%	1,9%	100%	66,4%	13,7%	19,9%	
origine Pacès en 2013						15,8%												71,1%		13,2%					100%	71,1%	28,9%		
PROVENCE-ALPES-COTE		1,6%	0,3%	0,3%		0,3%	0,8%			3,7%		2,9%	1,3%		0,5%						82,1%	3,2%	2,4%	0,8%	100%	82,1%	3,7%	14,2%	
origine Pacès en 2013									0,9%												99,1%				100%	99,1%	0,9%		
RHONE-ALPES	0,3%	1,6%	1,0%	0,3%	4,9%		0,3%	0,3%		1,3%	0,3%	3,2%	1,9%		0,3%	0,3%		0,3%		0,6%	1,6%				100%	80,3%	4,9%	14,9%	
origine Pacès en 2013					6,9%																	93,1%			100%	93,1%	6,9%		

Source : ONDPS. *Etats des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes. Drees. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2013*

Les principaux enseignements de cette étude (figure 2.12) sont la grande attractivité des régions formatrices pour l’installation des jeunes chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans. On remarque également que le numerus clausus régional attribué en PACES n’est pas un gage certains de retour des jeunes praticiens dans la région d’origine pour leur installation. Ainsi, pour l’Alsace, 80.8 % des étudiants ont passé leur PACES en Alsace, 8.2 % en Bourgogne et 11 % en Franche-Comté. Concernant l’exercice de ces jeunes chirurgiens-dentistes, il est pour 69.2 % localisé en Alsace, pour 10.4 % en Franche-Comté, pour 1.9 % en Bourgogne et enfin pour 18.5 % hors de ces trois régions, donc sans lien avec le dispositif de formation. Ainsi le numerus clausus de l’Alsace est à nuancer car il y a une différence de 10 % entre les étudiants issus de sa PACES et le nombre d’étudiant s’y installant. La Franche-Comté fournit quasiment autant d’étudiant issu de PACES qu’elle ne reçoit de jeunes chirurgiens-dentistes issus de la faculté de Strasbourg. La Bourgogne, par contre, est la grande perdante car elle « perd » 6.1 % de son numerus clausus entre la PACES et l’installation.

La situation de la Bourgogne illustre bien la problématique du départ de ses étudiants lauréats de la PACES vers les villes formatrices, avec un taux de retour bien amoindri. Ainsi les étudiants bourguignons grossiront les rangs des universités d'Alsace, d'Auvergne, de Lorraine et de Rhône-Alpes. De fait la Bourgogne, bien que possédant un numerus clausus en adéquation avec la population régionale, se retrouve avec une densité de 49 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, bien inférieure à la moyenne nationale. De surcroît, la faible attractivité de la région pour les moins de 35 ans laisse présager un déficit plus marqué dans les années à venir avec le départ massif des plus de 55 ans, qui représentent 40 % des dentistes de la région.

Si la solution la plus évidente et efficace pour endiguer ce phénomène est la création d'UFR et de service d'odontologie dans les CHU de ces régions non pourvues, cette solution est coûteuse et lourde à mettre en place. Une alternative intéressante a été mise en place dans différents UFR afin de favoriser le retour des étudiants dans leur région d'origine. Fort du constat que le lieu d'installation des futurs chirurgiens-dentistes murissait sur la fin du cursus, certains UFR ont développé des services hospitaliers d'odontologie, dans les régions non pourvues d'UFR, apte à recevoir les étudiants de 6^{ème} année. La Bourgogne, par l'intermédiaire du CHU de Dijon a ouvert aux étudiants des facultés de Strasbourg, Nancy, Clermont-Ferrand et Lyon une vingtaine de places de formation pour la formation clinique de 6^{ème} année. Dès sa création en 2008 une vingtaine de volontaires ont réalisé leur 6^{ème} année d'étude à Dijon.

L'UFR de Lille lui a emboîté le pas, et a développé depuis 2011 un dispositif encore plus audacieux qui permet à certains étudiants volontaires de réaliser leur 5^{ème} et leur 6^{ème} année d'étude à Rouen ou au Havre (15 étudiants entre les 2 structures). Le conseil régional a œuvré en faveur de la création des 2 centres de soins dentaires du Havre et de Rouen afin d'y accueillir les étudiants. Les vacations cliniques sont encadrées par des praticiens hospitaliers et des attachés, quant au cours, ils sont suivis par les étudiants, par retransmission vidéo.

Depuis 2013 l'UFR de Rennes a développé la même initiative avec la ville de Caen, permettant la formation délocalisée d'une dizaine d'étudiants.

Ces initiatives ne permettent pas encore de rétablir l'équilibre entre les régions formatrices et les régions néo formatrices partielles. Mais si l'on accroît cette offre de formation délocalisée en fin de cursus, il est possible qu'elles permettent un retour plus important des jeunes formés dans leur région d'origine pour leur installation professionnelle.

4.4 Formation et levier démographique complémentaire :

4.4.1 Le Contrat d'Engagement Service Public (CESP) : (UNECD, 2014)

Le CESP a été créé pour les étudiants médecine dans le cadre de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » dite HPST du 21 juillet 2009. Ce contrat permet aux étudiants signataires de percevoir une rémunération mensuelle de 1 200 euros par mois pendant une partie ou l'ensemble de leurs études. En contrepartie, ces étudiants signataires s'engagent à exercer dans une zone déficitaire (définie par l'ARS), autant de temps qu'ils ont perçu leur rémunération lors de leurs études. Le contrat

ne peut s'établir que sur un minimum de 2 ans. Si l'étudiant ne respecte pas les termes du contrat, il est tenu de rembourser l'ensemble des sommes perçues ainsi qu'une « amende » de 20 000 euros.

Ce contrat a été ouvert aux étudiants en chirurgie dentaire lors de la rentrée 2013 avec la mise à disposition de 3 CESP par UFR et 4 pour Reims et Lille, soit 50 contrats sur la France entière. Face à une demande importante de la part des étudiants en Odontologie des places vacantes en filière médecine ont été redistribuées aux étudiants élevant à 76 le nombre de contrat signés pour l'année 2013-2014. Face à ce succès les ARS ont augmenté le nombre de CESP disponible pour la filière odontologie à 95 contrats répartis comme ceci : (figure 2.13).

Figure 2.13 : Bilan de la campagne 2013/2014 et répartition du nombre de CESP proposés par UFR pour l'année 2014/2015 :

Bilan de la campagne 2013-2014 - CESP odontologie		
UFR	CESP offerts	Signataires
Aix-Marseille-II	3	1
Bordeaux	3	3
Brest	3	2
Clermont-Ferrand-I	3	8
Lille-II	4	7
Lyon	3	1
Montpellier-I	3	2
Nancy-I	3	6
Nantes	3	7
Nice	3	2
Paris-V	3	7
Paris-VII	3	8
Reims	4	10
Rennes-I	3	3
Strasbourg-I	3	3
Toulouse-III	3	6
Total général	50	76

Source : CNG

UNITES DE FORMATION et de recherche en odontologie	NOMBRE DE CONTRATS d'engagement de service public offerts aux étudiants en odontologie
Brest	3
Bordeaux	4
Clermont-Ferrand	10
Lille	8
Lyon	3
Marseille	3
Montpellier	3
Nancy	9
Nantes	5
Nice	3
Paris V	10
Paris VII	10
Reims	8
Rennes	6
Strasbourg	4
Toulouse	6
TOTAL	95

Source : site internet de l'UNECD

4.4.2 Le Stage Actif:

Le stage actif est un stage que l'étudiant de 6^{ème} année réalise dans un cabinet libéral, sous la houlette d'un maître de stage agréé, véritable tuteur pour l'insertion professionnelle de l'étudiant en fin de cursus. Instauré pour la rentrée 2006-2007, sa durée légale était de 200 heures minimum, mais a été étendue à 250 heures strictes par l'arrêté du 8 avril 2013. L'étudiant met en pratique ses acquis

théoriques et pratiques en exerçant la profession dans les conditions libérales mais en autonomie contrôlée. De par son rôle d'insertion professionnelle, il aura également une place importante dans le futur choix d'installation du jeune chirurgien-dentiste.

4.5 Les mesures de régulation Démographique : (Pierrot et Robein, 2013)

Les pouvoirs publics, face au constat d'inégalité démographique des professions médicales ont mis en place une batterie de mesures incitatives afin d'encourager les professionnels de santé à s'installer dans les zones sous dotées.

Ainsi sont définies des zones de revitalisation rurale (ZRR) et des zones de redynamisation urbaine (ZRU) principaux lieux bénéficiaires des mesures incitatives.

Les mesures financières :

En 2005, l'État définit dans le Code Général des Impôts la notion de zone de revitalisation rurale basée sur des critères démographiques et socio-économiques. Ainsi, les arrêtés du 9 avril 2009 et du 30 décembre 2010 définissent les ZRR, et offrent aux entreprises et professions libérales s'y installant un certain nombre d'avantages fiscaux. Un chirurgien-dentiste créant ou reprenant un cabinet dans ces zones déficitaires se voit exonérer d'impôt sur le revenu (ou sur le bénéfice non commercial) et ceci totalement pendant 5 ans puis partiellement pendant les 3 années qui suivent.

Cette exonération peut être complétée par l'exonération de contribution économique territoriale sous condition pour les ZRR et commune de moins de 2000 habitants.

Il est également possible d'être exonéré de charges patronales pour l'embauche de salarié pour les dentistes exerçant dans les ZRR et les ZUR, cette exonération se fait sous conditions.

Le cumul Emploi-retraite :

Il a été créé pour éviter un « choc » démographique avec le départ à la retraite des dentistes du papy-boom. Il permet de cumuler la pension de retraite avec les revenus d'une activité professionnelle, mais celle-ci est soumise à conditions :

- Avoir liquidé l'ensemble de ses droits de retraite dans tous les régimes légaux
- Avoir liquidé la pension du régime de base à taux plein, c'est-à-dire soit à l'âge minimal légal de départ à la retraite (si la durée d'assurance a l'obtention du taux plein est dépassée), soit à l'âge d'obtention de ce taux plein (en fonction de la génération)

Les aides des collectivités locales :

Les collectivités locales peuvent, sous certaines conditions, soutenir financièrement les étudiants, ou les professionnels de santé dans le but d'une installation au d'un maintien de ceci sur le territoire en question.

Les maisons de santé pluridisciplinaires :

Il s'agit d'unités de soins ambulatoires pouvant inclure des professionnels médicaux et paramédicaux dans une structure commune installée dans des zones de fragilité d'accès aux soins.

Ces structures sont comparables à de grosses sociétés civiles de moyens permettant la mise en commun des frais d'exercices des différentes professions.

Ces structures permettent surtout une implantation dans des zones sous dotées, grâce au cofinancement des ARS via le fond FIQCS, des collectivités territoriales et de l'État.

Les maisons de santé pluridisciplinaire sont une des clés majeures de la régulation démographique à venir avec pour objectif la création d'environ 3000 maisons de santé d'ici 15 ans.

Chapitre 3 - Cas particuliers des anciens étudiants brestois :

Notre étude s'établit sur 7 bases de données distinctes. Trois sont issues des bases de données nationales de l'ONCD et fournies par le président du conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes du Finistère : Dr Luguet, au doyen de l'UFR Odontologie : le Dr Zérilli. Elles sont datées du 3 juillet 2012. Trois autres nous ont été fournies directement par le service informatique du conseil national de l'ordre après autorisation du conseil. Elles nous ont été délivrées par le Dr Bouteille, et présentent le même type d'informations mais sont datées du 27 août 2014. Enfin la septième a été réalisée par nos soins grâce aux archives administratives de l'UFR d'odontologie de Brest.

Au 3 juillet 2012, 339 chirurgiens-dentistes ont obtenu leur diplôme d'exercice à l'UFR de Brest, dont 195 femmes (57 %) et 144 hommes (43 %). Le praticien le plus jeune a 25 ans et le plus âgé 58 ans. La moyenne d'âge des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR odontologie est de 40,53 ans ce qui est près de 9 ans de moins que la moyenne d'âge des chirurgiens-dentistes en activité en France. Ceci s'explique par la jeunesse de l'UFR qui vient d'avoir 33 ans.

1 UFR odontologie de Brest :

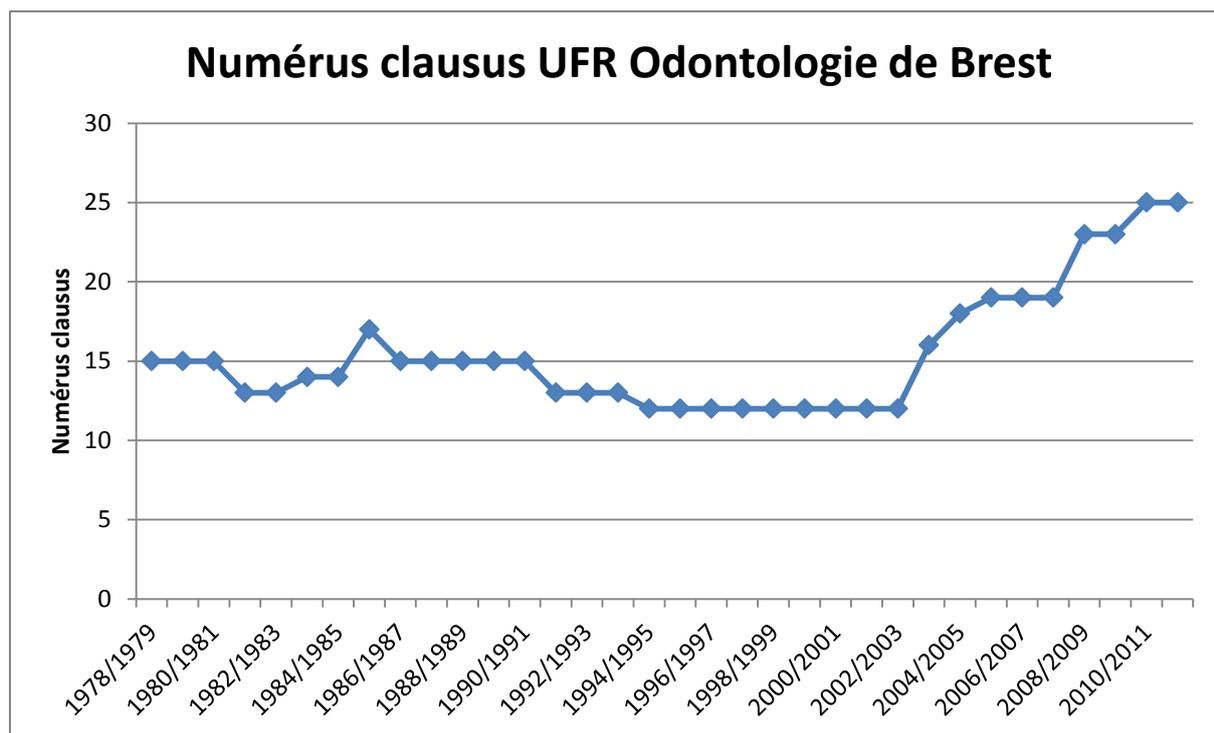
1.1 Création de l'UFR :

De 1971 à 1978, les étudiants brestois ayant réussi le concours d'entrée aux études médicales devaient, en fonction de leur choix, poursuivre leurs études de médecine à Brest ou celles d'odontologie à Rennes. En 1978, l'unité de Formation et de Recherche (UFR) d'odontologie de Brest ouvre ses portes en accueillant, en 2^{ème} année d'odontologie, les étudiants précédemment amenés à poursuivre leurs études à Rennes. Il faudra alors attendre 1983 pour que la première promotion d'étudiants formés dans l'UFR arrive sur le marché du travail.

1.2 Évolution du Numerus Clausus :

L'évolution du numerus clausus a été globalement superposable à son évolution nationale. Du fait de la création de l'UFR dans les années 1980, celle-ci ne connaîtra pas la baisse imposée des effectifs étudiants de la filière odontologie lors de la fin de la décennie soixante-dix. Elle présentera un long plateau autour de 12 à 15 places de 1980 jusqu'à 2003. Enfin la crainte d'une certaine pénurie de chirurgiens-dentistes lors du papy-boom, ainsi que les projections démographiques favorables au Grand Ouest pour l'évolution de la population générale entraîneront une augmentation progressive du numerus clausus de 12 en 2003 à 25 en 2010.

Figure 3.1 : Évolution du numerus clausus de l'UFR odontologie de Brest depuis sa création.



Source : Document personnel réalisé grâce aux archives administratives de l'UFR odontologie de Brest.

2 Matériels et méthodes :

L'étude du suivi d'installation des anciens étudiants de l'UFR Odontologie de Brest se base sur un ensemble de six bases de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD). Ces bases sont issues des fichiers de l'ONCD répertoriant l'ensemble des activités des chirurgiens-dentistes de France. En effet, l'Ordre est un organisme public, garant de la santé publique dans son domaine de compétence, ici l'odontologie. Pour ce faire, tout chirurgien-dentiste thésé doit être inscrit au tableau de l'ordre, et l'ensemble de ses activités professionnelles liées à l'art dentaire doivent être déclaré au conseil départemental de l'Ordre. Ainsi les fichiers nationaux de l'ONCD recensent l'ensemble de l'activité des chirurgiens-dentistes.

Les bases de données fournies par l'ONCD à l'UFR d'odontologie de Brest présentent donc les limites suivantes :

- Anonymat de la base de données, les praticiens ne sont pas identifiables
- Seuls sont référencés les praticiens ayant été thésés à Brest. Ainsi, il faudra comprendre sous le terme ancien étudiant de l'UFR de Brest les étudiants ayant été thésés à Brest ce qui inclut : les étudiants ayant fait l'ensemble de leur cursus à l'UFR, les étudiants ayant intégré l'UFR en cours de cursus et notamment les internes arrivant sur Brest. Cela exclu les étudiants ayant terminé leur cursus dans un autre UFR et les internes ayant réalisé leur internat auprès d'un autre UFR (thèse passée dans un autre UFR)

- Seule l'activité sur le territoire français est recensée dans cette base de données.
- Seule l'activité post-diplôme est recensée dans la base de données.

Les Bases de données fournies par l'ONCD présentent les informations suivantes :

- Activités principales et annexes, historiques et actuelles référencées dans le temps, praticien par praticien
- Le numéro d'identification de l'ordre du praticien
- L'adresse professionnelle actuelle du praticien
- Le genre du praticien
- La date de diplôme du praticien
- La nationalité du praticien

Lieu d'installation et taille des unités urbaines :

Ainsi pour l'étude du lieu d'installation des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest en 2012, Il s'agit d'une analyse à un temps T0 (juillet 2012) de l'installation de praticien dans les différentes villes et communes. La taille des communes ayant été définie par le recensement de l'INSEE donnant la population communale légale en vigueur au 1^{er} janvier 2012. L'étude du lieu d'installation en fonction de la taille de l'unité urbaine a été réalisée au temps T-1 (1^{er} janvier 1999 et T-2 (1^{er} janvier 1990), car ces dates correspondent au grand recensement communal de la population française réalisé par l'INSEE.

La définition des différentes classes urbaines (en fonction de leur population) a été réalisée en retenant plusieurs critères. Premièrement, elle se base sur une classification de la DREES pour le recensement annuel des professions de santé (Sicart 2012) qui distingue 9 catégories :

- Zones rurales
- Unités urbaines (U.U) de moins de 5000 habitants
- De 5 000 à 10 000 habitants
- De 10 000 à 20 000 habitants
- De 20 000 à 50 000 habitants
- De 50 000 à 100 000 habitants
- De 100 000 à 200 000 habitants
- De 200 000 à 2 000 000 habitants
- Agglomération parisienne

Cette classification est adaptée à l'analyse nationale mais elle présente trop d'échelons pour l'étude d'implantation des anciens étudiants brestois. Le sous chapitre 4.1 met en avant que 70 % des installations ont lieu dans le Finistère et 80 % en Bretagne. Ainsi nous avons créé l'échelle suivante plus adaptée à notre analyse.

- Zones rurales et unités urbaines de moins de 5000 habitants (difficilement dissociable pour représenter l'installation rurale bretonne).
- U.U de 5 000 à 10 000 habitants (correspond aux petites villes dont la sphère d'influence est généralement cantonale)

- U.U de 10 à 50 000 habitants (correspondant aux villes dites de taille moyenne incluant les villes périphériques des grandes villes ainsi que les villes d'influences régionales).
- Enfin U.U au-delà de 50 000 habitants (correspondant aux grandes villes pour la Bretagne ayant une influence régionale et nationale).

Étude de l'activité :

Afin de pouvoir analyser et discuter du type d'activité réalisée par les praticiens diplômés de l'UFR de Brest, il est primordial de définir certaines notions.

Exercice provisoire préalable à l'installation : Il faudra entendre comme exercice provisoire tout exercice principal ou annexe préalable à l'installation durable. Seront considérés comme provisoires les exercices suivants : le remplacement, la collaboration salariale, l'exercice sous convention d'exercice conjoint, l'exercice dans une société en participation, la location, la gérance. Certains exercices seront également considérés comme provisoires sous conditions, c'est le cas de la collaboration libérale si sa durée globale est inférieure à 5 ans, le statut de salarié des collectivités si sa durée globale est inférieure à 5 ans. Enfin concernant les statuts d'attachés hospitaliers et assistants hospitalo-universitaires, ils seront considérés comme provisoires si : ils sont annexes d'exercice provisoire, ils ont une durée de moins de 5 ans et si pour l'AHU, il ne se poursuit pas par un poste de MCU-PH.

L'exercice provisoire préalable à l'installation débute après le diplôme de docteur en chirurgie dentaire et s'arrête au premier exercice durable réalisé par le praticien en question.

Exercice Durable : l'exercice durable sera à préférer au terme d'exercice définitif car il a été vérifié au cours de cette étude qu'il n'existe généralement pas un mais plusieurs exercices durables.

Est considéré comme exercice durable tout exercice sous les statuts suivants :

- Propriétaire
- En association SCP, SCM, EPFC
- En société SELARL
- MCU PH et PU PH

Pour les statuts suivants sous conditions :

- En collaboration : si sa durée globale est supérieure à 5 ans, ou si celle-ci est en annexe d'une activité durable ou encore si celle-ci a lieu chronologiquement après un autre exercice durable
- Sous le statut de salarié des collectivités si sa durée est supérieure à 5 ans ou si celle-ci a lieu chronologiquement après un autre exercice durable.
- Hospitalier si cette activité est en annexe d'une activité durable ou excède la durée globale de 5 ans ou si celle-ci a lieu chronologiquement après un autre exercice durable.
- AHU si cette activité est en annexe d'une activité durable, si elle débouche sur le statut de MCU-PH ou si celle-ci a lieu chronologiquement après un autre exercice durable.

Toutes activités précédemment citées mettent fin à la période d'exercice provisoire préalable à l'installation. Par contre pour que cette activité soit considérée statistiquement comme exercice durable dans l'étude suivante, il faut qu'elle excède une période de 2 ans.

L'étude suivante concernant l'installation professionnelle est également complétée par des informations issues d'une base de données qui a été réalisée grâce aux archives de l'UFR d'odontologie de Brest et qui référence l'ensemble des anciens étudiants de l'UFR et retrace leur parcours universitaire. Ainsi y sera référencé :

- Le nombre d'étudiants par promotion
- La durée des études pour chaque étudiant (et donc les redoublements)
- La durée en instances de thèse pour chaque étudiant
- Les mobilités entrantes et sortantes
- Les arrivées et départs des internes

3 Profil des études à l'UFR d'odontologie de Brest :

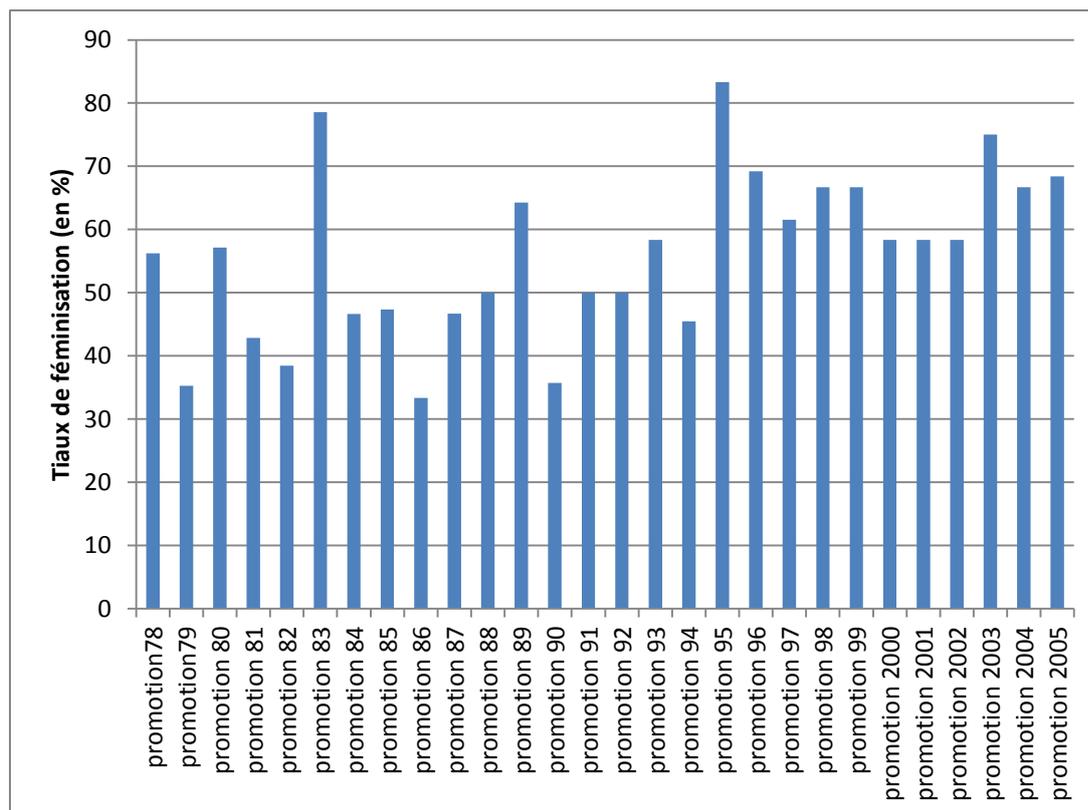
Les études d'odontologies sont basées sur des programmes nationaux dont la description a été réalisée précédemment. Le cursus odontologie avait une durée de 5 ans jusqu'en 1998 puis de 6 ans à partir de 1999. D'autre part, l'internat en odontologie a été créé en 1999 et rendu qualifiant en 2012.

L'UFR a formé partiellement ou totalement 394 étudiants de la promotion 78 à la promotion 2005 (thésés en 2012). Parmi ces 394 étudiants, il faut compter 11 départs au cours du cursus pour un autre UFR en France et 6 arrivées en cours de cursus à l'UFR de Brest. 22 étudiants ont également quitté l'UFR d'odontologie non thésés, dont 3 d'entre eux ont fait jouer leur droit au remord pour intégrer la filière médecine. L'UFR a également diplômé 7 internes venus d'autres UFR et 10 de ses étudiants se sont vus diplômés d'un autre UFR du fait de leur mobilité sortante en lien avec l'internat.

3.1 Taux de féminisation :

Parmi ces étudiants il y avait 207 femmes et 187 hommes, ce qui donne un taux de féminisation de 52.5 [+/-13.21] %. La féminisation a globalement progressé avec le temps. Jusqu'en 1994, les promotions ont un taux de féminisation moyen de 49 [+/- 11.46] % ; à partir de 1995 les femmes sont systématiquement majoritaires dans les promotions avec un taux moyen de 66 [+/- 7.69] %.

Figure 3.2 : Taux de féminisation de l'UFR Odontologie de Brest par promotion.



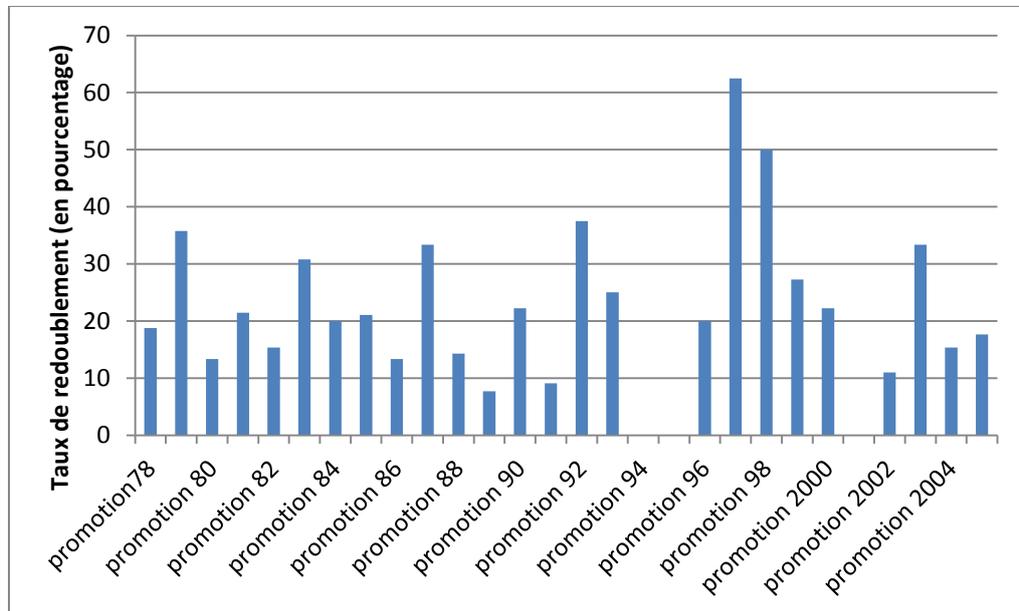
Source : Document personnel réalisé grâce aux archives administratives de l'UFR Odontologie de l'UBO

Le taux de féminisation ne diverge pas statistiquement de celui de la population générale (test non significatif au seuil de 5% : $\chi = 0,02034$ ($p = 0,8$)) mais diverge grandement de la population professionnelle nationale (test hautement significatif au seuil de 5% : $\chi = 11,75$ ($p < 0,005$)) (tests en Annexes).

3.2 Taux de redoublement :

Le taux de redoublement moyen est de 21.3 [+/- 14.26] % sur l'ensemble du cursus, ce taux moyen cache d'importantes variations interpromotionnelles. Le taux de redoublement ici retenu exclut les individus n'ayant pas terminé leur cursus.

Figure 3.3 : Taux de redoublement par promotion.



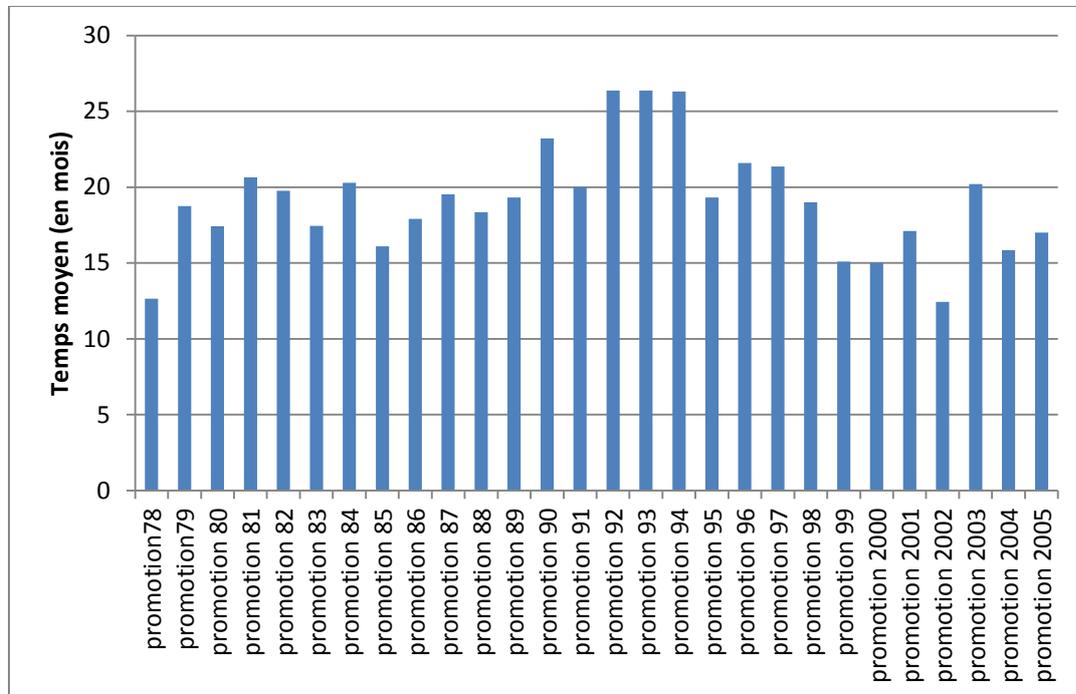
Source : Document personnel réalisé grâce aux archives administratives de l'UFR Odontologie de l'UBO

Les variations du taux de redoublement ne semblent pas être corrélées aux variations du numerus clausus.

3.3 Temps d'élaboration de la thèse :

Le temps d'élaboration de la thèse est calculé comme le temps nécessaire entre la fin de la 5^{ème} année universitaire (avant 1999) ou de la 6^{ème} année universitaire (après 1999) et l'obtention du diplôme. Ce temps est en moyenne pour l'UFR d'odontologie de Brest de 19.08 [+/- 3.58] mois.

Figure 3.4 : temps moyen d'élaboration de la thèse par promotion :



Source : Document personnel réalisé grâce aux registres administratifs de l'UFR Odontologie de l'UBO

Si l'on considère les générations sortantes, la génération 80 présente un temps moyen de 17,83 [+/- 2,18] mois pour l'élaboration de la thèse, celui-ci augmente pour atteindre 21.53 [+/- 3,74] mois pour la génération 90 avant de redescendre à une moyenne de 17.83 [+/- 2,57] mois pour la décennie 2000. Cette baisse de la durée moyenne d'élaboration de la thèse dans la décennie 2000 peut s'expliquer par plusieurs phénomènes comme l'arrêt du service militaire, le recul de l'âge d'obtention du premier enfant, mais c'est sûrement la limitation d'exercice au-delà des 18 mois et l'instauration de la 6^{ème} année d'étude qui semblent être les facteurs majeurs.

4 Lieu d'activité des anciens étudiants de l'UFR de Brest :

4.1 Situation actuelle : (au 03/07/12)

Les étudiants diplômés à Brest s'installent majoritairement en Bretagne (80 % de l'effectif) et principalement dans le Finistère (70 % de l'effectif global). Cela laisse deviner l'importance démographique départementale de l'UFR de Brest pour la population des chirurgiens-dentistes. Cette

tendance d'installation locale est même accrue si l'on ne considère que la gent masculine où 85.5 % des diplômés exercent en Bretagne et 78.5 % dans le Finistère.

Concernant les installations hors Bretagne, la Loire Atlantique est le premier département d'installation des étudiants diplômés de Brest.

Tableau 3.1 : Département d'installations des chirurgiens-dentistes diplômé de l'UFR de Brest.

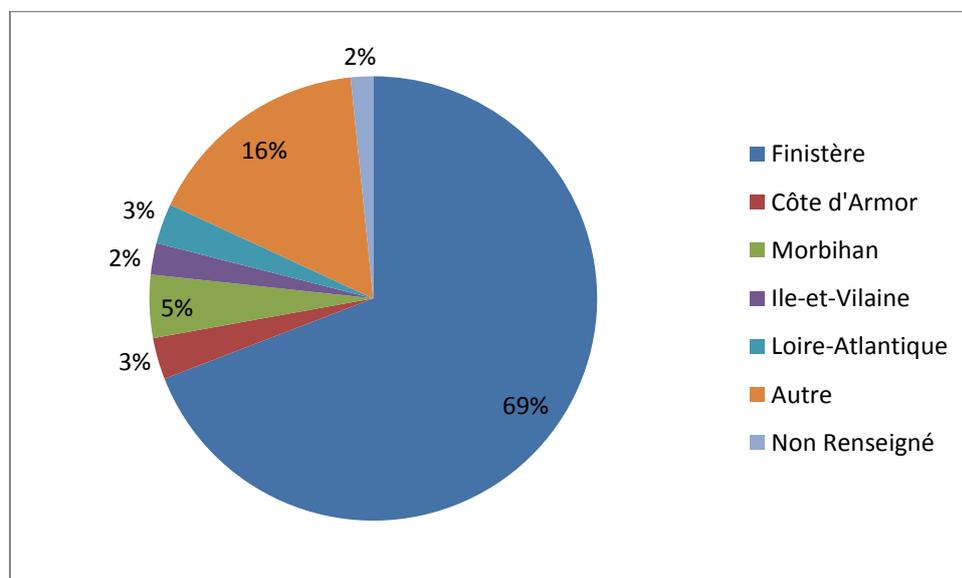
	Finistère	Côte d'Armor	Morbihan	Ile et Vilaine	Autres Dép	Dép Inconnu	Total
Femmes	125	8	9	4	40	9	195
Hommes	113	4	6	0	17	4	144
Total	238	12	15	4	57	14	339

Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes de France. 03/07/14

4.2 Situation historique et actuelle :

Si nous considérons l'activité historique et actuelle des chirurgiens-dentistes diplômés de Brest, principale et annexe confondues, nous observons également une écrasante majorité de l'exercice en Bretagne et principalement dans le Finistère (figure 3.5).

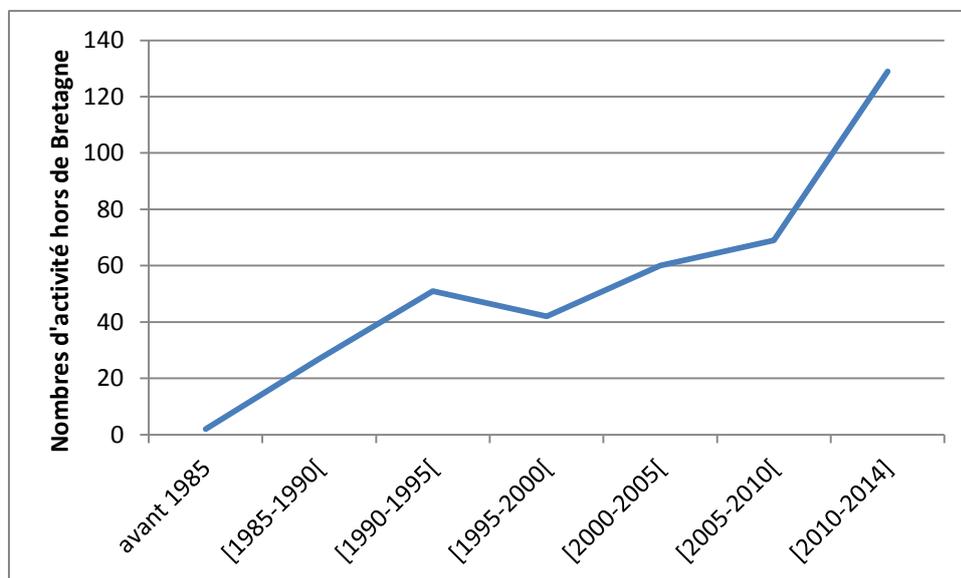
Figure 3.5 : Taux d'activité en fonction du département d'exercice des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR odontologie de Brest.



Source : document personnel établi grâce aux bases de données de l'ONCD daté du 27/08/14

L'activité hors de Bretagne est un phénomène assez récent. En effet, sur un total de 380 activités recensées hors de Bretagne 29 (8 %) seulement ont eu lieu avant 1990 ; 93 (24 %) pendant la décennie 90, 129 (34 %) pendant la décennie 2000 et 129 (34 %) depuis 2010.

Figure 3.6 : Évolution de l'activité hors de Bretagne dans le temps :



Source : document personnel établi grâce aux bases de données de l'ONCD daté du 27/08/14

L'activité hors Bretagne des chirurgiens-dentistes diplômés de Brest a connu une croissance relativement régulière jusqu'au milieu de la décennie 90 où elle a connu une légère récession. Elle repartira à la hausse dans les années 2000, cette croissance sera même très marquée à partir de 2010.

4.3 Installation Urbaine / Installation rurale à un temps T0 ; T-1 et T-2 :

Nous avons tout d'abord étudié la répartition des chirurgiens-dentistes diplômés de Brest en fonction de l'urbanisation des communes à un temps T0 (03/07/12).

La population professionnelle issue de la faculté d'odontologie de Brest se répartit majoritairement dans les grandes villes (39 %) principalement Brest et Quimper. Viennent ensuite les villes entre 10 000 et 50 000 habitants, celles-ci concentrent 17 % des effectifs et représentent principalement les villes finistériennes de Landerneau, Concarneau, Morlaix, Douarnenez et Guipavas ainsi que quelques villes de la banlieue parisienne. Enfin 39.75 % de l'effectif exerce dans une commune de moins de 10 000 habitants, formant le maillage rural finistérien pour sa grande majorité.

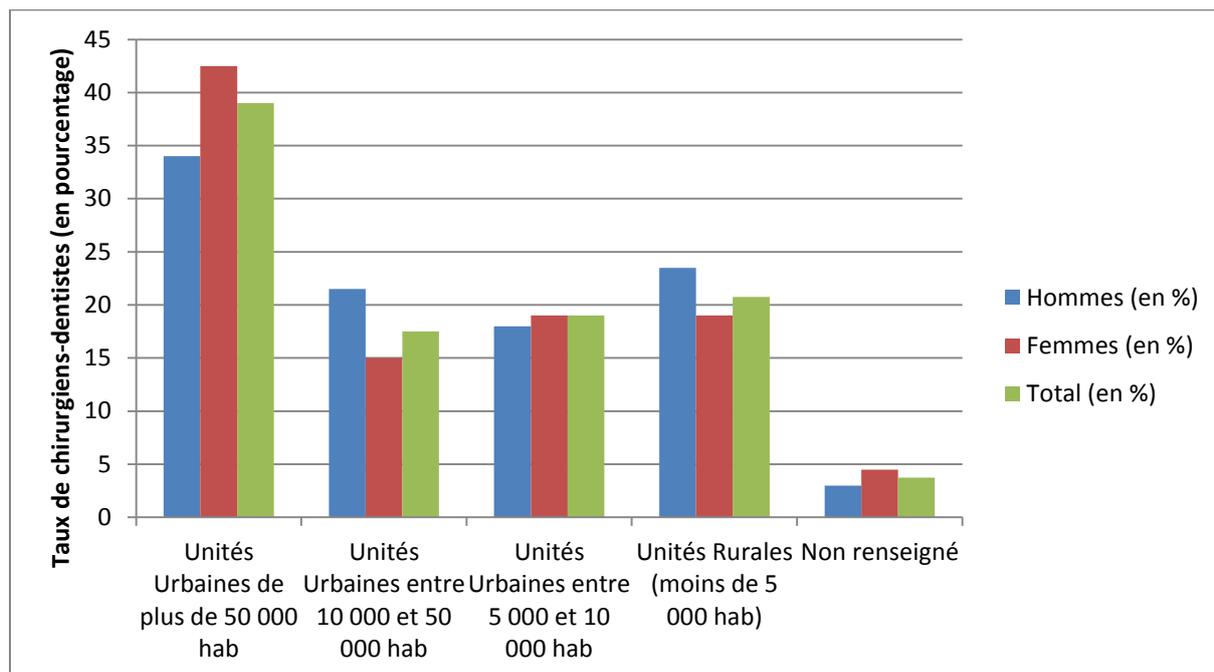
Tableau 3.2 : Lieux d'installations des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR d'odontologie de Brest en fonction de la taille de l'unité urbaine.

Colonne1	Unités Urbaines de plus de 50 000 hab	Unités Urbaines entre 10 000 et 50 000 hab	Unités Urbaines entre 5 000 et 10 000 hab	Unités Rurales (moins de 5 000 hab)	Non renseigné	Total
Hommes	49	31	26	34	4	144
Femmes	83	29	37	37	9	195
Total	132 (38,8 %)	60 (17,6 %)	65 (19,1 %)	71 (20,8 %)	13 (3,7 %)	339

Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes de France. 03/07/12

Lorsque l'on distingue le lieu d'installation en fonction du genre, on remarque que les anciennes étudiantes brestoises ont eu globalement tendance à s'installer davantage dans les grandes villes (principalement Quimper et Brest) que leurs homologues masculins, qui, eux, ont privilégié une installation dans les villes intermédiaires et les zones rurales (figure 3.7). Cette tendance n'est pas statistiquement significative (test non significatif au seuil de 5% : $\chi = 3,07$ ($p = 0,079$)), ceci est probablement lié aux faibles effectifs de la population étudiée. (Tests statistiques en annexes)

Figure 3.7 : Taux de chirurgiens-dentistes (diplômés de l'UFR de Brest) installés dans les différentes unités urbaines en fonction du sexe au 03/07/2012.



Afin de comprendre l'évolution dans le temps de l'installation des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest, nous avons réalisé l'étude de l'installation des chirurgiens-dentistes à un temps T-1 (1^{er} janvier 1999) à un temps T-2 (1^{er} janvier 1990) (figure 3.8 et 3.9)

Figure 3.8 : Taux de chirurgiens-dentistes (diplômés de l'UFR de Brest) installés dans les différentes unités urbaines en fonction du sexe au 1^{er} janvier 1999.

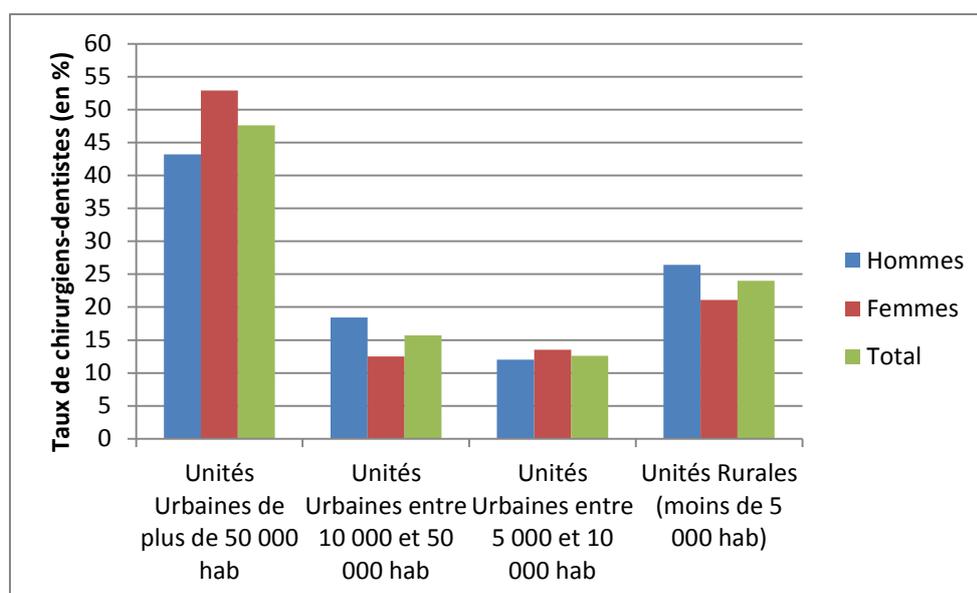
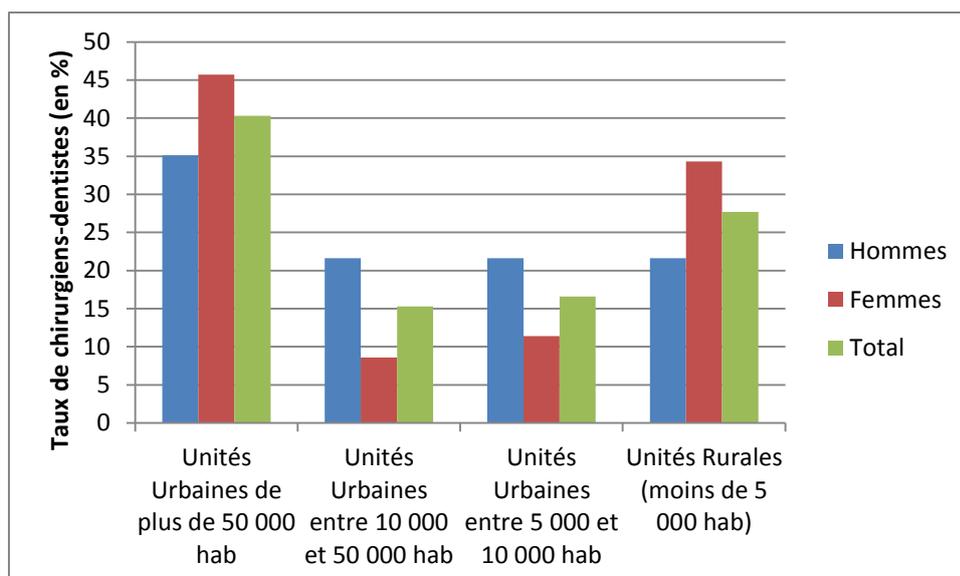


Figure 3.9 : Taux de chirurgiens-dentistes (diplômés de l'UFR de Brest) installés dans les différentes unités urbaines en fonction du sexe au 1^{er} janvier 1990.



Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes. Base de données du 27/08/2014 filtrée au 1^{er} janvier 1990

On remarque ainsi (figure 3.7, 3.8 et 3.9), que l'activité dans les grandes villes a toujours attiré un fort taux de chirurgiens-dentistes. Elle concentrait en 1990 40,3 % de l'activité des anciens étudiants de l'UFR de Brest. Ce taux augmente à 47.6 % en 1999 puis connaît un déclin, mais se maintient encore à un taux de 39 % des installations des chirurgiens-dentistes diplômés de Brest en 2012. L'activité dans les villes de taille moyenne a connu un taux fixe d'environ 15 % des lieux d'installation. Les petites villes ont connu un déclin d'attractivité lors de la décennie 1990 avant d'être de nouveau plébiscitées et ont atteint le taux de 19 % des lieux d'installations actuels. L'activité en zone rurale est en déclin passant de 27.7 % des installations globales en 1990 à 20.75 % en 2012.

Les femmes sont, en grande partie, responsables de la forte attractivité des grandes villes, car, toutes époques confondues, elles présentent un taux d'installation dans les grandes villes supérieures aux hommes de 10 points. L'attrait des petites et moyennes villes est globalement similaire pour les hommes et les femmes et ceci quelle que soit l'époque. Enfin, le déclin d'attractivité des zones rurales semble principalement imputable à la baisse d'installation des femmes dans ces zones. En 1990, une femme sur trois exerçait en zones rurales, mais ce taux chute à une femme sur 5 en 2012. Le taux des hommes installés en zone rurale pour cette période, restera inchangé avoisinant les 23 %.

5 Type d'activité des Chirurgiens-dentistes diplômés de Brest :

5.1 Étude du type d'exercice à un temps T :

Définir le type d'activité ayant cours à un temps T permet, lorsque l'on compare les différents résultats, de connaître l'évolution du type d'activité dans le temps. Ainsi, nous définirons, dans un premier temps, l'exercice ayant cours le 3 juillet 2012 (T0) et nous le comparerons par la suite aux exercices

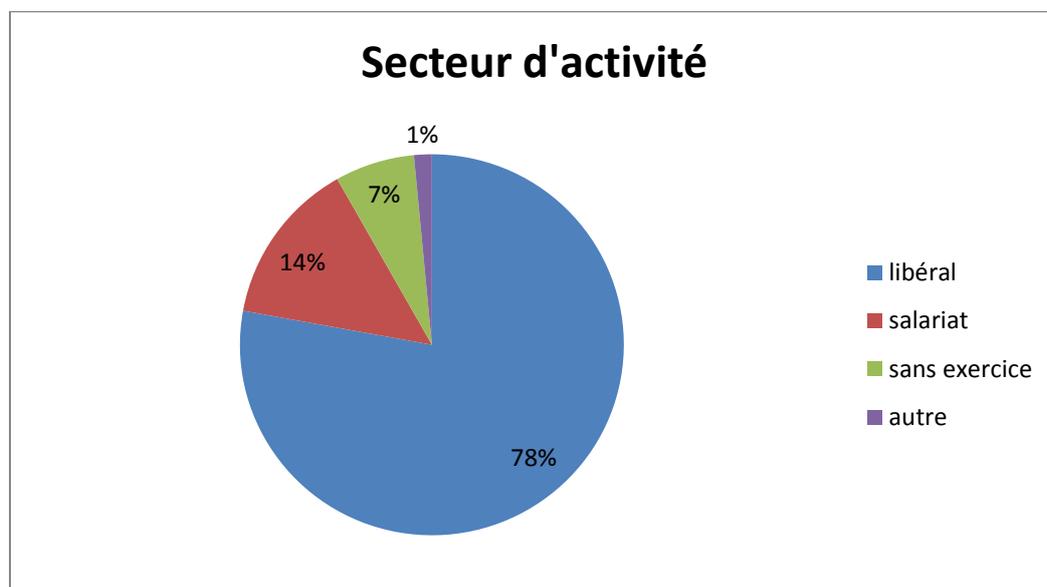
ayant cours au 1^{er} janvier 1999 (T-1) et au 1^{er} janvier 1990 (T-2). Nous débuterons par les secteurs d'activités puis nous détaillerons secteur par secteur, en débutant par le secteur salarié puis le libéral.

5.1.1 Secteur d'activité :

On comptait au temps T0 (03/07/12) 340 activités principales et 48 activités annexes. À celles-ci, il faut adjoindre les 4 radiations définitives ainsi que les 10 cessations provisoires d'activité.

L'activité est majoritairement libérale, concentrant plus de 75 % de l'activité de la profession. Si l'on ne considère que les actifs, 84.8 % de l'activité des chirurgiens-dentistes diplômés de Brest est libérale et 15.2 % est salariée. À titre de comparaison, au niveau national au 1^{er} janvier 2012, 90.5 % des chirurgiens-dentistes actifs avaient un exercice libéral ou mixte et 9.5 % un exercice salarié exclusif (Sicart, 2012).

Figure 3.10 : Secteur d'activité des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR d'Odontologie de Brest au 3 juillet 2012

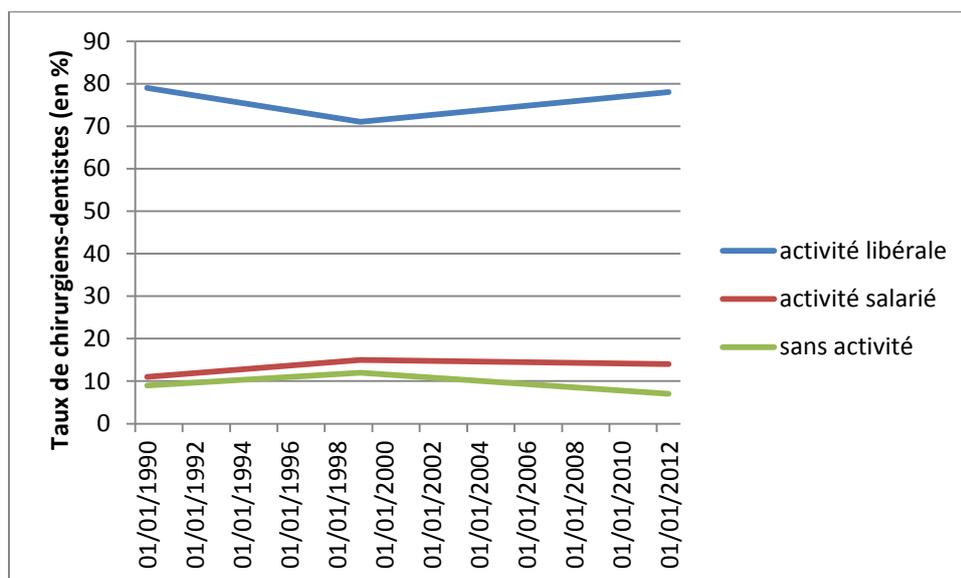


Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes. 03/07/12

Lorsque nous observons l'évolution du taux d'exercice libéral dans le temps pour les chirurgiens-dentistes actifs (figure 3.11), nous remarquons au temps T-2, au 1^{er} janvier 1990, un fort recours à l'exercice libéral. (87.3 %). Ce taux baisse et atteint 82.9 % au 1^{er} janvier 1999 (T-1) puis il remonte pour atteindre 84.8 % en 2012. La part des inactifs est relativement proche entre 1990 (9 %) et 2012

(7 %), celui-ci a connu un pic en 1999 atteignant 12 % des chirurgiens-dentistes diplômés. L'activité salariée a, elle aussi, connu une croissance au cours de la décennie 90, passant de 12.7 % des statuts d'exercice des chirurgiens-dentistes actifs en 1990 à 17.1 % en 1999 puis l'activité salariée a connu une décroissance pour atteindre 15.2 % en 2012.

Figure 3.11 : Évolution du taux des différents secteurs d'activités (libéral, salarié et inactif) au cours des décennies 90 et 2000. (en pourcentage)



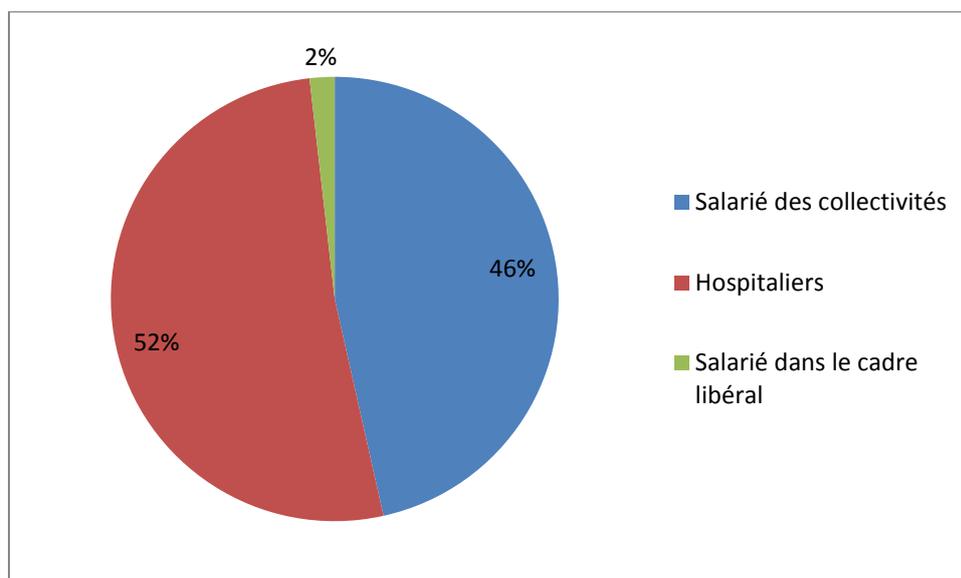
Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes.

5.1.2 Exercice salarié :

En ce qui concerne l'activité salariée des chirurgiens-dentistes diplômés de Brest au 3 juillet 2012 (figure 3.12), elle se répartit quasiment équitablement entre l'exercice hospitalier et l'exercice au sein

des collectivités (centre de santé) laissant une part dérisoire à l'exercice salarié au sein des structures libérales. Cette répartition diffère de celle que l'on observe au niveau national. Au 1^{er} janvier 2012, l'activité salariée nationale hors cadre libéral se structurait comme suit : hospitalier 15.6 %, collectivités (centre de santé) 74.3 %, centre de soins et prévention 1.5 %, organisme de la sécurité sociale 8.6 %.

Figure 3.12 : Répartition du type d'exercice salarié des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR odontologie de Brest au 03/07/12.

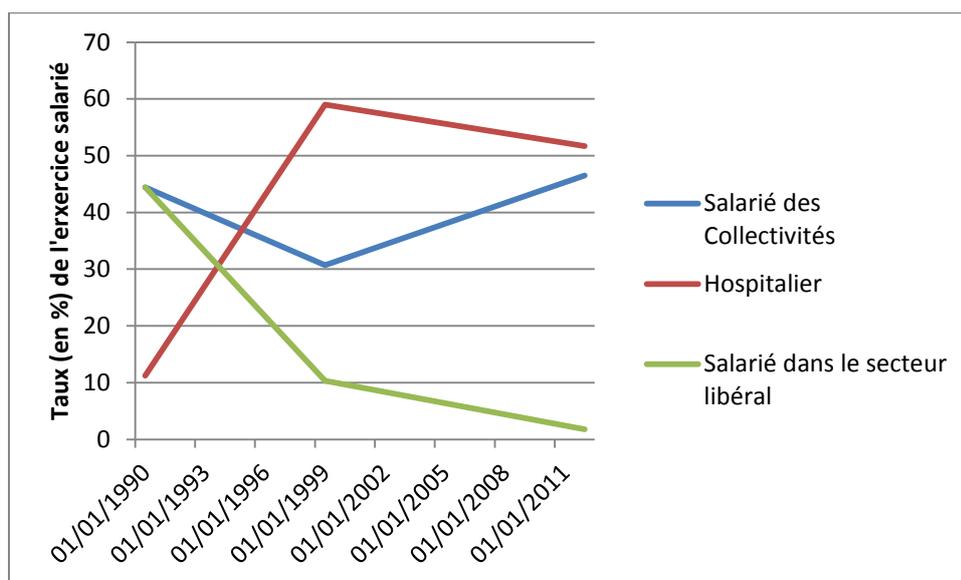


Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes. 03/07/12

La répartition des différents statuts d'exercice salarié a grandement varié au cours du temps (figure 3.13). Lors de la décennie 90, le secteur salarié croît et ceci principalement grâce au secteur hospitalier et, dans une moindre mesure, à l'exercice salarié des centres de santé. Au cours de la décennie suivante, les rôles s'inversent et ce sont les emplois dans le secteur privé qui connaissent une croissance plus soutenue expliquant le quasi-équilibre privé/public en 2012. Le salariat au sein

des cabinets libéraux, bien que majeur en proportion en 1990, n'a jamais été très élevé en valeur absolue, ce qui explique sa marginalisation au gré de la croissance des effectifs hospitaliers et des collectivités.

Figure 3.13 :Évolution de la répartition des statuts d'exercice salarié au cours des décennies 90 et 2000 au sein du secteur d'activité salarié.



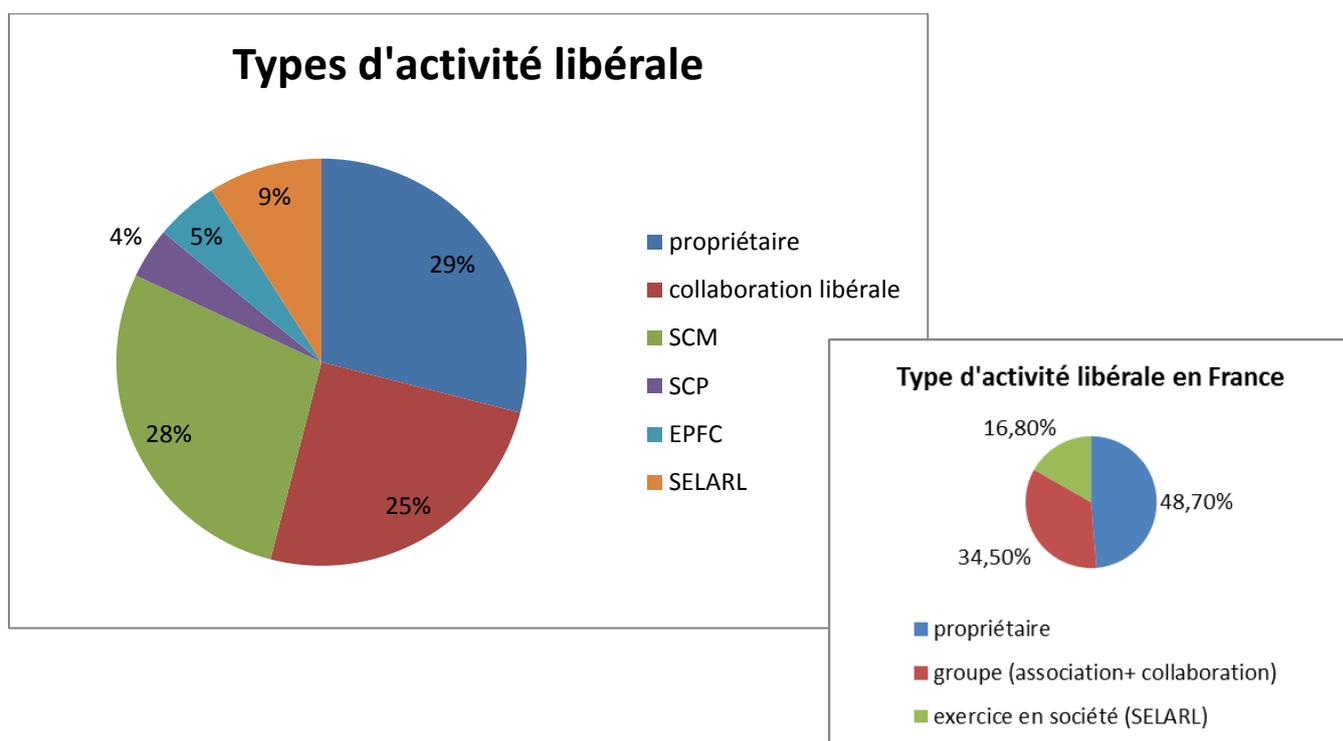
Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes.

5.1.3 Exercice libéral :

Concernant l'activité libérale au 3 juillet 2012, elle est dominée par l'activité en association (37 %) en premier lieu la SCM puis l'EPFC, vient ensuite les propriétaires exerçants seuls leur activité (29 %)

puis la collaboration libérale (25 %) et enfin l'exercice en société pour 13 % (SELARL 9 % et SCP4 %).

Figure 3.14 : Type d'activité libérale des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest au 03/07/12 ; rappel de la situation nationale.

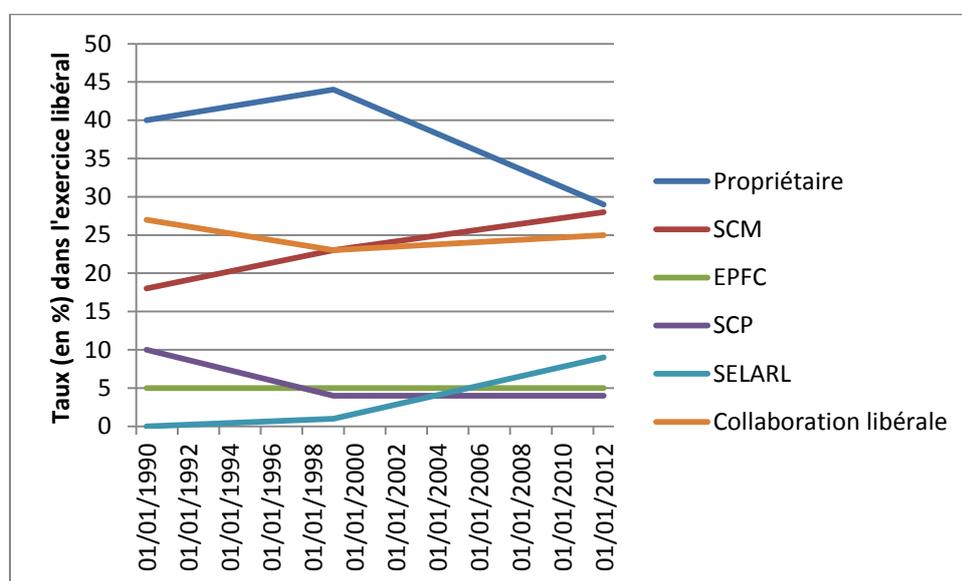


Source : Document personnel établi grâce à la base de données de l'ONCD et au document de travail : les professions de santé au 1^{er} janvier 2012, n°168, DREES, Daniel Sicart

Il ressort de cette étude que les anciens étudiants brestois plébiscitent l'exercice salarié comparativement à la population dentaire générale. Malgré tout, l'exercice libéral reste largement majoritaire car plus des trois quarts d'entre eux y exercent. Les diplômés brestois privilégient très majoritairement un travail en groupe (58 % contre 34.5 % au national) à travers des contrats d'association ou de collaboration, viennent ensuite l'exercice en cabinet individuel qui ne séduit qu'un large quart de l'effectif (contre 48.7 % au national) et enfin l'exercice en société choisi par 13 % (contre 16.5 % au national). L'exercice en société ne permet pas de définir si le praticien travaille seul ou en association. En effet, la SELARL peut exercer en SCM, en SCP, en EPFC ou encore seul.

Au 1^{er} janvier 1990 (figure 3.15), l'exercice libéral majoritaire est l'exercice en tant que propriétaire (40 %), suivi de la collaboration (27 %), puis de l'exercice en association (23 %) et enfin de l'exercice en société (10 %). Au cours de la décennie 90, l'exercice à son compte et en association ont progressé, la collaboration libérale ainsi que l'exercice en société ont, eux, légèrement reculé. Au cours de la décennie 2000 la courbe s'inverse pour l'exercice en tant que propriétaire et en 2012, moins d'un chirurgien-dentiste diplômé de Brest sur trois exerce sous ce statut. La décennie 2000, prolonge la croissance de l'exercice en association qui devient l'exercice majoritaire au cours de l'année 2010. L'exercice en collaboration libérale connaît une légère hausse au cours de la décennie 2010 et concerne un chirurgien-dentiste sur 4 en 2012. L'exercice en société a, lui, connu une hausse au cours de la décennie 2000 grâce à la forte croissance des sociétés d'exercice libéral.

Figure 3.15 : Évolution de la répartition des statuts d'exercice salarié au cours des décennies 90 et 2000 au sein du secteur d'activité salariée.



Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes.

5.2 Activités de l'étudiant non diplômé :

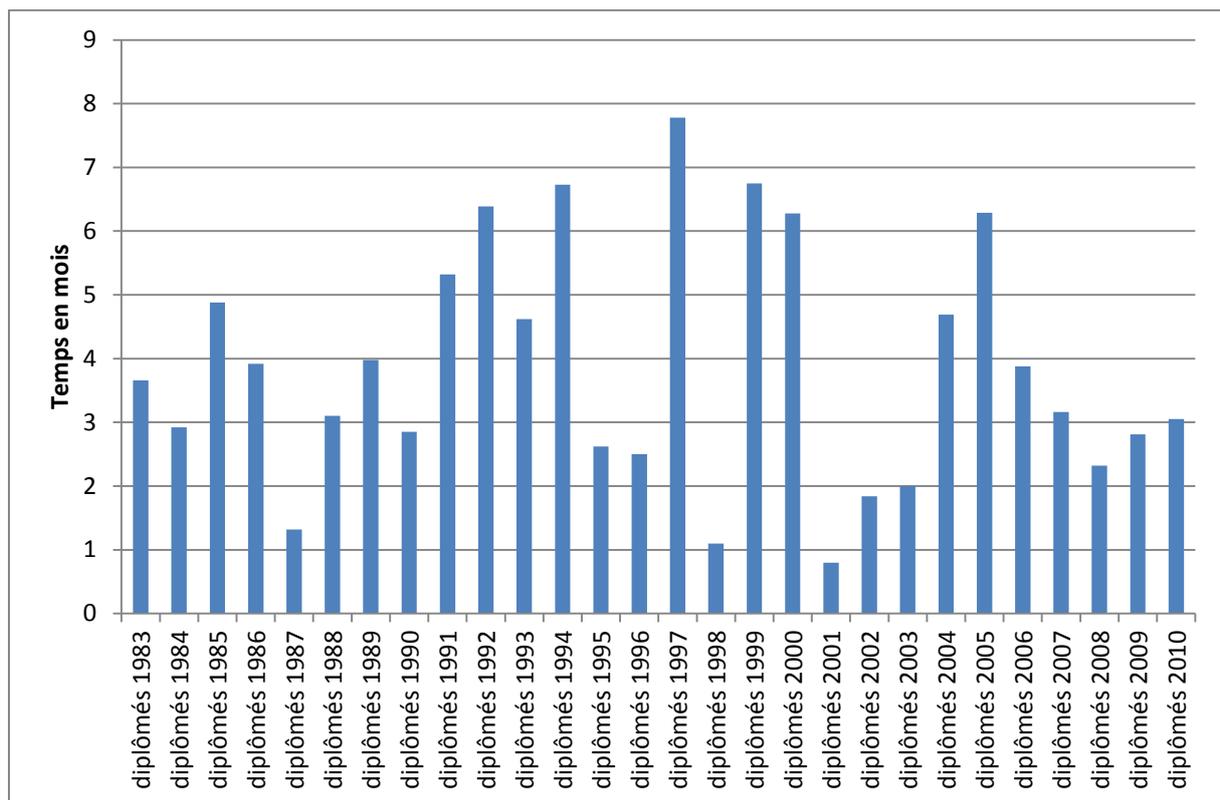
L'étudiant en odontologie a la possibilité, après l'obtention du CSCT et la validation de sa 5^{ème} année d'étude, de réaliser des remplacements ou des collaborations salariées dans le secteur libéral jusqu'à la date de soutenance de la thèse et l'obtention du diplôme. L'étudiant exerce alors sous le nom d'un praticien titulaire. L'étude suivante s'intéresse à l'activité des dentistes à partir de leur obtention du diplôme, dès lors ils exercent sous leur nom propre et possèdent leur propre numéro d'identification national de l'ordre.

5.3 Activités du chirurgien-dentiste diplômé de l'UFR Odontologie de Brest :

5.3.1 Délai entre l'obtention du diplôme et le premier exercice :

Une fois diplômé, le nouveau chirurgien-dentiste met en moyenne 3,84 [+/- 1.88] mois pour réaliser son premier exercice, mais derrière cette moyenne se cache de grandes disparités selon l'année du diplôme, mais également entre les individus d'une même année.

Figure 3.16 : Délai en mois entre la date d'obtention du diplôme et le premier exercice en fonction de l'année de diplôme :



Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes. 03/07/12

5.3.2 L'exercice provisoire :

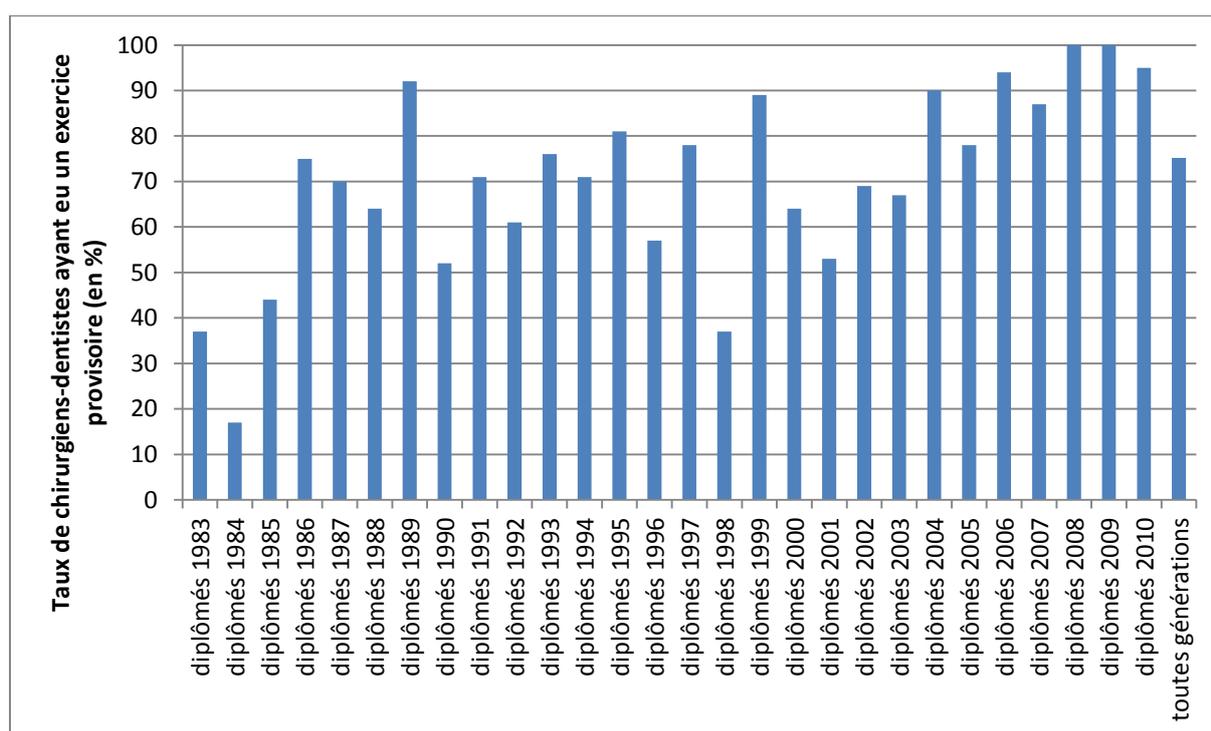
Il faudra entendre comme exercice provisoire tout exercice principal ou annexe préalable à l'installation durable. Seront considérés comme provisoires les exercices suivants : le remplacement, la collaboration salariale, l'exercice sous convention d'exercice conjoint, l'exercice dans une société en participation, la location, la gérance.

Certains exercices seront également considérés comme provisoires sous conditions, c'est le cas de la collaboration libérale si sa durée globale est inférieure à 5 ans, le statut de salarié des collectivités si sa durée globale est inférieure à 5 ans. Enfin concernant les statuts d'attachés hospitaliers et assistants hospitalo-universitaires, ils seront considérés comme provisoires si : ils sont annexes d'exercice provisoire, ils ont une durée de moins de 5 ans et pour l'AHU, s'il ne se poursuit pas par un poste de MCU-PH.

L'exercice provisoire préalable à l'installation débute après le diplôme de docteur en chirurgie dentaire et s'arrête au premier exercice durable réalisé par le praticien en question.

À la suite du diplôme, une majorité (75.20 [+/- 20.59] %) des 339 chirurgiens-dentistes a un exercice provisoire, ce taux varie énormément selon les générations.

Figure 3.17 : Taux de chirurgien-dentiste ayant un exercice provisoire en fonction de l'année de diplôme (en pourcentage) :



Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes. 03/07/12

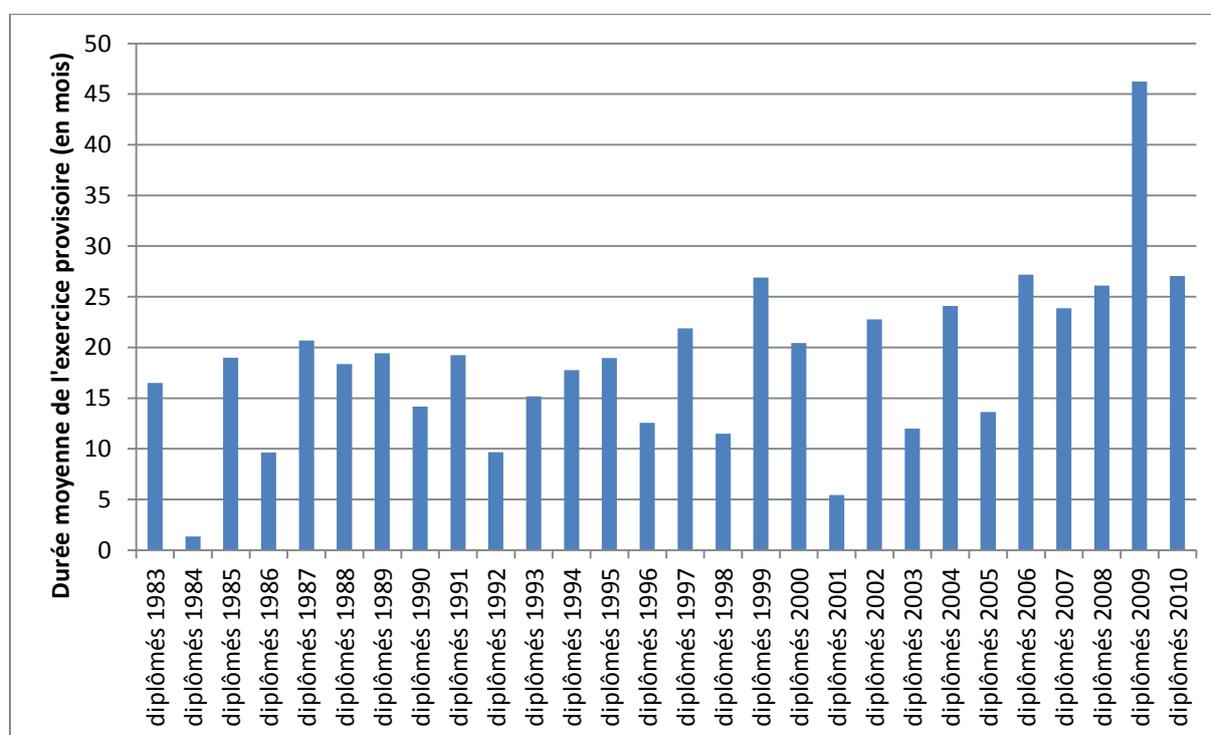
Cette moyenne de 75.2 [+/- 20.59] % des diplômés ayant recours à l'exercice provisoire cache d'importantes variations entre le taux de 17 % de la promotion sortante de 1984 et les taux de 2007 et 2008 où l'ensemble de la promotion sortante a réalisé un exercice provisoire.

La décennie 80 présente un taux de recours à l'exercice provisoire de 60 [+/- 25,6] %, celui-ci monte à 75.6 [+/- 15.5] % pour la décennie 90 et à 81.6 [+/- 16.2] % pour celle allant de 2000 à 2010. Le taux de recours à l'exercice provisoire est comparable pour les 2 sexes.

5.3.2.1 Durée de l'exercice provisoire :

La durée moyenne de l'exercice provisoire est de 16.51 [+/- 8.50] mois. Là encore les variations intergénérationnelles sont majeures avec une moyenne de 12 [+/- 7.04] mois pour la décennie 80, de 17.5 [+/- 5.22] mois pour la génération 90 et de 19.7 [+/- 10.52] mois pour la génération 2000. Ces moyennes sont établies en rapportant la durée des exercices provisoires à la population globale.

Figure 3.18 : Durée moyenne d'exercice provisoire en fonction des promotions sortantes.

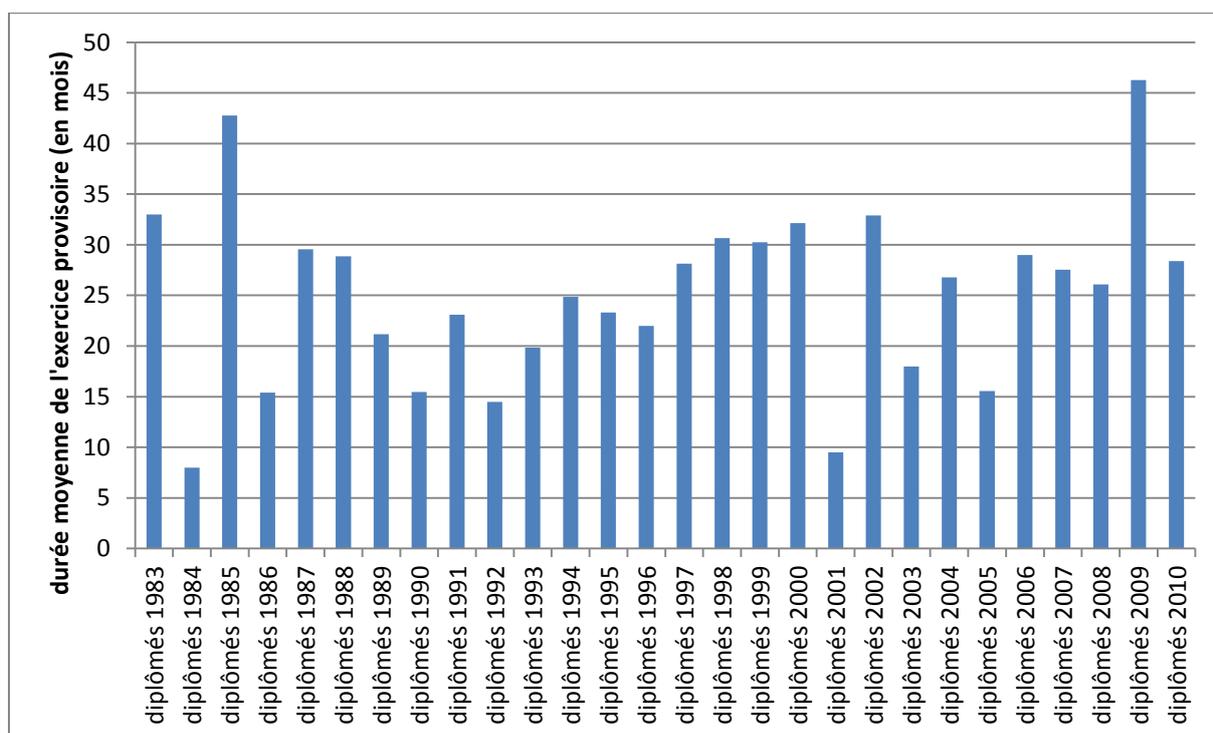


Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes. 03/07/12

Ces valeurs sont fortement influencées par le taux de recours à l'exercice provisoire des promotions sortantes. Ainsi, si l'on rapporte le temps d'exercice provisoire uniquement à la population en ayant réalisé un, on trouve un temps d'exercice provisoire moyen de 22,97 [+/- 8,82] mois.

Celui-ci allant de 20,5 [+/- 11.60] mois pour la décennie 80 à 23,6 [+/- 5.58] mois pour la décennie 90 et à 24 [+/- 9.77] mois pour la décennie 2000.

Figure 3.19 : Durée de l'exercice provisoire ramené à la population ayant eu un exercice provisoire en fonction de l'année de diplôme.

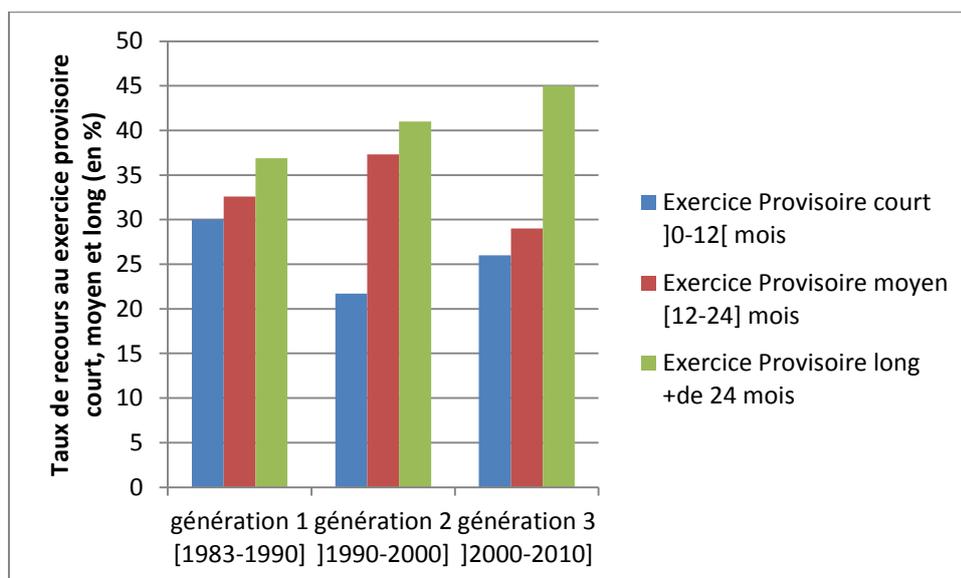


Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes. 03/07/12

Ainsi, on peut remarquer que la durée moyenne de l'exercice provisoire est relativement stable dans le temps, seul change réellement le taux de recours à cet exercice provisoire entre les générations.

Si l'on compare, génération par génération, le profil temporel des exercices provisoires, on observe un accroissement constant du taux de chirurgiens-dentistes ayant recours à un exercice provisoire long, c'est-à-dire supérieur à 2 ans (figure 3.20).

Figure 3.20 : Taux de la population ayant eu un exercice provisoire de type court, moyen ou long en fonction de la génération.

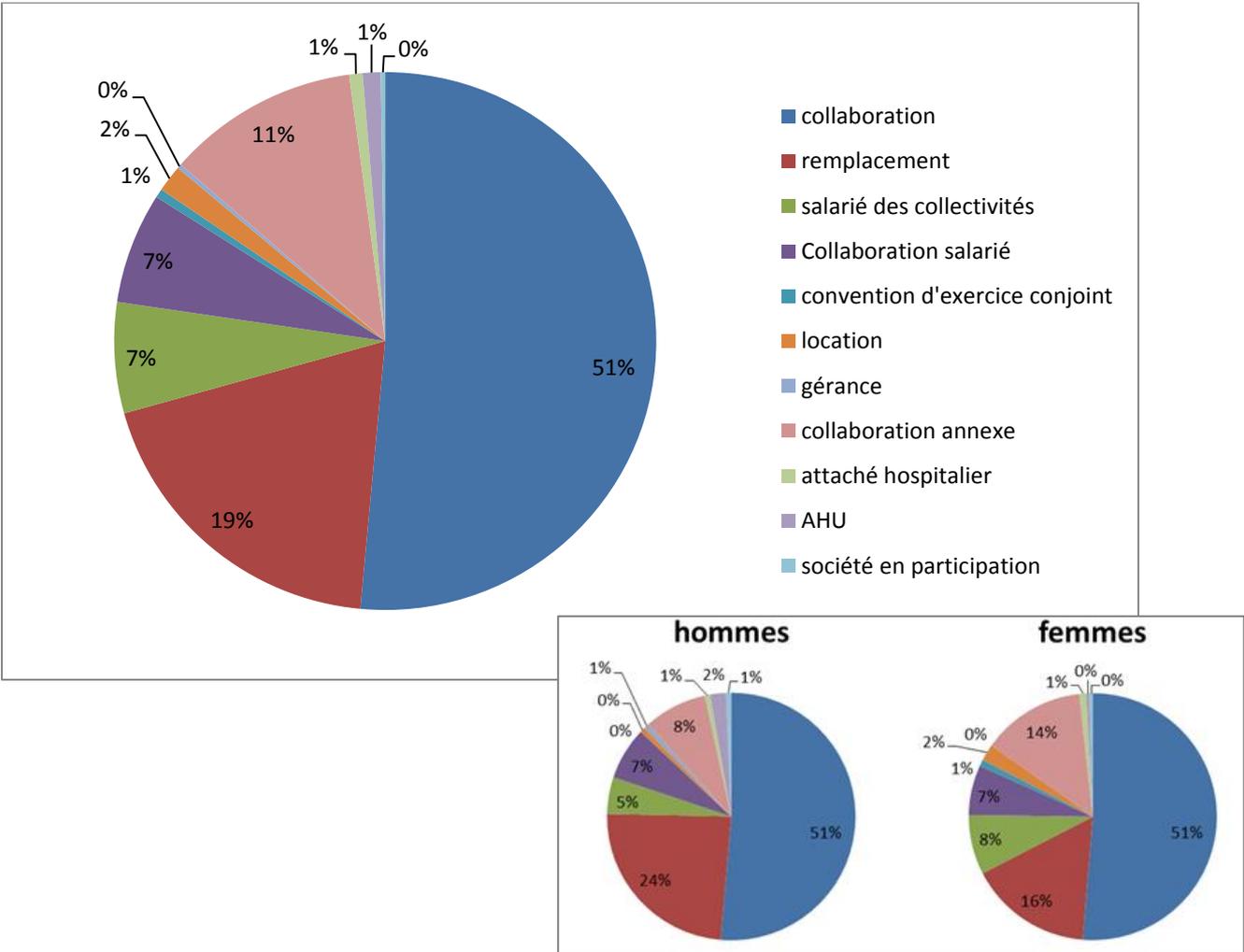


Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes. 03/07/12

5.3.2.2 Type d'exercice provisoire :

L'exercice provisoire est dominé par la collaboration libérale qui totalise 51 % des contrats d'exercice provisoire, viennent ensuite les contrats de remplacement 19 % et les collaborations annexes 11 %. Enfin, le secteur salarial représente 14 % des contrats d'exercice temporaire réparti équitablement entre la collaboration salariée et le salariat des collectivités.

Figure 3.21 : Taux de recours aux différents statuts juridiques d'exercices provisoires :



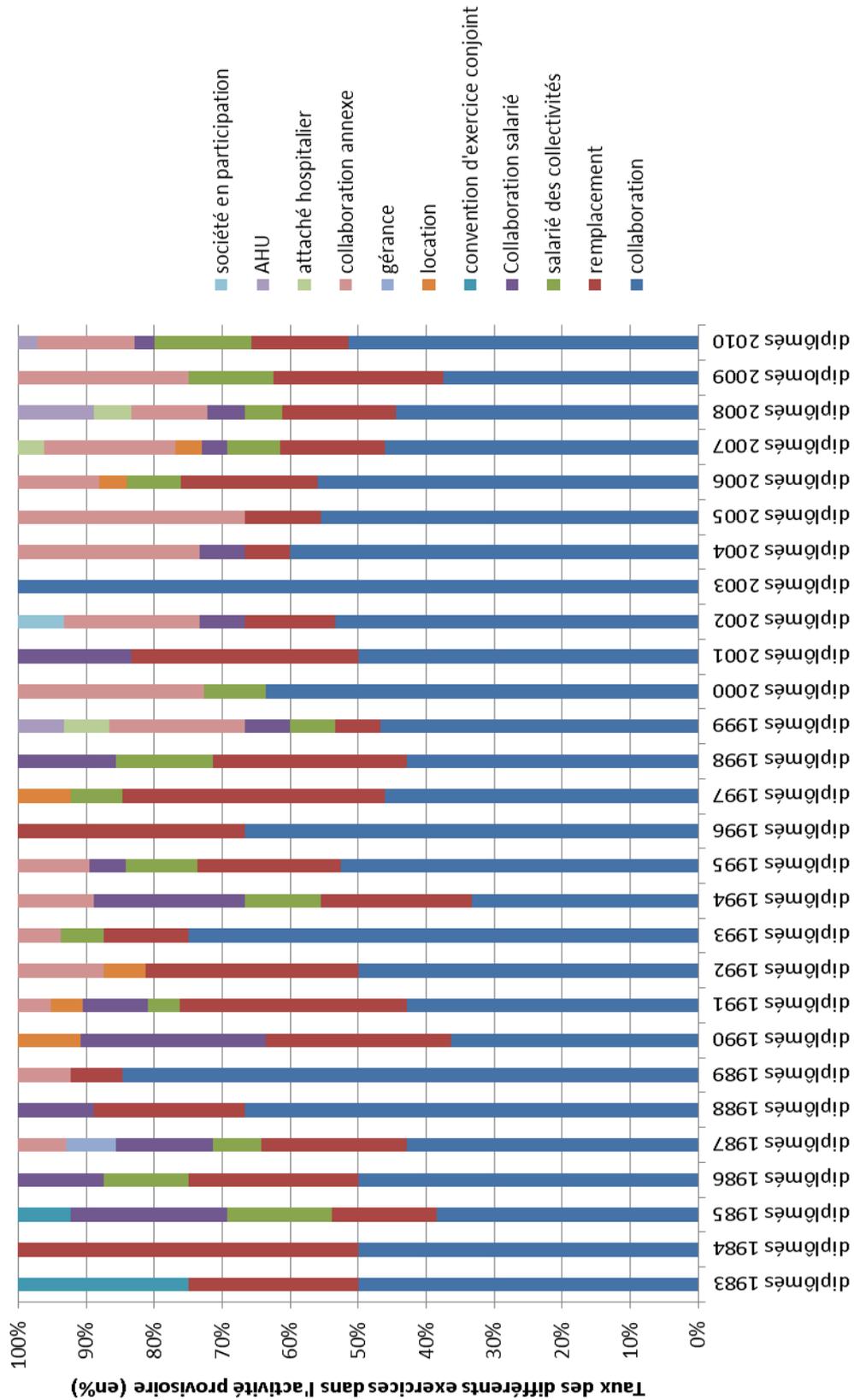
L'activité provisoire est relativement superposable pour les hommes et les femmes. Les femmes exercent d'avantage en tant que salariées des collectivités et souscrivent plus souvent à une collaboration annexe, mais elles font moins de remplacements que leurs homologues masculins.

5.3.2.3 Type d'exercice provisoire en fonction des générations :

On observe une relative constance du taux des collaborations et des remplacements en fonction des années formant le socle de l'exercice provisoire. Les autres types de contrat présentent, eux, des fluctuations importantes d'une année sur l'autre mais sans pouvoir dégager une tendance particulière. Seule, la collaboration salariée semble connaître un déclin dans le temps avec une baisse à partir des années 2000. La collaboration annexe, quant à elle, semble connaître une croissance stable depuis les années 2000.

Figure 3.22 : Part des différents exercices provisoires des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest en fonction de l'année de diplôme.

Part des différents exercices provisoires des dentistes diplômés de l'UFR de Brest en fonction de l'année de diplôme.



Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes.

03/07/12

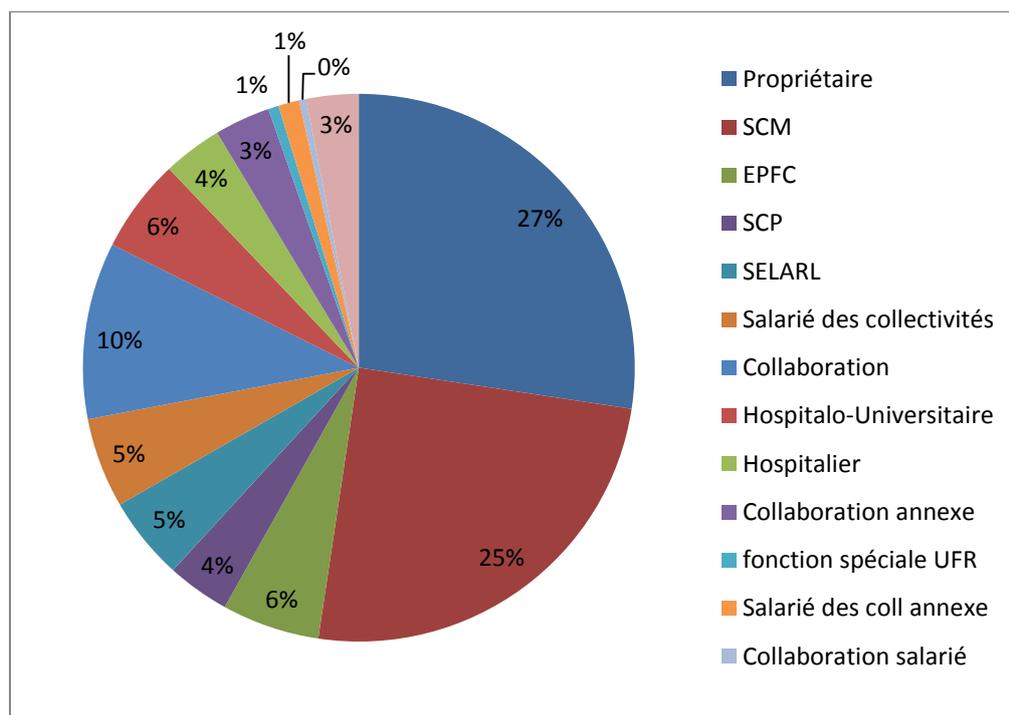
Il faut noter tout de même que les contrats de remplacement, bien que représentant un cinquième des contrats d'exercice provisoire, se cantonnent principalement à des durées relativement courtes et que s'il était établi un ratio des contrats pondérés par la durée de ceux-ci, il est certain que la part des remplacements en serait réduite.

5.3.3 Exercice Durable :

Les exercices durables correspondent dans la pensée commune à l'installation. Afin de représenter au mieux cette idée ils ont été définis dans le matériel et méthode (chapitre 3 ; sous-titre 2). Il peut donc exister un, mais également plusieurs exercices durables pour un même chirurgien-dentiste, incluant les exercices principaux et annexes et les exercices historiques et actuels.

Ainsi défini, l'exercice durable principal et annexe confondue est dans 27 % des cas exercé par des praticiens en exercice individuel. L'exercice en association concerne 31 % de l'exercice durable, l'exercice en société concerne, lui, 9 % des contrats et la collaboration correspond, elle, à 13 % des contrats d'exercice durable. Le salariat lui atteint 16 % de l'activité durable avec 4 % pour l'hospitalier, 6 % pour l'hospitalo-universitaire et 6 % pour le salariat des collectivités.

Figure 3.23 : Taux de recours aux différents statuts juridiques d'exercice durable des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest :

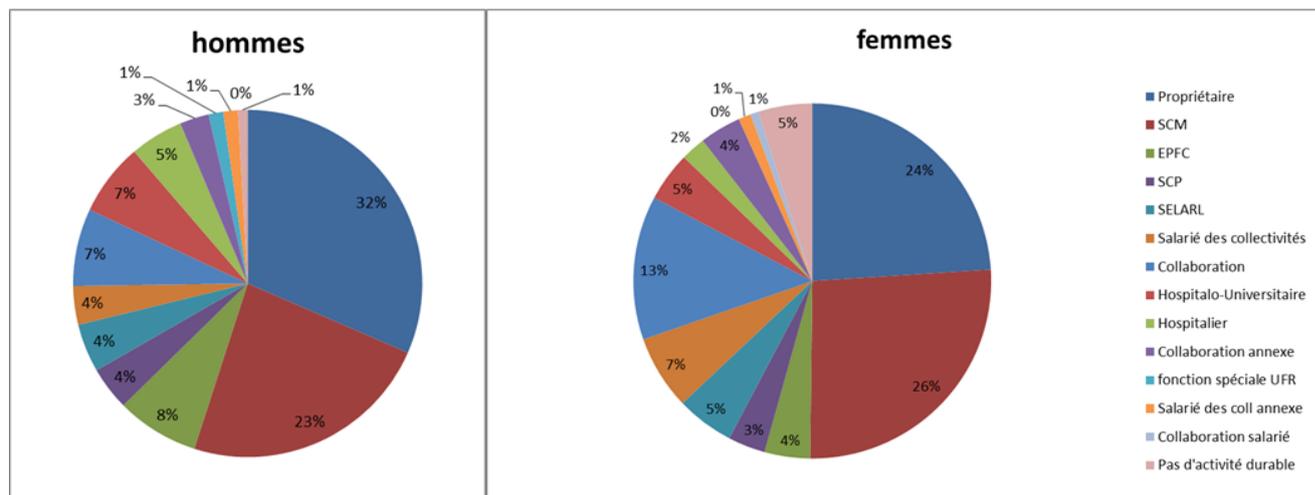


Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes. 03/07/12

Si la vue d'ensemble ne présente pas, de prime abord un grand intérêt, il servira d'étalon pour la comparaison en fonction du sexe et en fonction des générations.

5.3.3.1 Activité durable en fonction du sexe :

Figure 3.24 : Taux de recours aux différents statuts juridiques d'exercice durable des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest en fonction du sexe :



Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes. 03/07/12

Un tiers de l'exercice durable masculin est réalisé en tant que propriétaire, un autre tiers en association. L'activité salariée masculine s'élève à 16 %, la collaboration à 10 % et l'activité en société à 8 %.

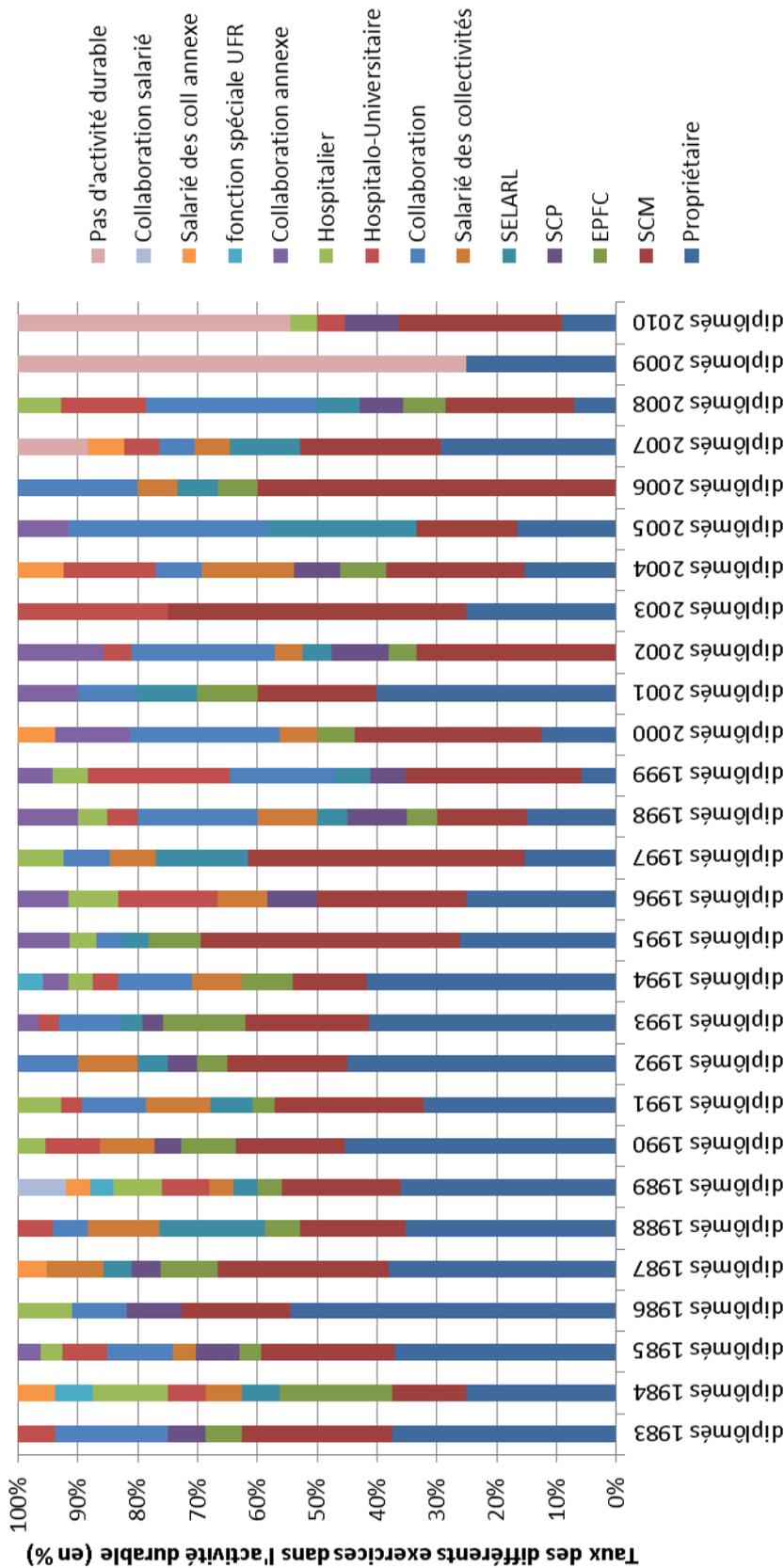
Concernant l'exercice féminin, il diverge de celui des hommes par une moindre proportion d'exercice en tant que propriétaire (24 %), ceci au profit principalement de la collaboration qui représente 17 % de l'activité durable féminine. La proportion d'activité en association et en société est superposable pour les hommes et les femmes. Pour l'activité salariée les proportions sont proches (14 % pour les femmes) celle-ci est différemment structurée, avec un attrait plus important de l'hospitalier chez les hommes, et des collectivités pour les femmes.

Enfin la forte proportion de femmes n'ayant pas d'activités durables s'explique principalement par la forte proportion de femmes des 3 dernières promotions diplômées prises en compte.

5.3.3.2 Activité durable en fonction de la génération :

Figure 3.25 : Part des différents exercices durable des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest en fonction de l'année de diplôme.

Part des différents exercices provisoires des dentistes diplômés de l'UFR de Brest en fonction de l'année de diplôme



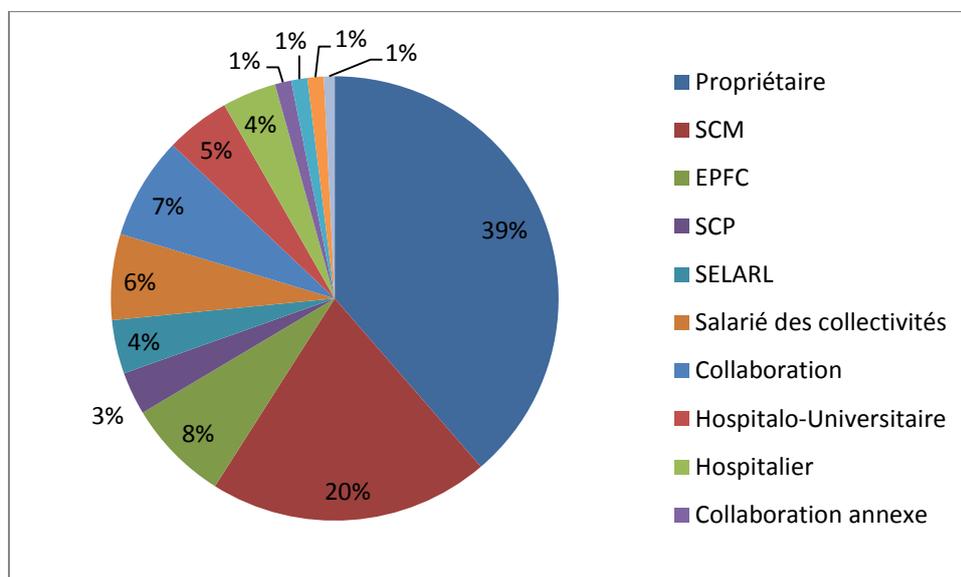
Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes.

03/07/12

Génération diplômées entre 1983 et 1994 :

Pour ces générations l'exercice durable majoritaire est l'exercice seul en tant que propriétaire, il totalise 39 % (+/- 15 %) de l'activité durable, vient ensuite l'activité en association 28 %, (SCM 20 % et EPFC 8 %). L'activité salariée représente, 15 % de l'activité durable (6 % pour les collectivités, 5 % pour l'exercice hospitalo-universitaire et 4 % pour l'hospitalier) enfin l'activité en société représente 7 % de l'activité durable (SELARL 4 % et SCP 3 %) tout comme la collaboration.

Figure 3.26 : Part des différents exercices durables des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest entre 1983 et 1994.

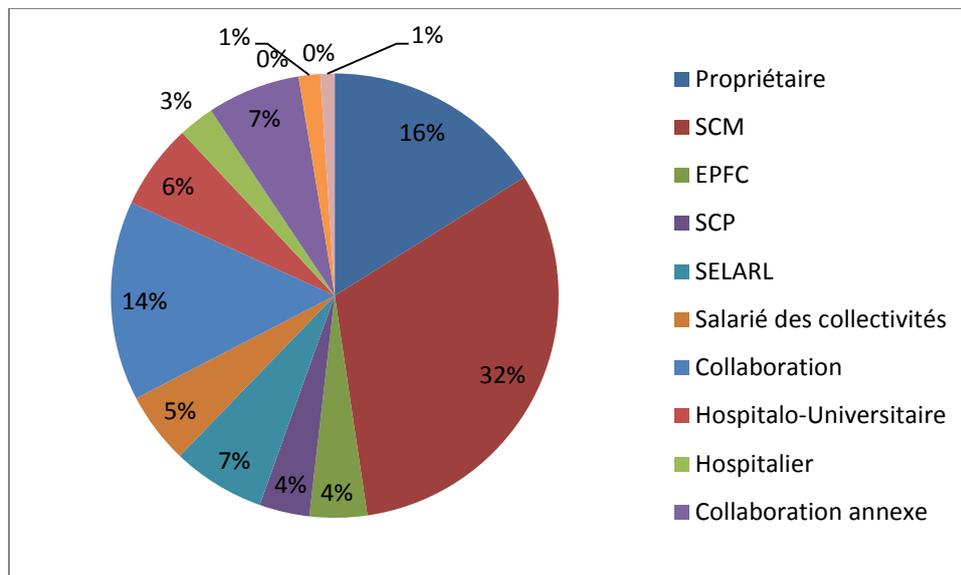


Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes. 03/07/12

Génération diplômées de 1995 à 2007 :

Pour ces générations, l'exercice durable est davantage synonyme d'exercice en association (36 %), vient ensuite la collaboration (21 %) puis l'exercice en tant que propriétaire (16 %), l'exercice salarié (14 %) et enfin l'exercice en société (13 %).

Figure 3.27 : Part des différents exercices durables des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest entre 1995 à 2007.



Source : Document personnel réalisé grâce à la base de données de l'ordre national des chirurgiens-dentistes. 03/07/12

Génération diplômées de 2007 à nos jours :

L'exercice durable pour ces générations ne peut pas réellement être représentatif d'un exercice durable du fait qu'un certain nombre est encore en exercice provisoire et que pour d'autres l'exercice durable en cours est inférieur à 2 ans et donc non pris en compte dans cette analyse.

Chapitre 4 : Discussion

Les résultats obtenus pour les chirurgiens-dentistes diplômés de Brest ne peuvent pas être extrapolés au niveau national pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le numerus clausus de l'UFR depuis sa création a oscillé entre 12 (décennie 90) et 26 (décennie 2010) en même temps que le numerus clausus national qui a oscillé lui entre 800 et 1200. La part des étudiants brestois dans l'effectif global a donc évolué de 1.5 à 2.1 % de l'effectif global. Cette faible proportion est un premier frein à la représentativité nationale, mais celui-ci est aggravé par la divergence de caractéristiques majeures de l'échantillon vis-à-vis de la population nationale excluant donc toute représentativité. Voici les principaux caractères divergents au niveau local par rapport à la situation nationale :

- Le taux de féminisation :

Le taux de féminisation de la profession croît continuellement depuis 1985 où il était de 25.75 % à nos jours où il est de 40 % (chapitre 1. 3.2). Pour l'UFR d'odontologie de Brest, ce taux a toujours excédé les 40 % et s'établit de nos jours à 56 % (chapitre 3.3.1) soit bien au-dessus des valeurs retrouvées au niveau national.

- L'âge :

La faculté d'odontologie de Brest est la plus jeune de France, elle a été créée en 1978 alors que les autres facultés de France ont été créées au début des années soixante-dix et ont généralement remplacé des écoles dentaires déjà formatrices de chirurgiens-dentistes. Ainsi, le chirurgien-dentiste diplômé de l'UFR de Brest le plus âgé avait 58 ans lors de l'étude et la moyenne d'âge des chirurgiens-dentistes diplômés de Brest est de 40.53 ans soit près de 9 ans de moins que la moyenne nationale.

- L'origine géographique :

Les étudiants de l'UFR d'odontologie sont majoritairement originaires des départements du Finistère, des Côtes d'Armor et du Morbihan et d'une seule région : la Bretagne. D'autre part il exerce majoritairement en Bretagne (chapitre 3.4). D'autres UFR ont des provenances plus lointaines lorsqu'elles ont des places de PACES attribuées à d'autres UFR de santé et dans d'autres régions. Ainsi, certains UFR ont des proportions plus importantes d'installation hors des régions de formation. (Figure 2.12)

- Le lieu d'exercice :

Là encore, la situation n'est pas réellement comparable. Au niveau national, un chirurgien-dentiste sur deux exerce dans l'agglomération parisienne ou une agglomération de plus de 200 000 habitants. (chapitre 1.4.1) Étant donné que 70 % des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest s'installent dans le Finistère et qu'il n'y a pas d'agglomération comparable mais un important maillage rural de petites et moyennes unités urbaines, cela biaise également la représentativité. (chapitre 3.4)

Il y a toutefois des points convergents entre la situation nationale et celle des chirurgiens-dentistes diplômés de Brest.

En exerçant majoritairement en Bretagne (80 %) (chapitre 3.4) les anciens étudiants de l'UFR de Brest exercent sur un territoire où la densité de chirurgien-dentiste par habitant et où le revenu moyen par chirurgien-dentiste est proche de la moyenne nationale.

D'autre part, la DREES prévoit dans son exercice de projection de l'évolution de la profession (Collet et Sicart, 2007) une féminisation de la profession ainsi qu'une baisse de l'âge moyen des chirurgiens-dentistes après le départ massif en retraite des « papys boomers ».

Ainsi, dans la discussion, nous nous attacherons à comparer les résultats de l'étude à ceux observés au niveau national. Nous comparerons également les résultats en fonction du genre, de la génération ou encore de l'époque.

1 Comparaison Brest / National :

1.1 Type d'activité (salariale/ libérale) :

Le secteur odontologique en France est très largement dominé par l'activité libérale. En 2012, 90.54 % des chirurgiens-dentistes exerçaient dans le secteur d'activité libérale ou mixte (c'est-à-dire libérale et salariée) (Sicart, 2012). Pour les chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR brestois les proportions sont proches avec 84.8 % des praticiens exerçant dans le secteur libéral. (chapitre 3 sous chapitre 5.1.1)

Une partie de cet « écart » par rapport à la moyenne nationale peut s'expliquer dans la méthodologie de « recensement » de l'activité. La DREES utilisait les données du répertoire ADELI jusqu'en 2012, depuis elle utilise celles du répertoire RPPS. Lors du décompte du secteur d'activité, elle comptabilise comme secteur d'activité libéral tous chirurgiens-dentistes ayant une activité libérale ou mixte. Ceci a pour effet d'augmenter artificiellement le secteur d'activité libérale. Pour le décompte du secteur d'activité des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest ayant une activité mixte, ils ont été dénombrés dans le secteur libéral et le secteur salarié, ceci dans le but de représenter le plus fidèlement les proportions de l'activité globale ayant lieu dans chaque secteur.

Le Secteur libéral :

L'exercice de la profession se fait encore majoritairement dans les cabinets individuels en France avec un peu plus de 40 % des chirurgiens-dentistes optant pour ce mode d'exercice en 2012. Bien que majoritaire, ce mode d'exercice est en perte de vitesse, ayant perdu 20 points entre 2002 et 2012 (Figure 1.18). Concernant les anciens étudiants brestois, ils ont, eux, plébiscité davantage l'exercice dans les cabinets individuels durant les décennies 80 et 90 totalisant 40 à 45 % de l'activité des chirurgiens-dentistes. Depuis les années 2000 celui-ci est en fort déclin passant sous la barre des 30 % en 2012. (Figure 3.15)

L'exercice dans un cabinet de groupe est choisi par un tiers des chirurgiens-dentistes comme moyen d'exercer la profession en 2012. Cette proportion est restée relativement inchangée lors de la dernière décennie (Figure 1.18). Concernant les chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest, l'exercice en groupe égale l'exercice individuel durant la décennie 90 et dépasse celui-ci lors de la décennie 2000. Celui-ci représente actuellement le secteur d'activité principal (figure 3.15).

L'exercice en société a connu une croissance importante au cours de la dernière décennie passant de 3 % de chirurgiens-dentistes exerçant sous ce statut en France en 2002 à 15 % en 2012. Localement, la croissance de ce secteur est superposable (de 5 % en 1999 à 15 % en 2012). (Figure 3.15) Cette croissance fulgurante lors de la dernière décennie peut s'expliquer par l'ouverture récente des sociétés d'exercice libéral (SEL) aux chirurgiens-dentistes (juillet 1992) ainsi que par sa fiscalité avantageuse au-delà d'un certain niveau de revenu. L'exercice en SEL ne permet pas de dissocier l'exercice individuel (société unipersonnelle) de l'exercice en groupe (société pluripersonnelle). Ainsi, il est difficile de savoir si la baisse majeure des cabinets individuels durant la dernière décennie s'est faite au profit de sociétés unipersonnelles, ce qui correspondrait alors davantage à un changement de statut juridique qu'à un changement du type de structure d'installation, ou si celle-ci s'est faite au profit de sociétés pluripersonnelles, auquel cas un changement majeur du type de structure d'installation se serait opéré lors de cette décennie.

Ainsi pour l'exercice libéral de la profession, l'exercice individuel reste majoritaire mais il est en perte de vitesse principalement au profit de l'exercice en société. L'exercice en groupe seconde l'exercice individuel et reste relativement inchangé en proportion depuis 10 ans. La situation des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest est différente. L'exercice individuel et en groupe était réalisé dans des proportions quasiment équivalentes jusqu'au milieu des années 2000 où l'exercice individuel a reculé au profit des exercices en groupe et en société. Ces différences entre l'échelon local et national peuvent s'expliquer par plusieurs raisons. Premièrement, par la jeunesse des chirurgiens-dentistes brestois (ayant 9 ans de moins que la moyenne nationale). Or, il est mis en avant que les jeunes générations délaissent l'exercice individuel au profit des exercices en groupe ou en société. (Figure 3.24). D'autre part, la féminisation plus importante de l'effectif brestois pourrait également expliquer cette tendance à l'exercice en groupe et en société. En effet, concernant l'exercice durable, la présente étude met en avant un plus faible recours à l'exercice en cabinet individuel des femmes (6 points d'écart). (Figure 3.25)

Le secteur salarié :

En 2012, les chirurgiens-dentistes de France exerçant dans le secteur salarié sont majoritairement employés par des centres de santé (du type mutualiste) à 62 %, viennent ensuite les employés hospitaliers à 14 %, puis les employés des cabinets libéraux avec 10 %, puis l'emploi par les organismes de Sécurité sociale pour 7 % d'entre eux et enfin ils sont 7 % à être employés dans un autre secteur (Sicart, 2012). Concernant la répartition des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR de Brest dans le secteur salarié la même année, celle-ci est dominée par le secteur hospitalier représentant 52 % des emplois, vient ensuite l'emploi dans les centres de santé (type mutualiste) qui concentrent 46 % des emplois. Enfin l'emploi salarié au sein des cabinets libéraux ne représente que 2 % du secteur. (Figure 3.10) L'organisme de la Sécurité sociale n'emploie qu'un ancien étudiant de l'UFR d'odontologie de Brest.

Cette forte proportion du secteur hospitalier pourrait s'expliquer par la création relativement récente de l'UFR et du recrutement très majoritairement local du corps enseignant de l'UFR.

1.2 Lieu d'installation :

L'installation des anciens étudiants brestois se fait majoritairement dans la région (80 %). Ceci s'explique pour partie par l'origine des étudiants provenant uniquement de la PACES de Brest. La plupart des régions ayant un UFR d'odontologie arrivent à retenir les jeunes chirurgiens-dentistes pour leur exercice futur (figure 2.12). A contrario, les régions sans UFR d'odontologie ont souvent un nombre plus faible d'installation de jeunes chirurgiens-dentistes que le nombre de places leur étant attribué à l'issue de la PACES par le numerus clausus régional (rapport ONDPS). L'UFR d'odontologie de Brest s'inscrit donc dans la même dynamique nationale d'installation des jeunes chirurgiens-dentistes : à proximité des centres formateurs, mais ne joue aucun rôle dans la baisse de la démographie des régions non dotées d'UFR du fait de la provenance brestoise de l'ensemble des lauréats au concours de PACES admis à poursuivre leurs études dans l'UFR. Au contraire, nous pouvons considérer que la Bretagne, avec un solde migratoire négatif (- 10.9 % des chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans), forme plus de chirurgiens-dentistes exerçant par la suite hors de la région qu'elle n'en accueille. (ONDPS, 2013)

2 Comparaison Brest intra cohorte :

2.1 Temps de thèse :

En considérant le temps d'élaboration de la thèse comme étant le temps entre la fin de la 5^{ème} année (avant 1999) ou de la 6^{ème} année (depuis 1999) jusqu'à la date de soutenance de thèse, le temps moyen d'élaboration de la thèse était de 17.83 [+/-2.18] mois lors de la décennie 80. Il croît à 21.53 [+/- 3.74] mois pour la décennie 90 et redescend à 17.83 [+/- 2.57] mois pour la décennie 2000. (chapitre 3 sous chapitre 1.3.3) Les différences liées au sexe sont très marquées au cours de la décennie 80 avec une moyenne de 4.07 mois de plus pour les hommes par rapport aux femmes durant leur préparation de thèse. Le temps de thèse moyen augmente plus vite chez les femmes que chez les hommes au cours de la décennie 90. La différence n'est plus que de 2.45 mois en moyenne entre les 2 sexes sur cette décennie. À partir de 1998, la durée moyenne de préparation de thèse chute pour les hommes. Pour la décennie 2000, les hommes mettent même en moyenne 2.95 mois de moins que les femmes pour préparer leur thèse. Nous pouvons observer une rupture de l'accroissement du temps de thèse chez les hommes vers la fin de la décennie 90. Cette période correspond à l'instauration de la 6^{ème} année d'étude mais surtout à la fin de la conscription obligatoire en France. Il est donc relativement évident d'établir un lien entre la baisse significative du temps d'élaboration de la thèse entre les décennies 90 et 2000 et la fin du service militaire obligatoire. D'autre part, l'instauration de la 6^{ème} année d'étude ainsi que la limitation d'exercice au-delà de 18 mois ont sans doute également joué un rôle de cofacteur de cette baisse du temps d'élaboration de la thèse.

2.2 Recours exercice provisoire :

Après revue de littérature, il semblerait qu'il s'agisse de la première étude concernant l'exercice provisoire du jeune chirurgien-dentiste. L'exercice provisoire a été décrit dans le matériel et méthode (chapitre 3.2), il s'agit d'un exercice réalisé après l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste et

avant un exercice dit durable, lui aussi défini dans le matériel et méthode (chapitre 3.2). Nous avons étudié le taux de recours à l'exercice provisoire, sa durée, ainsi que le statut juridique sous lequel il est réalisé. Nous avons comparé ces variables en fonction du sexe et de la génération des chirurgiens-dentistes. Voici les résultats les plus marquants :

- Le taux de recours :

Les chirurgiens-dentistes diplômés ont massivement recours à un exercice provisoire. Ils sont en moyenne 75 % à y avoir recours. Cette proportion varie en fonction de la génération. Pour les générations diplômées lors de la décennie 80, 60 % ont recours à un exercice provisoire, le recours augmente à 75.6 % pour les générations 90 et à 81.6 % pour la génération 2000. (chapitre 3.5.3.2)

Les hommes ont recours à l'exercice provisoire pour 76 % d'entre eux, le taux de recours est de 74 % pour les femmes. Le sexe de l'individu n'influe donc pas sur le recours à l'exercice provisoire.

- La durée :

Pour la durée moyenne de l'exercice provisoire, nous observons une forte croissance entre une durée moyenne d'un an dans les années 80 à 20 mois pour la génération 2000. Cette durée moyenne est très largement biaisée par la variation intergénérationnelle du taux de recours à l'exercice provisoire. Ainsi, en étudiant la durée moyenne de l'exercice provisoire ramenée aux chirurgiens-dentistes en ayant réalisé un, nous observons une durée moyenne relativement stable. Les variations entre les différentes années de diplômes sont-elles, très importantes. Prenons l'exemple des promotions 1984,1986,1990,1992,2001,2005 ou la durée moyenne ne dépasse pas les 15 mois, alors que d'autres sont plus proches des 30 mois comme les promotions 1987,1988,1998,1999,2000,2006. Ces résultats peuvent faire penser à une émulation au sein des promotions pour une installation rapide ou au contraire pour un exercice provisoire long. (Figure 3.19)

Le recours à l'exercice provisoire long (plus de 24 mois) a tendance à croître au fil des générations passant de 37 % des exercices provisoires dans les années 80 à 45 % dans les années 2000. Dans le même temps, l'exercice provisoire court (mois de 12 mois) a lui légèrement reculé (perte de 5 points) et l'exercice provisoire moyen (entre 12 et 24 mois) après avoir crû au cours des années 90, a connu également un recul. (Figure 3.20)

Concernant la répartition en fonction du sexe, les hommes réalisent en proportions quasiment équivalentes des exercices provisoires courts (29 %), moyens (33 %) et longs (38 %). Les femmes plébiscitent davantage l'exercice provisoire long (51 %) et moyen (29 %) délaissant l'exercice provisoire court (20 %). Pour les exercices provisoires excédant 3 ans, ils sont réalisés en majorité par des femmes (65 %) cette proportion s'accroît davantage encore pour les exercices provisoires au-delà de 4 ans (71 % de femmes). Cette domination féminine des exercices provisoires de très longue durée pourrait s'expliquer par les grossesses durant l'exercice provisoire.

- Le statut juridique :

L'exercice provisoire se fait également pour une très large majorité dans le secteur libéral principalement sous le statut de la collaboration libérale (62 %) (figure 3.21). Véritable tremplin pour l'exercice libéral durable, ce statut permet un exercice indépendant, à faible frais, permettant

l'acquisition d'expérience et d'une patientèle. Elle peut à terme évoluer vers une association. Les remplacements ont également cours (19 %) mais correspondent d'avantage à un besoin ponctuel du remplaçant et du remplacé. Ceux-ci sont limités dans le temps aux congés du remplacé. Les remplacements peuvent être un galop d'essai pour une collaboration future ou une expérience permettant d'aiguiller l'installation future. L'exercice salarié correspond à 15 % de l'exercice provisoire. Il est majoritairement représenté par l'exercice dans des centres de santé du type « mutualiste » et par la collaboration salarié au sein des cabinets libéraux. L'exercice salarié permet un exercice sans avance de frais permettant l'acquisition d'expérience, avec une simplicité administrative et les avantages du statut salarié. Par contre, cet exercice ne permet pas une grande liberté d'exercice ni l'acquisition d'une patientèle.

Concernant l'évolution générationnelle de l'exercice provisoire, celle-ci a toujours été largement dominée par la collaboration libérale oscillant entre 35 et 100 % de l'exercice provisoire (figure 2.22).

L'exercice provisoire est peu divergent selon le sexe du chirurgien-dentiste. Hommes comme femmes privilégient la collaboration libérale. Les femmes optent davantage pour l'exercice salarié que les hommes qui, eux, font d'avantage de remplacements.

2.3 Évolution activité en fonction des générations :

Concernant l'activité provisoire, il n'existe pas de faits marquants intergénérationnels pour les chirurgiens-dentistes diplômés de Brest concernant le secteur d'activité ; les variations générationnelles se cantonnant au taux de recours et à la durée de l'exercice provisoire. Par contre, pour l'exercice durable les différences sont majeures. Pour l'analyse de cette variable, nous avons comparé deux générations : une génération allant de 1983 à 1994, puis une seconde allant de 1994 à 2007. Au-delà de 2007, les chirurgiens-dentistes ne sont pas pris en compte car un certain nombre d'entre eux sont encore en exercice provisoire, n'offrant donc pas une bonne représentativité. La division en 1994 a été retenue du fait d'une rupture de comportement d'installation visible sur le graphique représentant l'activité durable par année de diplôme (figure 3.25).

L'exercice en cabinet individuel connaît un déclin majeur entre les 2 générations. La première plébiscite ce secteur d'activité car il correspond à 39 % des statuts juridiques d'exercice recensés, quant à la seconde, n'y exerce que 16 % des chirurgiens-dentistes de cette génération. La part des associations permettant l'exercice en groupe connaît une croissance intergénérationnelle car 28 % y a recours pour la génération allant jusqu'à 1994, alors que la génération la plus contemporaine y a recours à 36 %. Il en va de même pour l'exercice en société (de 7 à 11 %) et la collaboration libérale qui double même son taux de recours (de 7 à 14 %). Enfin, la proportion de l'exercice salarié reste, lui, relativement stable dans les 2 générations (11%).

2.4 Évolution activité en fonction du sexe :

Concernant l'activité provisoire, il n'existe pas de grandes différences entre les secteurs d'activité des chirurgiens-dentistes hommes et femmes diplômés de l'UFR de Brest. En revanche concernant

l'activité durable, il existe certaines différences remarquables. Tout d'abord, les femmes optent moins pour l'exercice en cabinet individuel que les hommes (- 6 points). L'activité au sein des associations et des sociétés est quasiment équivalente chez les hommes et chez les femmes. En revanche les femmes exercent davantage en collaboration libérale (+ 6 points) et dans les centres de santé (type mutualiste) (+3 points). (Figure 3.24)

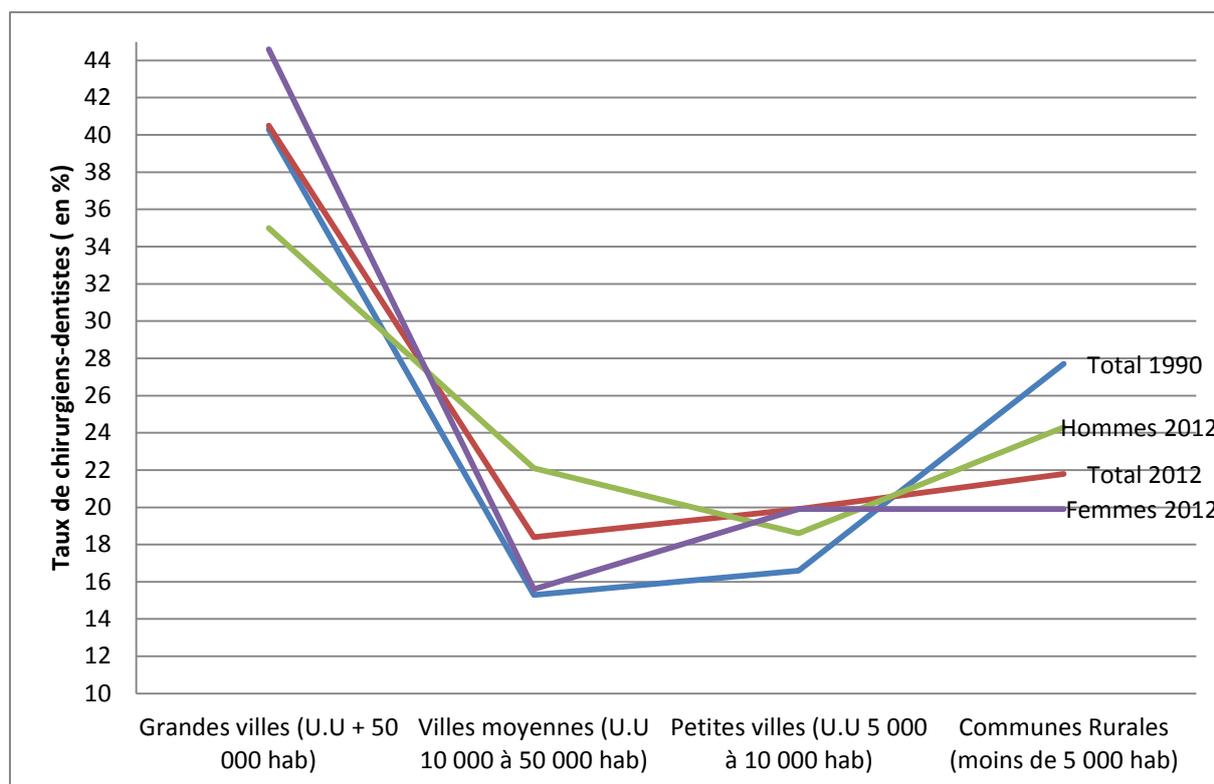
Il est néanmoins difficile d'établir le lien entre le sexe et le secteur d'activité étant donné que les jeunes générations ont un taux de féminisation plus élevé, ainsi la tendance observée ci-dessus pourrait être liée à un effet générationnel.

2.5 Lieu d'exercice :

Les chirurgiens-dentistes diplômés de Brest exercent à l'heure actuelle majoritairement dans des grandes villes (40 %). Ce taux était déjà de 40 % en 1990, il a connu une croissance au cours de la décennie 90 puis il a décliné au cours de la décennie 2000. Les petites et moyennes villes attirent également 40 % des chirurgiens-dentistes ayant étudié à Brest. Ce secteur est en forte progression car en 1990 il ne représentait que 30 % des lieux d'activité. Enfin le secteur rural représente actuellement 22 % des installations. Ce taux a baissé depuis 1990 où il était de 28 %.

Nous avons également mis en évidence que les femmes diplômées de l'UFR d'odontologie de Brest plébiscitent d'avantage que les hommes (+ 10 points) l'exercice dans les grandes villes délaissant les installations rurales (- 6 points). (Figure 4.1)

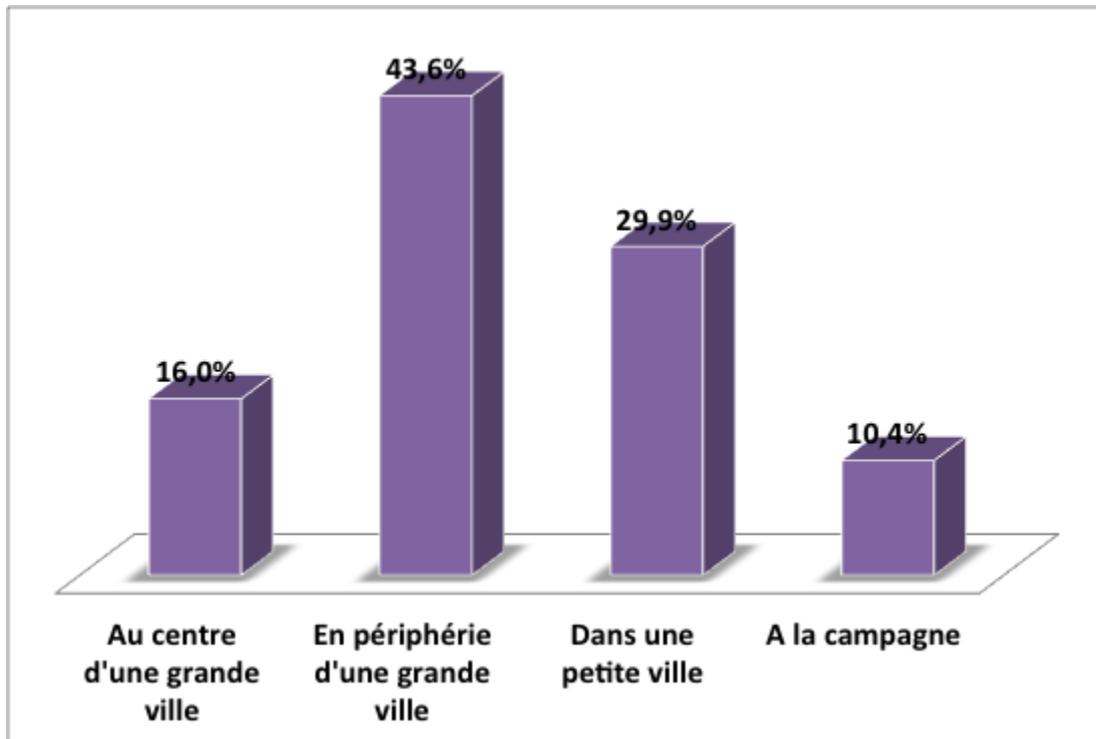
Figure 4.1 : Taux de chirurgiens-dentistes (diplômés de l'UFR de Brest) installés dans les différentes unités urbaines en fonction du sexe au 03/07/12, rappel de la situation générale au 1^{er} janvier 1990.



Source : document personnel réalisé grâce aux bases de données de l'ONCD

Pour projeter l'installation des futures générations de chirurgiens-dentistes diplômés, il est intéressant de connaître les souhaits d'installation des futurs chirurgiens-dentistes prochainement diplômés. Pierrot et Robein ont réalisé une thèse sur les intentions d'installation des étudiants en 6^{ème} année d'odontologie en 2010-2011. Cette étude a obtenu le taux de participation de 53 %. Il ressort, de cette étude, un attrait majeur pour les grandes villes avec 60 % d'intentions d'installation. Il faut tout de même remarquer que l'attrait des grandes villes se porte plutôt sur la périphérie, qui, pour les grandes métropoles, peut s'étendre relativement loin. Les petites villes semblent relativement attrayantes avec 30 % d'intentions d'installation, Par contre, les installations rurales semblent boudées par les étudiants en fin de cursus. (Figure 4.2)

Figure 4.2 : Taux des différents souhaits d'installation exprimés par les étudiants en 6ème année d'odontologie lors de l'année universitaire 2010-2011.



Source : Pierrot M, Robein N, Démographie des chirurgiens-dentistes en France : évolution, analyse de la situation actuelle, évaluation des mesures de régulation et enquête prospective sur les intentions d'installation des étudiants en T1 des facultés de chirurgie dentaire françaises. Universités de Strasbourg

Bien qu'il ne s'agit que d'intentions d'installation pouvant fluctuer au gré des exercices provisoires, les grandes villes semblent conserver une importante attractivité, alors que la campagne semble en perte d'attractivité pouvant prolonger son déclin d'installation.

3 Exercice de Projection :

3.1 Les besoins de soins :

L'évaluation prospective des besoins bucco-dentaires est d'une absolue nécessité pour pouvoir définir si l'offre de soins correspond aux besoins en France. Le chapitre II-2 qui recense les principales études sur le sujet montre que ces études ne sont soit pas représentative de la population française globale ou le cas échéant ne se focalisent que sur une seule classe d'âge. Cette évaluation présente d'importantes lacunes en France ne permettant pas de projeter la demande de soins de la population aussi bien qualitativement que quantitativement (Cour des comptes, 2010). Ainsi il serait primordial de définir la prévalence de la carie dentaire, des parodontoses et de l'édentement dans la population en fonction de l'âge, des générations et du lieu de vie.

Une évaluation de la demande de soins de la population française peut être réalisée en analysant les actes transmis à la Sécurité sociale. Alors certes, l'ensemble des chirurgiens-dentistes n'est pas conventionné, mais une grande majorité l'est, permettant largement une analyse de la demande de soins bucco-dentaires en France. Depuis la mise place de la CCAM, le nombre d'actes reconnus et décrits a considérablement augmenté permettant une évaluation rétrospective de la demande de soins relativement fidèle et précise.

Ces évaluations permettraient d'adapter les politiques publiques d'offres de soins afin de les rendre plus efficaces. L'évaluation des besoins de soins permettrait d'adapter les politiques de prévention, l'analyse de la demande de soins permettrait de définir les besoins en professionnels de santé bucco-dentaire. Enfin la confrontation de l'analyse des besoins et de la demande de soins permettrait de définir les raisons du renoncement aux soins et pourrait amener à une réévaluation des politiques de santé publique (réévaluation du tarif ou du remboursement de certains actes...)

3.2 L'offre de soins :

3.2.1 L'offre actuelle :

L'offre de soins est communément définie par la densité de chirurgiens-dentistes, pour 100 000 habitants. La densité moyenne en France au 1^{er} janvier 2013 était de 63 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants (Sicart, 2013). Cette densité n'est pas uniformément répartie sur le territoire, les régions du Sud de la France étant plutôt sur-dotées et celle du Nord sous-dotées, sauf l'Alsace, l'Île de France et la Bretagne (figure 1.3). L'étude de l'implantation des chirurgiens-dentistes à l'échelle des bassins de vie met en évidence une implantation principalement urbaine et périurbaine (Barlet et Collin, 2007) (figure 1.5). Malgré un maillage territorial inégal, l'accessibilité géographique est largement acceptable avec un indice de concentration spatiale (indice de Gini) très proche des supermarchés. Ce qui signifie que la répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire français est aussi bonne que celle des supermarchés sur ce même territoire. Considérant la nécessité moins quotidienne du recours aux chirurgiens-dentistes, qu'aux supermarchés, il peut être admis que la profession présente actuellement un bon maillage territorial.

3.2.2 Projection de l'offre de soins :

En considérant toujours la densité de chirurgiens-dentistes par habitant comme la référence de l'offre de soins, celle-ci est fonction de l'installation des jeunes chirurgiens-dentistes, du départ à la retraite des plus anciens, ainsi que du nombre d'habitants sur le territoire concerné.

Nous avons pu mettre en avant que toutes les régions actuellement sous dotées en chirurgiens-dentistes, hormis le Nord-Pas-de-Calais et la Champagne-Ardenne, présentent une population vieillissante de chirurgiens-dentistes et sont les régions les moins attractives pour les nouveaux diplômés (figure 1.10). Il est donc fort probable que les inégalités territoriales en termes de densité de chirurgiens-dentistes soient amenées à s'accroître.

En regardant les projections d'évolution de la population des régions à l'horizon 2030 (figure 2.4), nous pouvons constater que les régions sur-dotées présenteront un taux de croissance de la

population bien plus marquée que les régions sous-dotées, ce qui irait dans le sens d'une réduction des inégalités de densités.

L'offre de soins ne peut, dans les faits, se résumer à la densité, car tous les chirurgiens-dentistes ne travaillent pas autant. En effet, l'étude des revenus des chirurgiens-dentistes (Bellamy, 2013) permet de mettre en avant de grandes disparités en termes de revenus (tableau 1.3). Ainsi les femmes ont un revenu médian moitié moins élevé que les hommes, ceci étant dû pour partie à un montant moins élevé d'honoraires sans dépassement ce qui traduit une plus faible activité. En 2003 déjà, la mission odontologie (Bois et al., 2003) évoquait le fait que « beaucoup de femmes, pour des raisons familiales le plus souvent, travaillent à temps partiel et pour certaines ne travaillent pas du tout. ». Étant donné le taux de féminisation grandissant de la profession, nous ne pouvons exclure qu'il faille dans ces conditions, une densité plus importante de chirurgiens-dentistes pour la même offre de soins dans les décennies à venir.

D'autre part, la mission odontologie (Bois et al., 2003) évoquait dans son rapport une évolution sociétale où « les plus jeunes chirurgiens-dentistes, très attachés à la qualité de la vie, ne veulent travailler que 32 heures environ par semaine » alors que leurs aînés travaillaient plus de 40 heures par semaine. Ainsi le rapport conclut que dans ces conditions, « il ne faut pas considérer qu'un jeune chirurgien-dentiste remplacera un ancien chirurgien-dentiste ». L'analyse des revenus des chirurgiens-dentistes (Tableau 1.3) semble confirmer partiellement cette hypothèse, car certes les chirurgiens-dentistes de moins de quarante ans ont un revenu plus faible que leurs aînés, mais celui des quarantennaires est plus élevé que celui des cinquantennaires et des soixantennaires. Il n'est pas à exclure que ce phénomène soit davantage lié aux années d'expérience en libéral, ainsi qu'à l'augmentation de la part des honoraires avec dépassement. Ainsi pour affirmer que cette différence de revenu provient d'une différence de volume d'activité il faudrait comparer les honoraires sans dépassement encaissés par chaque catégorie d'âge.

Du fait de la féminisation de la profession et de l'évolution sociétale, il semble plus raisonnable de considérer qu'il faut une augmentation de la densité des chirurgiens-dentistes pour assurer la même offre de soins qu'aujourd'hui.

L'offre de soins, dans le secteur odontologique, est jusqu'à présent en France dispensée quasi exclusivement par des chirurgiens-dentistes. Bien qu'étant les seuls exécutant des soins dentaires, il est primordial de considérer le rôle de l'assistant (e) dentaire dans l'offre de soins. Par la délégation de tâches que le chirurgien-dentiste peut lui faire, celui-ci se décharge d'un certain nombre de ses activités péri-soignantes, lui permettant par là même d'augmenter son temps au fauteuil. Le rapport de l'observatoire des métiers des professions libérales sur les cabinets dentaires (OMPL, 2012) évoque un taux de croissance du nombre de cabinets employeurs de 0,5 % par an (2 % entre 2006 et 2010) et une hausse du ratio employé/employeur de 1,82 en 1998 à 2,12 en 2008. Ainsi cette hausse de l'emploi augmente très probablement la productivité horaire des chirurgiens-dentistes employeurs en termes de soins. D'autre part, la profession d'assistant(e) dentaire devait être inscrite dans le code de la santé publique en 2011 grâce à la loi Fourcade mais cette proposition a été censurée par le conseil constitutionnel. Depuis la situation n'a pas évolué mais il n'est pas à exclure que cette profession voit

un jour ses prérogatives s'étendre comme c'est le cas dans des pays anglo-saxons où il existe un statut d'hygiéniste dentaire autonome. Ainsi les hygiénistes dentaires détiennent dans ces pays une part de l'offre de soins principalement pour l'hygiène et la prévention.

3.3 Les soins :

Au-delà de l'incidence de la carie et des parodontopathies, il est indéniable qu'il faut évaluer la durée de vie de nos soins pour adapter nos pratiques vers la réalisation des soins les plus pérennes et intégrer la reprise de soins dans notre évaluation de la demande de soins.

3.4 La régulation démographique :

3.4.1 Au niveau national :

La régulation de la démographie au niveau national se fait en maîtrisant les flux entrant et sortant de la profession.

Le flux entrant est principalement représenté par les étudiants lauréats de la PACES et dont le nombre est défini par le numerus clausus. Mais aussi par les étudiants intégrant le cursus odontologie par les passerelles, ne faisant pas partie du numerus clausus, mais dont le nombre est aussi régulé au niveau national. La modification de ce flux entrant doit servir de variable d'ajustement de l'offre de soins à moyen et long terme. Ainsi, l'ajustement du flux entrant doit se baser sur une analyse des besoins de soins bucco-dentaire à moyen et long termes. Elle devrait donc se baser sur une étude prospective des besoins de soins bucco-dentaire en France aujourd'hui ainsi qu'une projection de ces besoins à moyen et long terme. Cette étude n'existe actuellement pas en France (ONDPS, 2013). À défaut, l'ajustement du flux entrant s'est fait lors de la dernière décennie en suivant des rapports de plus en plus détaillés de l'état actuel de la démographie de la profession. Ceci devrait éviter les situations de pléthore craintes lors des décennies 80 et 90 puis de pénurie craintes lors de la décennie 2000 ayant entraîné les grandes oscillations du numerus clausus durant ces périodes.

Ce système de régulation démographique par le flux entrant a une faille majeure, il s'agit de l'exercice sur le territoire français de chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger. Jusqu'à présent, ce flux était marginal, mais récemment ce flux a augmenté, et en 2012, 26 % des primo inscrits à l'Ordre des chirurgiens-dentistes de France étaient des chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger (ONDPS, 2013). La régulation de ce phénomène est quasiment impossible car elle repose sur une législation européenne suite aux accords de Bologne.

Le flux sortant est quant à lui, principalement assimilé au départ en retraite. Il y a également les chirurgiens-dentistes diplômés en France et exerçant à l'étranger mais ce phénomène est marginal. Or le départ en retraite ne peut être utilisé librement comme outil de régulation démographique car les droits à la retraite sont définis par le code du travail et nécessitent un certain nombre de semestres de cotisations, ainsi que d'avoir atteint l'âge minimum de départ à la retraite, relevé récemment à 67 ans. Des tentatives de régulation du flux sortant ont été faites auprès des médecins, le MICA lors de la

pléthore, puis le cumul emploi-retraite pour pallier à la pénurie, tous deux présentent un bilan plus que mitigé (Pierrot et Robein, 2013)

3.4.2 Au niveau régional :

La régulation du flux entrant doit se faire en augmentant le numerus clausus des régions les plus déficitaires et en réduisant celui des régions largement excédentaires. Il y a ainsi des régions présentant une densité de chirurgiens-dentistes bien au-delà de la moyenne nationale, comme le PACA, le Languedoc-Roussillon, l'Alsace ou le Midi-Pyrénées et qui se retrouvent sur dotées en place de PACES par rapport au poids de la population régionale dans la population nationale (figure 2.11). Dans le même temps, des régions comme la Picardie, la Basse-Normandie ou encore le Poitou-Charentes se retrouvent sous dotés en place de PACES par rapport au poids de la population régionale dans la population nationale alors qu'elles sont des régions dont la densité de chirurgiens-dentistes est bien inférieure à la moyenne nationale. Ainsi, un rééquilibrage des régions d'origine des lauréats au concours de première année aurait un rôle de rééquilibrage démographique régional de la population des chirurgiens-dentistes. Mesure nécessaire mais pas suffisante, comme l'évoque le rapport de l'ONDPS de 2013, car une partie seulement des étudiants retourne dans leur région d'origine (Figure 2.12).

Des initiatives pour favoriser le retour dans les régions d'origine ont également été mises en place dans certaines facultés. Celles-ci permettent à certains étudiants de finir leur cursus hospitalier dans un CHU d'une région sans UFR odontologie et de poursuivre leur cursus par un enseignement à distance. D'autres UFR aménagent le planning des étudiants en dernière année d'études afin qu'ils puissent réaliser leur stage actif hors de la région formatrice. Ces initiatives, véritables alternatives à l'implantation d'UFR dans chaque région française, sont actuellement plébiscitées par les étudiants et favorisent le retour dans les régions d'origine.

3.4.3 Au niveau du bassin de vie :

Les communes urbaines et périurbaines sont très bien dotées en chirurgiens-dentistes et continuent d'attirer les futurs chirurgiens-dentistes. Le littoral et la périphérie des grandes villes françaises sont plébiscités par les futurs chirurgiens-dentistes car ils y perçoivent une certaine qualité de vie et un confort pour la vie de famille (Pierrot et Robein, 2013).

Face au peu d'intérêt porté par les jeunes générations pour l'installation rurale, un grand nombre de mesures incitatives financières ont été mises en place. Ces mesures, bien que très attractives, ont souffert d'un manque de communication expliquant leur résultat en demi-teinte.

D'autres mesures sont mises en place pour remédier à la baisse d'attractivité des zones sous dotées. L'ouverture de maisons de santé pluridisciplinaires est l'une des mesures phare des ARS pour redensifier en professionnels de santé les territoires ruraux, avec l'ouverture planifiée de 3000 maisons de santé d'ici 15 ans.

Le CESP, mis en place en 2013, permet l'obtention d'une bourse pendant les études en contrepartie d'une activité dans une zone sous dotée pendant une durée égale à celle de la perception de la bourse. Ce contrat ayant connu un franc succès dès sa mise en place, le nombre de places pour l'année 2014 a été doublé. Ce contrat ne crée probablement pas de vocations pour l'installation rurale, mais évite que le désir d'installation de certains étudiants ne se voit détourné au cours de leurs études.

Ces mesures mises en place semblent répondre, au moins partiellement, aux attentes des futurs chirurgiens-dentistes. D'une part, elle renforce les vocations d'installation rurale avec le CESP motivant l'étudiant à réaliser ses premiers exercices libéraux dans une zone sous dotée. Les maisons de santé pluridisciplinaire facilitent l'exercice de groupe, plébiscitées par les jeunes chirurgiens-dentistes (figure 3.27), dans les zones sous dotées. Les maisons de santé, en rassemblant les professionnels, permettent une mise en commun d'un certain nombre de biens et de personnel nécessaires à leur activité, facilitant de fait l'exercice libéral en zone sous dotée. Ces mesures sont donc complémentaires, l'une favorisant l'exercice provisoire en zone rurale, l'autre pérennisant l'implantation dans ces zones.

L'exercice provisoire très long (au-delà de 4 ans) est très majoritairement (71 %) réalisé par des femmes. Ce type d'exercice laisse penser que la gestion des grossesses serait plus difficile en exercice durable. Ainsi, améliorer les conditions du congé maternité, dans les zones sous dotées pourrait également favoriser le passage à l'exercice durable. Au vu de la féminisation grandissante de la profession, ce phénomène est non négligeable.

Conclusion :

La régulation démographique des professions de santé est une nécessité. L'absence d'une juste régulation de la démographie pourrait entraîner une pléthore ou une pénurie de chirurgiens-dentistes aux conséquences sociétales multiples.

Une pénurie de chirurgiens-dentistes aurait pour conséquence une plus grande difficulté d'accès aux soins, avec en corollaire une baisse de la santé publique bucco-dentaire. Une pénurie de chirurgiens-dentistes diminue également la concurrence tarifaire entre les cabinets pouvant avoir pour conséquence une hausse des prix des actes non opposables.

Une pléthore de chirurgiens-dentistes aurait pour conséquence majeure une augmentation de l'offre de soins souvent synonyme d'une augmentation des frais de santé et des frais de formation conduisant à un gâchis humain et financier en cas de chômage important de la profession.

Toute la difficulté réside donc dans la justesse de la régulation. La politique de gestion du *numerus clausus* historique nous a appris que cette régulation, pour être juste, doit être basée sur une connaissance précise de la démographie de la profession. Par la réalisation d'une étude sur le suivi d'installation des anciens étudiants de l'UFR de Brest, mais également par le travail de synthèse de la littérature existante sur la démographie, la formation et la régulation existante des chirurgiens-dentistes français ainsi que la synthèse d'analyses sur la démographie de la population française et de ses besoins de soins bucco-dentaires, cette thèse propose une base de réflexion pour l'édification d'une régulation démographique permettant une offre de soins la plus juste possible.

Bibliographie :

ameli.fr - Données annuelles par région et par département. Activité des autres professionnels de santé APE (chirurgiens-dentistes 2010) [Internet]. [cité 16 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/donnees-annuelles/activite-des-autres-professionnels-de-sante-ape.php>

ameli.fr - Données annuelles par région et par département. Données complètes 2012 - tableaux personnalisables. [Internet]. [cité 16 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/donnees-annuelles/demographie-des-professionnels-de-sante.php>

BARLET M, COLLIN C. Localisation des professionnels de santé libéraux [Rapport]. [France] DREES;2010; p. 56.

Bellamy V. Les revenus des chirurgiens-dentistes en 2008 [Rapport]. [France] DREES; 2013 Aout; p. 6. Report No.: 849.

Blanpain N, Chardon O. Projection de population à l'horizon 2060 [Périodique]. [France] Division enquêtes et études démographiques. INSEE. oct 2010;(1320).

BOIS D, MASSONAUD J, MELET J. Rapport de la Mission Odontologie - Rapports publics - La Documentation Française [Rapport]. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003 p. 140.

Boulon R. Les premiers pas du jeune chirurgien-dentiste [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2010.

Bou C, Miquel J, Poisson P. Oral health status of 1500 university students in Toulouse France. *Odontostomatol Trop* 2006 29(114):29-33. 2006.

Célant N, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. IRDES: institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2014 juin. Report No.: 556.

CESP [Internet]. [cité 20 janv 2015]. Disponible sur: <http://unecd.com/vie-etudiante/cesp/>

COLLET M, SICART D. La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030; un exercice de projection au niveau national [Rapport]. [France] DREES; 2007 sept p. 8. Report No.: 595

Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 19 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006918108&idSectionTA=LEGISCTA000006196763&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080326>

Décret n°90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires | Legifrance [Internet]. [cité 19 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006075316>

Démographie [Internet]. Wikipédia. 2014 [cité 16 déc 2014]. Disponible sur: <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=D%C3%A9mographie&oldid=108829514>

Démographie, activité et revenus des chirurgiens-dentistes [Rapport]. [France] Commission des comptes de sécurité sociale; 2010 juin.

Direction des statistiques et des études Caisse nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Le secteur libéral des professions de santé en 1981. [Rapport]. [France] Paris; 1982

Direction des statistiques et des études Caisse nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés Paris: Le secteur libéral des professions de santé en 1989. [Rapport]. [France] Paris; 1990

Direction des statistiques et des études Caisse nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés Paris: Le secteur libéral des professions de santé en 2003. [Rapport]. [France] Paris; 2003

Dhellemmes S. Étude de la démographie des chirurgiens-dentistes en France et en Savoie: bilan et perspectives [Thèse d'exercice]. [France]: Université Montpellier 1. Faculté d'odontologie; 2005.

Dupré C, Guéguen R, Rolland E. Dupré C, Guéguen R, Roland E. La santé bucco-dentaire des adultes de 35 à 44 ans examinés dans les CES entre 1999 et 2003. Rapport d'étude du CETAF 2005.

HAS. Stratégie de prévention de la carie dentaire, synthèse et recommandation. HAS; 2010 mars.

Hescot P, Bourgeois D. Santé parodontale et santé générale, situation en France. UFSBD. 2005.

Hescot P, Rolland E. La santé dentaire en France, enfants de 6 et 12 ans, 2006. UFSBD. 2006.

La sécurité sociale chapitre XIII les soins dentaires [Rapport]. [France] Paris: la Cour des Comptes; 2010 sept.

Les passerelles / Réorientations et admissions spécifiques / Diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire / FORMATION / Odontologie... [Internet]. [cité 20 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.odontologie.parisdescartes.fr/FORMATION/Diplome-d-etat-de-docteur-en-chirurgie-dentaire/Reorientations-et-admissions-specifiques/Les-passerelles>

Léon O, Godefroy P. Projections régionales de la population à l'horizon 2030 [Périodique]. Pôle-emploi population. INSEE. déc 2006;(1111).

LE Breton-Lerouillois G, Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en France ; situation au 1 er janvier 2013 [Rapport]. [France] Conseil national de l'ordre des médecins; 2013

L'historique de l'art dentaire / Historique / FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE / Odontologie / ParisDescartes - Université Paris Descartes [Internet]. [cité 20 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.odontologie.parisdescartes.fr/FACULTE-DE-CHIRURGIE-DENTAIRE/Historique/L-historique-de-l-art-dentaire>

Muller M, Lupi-Pegurier L, Rabilloud M, Schott A. Etat de santé bucco-dentaire des étudiants inscrits à l'université de Nice Sophia-Antipolis (Alpes-Maritimes). Actual Odonto Stomatol 2002;220:441-9.

Mutualité Sociale Agricole, Union Nationale MUTUALIA. Evaluation clinique, organisationnelle et économique d'un parcours expérimental de prévention des maladies parodontales chez l'adulte entre 30 et 50 ans. Bagnolet: MSA; 2008.

OMS | Santé bucco-dentaire [Internet]. Organisation mondiale de la santé. 2012 [cité 19 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>

ONCD. La Lettre Guide des contrats. La lettre [Périodique]. [France] ONCD. nov 2011;(102) (suppl).

ONCD. Tous les contrats : Ordre National des Chirurgiens-Dentistes [Internet]. [cité 16 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/selectionnez-votre-contrat/tous-les-contrats.html>

ONDPS. Etats des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes [Rapport] [France] ONDPS; 2013

ONDPS. Rapport ONDPS 2006-2007; Tomes 3 Analyse des professions; Chirurgiens-dentistes, métiers de la périnatalité. [France] ONDPS; 2007.

Pierrot M, Robein N. Démographie des chirurgiens-dentistes en France: évolution, analyse de la situation actuelle, évaluation des mesures de régulation et enquête prospective sur les intentions d'installation des étudiants en T1 des Facultés de chirurgie dentaire françaises [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de chirurgie dentaire; 2013.

Portrait statistique : cabinets dentaires [Rapport]. [France] OMPL observatoire national des métiers des professions libérales; 2012 juill.

Portal : plateforme interactive de l'ONCD concernant la démographie des chirurgiens-dentistes de France [Internet]. [cité 16 déc 2014]. Disponible sur: <http://carto.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartoncd/easy/portal/oncd>

Projection de la population à l'horizon 2030, la Charente-Maritime et la Vienne alimentent l'augmentation en Poitou-Charentes. Décimal INSEE. août 2007;(273).

Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2001 [Rapport]. [France] DREES; 2001 juin. Report No.: 21

Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2002 [Rapport]. [France] DREES; 2002 mai. Report No.: 33.

Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2010 [Rapport]. [France] DREES; 2010 juill. Report No.: 144.

Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2012 [Rapport]. [France] DREES; 2012 mars. Report No.: 168.

Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2013, série statistiques [Rapport]. [France] DREES; 2013 août. Report No.: 183

Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2014 [Rapport]. [France] DREES; 2014 juin. Report No.: 189.

Spécial santé filière dentaire. Les Echos. 26 nov 2014; 21822 (suppl) 8.

UFR odontologie de Brest UBO. Organisation des études en odontologie [Internet]. [cité 1 août 2014]. Disponible sur: <http://www.univ-brest.fr/ufr-odontologie/>

URCAM B. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bretagne, Service médical d'Ille-et-Vilaine. Etat de santé bucco-dentaire des résidents en établissements pour personnes âgées en Bretagne. Rennes: URCAM Bretagne; 2004.

Annexes:

1 Autorisation de reproduction des figures et tableaux :

- Pour l'ONDPS, l'autorisation de reproduction des tableaux et figures a été donnée par Mme GOLFOUZE Anny, secrétaire de l'ONDPS sous conditions de citation des sources au niveau de la figure et de la bibliographie.
- Pour la DREES, l'autorisation de reproduction des tableaux et figures a été donnée par Mme MIKOL Fanny (missions publications) sous condition que les citations des sources soient claires.
- Pour l'INSEE, une réponse de « INSEE contact » indique de se référer aux conditions de publications du site www.insee.fr rubrique : services puis conditions de rediffusion. Voici ces conditions :

Rediffusion des produits disponibles sur ce site

Les publications et données mises à disposition sur le présent site sont consultables et téléchargeables gratuitement ; sauf spécification contraire, elles peuvent être réutilisées, y compris à des fins commerciales, sans licence et sans versement de redevances autres que celles collectées par les sociétés de perception et de répartition des droits d'auteur régies par le titre II du livre III du code de la propriété intellectuelle ; la réutilisation est toutefois subordonnée au respect de l'intégrité de l'information et des données et à la mention précise des sources.

Dans le cas présent, la rediffusion n'étant pas à des fins commerciales, elle est autorisée et gratuite pour les tableaux, graphiques et bases de données, sous conditions de mentionner précisément les sources.

- Pour l'UFR odontologie de Brest, l'autorisation de reproduction d'un schéma de l'organisation des études en odontologie a été fournie par Mme Madec Armelle, responsable de la scolarité, sous conditions de mentionner clairement les sources.
- Pour la reproduction d'une figure issue de la thèse d'exercice des Dr Pierrot M. et Robein N. intitulée : Démographie des chirurgiens-dentistes en France : Evaluation, analyse de la

situation actuelle, évaluation des mesures de régulation et enquête prospective sur les intentions d'installations des étudiants en T1 des facultés de chirurgiens-dentistes françaises ; l'autorisation de reproduction a été délivrée par Marc Pierrot.

2 Tests statistiques du Dr Zérilli :

• **Distribution par sexe vs population générale**

- effectifs moyens UFR (chiffres thèse)
- % nationaux, chiffres INSEE 2013
- Pour la population nationale, les % INSEE ont été ramenés à l'effectif des promotions inscrites au cours des années à l'UFR.
- Pour le calcul du χ , risque α au seuil de 5%

	Hommes	Femmes	Total
UFR	187	207	394
National	189	205	394
Total			
$\chi = 0,02034$ (p= 0,8)	Test non significatif, pas de différences avec la distribution de la population générale française. Les générations d'étudiants brestois sont représentatifs de la population nationale		

• **Distribution par sexe vs démographie professionnelle**

- effectifs moyens UFR (chiffres thèse)
- % féminisation (chiffres thèse)
- même principe de calcul que précédemment

	Hommes	Femmes	Total
UFR	187	207	394
National	235 (59,6%)	159 (40,4%)	394
Total			
$\chi = 11,75$ (p<0,005)	Test hautement significatif , la féminisation des générations d'étudiants brestois diffère de manière importante vs la population de CD nationale. La féminisation est très nette.		

- **Attention aux conclusions:**
- **promotions à faibles effectifs**
- **« effet amplificateur » des variations d'effectifs: une variation d'un nombre restreint d'individus influe de manière amplifiée sur les variations relatives**
- **Distorsion due au facteur âge (faible féminisation des promotions de « séniors »)**

• **Distribution des procédures d'installation par sexe**

- effectifs moyens UFR (chiffres thèse)
- Cartographie des unités urbaines selon thèse

- Pour le calcul du χ , risque α au seuil de 5%

	U.U.1	U.U.2	Total
Hommes	49	31	80
Femmes	83	29	112
Total			
$\chi = 3,59$ ($p = 0,058$)	Test non significatif, certes en limite de significativité. Stricto sensu, il n'y a pas de différences entre les groupes. On trouve tout de même une sur représentation des femmes pour les installations en milieu urbain. Ce qui reste cohérent avec le mode d'exercice (association). Prudence dans les conclusions du fait des faibles effectifs des promotions		

	U.U.1	U.U.2 + U.U.3 + U.U.4	Total
Hommes	49	91	140
Femmes	83	103	186
Total			
$\chi = 3,07$ ($p = 0,079$)	Test non significatif. Difficile d'avoir un avis. L'installation en milieu autre que U.U.1 est assez régulier chez les femmes (face à une installation en milieu urbain qui est forte. Soit il y a un effet « faible effectif » qui tronque les résultats, soit un « social » (les femmes suivent leur conjoints). Mas il s'agit là d'une hypothèse de travail, pas d'une conclusion.		

LE GALL Florent

TITRE : 1978-2014 : Démographie et suivi d'installation professionnelle des chirurgiens-dentistes diplômés de l'UFR d'Odontologie de Brest depuis sa création.

Thèse ; Chir. Dent. ; 2015 ; Brest ; N° 29007

RESUME :

Après une large introduction sur la situation démographique actuelle des chirurgiens-dentistes et une revue de littérature concernant les principaux besoins de santé bucco-dentaire propose une étude de la démographie et du suivi d'installation des chirurgiens-dentistes diplômés de Brest. Cette étude est effectuée grâce à une base de données de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes de France, qui recense l'ensemble des activités de ces chirurgiens-dentistes depuis la création de l'UFR d'odontologie de Brest en 1978 et par une base de données de l'administration de l'UFR odontologie de Brest qui permet de réaliser le suivi du parcours étudiant de ces chirurgiens-dentistes. A partir de ces bases nous avons analysé : la variation du numerus clausus, le taux de redoublement, le temps d'élaboration de la thèse, le mode d'exercice provisoire ou durable et le statut juridique d'activité. Ces différentes analyses seront pondérées en fonction du genre, de la génération. Ainsi, pour la première fois, des données objectives sur les modes d'installation et sur l'ensemble des variables démographiques seront présentées à l'échelle d'un UFR et d'un territoire de soins.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Santé Publique

MOTS-CLES : Odontologie, Chirurgien-dentiste, Démographie, Offre de soins, Santé publique, Brest, UBO, UFR Odontologie, Installation, Exercice professionnel, Genre

JURY :

Président :	M. Le Professeur	Pers Jacques-Olivier
Assesseurs :	M. Le Docteur	Zérilli Alain
	M. Le Docteur	Foray Hervé
	Mme Le Docteur	Bodéré Céline
Invité(s) :	M. Le Docteur	Luguet Jean-Claude

ADRESSE DE L'AUTEUR :

LE GALL Florent
Traon Bihan
29860 Plabennec

