

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2**

**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année de soutenance : 2017

N°:

THESE POUR LE

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 06 JANVIER 2017

Par Noëline LE ROY FROMENTIN

Née le 15 Avril 1991 à Montpellier - FRANCE

S'installer dans les territoires à faibles densités :

Enquête auprès des chirurgiens-dentistes en exercice libéral  
installés depuis 2009 dans les zones très sous-dotées du zonage  
conventionnel

**JURY**

Président : Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Assesseurs : Madame le Docteur Céline CATTEAU

Madame le Docteur Cécile OLEJNIK

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Noëline LE ROY FROMENTIN

**ACADEMIE DE LILLE**

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2**

\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_

**FACULTE de chirurgie dentaire**

**PLACE DE VERDUN**

**59000 LILLE**

\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_

Président de l'Université : Pr. X. VANDENDRIESSCHE

Directeur Général des Services de l'Université : P-M. ROBERT

Doyen : Pr. E. DEVEAUX

Vice-Doyens : Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL

Responsable des Services : S. NEDELEC

Responsable de la Scolarité : L. LECOQC

\*\*\*\*\*

**PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES :**

|                     |  |
|---------------------|--|
| P.BEHIN             | Prothèses  |
| T.COLARD            | Sciences Anatomiques et Physiologiques,<br>Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques,<br>Radiologie |
| E.DELCOURT-DEBRUYNE | Professeur Emérite Parodontologie  |
| E.DEVEAUX           | Odontologie Conservatrice – Endodontie<br>Doyen de la Faculté  |
| G.PENEL             | Responsable de la sous – section des Sciences<br>Biologiques   |
| M.M ROUSSET         | Odontologie pédiatrique  |

Noëline LE ROY FROMENTIN

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

|                |  |
|----------------|--|
| T. BECAVIN     | Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Conservatrice – Endodontie  |
| A. BLAIZOT     | Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.   |
| F. BOSCHIN     | Responsable de la Sous-Section de Parodontologie   |
| E. BOCQUET     | Responsable de la Sous- Section d'Orthopédie Dento-Faciale   |
| C. CATTEAU     | Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale            |
| A. CLAISSE     | Odontologie Conservatrice – Endodontie   |
| M. DANGLETERRE | Sciences Biologiques   |
| A. de BROUCKER | Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie                 |
| T. DELCAMBRE   | Prothèses  |
| C. DELFOSSE    | Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Pédiatrique   |
| F. DESCAMP     | Prothèses  |
| A. GAMBIEZ     | Odontologie Conservatrice – Endodontie   |
| F. GRAUX       | Prothèses  |
| P. HILDELBERT  | Odontologie Conservatrice – Endodontie   |
| J.M. LANGLOIS  | Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation |
| C. LEFEVRE     | Prothèses  |
| J.L. LEGER     | Orthopédie Dento-Faciale   |

Noëline LE ROY FROMENTIN

|               |   |
|---------------|---|
| M. LINEZ      | Odontologie Conservatrice – Endodontie  |
| G. MAYER      | Prothèses   |
| L. NAWROCKI   | Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique,<br>Anesthésiologie et Réanimation<br>Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin -<br>CHRU Lille |
| C. OLEJNIK    | Sciences Biologiques  |
| P. ROCHER     | Sciences Anatomiques et Physiologiques,<br>Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques,<br>Radiologie  |
| M. SAVIGNAT   | Responsable de la Sous-Section des Sciences<br>Anatomiques et Physiologiques,<br>Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques,<br>Radiologie    |
| T. TRENTESAUX | Odontologie Pédiatrique   |
| J. VANDOMME   | Responsable de la Sous-Section de Prothèses   |

***Réglementation de présentation du mémoire de Thèse***

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

*Noëline LE ROY FROMENTIN*

**Aux membres du jury...**

Noëline LE ROY FROMENTIN

**Monsieur le Professeur Guillaume PENEL**

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier**

*Sous-Section Sciences Biologiques*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université René DESCARTES (PARIS V)

C.E.S d'Odontologie Chirurgicale

Habilité à diriger des Recherches

Vice-Doyen Recherche de la Faculté de Chirurgie Dentaire Lille 2 Responsable  
de la Sous-Section Sciences Biologiques

*Vous me faites l'honneur de présider cette  
thèse et je vous en remercie.  
Soyez assuré de mon profond respect et  
de ma reconnaissance.*

Noëline LE ROY FROMENTIN

**Madame le Docteur Céline CATTEAU**

**Maître de Conférences des Universités- Praticien Hospitalier des CSERD**

*Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie  
Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-Section Prévention et Epidémiologie, Economie de la  
Santé et Odontologie Légale

Docteur de l'Université d'Auvergne- Discipline Odontologie

Master II Recherche « Santé et Populations », Spécialité Evaluation en Santé et  
Recherche Clinique- Université Claude Bernard, Lyon I

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les soins  
dentaires

Formation certifiante « concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au  
contexte de vie d'un patient »

Secrétaire générale de la Société Française de Gérodontologie

*Pour l'honneur que vous me faites en  
acceptant la direction de cette thèse,  
pour votre disponibilité, malgré votre  
emploi du temps chargé, pour la qualité  
de vos corrections et de votre  
accompagnement durant ce travail, je  
souhaite vous exprimer toute ma  
gratitude. Veuillez trouver ici l'expression  
de mes sentiments les plus respectueux.*

Noëline LE ROY FROMENTIN

**Madame le Docteur Cécile OLEJNIK**

**Maitre de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Sous-Section Sciences Biologiques*

Docteur en Chirurgie Dentaire

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre bienveillance à mon égard et pour votre gentillesse. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.*

Noëline LE ROY FROMENTIN

**Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT**

**Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier des  
CSERD**

*Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé et  
Odontologie Légale.*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes – Spécialité éthique médicale

Master II Sciences, technologies, santé à finalité recherche, Mention éthique,  
Spécialité éthique médicale et bioéthique, Université Paris Descartes

Master II Sciences, technologies, santé à finalité recherche, Mention santé  
publique, Spécialité épidémiologie clinique, Université Paul Sabatier,  
Toulouse III

Maîtrise Sciences de la vie et de la santé, à finalité recherche, Mention  
méthodes d'analyse et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie  
clinique, Université Paul Sabatier, Toulouse III

Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologie, Université Paul  
Sabatier, Toulouse III

*C'est un honneur et un plaisir de vous  
compter parmi les membres de mon jury.  
Veuillez trouver ici l'expression de mon  
plus profond respect.*

Noëline LE ROY FROMENTIN

**Je dédie cette thèse ...**

Noëline LE ROY FROMENTIN

## Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introduction</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>1 Prolégomènes</b> .....  | <b>18</b> |
| 1.1 Les origines du zonage .....   | 18        |
| 1.1.1 Pourquoi un zonage ?.....  | 18        |
| 1.1.2 Les zonages en vigueur actuellement : le zonage pluri-<br>professionnel et les zonages mono-professionnels dits conventionnels .....             | 19        |
| 1.1.2.1 Le zonage pluri-professionnel du SROS .....  | 20        |
| 1.1.2.1.1 Le zonage SROS principal .....   | 20        |
| 1.1.2.1.2 Un zonage SROS étendu.....   | 20        |
| 1.1.2.2 Les zonages conventionnels .....   | 20        |
| 1.1.2.2.1 La mise en place du zonage pour les 5 professions .....  | 21        |
| 1.1.2.2.2 Le zonage chirurgien-dentiste .....  | 21        |
| 1.1.3 La méthodologie nationale d'élaboration du zonage chirurgien-<br>dentiste.....   | 22        |
| 1.2 La démographie des chirurgiens-dentistes en exercice libéral en zone<br>très sous-dotée : des territoires contrastés et de fortes inégalités ..... | 24        |
| 1.2.1 Le zonage conventionnel révèle de fortes tensions territoriales .....  | 25        |
| 1.2.2 Les caractéristiques des chirurgiens-dentistes exerçant en zones<br>très sous-dotées .....   | 31        |
| <b>2 Enquête</b> .....   | <b>34</b> |
| 2.1 Méthodologie.....  | 34        |
| 2.1.1 Type d'étude .....   | 34        |
| 2.1.2 Population d'étude .....   | 34        |
| 2.1.3 Outil de recueil de données .....  | 38        |
| 2.1.4 Analyse statistique .....  | 39        |
| 2.2 Résultats .....  | 40        |
| 2.2.1 Eléments personnels .....  | 40        |
| 2.2.2 Eléments professionnels.....   | 40        |
| 2.2.3 Qualité de vie .....   | 46        |
| 2.2.4 Le choix d'installation.....   | 49        |
| 2.2.5 L'exercice en zone très sous-dotée .....   | 52        |
| 2.2.6 Profil des participants s'étant installé rapidement en zone sous-<br>dotée (moins de 3 ans après l'obtention du diplôme).....                    | 58        |
| 2.2.7 Profil des participants diplômé hors de France.....  | 58        |
| <b>3 Discussion</b> .....  | <b>59</b> |
| <b>4 Conclusion</b> .....  | <b>70</b> |
| <b>Références bibliographiques</b> .....   | <b>72</b> |
| <b>Abréviations</b> .....  | <b>76</b> |
| <b>Index des figures</b> .....   | <b>77</b> |
| <b>Index des tableaux</b> .....  | <b>78</b> |
| <b>Annexes</b> .....   | <b>80</b> |
| Annexe 1 : Tableau récapitulatif des différents dispositifs d'aide à l'installation....  | 81        |
| Annexe 2 : Déclaration CNIL .....  | 82        |
| Annexe 3 : Questionnaire .....   | 85        |

## Introduction

Depuis plusieurs années, les politiques de santé et la régulation de l'offre par les pouvoirs publics entendent apporter une réponse aux écarts de densité en professionnels de santé sur le territoire afin de garantir un accès aux soins équitable. L'odontologie n'échappe pas à ces enjeux.

Depuis les années 1990, les effectifs de chirurgiens-dentistes demeurent constants alors que leur densité sur le territoire diminue. En effet, la croissance de la démographie française, plus rapide que celle des effectifs de chirurgiens-dentistes, entraîne depuis 2001 une diminution mécanique de la densité en praticiens (1). De plus, comme l'attestent de nombreuses études sur la démographie de la profession, les chirurgiens-dentistes sont globalement mal répartis sur le territoire. Quasiment la moitié (42%) des chirurgiens-dentistes est installée dans seulement trois régions (Ile-de-France, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur) (2). Même au sein des départements, les contrastes de répartition sont importants. L'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) rapporte [p20] que malgré une faible croissance des effectifs entre 2001 et 2006 (+2,3% en 5 ans), « on assiste à une concentration croissante des praticiens dans les unités urbaines de très grande taille au détriment des communes rurales ou des unités de moins de 10 000 habitants. La question de la nécessité et des moyens de lutter contre la désertification de certains territoires est en débat. » (2). Pour tenter de gommer les disparités d'accès aux soins parfois flagrantes sur le territoire français, les pouvoirs publics ont mis en place, parfois arbitrairement, depuis les années 70 des politiques de régulation de l'offre (3).

Initialement, la régulation de l'offre ambulatoire obéissait à une stricte adéquation entre les capacités nécessaires pour former les professionnels de santé et la demande de soins. Face au constat d'une détérioration progressive de l'accès aux soins, ce n'est que récemment que les politiques publiques ont intégré une dimension territoriale pour privilégier un accès équitable aux soins pour tous les citoyens (4–8). Les politiques de régulation ont évolué d'une logique de *capacité* vers une logique d'*accessibilité*.

Afin de corriger les asymétries démographiques et réguler l'offre de soins dentaires, dans une logique historique d'aménagement du territoire (9), trois leviers complémentaires coexistent actuellement : les politiques de santé publique nationales, les accords conventionnels négociés entre l'Assurance maladie et les syndicats professionnels ainsi que des opportunités particulières non exclusives à la profession de chirurgien-dentiste.

Le principal moyen d'action de l'État sur la démographie des chirurgiens-dentistes repose sur le *numerus clausus* qui fixe, à l'échelle nationale, le nombre d'étudiants autorisés à suivre les études odontologiques. Ce *numerus clausus* instauré en 1971, fixe aujourd'hui par arrêté le nombre d'étudiants pouvant accéder aux études des quatre professions médicales. La pertinence du *numerus clausus* est fréquemment remise en question notamment au regard de l'essor des flux migratoires de professionnels étrangers depuis quelques années (10–12). D'autres mesures de santé publique, plus ciblées et régionales, ont été mises en place pour privilégier la démographie des professionnels de santé dans les zones moins denses en offre de soins, notamment depuis 2009 au travers de la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » (HPST)<sup>1</sup> : soutien à l'exercice regroupé, bourses d'études (dont le Contrat d'engagement de service public<sup>2</sup>) et aides à l'installation ou au maintien de l'exercice en zones déficitaires (13).

L'Assurance maladie, au travers de négociations conventionnelles avec les syndicats professionnels, peut également conditionner ses conventions de remboursement à une amélioration de l'offre de soins. Dans un rapport de la Cour des Comptes de 2014 (14), il est indiqué [p239] que « les négociations conventionnelles n'ont que récemment intégré cette dimension géographique de l'accès aux soins. Si quelques tentatives antérieures ont concerné les médecins, c'est à partir de 2008 que des mesures, permises par des modifications du Code la sécurité sociale, ont été mises en place, visant à concilier le principe de la liberté d'installation avec la préservation d'un égal accès aux soins pour les patients. L'Assurance maladie, dès lors qu'elle apporte aux professionnels une très large part

---

<sup>1</sup> LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>2</sup> Par le décret n° 2013-735 du 14 août 2013, le Contrat d'engagement de service public (CESP) est ouvert aux étudiant en odontologie depuis l'année universitaire 2013/2014.

de leur revenu, est légitime à orienter les installations et les remboursements là où il y a des besoins constatés.». Les chirurgiens-dentistes, depuis la signature de l'avenant n° 2 à la Convention nationale des chirurgiens-dentistes en juillet 2012, peuvent bénéficier dans ce cadre, d'incitations financières à s'installer ou à se maintenir dans des zones appelées « très sous-dotées ».

Depuis la loi de 2004<sup>3</sup>, dans le cadre des négociations conventionnelles, l'Assurance maladie s'engage également à prendre en charge une grande partie des cotisations familiales des professionnels de santé (assurance vieillesse, cotisations personnelles d'allocations familiales, etc.) (15,16).

Par ailleurs, d'autres opportunités et aubaines peuvent militer pour une installation sur un territoire dont l'offre en soins dentaires est moins dense ; mais elles sont largement dépendantes des choix propres aux collectivités locales qui peuvent proposer des aides spécifiques.

Les pouvoirs publics régulateurs, pour améliorer l'offre de soin sur le territoire, ont donc élaboré des maillages propres à leur vision. Ainsi, l'État, l'Assurance maladie ainsi que l'ensemble des collectivités territoriales dans leur pluralité proposent chacun des incitations à l'installation dépendantes d'un zonage territorial particulier (Annexe 1 : Tableau récapitulatif des différents dispositifs d'aide à l'installation).

Malgré les politiques incitatives de régulation, le constat démographique révèle une progressive et constante concentration de l'offre de soins dentaires. Néanmoins, la population française, dans son ensemble, connaît les mêmes phénomènes d'urbanisation et de polarisation (17). Dès lors, il est légitime de se demander si les installations de chirurgiens-dentistes ces dernières années ne participaient pas des mêmes dynamiques de métropolisation que la démographie française. Les chirurgiens-dentistes répondraient ainsi à une demande qui, elle-même, se concentrerait déjà dans les principaux centres d'influence du territoire. A contrario, les territoires en déclin démographique, seraient également délaissés par les chirurgiens-dentistes. En d'autres termes, certains territoires sont-ils condamnés à un

---

<sup>3</sup> Il s'agit de la loi portée par Philippe Douste-Blazy en 2004, n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

déclin conjugué de leur démographie, de leur économie et de leur offre de soins dentaires ? Si cette hypothèse est vérifiée, l'ONDPS s'interroge sur le sens de cette désaffectation : faut-il y voir un reflet de l' « évolution générale des modes de vie et des habitudes des patients [qui] vont peu à peu s'adapter à cette nouvelle configuration (davantage de mobilité, donc moins de besoin en praticiens de proximité) [p.6] » ? (2) Ou un phénomène alarmant contre lequel il convient de prévoir des mesures incitatives voire coercitives ?

Par ailleurs, la socio-démographie des chirurgiens-dentistes qui s'installent évolue. Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, selon les données du Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM)<sup>4</sup>, on recense 35 897 chirurgiens-dentistes en exercice libéral en France métropolitaine (90,4 % des chirurgiens-dentistes exercent en activité libérale ou mixte (1)). Si, en 2013, la profession avait un âge moyen de 48,4 ans et était majoritairement masculine (60% d'hommes), on assiste néanmoins à un rajeunissement et une progressive féminisation de la profession, particulièrement au sein des jeunes générations de chirurgiens-dentistes: 59 % des chirurgiens-dentistes de moins de 30 ans étaient des femmes. Ces changements à l'œuvre de la démographie influent-ils sur les choix d'installation des praticiens ? Concourent-ils à la polarisation actuelle de l'offre ou au contraire à redynamiser des territoires considérés comme sous-dotés ?

Pourtant, malgré le portrait démographique alarmant, des professionnels s'installent dans ces territoires aux faibles densités. Existe-t-il des motivations communes à ces installations (famille, cadre de vie, mesures incitatives, etc.) ? Peut-on dresser un portrait de ces chirurgiens-dentistes ?

---

<sup>4</sup> Créé par la loi de financement de la sécurité sociale de 1999, le SNIIRAM centralise l'ensemble des données de liquidation des prestations de tous les bénéficiaires des régimes d'assurance maladie obligatoire de base. Il s'agit donc d'une donnée comptable fiable qui peut permettre des études statistiques multiples. Géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), cet entrepôt de données n'a été mis en service qu'en 2004 à partir d'un retraitement des feuilles de soins de ville. En 10 ans, selon la Cour des Comptes (18), le SNIIRAM est devenu l'« une des plus importantes bases de données médicoadministratives au monde » [p.13] : 204 variables, 500 millions d'actes médicaux annuels, 1,2 milliards de feuilles de soins, 11 millions de séjours hospitaliers médecine-chirurgie-obstétrique. "Des données d'une ampleur et d'une finesse sans guère d'équivalent" [p.25].

L'objectif de ce travail était d'identifier les motivations qui ont incité les chirurgiens-dentistes à s'installer dans les zones dites « très sous-dotées » (selon le zonage conventionnel de la profession), afin de mieux comprendre les professionnels qui s'y installent et, le cas échéant, adapter les politiques d'incitation actuelles et proposer des pistes de réflexion sur le sujet afin de susciter davantage de projets d'installation dans ces zones de faibles densités.

Dans une première partie, nous présentons, en guise de prolégomènes, le principe du zonage territorial et proposons une analyse de la démographie des chirurgiens-dentistes en relation avec celle de la démographie française dans son ensemble, et dans des espaces qualifiés de « très sous-dotés », à la fois par l'Assurance maladie mais également par les syndicats de la profession, où sont fléchés l'essentiel des aides à l'installation, afin de dresser le profil socio-démographique des territoires dépréciés.

Pour comprendre les mécanismes à l'œuvre dans l'installation des professionnels dans ces territoires, nous rapportons ensuite les résultats d'une enquête par questionnaire réalisée auprès des professionnels qui s'y sont installés ces cinq dernières années.

# 1 Prolégomènes

## Le choix de la maille et les caractéristiques de sa démographie

Pour commencer, il convient tout d'abord de s'attarder sur la pertinence du choix de la maille retenue dans ce travail pour ensuite comprendre la socio-démographie des territoires pauvres en offre de soins dentaires.

### 1.1 Les origines du zonage

Pour qualifier un manque, les pouvoirs publics, dans leur pluralité de conception, ont élaboré des zonages spécifiques du territoire afin de flécher un certain nombre d'aides ou de soutiens à l'installation. Depuis une dizaine d'années, l'État, l'Assurance maladie ou les collectivités territoriales se sont emparés, chacun à leur manière, de la problématique de l'accès aux soins et de la démographie des professionnels de santé, y compris dans le domaine de l'odontologie. Des méthodologies de zonage du territoire ont ainsi été définies, souvent sans concertation ni logique, aboutissant à une logique de «millefeuille» ou de «maquis» que tous les professionnels de santé ne comprennent pas forcément, voire ne connaissent pas du tout (16).

#### 1.1.1 Pourquoi un zonage ?

L'objectif actuel du zonage est de mieux répartir l'offre de soin en améliorant la répartition géographique des professionnels de santé. Mais cette préoccupation est relativement récente. Le zonage dans les années 1970 obéissait davantage à une logique nationale de capacité des équipements (l'hôpital) et de la formation (l'université). Ainsi, c'était la carte sanitaire prévue par la loi du 31 décembre 1970, où le secteur sanitaire était l'unité de base du découpage géographique, qui planifiait l'offre hospitalière et la répartition quantitative des équipements.

Aujourd'hui, la logique est davantage régionale et tournée vers les besoins des patients : la logique de capacité de l'offre, à exercer et à se former, laisse place à

une logique de meilleure adéquation avec le besoin dans laquelle le patient a une place privilégiée. Depuis 1994 (Loi Evin de 1991<sup>5</sup>), le 1<sup>er</sup> Schéma régional d'organisation des soins (SROS) et ses générations ultérieures ont fait évoluer ce découpage. La maille évolue vers le bassin de vie et l'expertise technique permet des approches territorialisées plus cohérentes et adaptées aux réalités et aux habitudes de vie des habitants. En 2006, le SROS de 3<sup>ème</sup> génération (19) proposait une déclinaison sur la base d'objectifs quantifiés en implantations et en volume d'activité. Les Missions régionales de santé<sup>6</sup> (MRS) définissaient ainsi pour la première fois des territoires déficitaires en offre de soins en médecine générale.

En 2009, la loi HPST et la nouvelle génération du SROS avaient pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soin afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. Depuis, chaque région a donc la main sur son zonage.

Parallèlement à cette régionalisation récente de la régulation, les professionnels de santé ont négocié leurs conventions avec l'Assurance maladie définissant ainsi un zonage spécifique à leur profession pour qualifier les lacunes de leur démographie.

### **1.1.2 Les zonages en vigueur actuellement : le zonage pluri-professionnel et les zonages mono-professionnels dits conventionnels**

Aujourd'hui, il existe donc deux types de zonage : l'un régional porté par le SROS, dit pluri-professionnel, l'autre national et mono-professionnel, dit conventionnel puisqu'il est négocié entre l'Assurance maladie et les représentants syndicaux de chaque profession. Le zonage conventionnel des chirurgiens-dentistes a été négocié en juillet 2012.

---

<sup>5</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>6</sup> Les MRS sont issues de la fusion des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), décidée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, afin de mieux gérer les enjeux émergents des territoires régionaux, notamment la gestion du risque et la démographie médicale.

### **1.1.2.1 Le zonage pluri-professionnel du SROS**

Le zonage régional du SROS est porté par l'article L. 1434-7 du Code de la Santé Publique (20) et les différentes Agences régionales de santé (ARS) le désignent par des terminologies parfois différentes (zones déficitaires, zones fragiles, zones de vigilance, zones en difficulté, etc.).

#### **1.1.2.1.1 Le zonage SROS principal**

L'article L. 1434-7 du Code de la Santé Publique indique que les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé sont déterminées par l'ARS dans le SROS. Les dispositions de mise en œuvre de ce zonage ont été définies par l'arrêté du 21 décembre 2011 et détaillées dans l'instruction DGOS/R2/DSS n° 2012-07 du 4 janvier 2012. Ces dispositions fixent un seuil populationnel ne devant pas excéder 7,34% de la population nationale. Chaque ARS fixe par arrêté ce zonage pluri-professionnel.

#### **1.1.2.1.2 Un zonage SROS étendu**

Dans le cadre du SROS prévu par l'article L.1434-7 du Code de la Santé Publique, l'ARS a également parfois étendu ce zonage pour flécher d'autres aides spécifiques. Ces zones n'ont pas de limite de population.

En cela, ces zones constituent une extension du zonage SROS principal (même fondement juridique, même base méthodologique et mêmes données). Seul l'arrêté ministériel délimitant le seuil populationnel les distingue.

### **1.1.2.2 Les zonages conventionnels**

Les zonages mono-professionnels dits conventionnels concernent les professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, sage-femme, orthophoniste et chirurgien-dentiste. Ils reposent sur des avenants conventionnels nationaux négociés et signés entre les syndicats professionnels et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). C'est la CNAMTS qui a procédé, pour l'ensemble du territoire national, à un classement des zones selon cinq catégories : sur-dotée, très dotée, intermédiaire, sous-dotée et très sous-dotée.

### 1.1.2.2.1 La mise en place du zonage pour les 5 professions

Ce sont les infirmiers qui ont été les premiers à voir se mettre en place un zonage conventionnel pour leur profession. Il repose sur les avenants 1 et 3 de leur convention nationale approuvée par les arrêtés du 17 octobre 2008 et du 25 novembre 2011.

C'est ensuite l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du Code de la Santé Publique (article 4) qui a défini les dispositions de mise en œuvre de ces zones et qui les classe en cinq niveaux de dotation, selon une méthodologie nationale : zones très sous-dotées, zones sous-dotées, zones à dotation intermédiaire, zones très-dotées, zones sur-dotées.

Les autres professions précitées ont par la suite établi leur zonage lors de négociations conventionnelles propres à chaque profession : en janvier 2012 pour les masseurs-kinésithérapeutes, en mars 2012 pour les sages-femmes, en mai 2012 pour les orthophonistes, et enfin en juillet 2012 pour les chirurgiens-dentistes. Il est à noter que, contrairement aux autres professionnels de santé, le zonage conventionnel est coercitif pour les infirmiers et les sages-femmes. Autrement dit, il prévoit que dans les zones « sur dotées », l'accès au conventionnement ne peut intervenir que si un professionnel cesse définitivement son activité, ou, pour les sages-femmes, la réduise d'au moins 50%.

### 1.1.2.2.2 Le zonage chirurgical-dentiste

Il repose sur l'arrêté du 28 mai 2013 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2011 modifié relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du Code de la Santé Publique. Il distingue également 5 zones de dotation, définies par une méthodologie propre à la profession (Figure 1)<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> La carte de la Figure 1 a été générée par l'outil Cartosanté [En ligne] <http://cartosante.atlasante.fr> Consulté le 27 novembre 2016

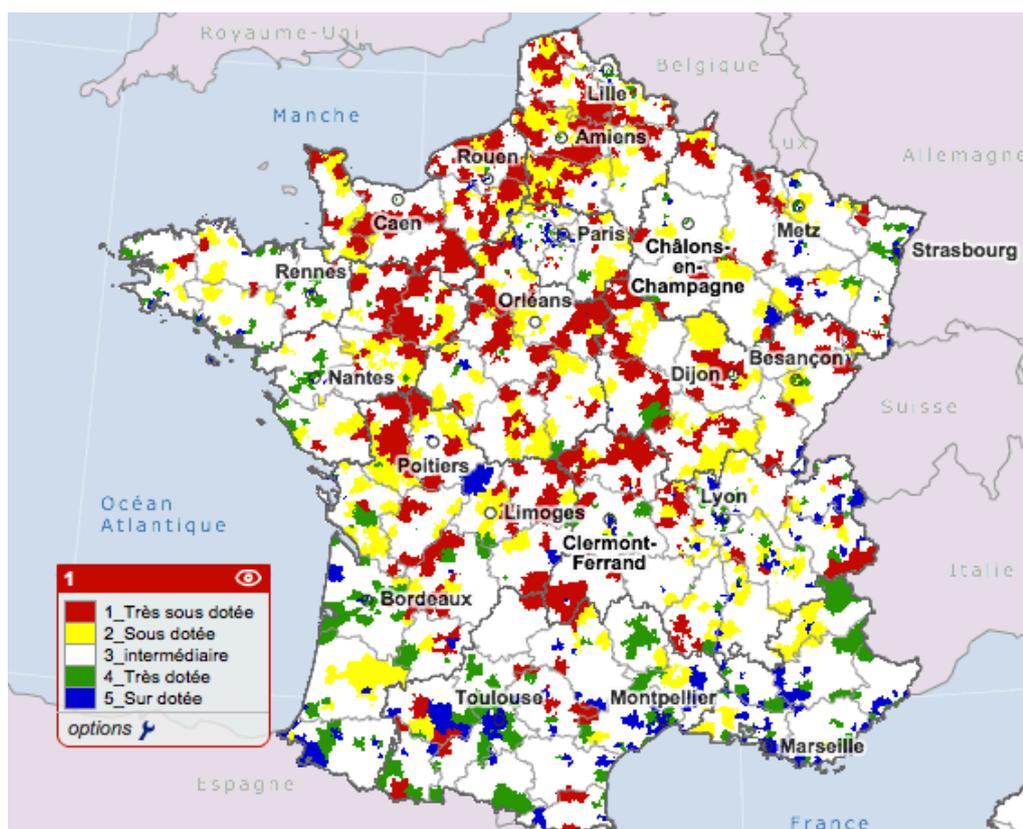


Figure 1 : Carte des zones conventionnelles des chirurgiens-dentistes (Source : SNIIRAM 2016)

### 1.1.3 La méthodologie nationale d'élaboration du zonage chirurgien-dentiste

C'est l'annexe VI de l'arrêté du 28 mai 2013 qui prévoit les modalités de méthodologie de construction du zonage pour les chirurgiens-dentistes. La définition de ces 5 zones est fixe mais pourrait faire l'objet d'une redéfinition par exemple lors de négociations conventionnelles.

Le découpage de ces zones est défini par une unité territoriale à l'échelle du bassin de vie, à l'exception des unités urbaines de plus de 30 000 habitants, où le découpage correspond aux " pseudo-cantons " (défini par l'INSEE). Ces bassins de vie/ pseudo-cantons sont classés en fonction du niveau de la densité en chirurgiens-dentistes calculée par rapport à l'offre de soins et le recours aux soins dentaires. Selon la méthodologie de classification des zones relatives à la démographie des chirurgiens dentistes énoncée dans l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux

dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, la densité pondérée est calculée en rapportant par bassin de vie/ pseudo-canton le nombre de chirurgiens-dentistes omnipraticiens en exercice libéral à la population du bassin de vie/ pseudo-canton, au taux de recours aux soins et au besoin de soins :

- le nombre de chirurgiens-dentistes est exprimé en Équivalent temps plein (ETP) ;
- la population résidente est standardisée sur l'âge ;
- le taux de recours aux soins est intégré au travers d'un coefficient ;
- le besoin de soins tient compte de l'activité et du nombre de professionnels de la zone.

Les informations relatives à l'activité et aux honoraires des chirurgiens-dentistes omnipraticiens en exercice libéral sont issues du SNIIRAM pour l'année 2011. Les données administratives de chirurgiens-dentistes omnipraticiens en exercice libéral sont issues du Fichier national des professionnels de santé (FNPS) de décembre 2011 ; celles des centres de santé sont issues de la Base établissement référentielle (BERF).

A l'issue de ce calcul, les bassins de vie/pseudo cantons comptabilisant au moins un chirurgien-dentiste sont classés, selon leur niveau de densité pondérée, en cinq niveaux de dotation (aux 10ème, 20ème, 80ème et 90ème centiles de la distribution de la densité nationale) : très sous-dotées, sous-dotées, à dotation intermédiaire, très dotées et sur-dotées.

Pour les bassins de vie/pseudo-cantons sans chirurgien-dentiste, ils sont reclassés de la manière suivante :

- Si après l'ajout d'un chirurgien-dentiste dans le bassin de vie/pseudo-canton, la densité pondérée correspond au niveau de dotation des zones très sous dotées, alors le bassin de vie/pseudo-canton est intégré aux dites zones ;
- Si la densité pondérée calculée est supérieure à celle de ce niveau de dotation, alors la zone est intégrée aux zones classées en intermédiaire.

Par rapport à cette méthodologie nationale, les ARS disposent d'une marge d'appréciation de 5%, voire 10% dans certains cas, négociée avec la Commission paritaire régionale (CPR) des chirurgiens-dentistes, du nombre de zones définies. Cette commission paritaire est composée de représentants des Caisses d'Assurance maladie, qui constituent la section sociale, ainsi que de représentants des organisations régionales des syndicats signataires de la Convention, qui constituent la section professionnelle.

### **1.2 La démographie des chirurgiens-dentistes en exercice libéral en zone très sous-dotée : des territoires contrastés et de fortes inégalités**

L'Assurance maladie met à disposition des données publiques issues de la base SNIIRAM au travers d'un site Internet grand public : CartoSanté<sup>8</sup>. Ce sont ces données qui ont été exploitées et rapportées dans la suite du texte. Ce site Internet permet pour la France métropolitaine de consulter certaines données d'activité et de démographie des quatre professions libérales pour la période 2006-2014 : les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que les chirurgiens-dentistes (Figure 2).

---

<sup>8</sup> Cartosanté [En ligne] <http://cartosante.atlasante.fr> Consulté le 23 novembre 2016

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Consommation de soins | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nombre de bénéficiaires par tranche d'âge</li> <li>○ Nombre d'actes dentaires consommés</li> <li>○ Consommation moyenne d'actes dentaires par bénéficiaire</li> <li>○ Part des bénéficiaires d'actes SPR</li> </ul>                        |
| Offre de soins        | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nombre de dentistes par tranche d'âge</li> <li>○ Taux de féminisation des dentistes</li> <li>○ Densité pour 10 000 habitants</li> <li>○ Nombre de centres de santé dentaire</li> <li>○ Nombre de cabinets secondaires dentaires</li> </ul> |
| Activité              | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nombre de dentistes actifs</li> <li>○ Nombre d'actes produits</li> <li>○ Activité moyenne</li> <li>○ Nombre d'actes SPR produits</li> <li>○ Part d'activité SPR</li> </ul>   |
| Accès aux soins       | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Distance au plus proche dentiste</li> <li>○ Pôle d'attraction des chirurgiens-dentistes</li> <li>○ Part de consommation intra-communale</li> <li>○ Nombre d'actes intra-communaux</li> </ul>   |

Figure 2 : Tableau récapitulatif des données relatives aux chirurgiens-dentistes disponibles sur Cartosanté

Néanmoins, compte tenu de la maille retenue du zonage conventionnel à savoir le bassin de vie, le secret statistique ne permet pas de disposer de l'ensemble des données (notamment l'activité et la consommation).

### 1.2.1 Le zonage conventionnel révèle de fortes tensions territoriales

En toute logique, le découpage conventionnel retenu par l'Assurance maladie fait apparaître de fortes disparités. En 2012, sur 33 786 chirurgiens-dentistes en exercice libéral recensés en France métropolitaine, 710 professionnels, soit 2%, étaient installés en zone très sous-dotée alors qu'un chirurgien-dentiste sur deux était installé en zone sur-dotée ou très dotée (Figure 3).

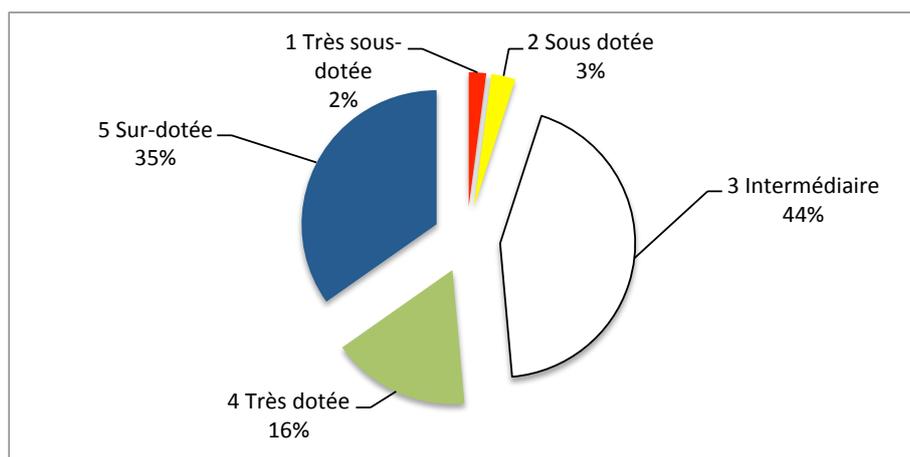


Figure 3 : Proportion des effectifs de chirurgiens-dentistes en exercice libéral selon le zonage conventionnel en France métropolitaine en 2014 (Source : SNIIRAM 2015)

La comparaison de la répartition démographique des chirurgiens-dentistes à celle de la population française en 2012 montre un profond décalage. Selon les chiffres de l'INSEE, les zones très sous-dotées comptaient 6,5% de la population française alors que les chirurgiens-dentistes installés dans ces zones représentaient 2,1% de la profession (Tableau 1). A contrario, si 34,8% des chirurgiens-dentistes en exercice libéral exerçaient en zone sur-dotée, seulement 20,2% de la population française y résidait.

L'offre de soin y est donc particulièrement en tension et légitime d'autant le découpage du zonage conventionnel.

Tableau 1 : Principales caractéristiques socio-démographiques du zonage conventionnel (Source: SNIIRAM 2014, INSEE 2012)<sup>9</sup>

| Zonage                       | Nb de dentiste en 2012 | Population INSEE 2012 | % Population chirurgiens-dentistes | % Population INSEE | Densité    | % CSP Cadre | % CSP Agriculteurs |
|------------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------|------------|-------------|--------------------|
| Très sous-dotée              | 710                    | 4 062 309             | 2,1%                               | 6,5%               | <b>1,7</b> | 3,9%        | 1,5%               |
| Sous-dotée                   | 996                    | 3 982 350             | 2,9%                               | 6,3%               | <b>2,5</b> | 4,4%        | 1,3%               |
| Intermédiaire                | 14 831                 | 33 953 647            | 43,9%                              | 53,9%              | <b>4,4</b> | 6,1%        | 0,9%               |
| Très dotée                   | 5 506                  | 8 269 228             | 16,3%                              | 13,1%              | <b>6,7</b> | 8,5%        | 0,3%               |
| Sur-dotée                    | 11 743                 | 12 708 420            | 34,8%                              | 20,2%              | <b>9,2</b> | 12,3%       | 0,2%               |
| <b>France métropolitaine</b> | <b>33 786</b>          | <b>62 975 954</b>     | 100,0%                             | 100,0%             | <b>5,4</b> | 7,4%        | 0,7%               |

<sup>9</sup> Le Tableau 1 fait apparaître un calcul de densité pour l'année 2012 et n'utilise donc pas le dernier jeu de données SNIIRAM car l'INSEE publie son recensement à n+2

Entre 2006 et 2013, en France métropolitaine, les effectifs de chirurgiens-dentistes en exercice libéral ont diminué de 2,1% passant de 34 577 praticiens en 2006 à 33 657 en 2013 (Tableau 2). L'année 2014 a connu une augmentation de 6% qui interroge et pourrait se révéler être une rupture statistique liée au changement des modalités d'extraction des magasins de données. Cette évolution est néanmoins assez contrastée si le zonage conventionnel est considéré. Ainsi, si les zones sur-dotées (-3%), très dotées (-0,4%) ou intermédiaires (-2,2%) ont connu une diminution globalement homogène, les zones sous-dotées (-6,5%) et très sous-dotées (-22,1%) ont connu en revanche pour la même période des diminutions beaucoup plus importantes.

**Tableau 2 : Effectif des chirurgiens-dentistes en exercice libéral selon le zonage conventionnel en France métropolitaine de 2006 à 2014 (Source : SNIIRAM 2016)**

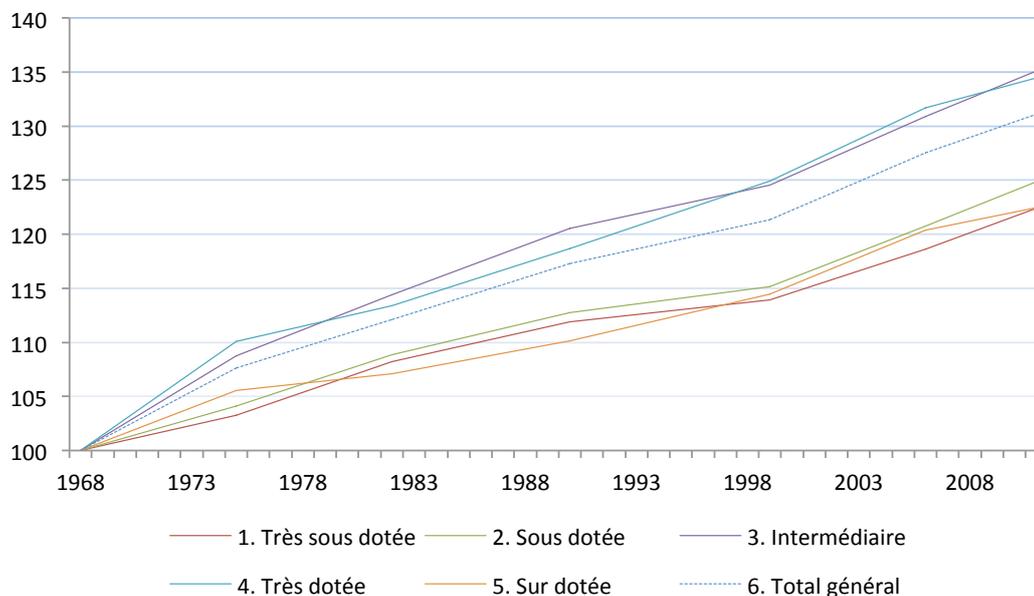
| Zonage                 | 2006       | 2007       | 2008       | 2010       | 2011       | 2012       | 2013       | 2014       |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>Très sous-dotée</b> | <b>869</b> | <b>815</b> | <b>781</b> | <b>715</b> | <b>705</b> | <b>710</b> | <b>712</b> | <b>743</b> |
| Sous dotée             | 1 075      | 1 045      | 1 029      | 992        | 984        | 996        | 1 009      | 1 037      |
| Intermédiaire          | 15 133     | 15 091     | 15 015     | 14 805     | 14 776     | 14 831     | 14 806     | 15 659     |
| Très dotée             | 5 524      | 5 491      | 5 530      | 5 520      | 5 505      | 5 506      | 5 500      | 5 964      |
| Sur-dotée              | 11 976     | 11 972     | 11 955     | 11 864     | 11 779     | 11 743     | 11 630     | 12 494     |
| Total                  | 34 577     | 34 414     | 34 310     | 33 896     | 33 749     | 33 786     | 33 657     | 35 897     |

D'un point de vue démographique, le dynamisme de la population française est tout aussi contrasté : entre 2006 et 2012, la population a augmenté de 4,94%. Mais ce sont les zones sur-dotées qui ont comptabilisé la plus forte augmentation (+12,02%). Ce dynamisme démographique pourrait expliquer l'attrait pour l'installation dans ces zones.

Néanmoins, les zones très sous-dotées ont enregistré une augmentation de leur population (+2,76%), comme les zones sous-dotées (+3,72%). Conjugué à une diminution des effectifs de chirurgiens-dentistes en exercice libéral, ce phénomène contribue à la baisse criante des densités en praticiens observée. La densité y était de 1,7 professionnels pour 10 000 habitants en 2012 alors que pour les zones sur-dotées elle était de 9,2 (Tableau 1)<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Les données SNIIRAM ont été extraites avec l'outil Cartosanté [En ligne] <http://cartosante.atlasante.fr> Consulté le 23 novembre 2016. Les données INSEE sont disponibles sur leur site internet [En ligne] <https://www.insee.fr>

Ce constat démographique n'est pas récent puisque déjà, depuis 1968, ces territoires ont connu des évolutions démographiques contrastées (Figure 4).



**Figure 4 : Représentation de l'évolution démographique du zonage conventionnel des chirurgiens-dentistes de 1968 à 2011 à partir d'une base 100 (Source : INSEE)**

La répartition de la population française selon le zonage et son évolution dans le temps sont globalement constantes depuis 1968 (Tableau 3). Les plus fortes croissances ont été enregistrées dans les zones intermédiaires et très dotées. Selon les données de l'INSEE, entre 1968 et 2011, une augmentation de 26% a été enregistrée pour ces territoires, soit une augmentation supérieure à celle de la moyenne nationale (+21%). En revanche, les territoires sous-dotés et très sous-dotés, mais également les zones sur-dotées, ont connu des évolutions moins marquées, inférieures ou égales à +20% (Tableau 4).

**Tableau 3 : Répartition de la population annuelle française par zonage conventionnel de 1968 à 2011 (Source : INSEE)**

| Zonage conventionnel   | 1968           | 1975           | 1982           | 1990           | 1999           | 2006           | 2011           |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Sur dotée              | 18,51%         | 18,15%         | 17,69%         | 17,38%         | 17,46%         | 17,47%         | 17,29%         |
| Très dotée             | 12,86%         | 13,15%         | 13,01%         | 13,01%         | 13,23%         | 13,28%         | 13,19%         |
| Intermédiaire          | 54,91%         | 55,47%         | 56,02%         | 56,45%         | 56,35%         | 56,36%         | 56,57%         |
| Sous dotée             | 7,16%          | 6,92%          | 6,95%          | 6,88%          | 6,80%          | 6,78%          | 6,82%          |
| <b>Très sous dotée</b> | <b>6,56%</b>   | <b>6,30%</b>   | <b>6,34%</b>   | <b>6,27%</b>   | <b>6,16%</b>   | <b>6,11%</b>   | <b>6,13%</b>   |
| <i>Total général</i>   | <i>100,00%</i> |

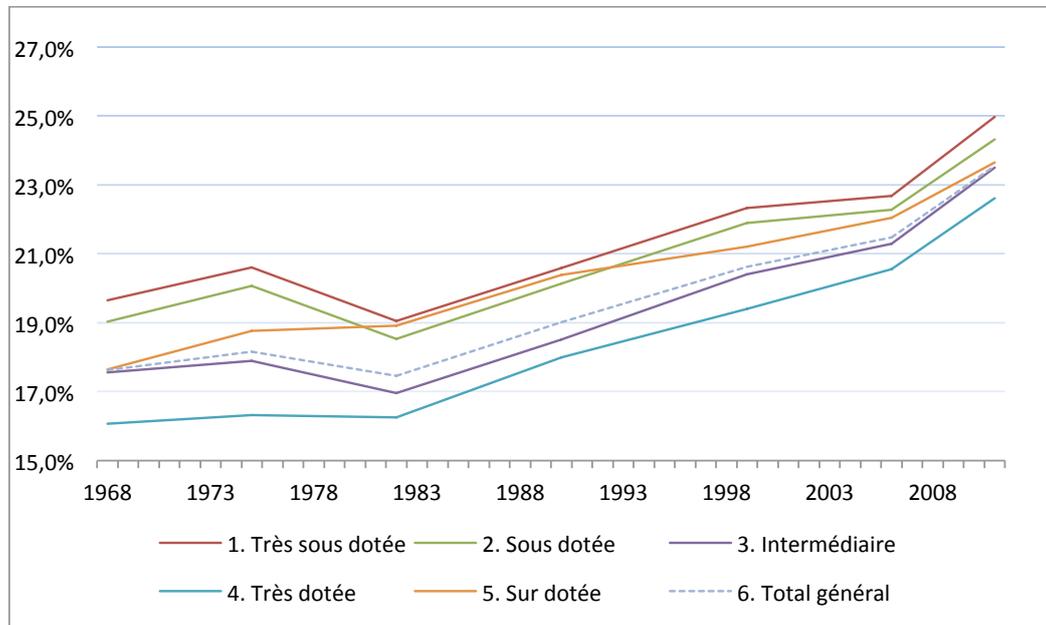
**Tableau 4 : Évolution de la population française entre 1968 et 2011 selon le découpage territorial conventionnel (Source : INSEE)**

| Découpage conventionnel | Population 1968  | Population 2011  | Évolution 1968-2011 |
|-------------------------|------------------|------------------|---------------------|
| <b>Sur dotée</b>        | 8 587 784        | 10 516 408       | +18%                |
| <b>Très dotée</b>       | 5 964 412        | 8 020 706        | +26%                |
| <b>Intermédiaire</b>    | 25 470 284       | 34 405 953       | +26%                |
| <b>Sous dotée</b>       | 3 321 908        | 4 148 343        | +20%                |
| <b>Très sous dotée</b>  | <b>3 045 124</b> | <b>3 726 902</b> | <b>+18%</b>         |
| <b>France</b>           | 49 654 552       | 63 069 964       | +21%                |

En 2012, selon les chiffres de l'INSEE, sur les 457 communes et arrondissements français de plus de 20 000 habitants, seulement 3 étaient situés en zones très sous-dotées. Il s'agissait de Grigny dans l'Essonne et Le Grand-Quevilly et Le Petit-Quevilly en Seine-Maritime. La majorité des grandes communes étaient situées en zone intermédiaire (201 communes), sur-dotée (151 communes) et très dotée (91 communes). Une proportion moindre de catégories socio-professionnelles (CSP) « cadres » (3,9%) était constatée en zones très sous-dotées en comparaison avec les zones sur-dotées (12,3%). A l'inverse, les CSP « agriculteurs » étaient plus représentées dans les zones très sous-dotées et sous-dotées (respectivement 1,5% et 1,3%) que dans les zones sur-dotées et très dotées (respectivement 0,2% et 0,3%) ; la moyenne nationale étant de 0,7% (Tableau 2).

La part des plus de 60 ans dans la population a évolué, passant de 17,6% en 1968 à 23,6% en 2011. Cette évolution participe du vieillissement de la population française. Mais ce sont les territoires les plus fragiles du zonage conventionnel qui comptaient les parts les plus importantes de plus de 60 ans (près de 20% en 1968 ; 25% en 2011). Toutefois, les zones très dotées et sur-dotées ont connu des

évolutions plus marquées qu'au niveau national (respectivement +6,5% et +6% contre +5,9%) (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).



**Figure 5 : Evolution de la proportion des plus de 60 ans dans la population générale pour les zones conventionnelles de 1968 à 2011 (Source : INSEE 2012)**

Les territoires des zones très sous-dotées sont donc majoritairement des territoires ruraux, comme en témoigne la prégnance des CSP agriculteurs, comptant de petites communes, et marquées par un fort vieillissement de leur population.

### 1.2.2 Les caractéristiques des chirurgiens-dentistes exerçant en zones très sous-dotées

Sur le plan national, la profession de chirurgien-dentiste est caractérisée aujourd'hui par une moyenne d'âge élevée (48,4 ans en 2014) et c'est la classe d'âge des 50-60 ans qui est la plus importante. En 2014, selon les données SNIIRAM, la proportion moyenne des chirurgiens-dentistes de plus de 60 ans sur le territoire était de 17,5%. Mais dans les zones très sous-dotées, cette proportion était bien plus élevée : elle culminait à 27,5% (Figure 6). A contrario, alors que la proportion nationale des moins de 40 ans était de 25,9%, elle était beaucoup plus faible en zones très sous-dotées que dans le reste du territoire (19,9%) (Figure 7).

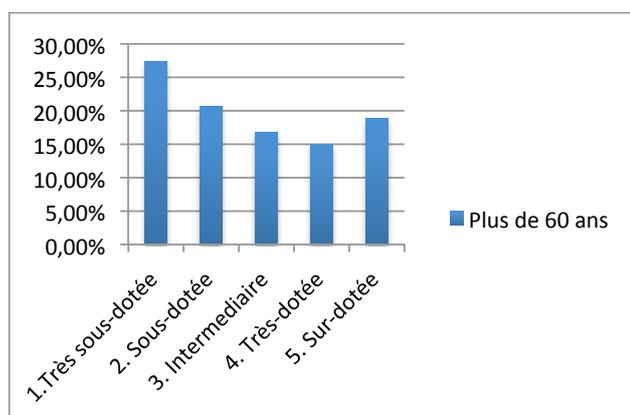


Figure 6 : Proportion de chirurgiens-dentistes âgés de plus de 60 ans selon le zonage conventionnel en 2014 (Source : SNIIRAM 2014)

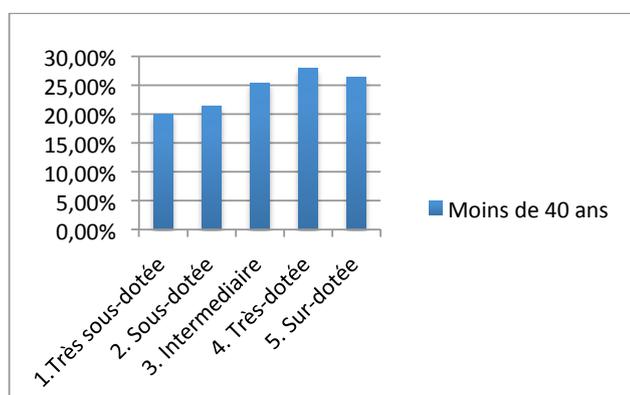


Figure 7 : Proportion de chirurgiens-dentistes âgés de moins de 40 ans selon le zonage conventionnel en 2014 (Source : SNIIRAM 2014)

Malgré la faiblesse des effectifs statistiques, selon les données SNIIRAM, le nombre de cabinets secondaires par rapport à la démographie des chirurgiens-dentistes était proportionnellement plus important en zones très sous-dotées en 2013. Le nombre de cabinets secondaires a fortement augmenté en France métropolitaine entre 2006 et 2013 passant de 955 à 1643. Si les zones très sous-dotées présentaient proportionnellement plus de cabinets secondaires, l'augmentation en termes d'effectif est moins perceptible que pour les zones très dotées et sur-dotées (Tableau 5).

**Tableau 5 : Proportion des cabinets dentaires secondaires par rapport aux effectifs des chirurgiens-dentistes en exercice libéral en 2006 et 2013 (Source : SNIIRAM 2006 et 2013)**

| Zonage             | Nombre de cabinets secondaires en 2006 | Proportion par rapport au nombre de dentistes en 2006 | Nombre de cabinets secondaires en 2013 | Proportion par rapport au nombre de dentistes en 2013 |
|--------------------|--|---|--|---|
| 1_ Très sous dotée | 43                                     | 4,9%  | 47                                     | 6,6%  |
| 2_ Sous dotée      | 44                                     | 4,1%  | 41                                     | 4,1%  |
| 3_ intermédiaire   | 495                                    | 3,3%  | 792                                    | 5,3%  |
| 4_ Très dotée      | 126                                    | 2,3%  | 291                                    | 5,3%  |
| 5_ Sur dotée       | 247                                    | 2,1%  | 472                                    | 4,1%  |
| <b>Total</b>       | <b>955</b>                             | <b>2,8%</b>   | <b>1 643</b>                           | <b>4,9%</b>   |

Sans surprise, la démographie des territoires très sous-dotés est caractérisée par de fortes tensions et disparités. Un chirurgien-dentiste sur trois y a plus de 60 ans. Et si ces territoires concentrent la plus forte proportion de professionnels de plus de 60 ans en France métropolitaine, a contrario les moins de 40 ans y sont le moins représentés. Une enquête sur les intentions d'installation des étudiants en T1 des Facultés de chirurgie dentaire françaises conduite en 2013 a montré que les grandes villes et leurs proches périphéries étaient plébiscitées avec 60% d'intentions d'installation alors que les installations en milieu rural étaient boudées avec seulement 10,4% d'intentions (21). Les zones très sous-dotées devront, dans les prochaines années, faire face à de nombreux départs à la retraite qui exacerberont d'autant les densités et les inégalités territoriales d'accès aux soins dentaires.

Pour conclure, la répartition des chirurgiens-dentistes selon le zonage conventionnel, et plus particulièrement les zones très sous-dotées n'est donc pas en adéquation avec celle de la population qui y réside. D'autre part la population augmente plus rapidement que les effectifs de praticiens, qui exacerberont à très court terme les densités déjà faibles des zones très sous-dotées (1).

## 2 Enquête

### L'installation des chirurgiens-dentistes en zones très sous-dotées

L'objectif de ce travail était de décrire les motivations des chirurgiens-dentistes à s'installer en zones très sous-dotées, afin d'alimenter la réflexion concernant le manque de praticiens dans ces zones et de proposer des pistes pour y favoriser les futures installations.

#### 2.1 Méthodologie

##### 2.1.1 Type d'étude

Une étude transversale par questionnaire a été conduite entre le 10 septembre 2016 et le 25 octobre 2016.

##### 2.1.2 Population d'étude

La population cible de l'étude était constituée par les chirurgiens-dentistes en exercice libéral (titulaires et collaborateurs) s'étant installés en zone très sous-dotée selon le zonage conventionnel depuis juillet 2009 en France métropolitaine. Il a été exclu de l'étude les DOM-TOM, les informations fournies pour ces territoires étant insuffisantes pour les caractériser.

Ont été exclus de l'étude :

- les remplaçants (en exercice libéral et salariés) et les collaborateurs salariés : ces derniers n'ont pas au travers de la convention d'engagement à s'installer dans ces zones à long terme ; ils y travaillent, soit pour une courte durée pour les remplaçants, soit de façon plus longue pour les collaborateurs salariés, mais ne sont pas engagés au sein de leur cabinet d'exercice comme le sont les titulaires et collaborateurs en exercice libéral;
- les chirurgiens-dentistes spécialistes qualifiés en Orthopédie-dento-faciale (ODF) : leur mode d'exercice étant différent de celui des chirurgiens-dentistes non spécialistes.

La date de juillet 2009 a été retenue afin d'étudier les motivations à l'installation dans ces zones sur une période de 3 ans et demi avant et après la mise en

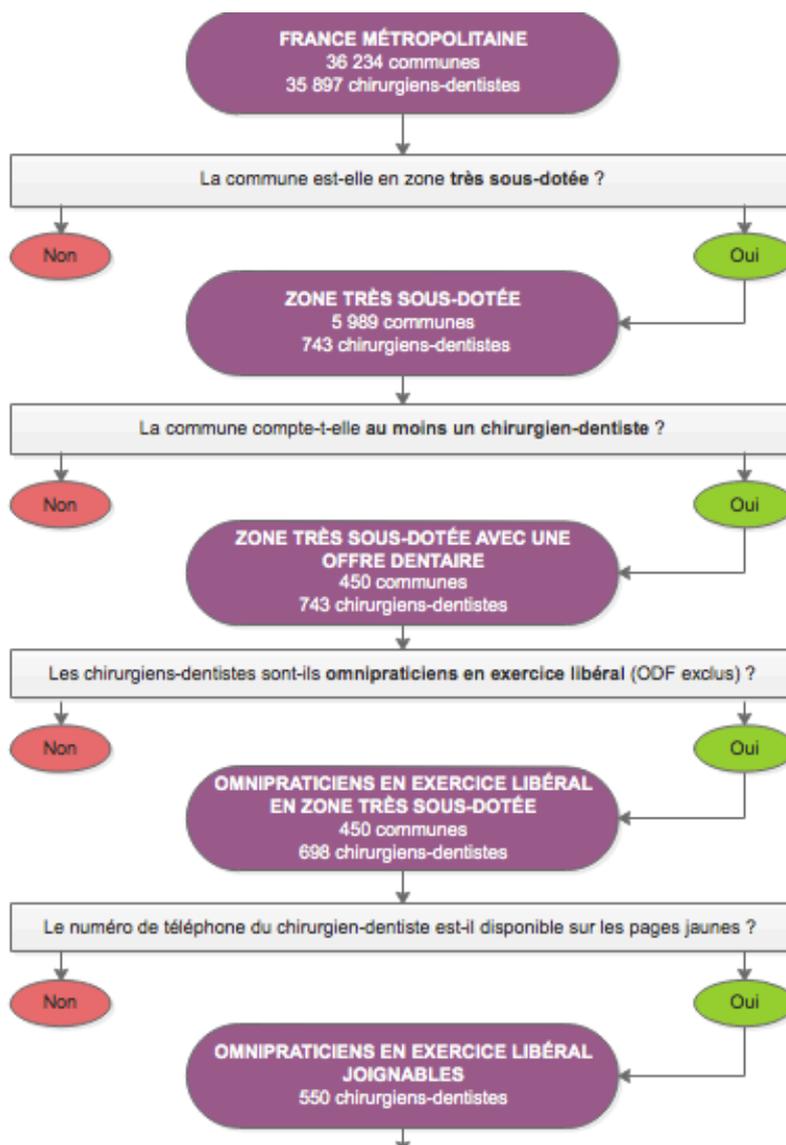
application de l'avenant 2 de la Convention nationale des chirurgiens-dentistes en 2013.

Le choix d'étudier les motivations à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les territoires de faibles densités à partir du maillage conventionnel s'est imposé naturellement pour plusieurs raisons. Il s'agit d'un zonage qui nous paraissait pertinent car il a été négocié directement entre professionnels et Assurance maladie. D'autre part, le territoire très sous-doté est la catégorie du zonage conventionnel qui recense les plus faibles densités de praticiens ; c'est la raison pour laquelle y est fléché le « contrat incitatif <sup>11</sup> » depuis février 2013.

Les praticiens constituant la population cible ont été identifiés au moyen du fichier de l'Assurance maladie recensant toutes les communes françaises classées selon le zonage conventionnel. Ce fichier a été extrait par l'intermédiaire de l'outil en ligne Cartosanté. La **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** illustre la procédure d'extraction qui a permis d'obtenir la liste des chirurgiens-dentistes constituant la population cible.

---

<sup>11</sup> Voir Annexe 1 : Tableau récapitulatif des différents dispositifs d'aide à l'installation



EXTRACTION DES DONNÉES : CARTOSANTÉ ET ANNUAIRE



Figure 8 : Diagramme illustrant la procédure d'extraction ayant permis d'identifier les chirurgiens-dentistes constituant la population ayant effectivement participé à l'étude

Le fichier contenait 36 234 lignes correspondant aux communes de France métropolitaine pour un total de 35 897 praticiens en exercice libéral. En ne retenant que les communes des zones très sous-dotées, la liste a été réduite à 5 989 communes et 743 chirurgiens-dentistes. Enfin, la sélection des communes comptant au moins un chirurgien-dentiste, a réduit la liste à 450 communes françaises métropolitaines répondant aux critères de sélection de la population cible (communes d'exercice d'au moins un chirurgien-dentiste en exercice libéral en zones très sous-dotées).

A partir de l'annuaire en ligne proposé par l'Ordre national des chirurgiens-dentistes<sup>12</sup> (ONCD), les coordonnées (identité et numéro de téléphone) des chirurgiens-dentistes exerçant dans les communes retenues ont été recherchées. Les praticiens pour lesquels la mention Spécialiste qualifié en ODF était précisée ont été exclus de la liste. Cette opération a permis d'identifier 698 praticiens exerçant en zones très sous-dotées en France Métropolitaine à la période de l'étude.

Parmi ces praticiens, ont été contactés par téléphone ceux pour lesquels le numéro était disponible sur les Pages Jaunes (soit 550 praticiens) afin de leur présenter l'étude et de vérifier les critères de sélection et plus précisément la date d'installation sur ce lieu d'exercice en vue d'exclure les praticiens installés avant juillet 2009. Ont pu être effectivement contacté 342 praticiens.

Si le praticien répondait aux critères de sélection, il lui a été proposé de participer à l'étude. En cas d'accord, une invitation à participer au questionnaire en ligne a été envoyée par courriel, un délai d'un mois était laissé pour répondre au questionnaire.

### **2.1.3 Outil de recueil de données**

Un questionnaire en ligne a été spécifiquement établi pour l'étude à partir d'un questionnaire publié dans la littérature (22). Le logiciel « Enquête » proposé par l'Université Lille II a été utilisé.

Ce questionnaire (Annexe 3 : Questionnaire) était anonyme, et comprenait 62 questions regroupées en 5 parties portant sur :

- les caractéristiques personnelles
- les caractéristiques professionnelles
- les données de qualité de vie
- les choix d'installation
- l'exercice en zone très sous-dotée.

La majorité des questions se présentait sous forme de questions fermées ou d'échelle d'attitude avec parfois la possibilité de commenter les réponses données de façon libre.

Le temps nécessaire pour renseigner le questionnaire a été estimé à 10 minutes.

---

<sup>12</sup> Ordre National des Chirurgiens-Dentistes [En ligne] <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/no-cache/grand-public/votre-praticien-en-un-clic.html> Consulté le 1er septembre 2016

Conformément à la loi n°78-17 du 6/1/1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux libertés, cette enquête a fait l'objet d'une déclaration CNIL (Annexe 2 : Déclaration CNIL).

#### **2.1.4 Analyse statistique**

Une analyse descriptive univariée des réponses aux questions fermées a été réalisée à l'aide du logiciel Enquête. Les résultats ont été présentés sous la forme d'effectifs et de fréquences (exprimées en pourcentage) pour les variables catégorielles et au moyen des paramètres usuels (moyenne, écart-type, médiane, minimum, maximum) pour les variables quantitatives.

Pour les questions à réponses ouvertes et les commentaires, une analyse du contenu a été réalisée de manière à extraire les idées exprimées.

Pour certaines variables d'intérêt, une analyse bi-variée a été conduite au moyen de tableaux croisés dynamiques (logiciel Microsoft Excel version 2011).

## 2.2 Résultats

Parmi les 96 chirurgiens-dentistes identifiés comme répondant aux critères de sélection, 90 ont accepté de participer à l'étude et ont communiqué leur courriel. Au final 47 praticiens ont répondu au questionnaire avant la date limite, soit un taux de participation de 52, 2%.

### 2.2.1 Eléments personnels

Parmi les 47 répondants, 57,5 étaient des hommes. L'âge moyen des répondants était de 38,2 ans ( $\pm$  11), le plus jeune ayant 26 ans et le plus âgé 66 ans. Trois chirurgiens-dentistes avaient plus de 60 ans (6,4%) et 31 avaient moins de 40 ans (66%) (Tableau 6).

Tableau 6 : Distribution des répondants par classe d'âge

| Âge      | < 30 ans | 31-40 ans | 41-50 ans | 51-60 ans | > 60 ans | Total   |
|----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|---------|
| Effectif | 14       | 17        | 8         | 6         | 3        | 47      |
| Part     | 29,79%   | 36,17%    | 17,02%    | 12,77%    | 6,38%    | 100,00% |

93,6% des praticiens vivaient en couple et 63,8% avaient des enfants.

### 2.2.2 Eléments professionnels

Concernant le lieu de formation des répondants, 87,2% d'entre eux ont été formés en France, et 12,8% en Europe (Tableau 7).

Tableau 7: Distribution des répondants selon le lieu de formation

| Lieu de formation | Effectif |
|-------------------|----------|
| Bordeaux          | 1        |
| Clermont-Ferrand  | 3        |
| Lille             | 10       |
| Lyon              | 1        |
| Marseille         | 1        |
| Montpellier       | 1        |
| Nancy             | 5        |
| Nantes            | 4        |
| Paris V           | 1        |
| Paris VII         | 1        |
| Reims             | 7        |
| Rennes            | 3        |
| Strasbourg        | 2        |
| Toulouse          | 1        |
| Roumanie          | 3        |
| Belgique          | 1        |
| Espagne           | 1        |
| Royaume-Uni       | 1        |
| Total             | 47       |

Parmi les 41 participants formés en France, 53,7% sont installés dans leur région de formation (Tableau 8) Pour ceux qui sont installés en dehors de leur région de formation, le plus souvent il s'agit de départements limitrophes.

Tableau 8 : Distribution des installations intra et hors région en fonction du lieu de formation

|                  | Nombre de répondants | Installation hors région | Installation région |
|------------------|----------------------|--------------------------|---------------------|
| Bordeaux         | 1                    |                          | 1                   |
| Clermont-Ferrand | 3                    | 1                        | 2                   |
| Lille            | 10                   | 1                        | 9                   |
| Lyon             | 1                    |                          | 1                   |
| Marseille        | 1                    | 1                        |                     |
| Montpellier      | 1                    | 1                        |                     |
| Nancy            | 5                    | 2                        | 3                   |
| Nantes           | 4                    | 1                        | 3                   |
| Paris            | 2                    | 1                        | 1                   |
| Reims            | 7                    | 5                        | 2                   |
| Rennes           | 3                    | 3                        |                     |
| Strasbourg       | 2                    | 2                        |                     |
| Toulouse         | 1                    | 1                        |                     |
| Total            | <b>41</b>            | <b>19</b>                | <b>22</b>           |
| Pourcentage      | 100%                 | 46,3%                    | 53,7%               |

Les 2/3 (68,1%) des praticiens ayant participé avaient obtenu leur diplôme entre 2008 et 2015, et s'étaient installés pour la première fois entre 2009 et 2016. La moitié

des praticiens (53,2%) s'était installée sur le lieu d'exercice actuel entre 2013 et 2016 (Tableau 9, Tableau 10 et Tableau 11).

**Tableau 9 : Distribution des répondants selon l'année d'obtention du diplôme**

| Date d'obtention du diplôme | Effectif |
|-----------------------------|----------|
| 1976                        | 1        |
| 1981                        | 1        |
| 1983                        | 2        |
| 1984                        | 1        |
| 1985                        | 1        |
| 1986                        | 1        |
| 1990                        | 2        |
| 1993                        | 1        |
| 1994                        | 2        |
| 1998                        | 1        |
| 2002                        | 2        |
| 2008                        | 4        |
| 2009                        | 4        |
| 2011                        | 8        |
| 2012                        | 8        |
| 2013                        | 3        |
| 2014                        | 3        |
| 2015                        | 2        |
| Total                       | 47       |

**Tableau 10 : Distribution des répondants selon l'année de première installation**

| Date de première installation | Effectif |
|-------------------------------|----------|
| 1976                          | 1        |
| 1983                          | 2        |
| 1985                          | 2        |
| 1991                          | 1        |
| 1993                          | 1        |
| 1995                          | 1        |
| 1996                          | 1        |
| 1998                          | 1        |
| 1999                          | 1        |
| 2002                          | 1        |
| 2005                          | 1        |
| 2008                          | 2        |
| 2009                          | 5        |
| 2010                          | 3        |
| 2011                          | 5        |
| 2012                          | 5        |
| 2013                          | 7        |
| 2014                          | 4        |
| 2015                          | 2        |
| 2016                          | 1        |
| Total                         | 47       |

**Tableau 11 : Distribution des répondants selon l'année d'installation sur le lieu d'exercice actuel**

| Date d'installation lieu d'exercice actuel | Effectif |
|--|----------|
| 2009                                       | 6        |
| 2010                                       | 6        |
| 2011                                       | 4        |
| 2012                                       | 6        |
| 2013                                       | 9        |
| 2014                                       | 8        |
| 2015                                       | 5        |
| 2016                                       | 3        |
| Total                                      | 47       |

Une tendance à la réduction de la durée entre la date de diplôme et l'année d'installation en zone très sous-dotée est observée (Tableau 12).

**Tableau 12 : Nombre moyen d'années entre l'obtention du diplôme et l'installation en zone très sous-dotée par année d'installation de 2009 à 2016**

| Année installation | Effectif installé | Nombre moyen d'années entre diplôme et installation |
|--------------------|-------------------|---|
| 2009               | 6                 | 17,33 ans   |
| 2010               | 6                 | 6,33 ans  |
| 2011               | 4                 | 14,25 ans   |
| 2012               | 6                 | 9,16 ans  |
| 2013               | 9                 | 4,66 ans  |
| 2014               | 8                 | 8,62 ans  |
| 2015               | 5                 | 1,8 ans   |
| 2016               | 3                 | 2,33 ans  |
| Total              | 47                | 8,1 ans   |

La répartition géographique des répondant est présentée par la Figure 9 et le Tableau 13.

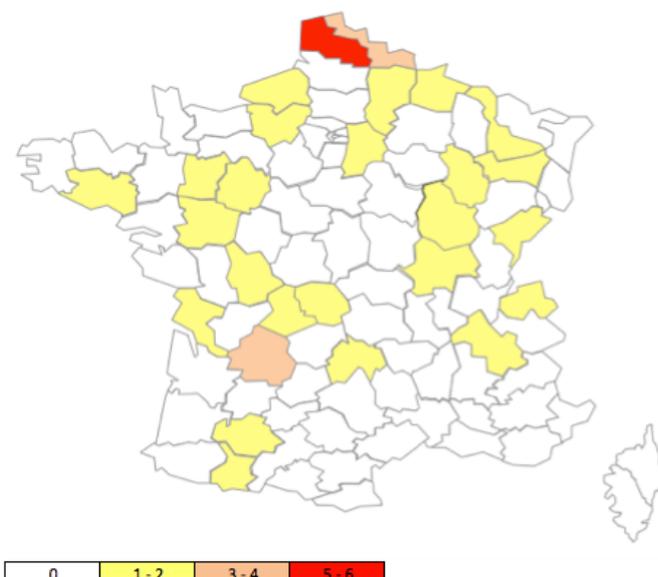


Figure 9 : Carte de la répartition des lieux d'exercice des répondants par département

Tableau 13 : Répartition des lieux d'exercice des répondants par département

| Département d'exercice | Effectif |
|------------------------|----------|
| Aisne                  | 2        |
| Ardennes               | 2        |
| Cantal                 | 2        |
| Charente-Maritime      | 1        |
| Côte-d'Or              | 1        |
| Creuse                 | 1        |
| Dordogne               | 3        |
| Doubs                  | 1        |
| Eure                   | 1        |
| Eure-et-Loir           | 3        |
| Gers                   | 1        |
| Haute-Marne            | 1        |
| Haute-Savoie           | 2        |
| Haute-Vienne           | 1        |
| Hautes-Pyrénées        | 1        |
| Isère                  | 1        |
| Maine-et-Loire         | 2        |
| Mayenne                | 2        |
| Meurthe-et-Moselle     | 2        |
| Morbihan               | 1        |
| Nord                   | 3        |
| Pas-de-Calais          | 6        |
| Saône-et-Loire         | 1        |
| Sarthe                 | 2        |
| Seine-et-Marne         | 1        |
| Seine-Maritime         | 1        |
| Vienne                 | 1        |
| Vosges                 | 1        |
| Total                  | 47       |

La majorité des répondants était des titulaires (89,4%) ; seulement 10,6% étaient collaborateurs.

Parmi les titulaires, aucun n'exerçait en cabinet secondaire, et parmi les collaborateurs, tous exerçaient dans un seul cabinet.

Parmi les répondants, 59,6% exerçaient seuls et 40,4% avaient un exercice en groupe ; 21,3% d'entre eux exerçaient au sein d'une Maison de santé pluri-professionnelle (MSP).

Une grande majorité des répondants travaillait avec une assistante ou une aide dentaire (78,7%) et 40,4% recouraient à une secrétaire.

Ils travaillaient en moyenne 4,3 jours ( $\pm 0,7$ ) par semaine au cabinet et y passaient en moyenne 9,2 heures ( $\pm 1,2$ ) par jour (Tableau 14 et Tableau 15).

**Tableau 14 : Distribution des répondants en fonction du nombre de jours travaillés par semaine**

| Nombre de jours travaillés par semaine | Effectif  |
|--|-----------|
| 2                                      | 1         |
| 3                                      | 1         |
| 3,5                                    | 3         |
| 4                                      | 19        |
| 4,5                                    | 9         |
| 5                                      | 12        |
| 6                                      | 2         |
| <b>Total</b>                           | <b>47</b> |

**Tableau 15 : Distribution des répondants en fonction du nombre d'heures travaillées par jour**

| Nombre d'heures travaillées par jours | Effectif  |
|---------------------------------------|-----------|
| 7                                     | 3         |
| 8                                     | 10        |
| 9                                     | 15        |
| 10                                    | 15        |
| 11                                    | 1         |
| 12                                    | 3         |
| <b>Total</b>                          | <b>47</b> |

La totalité des participants a déclaré avoir une activité d'omnipratique ; certains ont déclaré un exercice orienté vers l'implantologie (19,2%), la parodontie (12,8%), l'endodontie (14,9%), l'odontologie pédiatrique (14,9%), la chirurgie orale (17%) ou l'orthopédie-dento-faciale (6,4%).

Le chiffre d'affaire annuel moyen était compris entre 200k€ et 300k€ pour un tiers d'entre eux (34,1%) (Figure 10).

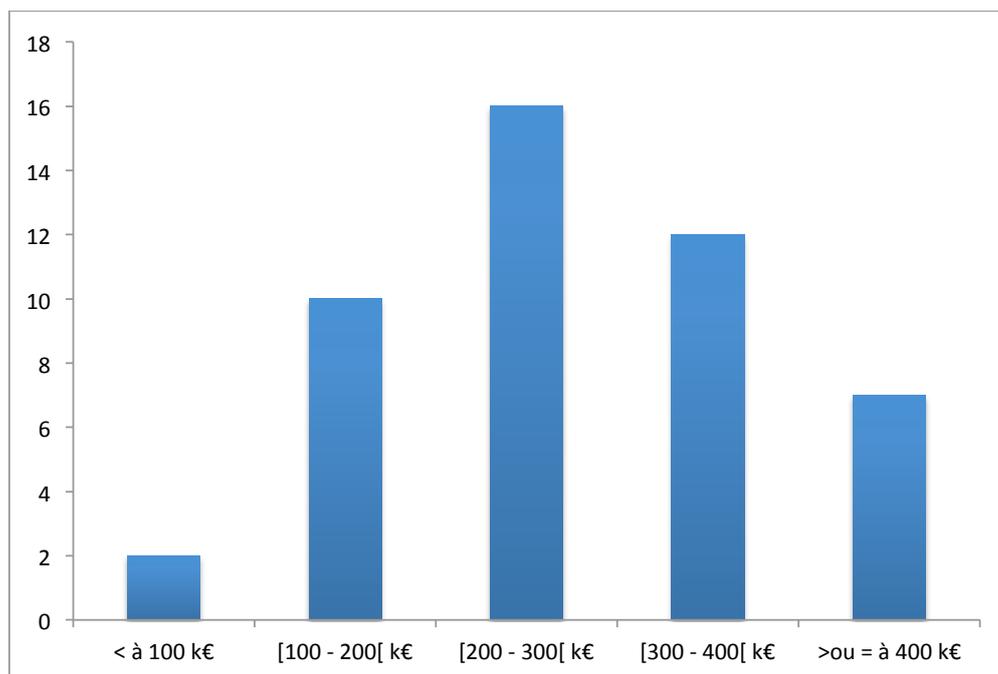


Figure 10 : Distribution des répondants selon leur chiffre d'affaire annuel

### 2.2.3 Qualité de vie

Les participants habitent en zone rurale pour un peu plus de la moitié (59,6%) ; 19,2% vivaient à moins de 10 km d'une ville de 30 000 habitants et 21,3% dans une ville de plus de 30 000 habitants. La durée moyenne de leur trajet domicile-cabinet était de 16 minutes ( $\pm 11,9$ ) en voiture (2 praticiens vivaient sur place et 3 vivaient à 45 minutes en voiture).

L'axe autoroutier le plus proche du cabinet était en moyenne à 19 minutes ( $\pm 15,9$ ) et la ville-centre la plus proche (ville dans laquelle est implantée un lycée) à 15 minutes ( $\pm 10,1$ ) en voiture (Tableau 16, Tableau 17 et Tableau 18).

Tableau 16 : Distribution des répondants selon le temps de trajet cabinet-domicile en minutes

| Temps de trajet domicile-cabinet | Effectif |
|----------------------------------|----------|
| 0                                | 2        |
| 1                                | 2        |
| 3                                | 1        |
| 5                                | 7        |
| 7                                | 1        |
| 8                                | 1        |
| 10                               | 5        |
| 12                               | 3        |
| 13                               | 1        |
| 15                               | 5        |
| 19                               | 1        |
| 20                               | 7        |
| 25                               | 5        |
| 30                               | 1        |
| 35                               | 1        |
| 40                               | 1        |
| 45                               | 3        |
| Total                            | 47       |

Tableau 17 : Distribution des répondants selon le temps de trajet cabinet-autoroute en minutes

| Temps de trajet cabinet-autoroute | Effectif |
|-----------------------------------|----------|
| 1                                 | 1        |
| 2                                 | 3        |
| 4                                 | 2        |
| 5                                 | 8        |
| 10                                | 6        |
| 15                                | 9        |
| 17                                | 1        |
| 20                                | 2        |
| 25                                | 3        |
| 30                                | 3        |
| 40                                | 5        |
| 45                                | 3        |
| 70                                | 1        |
| Total                             | 47       |

**Tableau 18 : Distribution des répondants selon le temps de trajet cabinet-ville centre (au moins 1 lycée implanté) la plus proche en minutes**

| Temps de trajet cabinet-ville centre (au moins 1 lycée implanté) | Effectif |
|--|----------|
| 0  | 4        |
| 2  | 1        |
| 3  | 1        |
| 5  | 6        |
| 6  | 1        |
| 8  | 1        |
| 10   | 6        |
| 12   | 1        |
| 15   | 4        |
| 20   | 10       |
| 23   | 1        |
| 25   | 3        |
| 30   | 7        |
| 35   | 1        |
| Total  | 47       |

La très grande majorité des répondants était satisfaite de son temps de trajet domicile-cabinet (91,5%) ; seulement 8,5% trouvaient leur trajet trop long.

Les deux tiers (66%) des répondants résidaient à proximité de la zone très sous-dotée dans laquelle ils exerçaient. Parmi eux, pour ceux qui vivaient en couple, 74% et 77,4% déclaraient respectivement que cela n'avait pas posé de problème à leur conjoint ni pour trouver ou conserver son emploi ni dans la vie quotidienne (déplacements, ressources de loisirs, vie sociale...). De même, parmi ceux qui avaient des enfants, 63,6% déclaraient que cela ne leur posait pas de problème en termes de déplacements (pour activités, sociabilité), et 68,2% que l'accessibilité aux établissements scolaires de leur choix leur convenait.

De manière globale, 58,1% des participants vivant en zone sous-dotée étaient entièrement satisfaits de leur qualité de vie, 38,7% l'étaient partiellement. Un seul praticien a déclaré n'être absolument pas satisfait de sa qualité de vie (Tableau 19).

**Tableau 19 : Distribution des répondants selon l'appréciation de leur qualité de vie**

| De manière globale, êtes-vous satisfait de la qualité de vie créée par votre exercice professionnel en territoire "sous-doté", pour vous même et vos proches ? |          |              |
|--|----------|--------------|
|  | Effectif | Pourcentages |
| Oui, complètement  | 18       | 58,1%        |
| Oui, partiellement   | 12       | 38,7%        |
| Non, pas vraiment  | 0        | 0,0%         |
| Non, pas du tout   | 1        | 3,2%         |

Seize praticiens ont souhaité apporter un commentaire.

Les praticiens satisfaits de leur qualité de vie en « territoire sous-doté » l'ont justifié par :

- le cadre de vie permis par ce lieu d'exercice (pas de pollution, ni de stress ou de violence) (5 citations).
- la qualité des relations avec les patients (trouvés plutôt « agréables » et « fidèles ») (2 citations).
- le nombre de patients (2 citations).

Ceux qui se déclaraient partiellement satisfaits de leur qualité de vie ont avancé les raisons suivantes :

- la charge de travail est importante et parfois difficile à gérer, entraînant des mécontentements des patients dus aux délais d'attente (4 citations) ;
- le désengagement de l'État dans les territoires ruraux (notamment concernant les services publics ou les transports) (2 citations) ;
- le type de soins pratiqués (dits plus « simples », en raison des revenus plus faibles des patients et à des attentes moins esthétiques et plus fonctionnelles) (1 citation).

#### **2.2.4 Le choix d'installation**

La distribution des réponses des participants à la question les interrogeant sur les raisons les ayant conduits à exercer dans leur localité actuelle est présentée dans le Tableau 20. Les 2 raisons les plus souvent retenues sont le potentiel élevé de patientèle (78,7%) et les relations agréables avec les patients (70,2%).

**Tableau 20 : Distribution des réponses des participants à la question « Pouvez-vous donner la ou les raisons qui vous ont conduit à exercer dans votre localité actuelle ? » (plusieurs réponses possibles)**

|  | Effectif |
|--|----------|
| Proximité de votre famille                               | 15       |
| Proximité de la famille du conjoint(e)                   | 8        |
| Activité professionnelle de votre conjoint(e)            | 6        |
| Association ou collaboration avec praticien déjà présent | 11       |
| Participation au cabinet familial                        | 2        |
| Tarif immobilier intéressant pour achat du cabinet       | 11       |
| Potentiel de patientèle important                        | 37       |
| Relation avec la patientèle agréable                     | 33       |
| Perspective de bons revenus                              | 20       |
| Goût personnel pour ce territoire                        | 20       |
| Bonne qualité de vie                                     | 27       |
| Autre  | 6        |

70,2% ont déclaré n'avoir jamais regretté s'être installé sur leur lieu d'exercice et 29,8% l'avoir parfois regretté mais aucun n'a déclaré le regretter souvent.

Douze praticiens ont souhaité laisser un commentaire.

Les chirurgiens-dentistes regrettant parfois s'être installés dans un territoire très sous-doté, l'ont expliqué par plusieurs facteurs :

- les longs trajets (4 citations),
- le manque de vie sociale et culturelle (3 citations),
- le type de soins jugés trop « basiques » (3 citations),
- la quantité de patients trop importante entraînant des délais d'attente (2 citations).

En dehors du départ à la retraite, 74,5% des participants n'envisageaient pas de quitter leur territoire d'installation.

Parmi ceux qui ont déclaré envisager quitter leur territoire d'exercice actuel pour un autre, 7 ont laissé un commentaire expliquant qu'ils le feraient pour plusieurs raisons :

- réduire les trajets jugés trop longs (3 citations) ;
- changer de conditions d'exercice, décrites comme difficiles, fatigantes moralement et physiquement (2 citations) ;

- changer de type de patientèle (nombre de patients bénéficiant de la CMU-c en augmentation, impression de faire plus de « social » que de soins dentaires) (2 citations).

Huit répondants sur 10 (83%) recommanderaient leur lieu d'exercice à un confrère expérimenté, majoritairement pour le potentiel de patientèle et de rémunération, la possibilité d'être bien installé en termes de matériaux et locaux et pour la qualité de vie (Tableau 21).

**Tableau 21 : Distribution des justifications des participants ayant répondu « Oui » à la question «Recommanderiez-vous votre territoire d'exercice à un confrère expérimenté ? » (Plusieurs réponses possibles)**

|   | Effectif |
|---|----------|
| Potentiel de patientèle et de rémunération                          | 32       |
| Possibilité d'être bien installé en termes de matériel et de locaux | 23       |
| Intérêt du type de soins pratiqués                                  | 5        |
| Qualité de vie sur ce territoire si on y réside                     | 21       |
| Autre   | 2        |

La charge de travail trop importante et le type de soins pratiqués sont les raisons majoritairement évoquées par les chirurgiens-dentistes ne recommandant pas leur lieu d'exercice (17,1%) (Tableau 22).

**Tableau 22 : Distribution des justifications des participants ayant répondu « Non » à la question «Recommanderiez-vous votre territoire d'exercice à un confrère expérimenté ? » (Plusieurs réponses possibles)**

|  | Effectif |
|--|----------|
| Charge de travail trop importante                        | 4        |
| Relation patientèle peu satisfaisante                    | 1        |
| Peu d'intérêt du type de soins pratiqués                 | 4        |
| Rémunération peu satisfaisante                           | 2        |
| Qualité de vie médiocre sur ce territoire si on y réside | 1        |
| Autre  | 2        |

89,4% des répondants recommanderaient leur lieu d'exercice à un jeune chirurgien-dentiste, majoritairement pour le potentiel de patientèle et de rémunération, la possibilité d'être bien installé en termes de matériaux et locaux et pour la qualité de vie (Tableau 23).

**Tableau 23 : Distribution des justifications des participants ayant répondu « Oui » à la question «Recommanderiez-vous votre territoire d'exercice à un jeune chirurgien-dentiste ? » (Plusieurs réponses possibles)**

|   | Effectif |
|---|----------|
| Potentiel de patientèle et de rémunération                          | 36       |
| Possibilité d'être bien installé en termes de matériel et de locaux | 26       |
| Intérêt du type de soins pratiqués                                  | 11       |
| Qualité de vie sur ce territoire si on y réside                     | 24       |
| Autre   | 2        |

La charge de travail trop importante et le type de soins pratiqués sont les raisons majoritairement évoquées par les répondants ne recommandant pas leur lieu d'exercice (10,6%) (Tableau 24).

**Tableau 24 : Distribution des justifications des participants ayant répondu « Non » à la question «Recommanderiez-vous votre territoire d'exercice à un jeune chirurgien-dentiste ? » (Plusieurs réponses possibles)**

|  | Effectif |
|--|----------|
| Charge de travail trop importante                        | 4        |
| Relation patientèle peu satisfaisante                    | 1        |
| Peu d'intérêt du type de soins pratiqués                 | 3        |
| Rémunération peu satisfaisante                           | 1        |
| Qualité de vie médiocre sur ce territoire si on y réside | 2        |
| Autre  | 1        |

### 2.2.5 L'exercice en zone très sous-dotée

La majorité des répondants installés après 2012 savaient que leur zone d'exercice était classée « très sous-dotée » par l'Assurance maladie avant leur installation (22 chirurgiens-dentistes sur 36 concernés) (Tableau 25). Néanmoins, 5 chirurgiens-dentistes ne savaient pas travailler dans un territoire « très sous-doté » actuellement (Tableau 26).

**Tableau 25 : Distribution des réponses des participants à la question « Saviez-vous que votre zone d'exercice était classée en zone sous-dotée ? »**

| Lors de votre installation (si celle-ci est postérieure à 2012) ? |          |             |
|---|----------|-------------|
|   | Effectif | Pourcentage |
| Oui   | 22       | 46,8%       |
| Non   | 14       | 29,8%       |
| Non concerné  | 11       | 23,4%       |

**Tableau 26 : Distribution des réponses des participants à la question « Saviez-vous que votre zone d'exercice était classée en zone sous-dotée ? »**

| Actuellement ? |          |             |
|----------------|----------|-------------|
|                | Effectif | Pourcentage |
| Oui            | 42       | 89,4%       |
| Non            | 5        | 10,6%       |

Une grande partie des répondants (76,6%) se déclarait d'accord avec le zonage conventionnel ; 14,9% ne l'était pas et 8,5% n'avait pas d'avis sur la question.

Seize praticiens ont souhaité laisser un commentaire.

Les répondants d'accord avec la classification en zone très sous-dotée de leur territoire d'exercice ont évoqué le manque de professionnels de santé (8 citations), souvent dû à des départs en retraite non remplacés. Cela entraînerait selon eux une charge de travail importante, des délais d'attentes importants et parfois le refus de prendre en charge de nouveaux patients ainsi qu'une gestion des urgences difficile.

Les répondants qui n'étaient pas d'accord avec cette classification de zonage ne ressentaient pas la pression d'activité constatée généralement dans ces zones de faible densité (5 citations). Ces chirurgiens-dentistes disaient avoir peu de délai d'attente (3 citations). Plusieurs chirurgiens-dentistes ont évoqué aussi des installations récentes dans leur commune (notamment de praticiens étrangers), qui ont fait augmenter de façon conséquente la densité de praticiens dans leur secteur (parfois du simple au double avec 3 ou 4 installations simultanées) (2 citations).

Les deux tiers des répondants (68,1%) ont déclaré bénéficier d'aides financières sous la forme :

- d'un Contrat d'engagement de service public (CESP) pour 4,3% d'entre eux ;

- du contrat-incitatif proposé par l'assurance maladie pour 57,5% d'entre eux ;
- d'exonérations des zones de revitalisation rurales pour 42,5% d'entre eux ;
- d'aide de collectivités territoriales pour 2,1% d'entre eux.

15 chirurgiens-dentistes ont bénéficié conjointement du contrat incitatif et des exonérations fiscales. Et 1 seul a cumulé les 3 premières aides.

65,6% des répondants bénéficiant d'aides financières ont déclaré que la perspective de ces avantages financiers n'avait pas motivé leur installation en zone sous-dotée, mais 53,1% assurait que cela les avait aidés durant leurs premières années d'exercice (Tableau 27 et Tableau 28).

**Tableau 27 : Distribution des réponses des participants à la question « La perspective de ces avantages financiers a-t-elle motivée votre installation en zone "très sous-dotée" ? »**

|     | Effectif | Pourcentage |
|-----|----------|-------------|
| Oui | 11       | 34,4%       |
| Non | 21       | 65,6%       |

**Tableau 28 : Distribution des réponses des participants à la question « Estimez-vous que ces avantages financiers vous ont aidé durant les premières années de votre installation ? »**

| Estimez-vous que ces avantages financiers vous ont aidé durant les premières années de votre installation ? |          |             |
|---|----------|-------------|
|   | Effectif | Pourcentage |
| Oui   | 17       | 53,1%       |
| Non   | 15       | 46,9%       |

Onze praticiens ont souhaité laisser un commentaire.

Les répondants estimant que ces avantages financiers ne les avaient pas aidés lors de leurs premières années d'exercice ont évoqué plusieurs raisons :

- principalement, les aides sont jugées très insuffisantes par rapport à l'investissement que représente l'ouverture d'un cabinet dentaire (6 citations) ;
- de plus, les praticiens expliquent que ces aides sont versées trop tardivement, après l'installation, et donc n'arrivent pas au moment où ils en auraient eu besoin (3 citations) ;

- leur mise en place représente de surcroît une lourdeur administrative (2 citations).

Concernant les différentes mesures pouvant être envisagées pour favoriser l'installation de chirurgiens-dentistes en zone sous-dotée, 42,5% des répondants ont déclaré que l'augmentation du *numerus clausus* n'avait selon eux aucun intérêt pour favoriser l'installation en zone très sous-dotée (Tableau 29).

**Tableau 29 : Distribution des réponses concernant l'intérêt des participants vis-à-vis de « L'augmentation du numerus clausus »**

|             | Effectif | Pourcentage |
|-------------|----------|-------------|
| Aucun       | 20       | 42,6%       |
| Moyen       | 14       | 29,8%       |
| Élevé       | 8        | 17,0%       |
| Ne sait pas | 5        | 10,6%       |

Parmi les répondants ne trouvant aucun intérêt à l'augmentation du *numerus clausus*, onze praticiens ont déclaré que le problème de répartition resterait le même, les jeunes diplômés ne souhaitant pas s'installer en zone rurale mais préférant travailler à proximité d'une ville.

Il est aussi évoqué par plusieurs praticiens (3 citations), l'afflux des chirurgiens-dentistes étrangers en zone très sous-dotée. Selon eux, cet afflux biaiserait les politiques concernant le *numerus clausus*.

Cependant, un répondant explique avoir dû partir faire ses études à l'étranger après avoir échoué au concours de fin de première année, l'ouverture du *numerus clausus* aurait selon lui simplifié son parcours et permis son installation plus rapide en zone fragile.

Presqu'un tiers des participants pense par contre que la création de maison de santé pluridisciplinaire pourrait avoir un intérêt pour favoriser l'installation en zone sous-dotée (Tableau 30).

**Tableau 30 : Distribution des réponses concernant l'intérêt des participants vis-à-vis de « La création de maison de santé pluridisciplinaire »**

|             | Effectif | Pourcentage |
|-------------|----------|-------------|
| Aucun       | 10       | 21,3%       |
| Moyen       | 17       | 36,2%       |
| Élevé       | 15       | 31,9%       |
| Ne sait pas | 5        | 10,6%       |

Les répondants montrant un intérêt élevé pour la création de maisons de santé pluri-professionnelles ont déclaré que le regroupement était l'avenir de la profession (6 citations). Cela permettrait une gestion commune des charges et un exercice pluridisciplinaire enrichissant (5 citations).

Cependant, 10 praticiens pense que ce genre de structure n'a que peu d'intérêt (Tableau 29), car selon eux :

- l'installation de praticiens seuls serait déjà une avancée dans leur territoire (2 citations) ;
- les praticiens ne restent généralement pas dans ces structures, qui ne leur paraissent donc pas pérennes (1 citation) ;
- les relations entre praticiens peuvent être difficiles, ainsi que la gestion des besoins et des attentes de chacun (l'exercice des chirurgiens-dentistes étant éloigné de celui d'un médecin) (2 citations) ;
- elles présentent des loyers élevés dans certaines communes (2 citations).

Plus de la moitié des participants s'est déclaré très favorable aux stages en zones rurales pour les étudiants de 6<sup>ème</sup> année (Tableau 31).

**Tableau 31 : Distribution des réponses concernant l'intérêt des participants vis-à-vis de la mesure « Faciliter et encourager les stages en zones rurales pour les étudiants de 6<sup>ème</sup> année (aide au transport, au logement sur place...)»**

|             | Effectif | Pourcentage |
|-------------|----------|-------------|
| Aucun       | 7        | 14,9%       |
| Moyen       | 14       | 29,8%       |
| Élevé       | 25       | 53,2%       |
| Ne sait pas | 1        | 2,1%        |

Pour les répondants favorables à cette mesure, cela permettrait une plus grande connaissance du milieu rural et de ses avantages par les étudiants, qui seraient alors peut-être plus motivés à s'installer dans une zone similaire (3 citations).

Deux praticiens ont même exprimé leur motivation à installer un système de tutorat entre praticien expérimenté et étudiant ou jeune praticien afin de montrer leur mode d'exercice et changer la vision des jeunes générations sur l'exercice en zones sous-dotées.

Cependant, des réserves sont exprimées, certains praticiens étant contre le fait de rendre ces stages obligatoires pour les étudiants non motivés (2 citations).

Le Tableau 32 présente la distribution des participants selon l'intérêt estimé d'une aide à la mise aux normes des locaux du cabinet pour faciliter l'installation en zone sous-dotée.

**Tableau 32 : Distribution des réponses concernant l'intérêt des participants vis-à-vis d'une « Aide à la mise aux normes des locaux du cabinet »**

|             | Effectif | Pourcentage |
|-------------|----------|-------------|
| Aucun       | 10       | 21,3%       |
| Moyen       | 16       | 34,0%       |
| Élevé       | 19       | 40,4%       |
| Ne sait pas | 2        | 4,3%        |

Six répondants sur 10 ont déclaré que la mise en place d'une aide plus importante à l'installation aurait un intérêt élevé pour favoriser l'installation en zone sous-dotée (Tableau 33).

**Tableau 33 : Distribution des réponses concernant l'intérêt des participants à la proposition 5 : « Une aide plus importante lors de l'installation » :**

|             | Effectif | Pourcentage |
|-------------|----------|-------------|
| Aucun       | 7        | 14,9%       |
| Moyen       | 11       | 23,4%       |
| Élevé       | 29       | 61,7%       |
| Ne sait pas | 0        | 0,0%        |

Ils ont rapporté que cela permettrait de mettre en valeurs ces territoires et attirer de nouveaux praticiens (7 citations). Cependant il est relevé la lourdeur administrative pour la mise en place de ces aides et leur coût pour la collectivité (2 citations). Certains, montrant un intérêt moyen pour cette mesure, ont ajouté qu'une réévaluation du coût des soins serait plus efficace (2 citations).

### **2.2.6 Profil des participants s'étant installé rapidement en zone sous-dotée (moins de 3 ans après l'obtention du diplôme)**

66% des participants se sont installés moins de 3 ans après l'obtention de leur diplôme en zones très sous-dotées (27 chirurgiens-dentistes sur 47) : il s'agit plus d'hommes que de femmes (15 chirurgiens-dentistes sur 27), en couple (24 chirurgiens-dentistes sur 27) avec enfant (18 chirurgiens-dentistes sur 27). Ces professionnels étaient majoritairement (22 chirurgiens-dentistes sur 27). La moyenne de leur âge à l'installation était de 31,8 ans (au lieu de 38,2 ans pour l'ensemble des participants). Parmi les 10 participants exerçant en MSP, 8 s'y étaient installés rapidement.

D'autre part, les professionnels s'installant rapidement en zone très sous-dotée avaient recours légèrement plus fréquemment à une assistante que les autres participants (81% contre 78%) ou à une secrétaire (40% contre 33%). Mais cet écart n'est pas significatif et ne semble pas avoir d'impact sur le chiffre d'affaire généré.

### **2.2.7 Profil des participants diplômé hors de France**

Les 6 participants diplômés hors de France étaient tous des hommes dont la moyenne d'âge était de 42,2 ans, supérieure à la moyenne d'âge de l'ensemble des participants. Ils se sont installés après 2012 et 4 d'entre eux ont bénéficié d'incitations, cumulant le contrat incitatif et les exonérations fiscales des Zones de revitalisation rurales (ZRR). Si tous ont estimé que ces aides leur avaient été utiles lors des premières années d'installations, seulement deux ont déclaré que ces aides avaient été un motif pour s'installer dans cette zone très sous-dotée. Tous s'accordent à souhaiter des aides plus conséquentes pour inciter les nouvelles générations à s'installer dans ces territoires.

### 3 Discussion

Selon l'enquête de la Cour des Comptes citée dans un rapport du Sénat (16), 155 chirurgiens-dentistes avaient signé fin 2013 un contrat incitatif en zone très sous-dotée [p.104]. Dans un autre rapport de la Cour des Comptes (23), plus récent, le chiffre avancé était pour l'année 2014 de 50 signataires pour un objectif fixé de 200. Selon un document diffusé par une dépêche APM<sup>13</sup> et présenté le 23 juin 2016 par la CNAMTS à l'UNCAM dans le cadre de la préparation des négociations conventionnelles des chirurgiens-dentistes, « au 31 décembre 2015, 469 adhésions [au contrat incitatif] étaient recensées, dont 99 au titre d'une installation (et les autres pour des professionnels déjà installés). Cela représente 59% des 797 chirurgiens-dentistes éligibles à ce dispositif. En 2015, il y a eu 86 adhésions dont 60 concernaient de nouvelles installations (43 premières installations et 17 nouvelles installations en zone déficitaire). Néanmoins, ces mesures "n'ont pas encore eu d'impact sur la répartition territoriale des chirurgiens-dentistes", qui a même connu une "légère dégradation" sur 2010-15. » Ce chiffre de 99 signataires au titre d'un installation depuis 2013, soit 33 contrats incitatifs par an, constitue une estimation approximative de la population d'intérêt de cette étude. Avec 27 signataires d'un contrat incitatif parmi les 47 répondants, ce questionnaire aurait touché 27% des signataires.

Bien que l'étude de la démographie des chirurgiens-dentistes rapporte dans les zones très sous-dotées, une faible proportion des moins de 30 ans et la prépondérance des plus de 60 ans, l'âge moyen des répondants était de 38 ans (contre 48 à l'échelle nationale ) avec 66% de moins de 40 ans. Ceci peut en partie s'expliquer par la sélection des installations après 2009, sans qu'ils ne s'agissent pour autant uniquement de primo-installations (des déménagements de praticiens plus âgés ont pu être inclus).

En revanche, le taux de féminisation parmi les participants (57,5%) est en accord avec les chiffres évoqués à l'échelle nationale puisqu'en France 59% des moins de 30 ans étaient des femmes selon l'ONDPS (1). Au vu de ces résultats, il ne semble donc pas possible de statuer sur la propension des femmes à s'installer en zone très sous-dotée en comparaison avec les hommes. Un travail plus approfondi sur

---

<sup>13</sup> La CNAMTS tire un bilan mitigé de la convention dentaire de 2006, dépêche APM du 29/06/2016 [article réservé aux abonnés]

l'ampleur de la féminisation dans les autres zones conventionnelles serait nécessaire.

Parmi les motivations à s'installer en zone sous-dotée, la notion de famille (famille du professionnel ou famille du conjoint) arrive en 3<sup>ème</sup> position. La majorité des répondants vivait en couple avec enfant(s). Les praticiens sans enfant étaient principalement âgés de moins de 35 ans. C'est d'ailleurs parmi ces jeunes professionnels sans enfant que l'on compte le plus de collaborateurs. L'élément familial (vie en couple et enfant) semble être une caractéristique centrale dans le profil des chirurgiens-dentistes enquêtés. C'est un constat également rapporté par d'autres travaux portant sur l'exercice en zone de montagne (24) ou sur les zones sous-dotées d'Auvergne (25) .

De plus, bien que 6 participants sur 10 vivaient en zone rurale, que la durée de leur trajet domicile/travail était de 16 minutes en moyenne et que l'accès à l'autoroute la plus proche était à 19 minutes en moyenne, cela ne posait pas de problème pour leur vie de famille (déplacements du conjoint ou scolarisation des enfants). Au contraire, le cadre de vie semble une source d'épanouissement pour le cadre familial.

Par ailleurs, si la famille est un argument qui intervient dans les motivations des chirurgiens-dentistes, l'installation du professionnel semble un choix mûri et réfléchi. Effectivement, la durée moyenne entre l'année d'obtention du diplôme et celle de l'installation dans la zone d'exercice actuel était en moyenne de 8 ans. Ce résultat est d'ailleurs conforté par les raisons évoquées pour expliquer leur installation. Les participants ont préférentiellement rapporté le « potentiel de clientèle important » et la « perspective de bons revenus ». Ces considérations financières supposent une étude de marché préalable et une réflexion mûrie. D'ailleurs, le nombre moyen d'années entre la date de première installation et celle en zone très sous-dotée était de 6 années. L'installation en zone très sous-dotée n'est certainement pas un choix évident dès l'obtention du diplôme. Un premier exercice peut s'avérer nécessaire avant de faire le choix de s'installer en zone très sous-dotée. Néanmoins, contrairement aux constats formulés jusque-là dans la littérature (2), on peut s'interroger sur une possible diminution de cette durée pour les années d'installation

les plus récentes. Mais il s'agit d'une hypothèse qu'une étude plus approfondie pourrait étudier. On note d'ailleurs un pic d'installation en 2013 pouvant se justifier par un certain effet d'aubaine lié à la communication autour du dispositif conventionnel du contrat incitatif.

Concernant la projection des chirurgiens-dentistes dans l'avenir de leur exercice en zone très sous-dotée, les trois-quarts ne souhaitaient pas quitter leur commune. Par ailleurs, peu de répondants regrettaient leur choix d'installation bien qu'un tiers évoquait des difficultés liées à un « nombre important de patients » à prendre en charge et à des soins jugés trop « basiques ». La grande majorité des répondants recommandait d'ailleurs leur lieu d'exercice à un confrère ou un jeune praticien. Tous ces arguments militent en faveur d'un choix d'installation mûrement réfléchi et pleinement assumé.

Enfin, l'analyse du profil des professionnels qui se sont installés rapidement, c'est-à-dire moins de 3 ans après l'obtention de leur diplôme laisse penser que les Maisons de santé pluriprofessionnelles peuvent être un élément déclencheur dans le choix de s'installer en zone sous-dotée Effectivement, la majorité des participants exerçant au moment de l'enquête en MSP s'y étaient installés rapidement.

Selon Maudouigt (26) [p.28-30], « cette forme d'exercice peut répondre en partie aux inquiétudes des jeunes quant à leur installation. (...) Ainsi, lors de l'installation, le chirurgien-dentiste n'investira plus que dans le matériel dont il a besoin, sans se préoccuper de l'immobilier. A cela s'ajoute des enveloppes budgétaires spécifiques selon les projets, donnant une possibilité de subvention pour tel ou tel matériel. Certaines régions en demande de soins n'hésitent pas à débloquer d'importantes enveloppes pour faciliter les nouvelles installations et rendre les projets attractifs ».

La région de formation contribue fortement au choix de la région d'exercice. En France, 63% des chirurgiens-dentistes en exercice libéral (hors diplômés étrangers) exercent dans leur région de formation (11). Le chiffre est éclairant : 83,4% des chirurgiens-dentistes qui exercent aujourd'hui en Bretagne par exemple ont suivi leur formation à Brest. Ainsi, on constate que les 9 régions qui ne comptent pas de lieu de formation en odontologie (Haute et Basse-Normandie, Picardie, Limousin, Centre, Corse, Poitou-Charentes, Bourgogne et Franche-Comté) sont les régions où l'on constate les plus faibles densités de chirurgiens-dentistes. Les résultats de cette

étude confirment une nouvelle fois cette polarisation autour des lieux de formation, y compris pour les territoires sous-dotés. L'importance du maillage territorial universitaire milite en faveur de la création de lieux de stage délocalisés. A titre d'exemple, les étudiants de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille ont la possibilité d'effectuer les dernières années de leur cursus à Rouen, Boulogne-sur-Mer ou Le Havre, largement environnées de zones très sous-dotées.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête révèlent pour les nouveaux installés que leur choix se porte sur un exercice plutôt traditionnel mais complet. L'ensemble des enquêtés déclarait un exercice omnipratique conformément aux critères de sélection et seulement un tiers a déclaré avoir une activité orientée (implantologie, endodontie, parodontie, etc.) ; aucun n'exerçait exclusivement une discipline. Contrairement aux pôles sur-dotés où chaque praticien dispose de correspondants spécialistes, les chirurgiens-dentistes des zones très sous-dotées sont amenés à se diversifier afin de répondre aux besoins.

Une autre variable, exogène, qui influe de plus en plus sur la démographie des chirurgiens-dentistes est le flux des professionnels dont le diplôme a été obtenu hors de France. Cette part de chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger a été estimée au 1<sup>er</sup> janvier 2015 à 6,1% de l'ensemble de la population totale des praticiens en exercice. Mais cette proportion augmente fortement depuis quelques années, particulièrement parmi les jeunes générations installées (27). Ainsi, le dernier rapport annuel de l'ONDPS [p.62] rapporte que « depuis 2007, le nombre de nouveaux chirurgiens-dentistes à diplôme étranger ne cesse de progresser pour atteindre 417 en 2014 soit 33 % de l'ensemble des nouveaux chirurgiens-dentistes. » Dans cette enquête, 6 participants (soit 12,7%) avaient été formés à l'étranger. Le rapport de l'ONDPS [p.67] note la corrélation qui peut exister entre les faibles densités et l'installation de professionnels à diplôme étranger. « Certains départements moins dotés en termes de densité de chirurgiens-dentistes libéraux enregistrent relativement plus de chirurgiens-dentistes libéraux à diplôme étranger (...). Cette tendance se confirme avec l'APL<sup>14</sup> de chirurgiens-dentistes qui prend en compte

---

<sup>14</sup> L'Accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur permettant de considérer simultanément l'offre, la demande de soins et l'accès aux soins par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2012 (28)

l'activité des chirurgiens-dentistes et la population des territoires avoisinants ». Comme pour les médecins, les chirurgiens-dentistes à diplôme européen s'installent pour partie dans les départements les moins bien dotés. Pour autant, contrairement à ce qui est observé pour les médecins généralistes à diplôme étranger par l'ONDPS (27) [p.57] dont « le comportement d'installation semble pour une partie d'entre eux répondre à des politiques incitatives locales visant à une tentative de rééquilibrage de l'offre », les résultats de l'enquête ne permettent pas de conclure à un effet d'aubaine des flux migratoires lié aux mesures incitatives.

La faiblesse des études ou des évaluations des mesures incitatives conventionnelles, en particulier pour les derniers dispositifs mis en place comme le CESP ou le contrat incitatif, ne permet pas aujourd'hui d'avoir le recul suffisant pour dresser un bilan satisfaisant des installations de chirurgiens-dentistes dans ces zones à faibles densités. Les résultats de cette enquête montrent que les aides ne sont pas des critères décisifs dans le choix d'installation en zone très sous-dotée. C'est un constat aussi porté par d'autres enquêtes, notamment auprès des médecins généralistes exerçant en zone rurale (29,30). Face à cette absence d'estimation de l'efficacité de ces mesures, le débat s'oriente aisément sur un durcissement de la régulation de l'offre de soins pour palier la « désertification médicale ». C'est déjà ce que soulignait le rapport de l'ONDPS de 2007 [p29] (2) en relevant que le manque de pertinence des mesures incitatives et « l'absence d'efficacité à long terme font évoluer le débat vers des mesures coercitives ». Un rapport du Sénat en 2013 (31) et un récent rapport de la Cour des Comptes (23) avaient d'ailleurs mis en lumière l'absence de pertinence des aides, au-delà des effets d'aubaine constatés, et proposé une coercition à l'installation sur le modèle des infirmiers ou des sages-femmes pour les zones sur-dotées. L'auteur du rapport, le sénateur Hervé Maurey, avait d'ailleurs proposé en ce sens un amendement au projet de financement de la sécurité sociale pour 2017 le 16 novembre 2016.

De plus, dans cette perspective et sur la base de ses travaux, un rapport de l'Assemblée nationale sur la proposition de loi du député Philippe Vigier (29) défend une approche plus coercitive pour l'installation des professionnels de santé : autorisation d'installation pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste (article 8), stage dans les zones sous-dotées (article 2) et, pour les nouveaux médecins, obligation d'installation dans les zones sous-dotées (article 6). Le rapport

Vigier [pp.8-9], constatant que la liberté d'installation « nuit à l'équilibre de la répartition géographique » des professionnels de santé, relevait que « les mesures incitatives prises jusqu'à présent pour réguler la démographie médicale n'avaient pas suffi à éviter l'aggravation des inégalités d'accès aux soins, regrettant la complexité de ces mesures, l'instabilité et le peu de pertinence des zonages afférents ainsi que les risques d'effets d'aubaine induits par les incitations mises en place. ». Cette proposition de loi a été néanmoins rejetée par l'Assemblée nationale le 24 novembre 2016 par 42 voix contre 14<sup>15</sup>.

Cependant, l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, dans son Livre Blanc sur la médecine bucco-dentaire (32), proposait en juin dernier [p. 36] de transformer le stage actif de 6<sup>ème</sup> année (actuellement fractionné en 250 heures obligatoires tout au long de l'année) en un stage continu qui permettrait éventuellement à l'étudiant de l'effectuer dans une commune éloignée de sa faculté d'origine (possiblement très sous-dotée). Par ailleurs, le Livre Blanc incitait à l'instauration d'une année « civique » ou de « tutorat » pour les diplômés afin qu'ils exercent « dans une zone très sous-dotée pendant 12 ou 18 mois ». L'Ordre évoquait également son souhait de mettre en place un conventionnement sélectif dans les zones sur-dotées.

Enfin, dans le cadre des négociations conventionnelles actuellement en cours entre les syndicats de la profession et l'assurance maladie, l'État a introduit le 17 octobre dernier un amendement<sup>16</sup> au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 qui prévoit un règlement arbitral en cas d'échec des discussions entre les partenaires. Dans ce cas, le Gouvernement se réserve le droit de reconduire la précédente convention de 2006, modulée en fonction des aménagements qu'il souhaite. La tentation est forte pour le régulateur de régler le problème de la désertification par la coercition.

Face à l'aggravation des inégalités d'accès aux soins, souvent amplifiée par les media qui relayent ce phénomène alarmant de « désertification », les mesures

---

<sup>15</sup> La proposition de loi n° 4119 de M. Philippe VIGIER visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, déposée le 12 octobre 2016, a été rejetée en 1ère lecture par l'Assemblée nationale lors de la première séance de la session ordinaire du 24 novembre 2016.

<sup>16</sup> Il s'agit de l'amendement n°934 adopté le 17 octobre dernier par l'Assemblée nationale dans le cadre du vote du PLFSS 2017.

incitatives de soutien à l'exercice et d'aides à l'installation dans les territoires de faibles densités sont remises en question dans le débat sur la santé publique en France. Même, l'actualité porte de manière récurrente le débat sur un renforcement des mesures coercitives à destination des chirurgiens-dentistes, notamment pour limiter l'installation dans les zones sur-dotées, comme le fait déjà l'Allemagne. Comme l'a constaté en 2015 la Cour des Comptes (33) pour les infirmiers [p.199], « les résultats sont globalement modestes, malgré quelques effets positifs du dispositif contraignant prévu pour améliorer la répartition des infirmiers exerçant en libéral (sur les trois ans d'application de ce dispositif, 300 infirmiers se sont installés dans des zones fortement sous-dotées, tandis que 400 ont cessé leur activité dans des zones sur-dotées). Pour leur part, les mesures incitatives ont bénéficié essentiellement aux professionnels déjà installés et l'impact sur les nouvelles installations dans les zones sous-dotées a été marginal, voire nul pour les médecins. ».

Il est vrai que le constat démographique dressé dans ce travail est sévère : les nouvelles installations se polarisent essentiellement dans les territoires dynamiques et urbains (17) et les zones très sous-dotées ne comptaient, en 2012, que 2% des chirurgiens-dentistes alors que près de 6% de la population française y vivait. Compte tenu de la pression démographique, certes moins importante dans ces territoires que dans les zones où l'offre est plus conséquente, les disparités de densité risquent de continuer de s'accroître de façon alarmante dans les années à venir. Il est vrai, également, que l'on peut s'interroger sur la pertinence des mesures incitatives conventionnelles au regard de l'effet d'aubaine supposé par les résultats de cette étude, avec des installations concentrées entre 2012 et 2014, et une légère diminution du flux entrant en 2015 et 2016. Selon le dernier rapport de la Cour des Comptes (23) de septembre 2016 sur la profession des chirurgiens-dentistes [p.266], le constat sur le contrat incitatif est sévère : « Les praticiens sont par ailleurs incités financièrement depuis 2012 à s'implanter dans les zones sous-dotées. Malgré l'avantage financier qu'il procure aux praticiens qui y adhèrent (sous la forme d'un apport de 15 000 €), ce dispositif n'a pas atteint ses objectifs, les professionnels concernés étant quatre fois moins nombreux que prévu (soit 50 praticiens en 2014 pour un objectif de 200). ».

Par ailleurs, dans ces zones très sous-dotées, de nombreuses aides et défiscalisations nationales et locales, dont peuvent bénéficier les chirurgiens-dentistes, s'ajoutent selon les cas aux mesures incitatives conventionnelles déclenchées en 2012. Les espaces ruraux ou en voie de déclin économique, où se constatent les plus faibles densités en chirurgiens-dentistes, ont, depuis les années 1990, bénéficié de politiques volontaristes pour redynamiser ces territoires. C'est le cas des ZRR, qui concernent un tiers des communes et environ 8% de la population totale française (34), qui permettent d'avantageuses exonérations fiscales (comme la franchise d'impôt sur le revenu, de taxe foncière ou de charges patronales en cas d'embauche) et qui ont été mises en place dès 1995<sup>17</sup>. Dans cette étude, 20 participants sur 47 ont bénéficié des avantages liés à l'exercice en ZRR. Un rapport parlementaire de synthèse sur les zones de revitalisation rurales (35) remarquait que [p.45], même si les avantages octroyés dans ces territoires sont considérés comme des « niches fiscales », « aucun impact significatif » sur l'emploi n'avait été constaté. Au contraire, un rapport interministériel antérieur (34) abondait déjà en 2009 sur l'absence de réelle évaluation et sur une remise en cause, au regard des impacts très limités en dehors du secteur touristique, de ces aides. Ainsi, selon le rapport parlementaire [p.46], « les aides apportées sont considérées comme « un plus », voire génèreraient des effets d'aubaine, mais se montrent insuffisantes pour impulser un véritable développement économique. Elles constitueraient davantage un filet de sécurité, qu'un véritable outil d'attractivité et de vitalité des territoires zonés. Elles ne contribuent pas, en effet, à créer une dynamique propre aux ZRR. Les exonérations constituent un « package » apporté au créateur d'entreprise, au même titre que d'autres aides. Elles sont devenues un acquis, auquel il convient de ne pas toucher, sans que l'on s'intéresse réellement à l'efficacité des aides allouées. Il y a fort à parier que le caractère émietté du zonage – 14 290 communes bénéficiaires – contribue également à l'absence de dynamique propre aux ZRR. ». Le rapport interministériel, quant à lui, pointait la perte d'efficacité des ZRR en raison de la banalisation des aides afférentes. Leur spécificité territoriale étant, au fur et à mesure, noyée dans des mesures nationales de portée générale [p.48] : « l'effet de discrimination positive s'est fortement atténué au fil du temps dans le domaine des exonérations de cotisations sociales. En effet, progressivement les mécanismes

<sup>17</sup> Les ZRR ont été mises en place sous le mandat d'Édouard Balladur, Premier Ministre de François Mitterrand, par la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.

d'exonération à vocation générale ou ciblés sur des secteurs économiques se sont rapprochés en termes d'intensité d'aide des dispositions spécifiques aux ZRR, réduisant substantiellement les avantages comparatifs dont bénéficient ces zones. Pour les exonérations fiscales, la mesure phare d'exonération des bénéficiaires reste peu concurrencée, mais les autres mesures d'exonérations fiscales connaissent depuis une période récente un mouvement de banalisation comparable à ce qui se passe dans le domaine des exonérations de cotisations sociales. »

Force est de constater, quand ils sont réalisés et disponibles, que les bilans d'évaluation des différentes mesures incitatives dont peuvent bénéficier les chirurgiens-dentistes sont décevants et ne permettent pas de conclure fermement à un impact positif des aides à l'installation. Les différentes initiatives, tant à l'échelle nationale que locale, n'ont pas permis de corriger les disparités constatées. Au contraire, le phénomène s'accroît et tendrait à s'exacerber. Enfin, notre enquête a montré que les mesures et aides incitatives à l'installation, au-delà même de celles négociées dans le cadre conventionnel, ne sont pas un élément déclencheur pour l'installation des praticiens.

Néanmoins, s'il faut garder en mémoire la faiblesse de la démographie et le retrait des services publics dans certains territoires français, ruraux ou urbains, la coercition ne semble pas une solution plébiscitée par les professionnels. La majorité des professionnels ayant participé à cette étude (46 chirurgiens-dentistes sur 47) s'estiment satisfaits de leur qualité de vie et ne regrettent pas leur choix d'installation du fait de l'« environnement agréable » et de la « qualité des relations avec leurs patients ». Au vu des résultats de ce travail, les territoires très sous-dotés sont moins des déserts « repoussoirs » que des espaces où la vie familiale et sociale est épanouissante. C'est un constat qui interroge dès lors que ces conditions semblent se conjuguer également avec un niveau de vie supérieur à la moyenne de la profession.

Il semblerait opportun de renforcer la communication en amont, dès les premières années d'étude, autour de l'exercice en zone sous-dotée ou très sous-dotée. Il serait possible également d'inclure dans le cursus de formation une sensibilisation sur l'opportunité d'une installation en zone très sous-dotée. Dans cet

esprit d'une meilleure communication impliquant de nombreux acteurs, en Ile-de-France, par exemple, des « journées découverte », organisées conjointement par les Universités de médecine, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) et les ARS, permettent de réunir les étudiants, jeunes diplômés et collectivités territoriales pour les inciter à s'installer dans les territoires où s'enregistrent les plus faibles densités.

Ainsi, pour promouvoir et encourager l'exercice en zone très sous-dotée, ou dans tout autre territoire où les densités sont faibles, les participants à cette étude proposent en priorité de promouvoir les stages en zones rurales et de renforcer les aides à l'installation. Ces dispositifs permettraient de mieux faire connaître les possibilités d'installations fructueuses au sein des zones de faibles densités. C'est également la recommandation émise dans le Livre Blanc de la santé bucco-dentaire (32) [p.21] : il s'agit « d'encourager les jeunes diplômés à multiplier les expériences, lors de leurs études, pendant leurs stages, en début de carrière, via des collaborations avec des chirurgiens-dentistes libéraux. Ils élargiront leurs horizons et amélioreront leur compréhension du métier ». Dans cette perspective, le CESP permet aux jeunes professionnels de se confronter avec la réalité du terrain dans les premières années de leur exercice. Ce dispositif national, qui connaît un certain engouement auprès des étudiants en odontologie, mis en place par la loi HPST en 2009 pour les médecins et ouverts aux étudiants en odontologie en 2013, sur les bases d'un rapport de mission sur l'odontologie en 2003 (36), a bénéficié à 2 participants de cette étude. Par le biais de ce contrat rémunéré, l'étudiant s'engage à exercer dans une zone de faible densité pendant un certain nombre d'années. Ce dispositif est certainement trop récent pour juger de sa pérennité dans le temps ; néanmoins, il apparaît comme un moyen attractif pour mieux faire connaître la réalité des zones faiblement dotées en chirurgiens-dentistes. A contrario, selon les réponses des participants, l'augmentation du *numerus clausus* ou la création de maisons de santé pluri-professionnelles ne semblent pas des solutions pérennes pour ces jeunes installés. Une nuance est à apporter à ce constat car dans ce travail les chirurgiens-dentistes qui se sont installés en zone très sous-dotée au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle l'ont fait rapidement après l'obtention de leur diplôme (moins de 3 ans inclus). Une étude spécifique sur le profil des chirurgiens-

dentistes exerçant en maisons de santé pluri-professionnelles dans les zones sous-dotées pourrait être menée.

Dans cette logique d'une meilleure connaissance de ces territoires par les professionnels de santé, il serait intéressant d'observer, selon la typologie du territoire définie par le zonage conventionnel, la variation du volume de l'activité et des soins dentaires. Ne disposant pas des données, nous n'avons pas pu intégrer ce paramètre éclairant dans ce travail.

Ainsi, selon l'Assurance maladie (37), pour les médecins généralistes, les territoires à faibles densités sont ceux où s'enregistrent les activités et les rémunérations les plus fortes. A l'opposé, dans les zones sur-dotées, la contraction de l'offre inciterait les professionnels à proposer des dépassements à leurs patients (38,39). Concernant les chirurgiens-dentistes, pour la Cour des Comptes (40) [p.333], « les revenus par praticien apparaissent en corrélation inverse avec la densité de l'offre ». Dans notre échantillon, 3 praticiens sur 4 avaient un chiffre d'affaire supérieur à 200k€. Sur l'ensemble, 40% dépassaient 300k€ annuels. La moyenne nationale constatée par la direction générale des entreprises (DGE) en 2010 était de 260k€ (41). Ces résultats sont donc en accord avec ceux d'autres études déjà menées sur le revenu des professionnels de santé dans les zones de faibles densités (37,40).

Une telle comparaison par zone conventionnelle, à l'échelle nationale et « toutes choses égales par ailleurs », révélant un intérêt financier à s'installer dans ces zones très sous-dotées, conjuguées à une meilleure information autour des dispositifs de défiscalisation complexes et souvent méconnus, pourrait être un levier intéressant à communiquer auprès des jeunes chirurgiens-dentistes.

Ainsi, ce travail, s'il expose les limites des dispositifs conventionnels négociés pour enrayer la désertification médicale, révèle néanmoins que les professionnels qui ont choisi de s'installer en zone très sous-dotée témoignent au travers de leurs réponses d'un exercice professionnel épanouissant et d'une qualité de vie personnelle largement satisfaisante. Les motivations des chirurgiens-dentistes pour s'installer dans les zones très sous-dotées reposent plus sur des motifs personnels et réfléchis (la famille, le choix d'un cadre de vie agréable, les relations sereines avec les patients, la garantie d'un revenu confortable) que sur des opportunités financières déclenchées par des mesures nationales.

## 4 Conclusion

Malgré les politiques de régulation de l'offre de soins dentaires, la démographie des chirurgiens-dentistes souffre de profondes inégalités territoriales. En 2012, seulement 2% des chirurgiens-dentistes en exercice libéral exerçaient dans les zones de faibles densités définies par la convention professionnelle, alors que 6% de la population française y habitait.

Par ailleurs, le poids dans la démographie médicale des professionnels âgés de plus de 60 ans dans ces zones très sous-dotées et la faiblesse des installations qui se polarisent dans les zones urbaines et péri-urbaines dynamiques laissent augurer d'une aggravation de ces inégalités territoriales.

Les mesures incitatives conventionnelles, mais également les nombreux dispositifs d'aide à l'installation ou de soutien à l'activité enclenchés dès les années 1990, n'ont pas permis d'enrayer ce phénomène de désertification qui ne cesse de s'accroître (29,42). La coercition n'est pas plébiscitée par les professionnels de santé et l'exemple de la coercition pour les zones sur-dotées de la profession infirmière n'est pas jugée probante par la Cour des Comptes (33).

Les motivations des chirurgiens-dentistes pour s'installer dans les territoires de faibles densités ne reposent donc pas exclusivement sur les politiques de régulation mais bien plus sur des choix personnels, réfléchis et anticipés. L'existence d'une maison de santé pluri-professionnelle peut être un élément incitant les jeunes diplômés à s'installer plus rapidement dans les territoires très sous-dotés.

Les résultats de l'étude conduite dans ce travail ont permis en outre de mettre en valeur l'épanouissement, tant professionnel que personnel, des chirurgiens-dentistes exerçant dans ces zones, qui n'hésitent d'ailleurs pas à les recommander à leurs confrères ou aux jeunes diplômés. Dès lors, il est permis de s'interroger sur le décalage entre la représentation péjorative, largement véhiculée voire amplifiée par les médias, de « déserts médicaux » et le témoignage positif recueilli au travers de cette enquête. Ne serait-il pas possible d'encourager les actions de communication associant toutes les parties prenantes afin de faire mieux connaître aux jeunes

générations ces territoires souffrant d'une mauvaise image ? Sur le modèle du contrat d'engagement de service public et des dispositifs nationaux déjà existants pour les médecins généralistes (comme le praticien territorial de médecine générale qui garantit un revenu minimum) (43), le développement des stages ou des contrats en zones sous-dotées permettrait aux étudiants de se faire une idée, en toute sécurité, de la réalité de l'exercice dans ces territoires.

Au-delà de la solution, unique et radicale, qui consisterait à privilégier la coercition des professions de santé libérales, d'autres voies sont possibles pour motiver les jeunes générations à s'installer dans ces territoires. La première qui a été constatée dans cette enquête est de rendre plus lisible et accessible l'ensemble des aides et incitations disponibles. Par ailleurs, s'il s'agit d'impliquer les étudiants dès le début de leurs études pour les motiver à découvrir l'exercice de l'odontologie dans les zones sous-dotées, la problématique de l'effritement de l'offre de soins dentaires, et médicale, ne peut s'appréhender que d'une manière plus large en invitant les pouvoirs publics et les collectivités territoriales à s'engager davantage dans le maintien et le développement des services et des transports dans ces territoires.

## Références bibliographiques

1. Observatoire National des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). Paris. FRA. état des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes. Paris: ONDPS; Déc. 2013, 41p.
2. RIGAL E, MICHEAU J, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). Paris. FRA. Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions. Une étude qualitative. Paris: ONDPS; Sep. 2007, 125p.
3. FROMENTIN V. Penser le territoire de santé. Réseaux, Santé et Territoire 2009;(n°28):14–5.
4. BERLAND Y, Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission Démographie des Professions de Santé. Paris. FRA. La démographie des professions de santé. Paris: MSSPS; Nov. 2002, 113p.
5. DESCOURS C, Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Paris. FRA. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Paris: MSSPS; 2003 40p.
6. JUILHARD JM, Sénat. Paris. FRA. Rapport d'information sur la démographie médicale. Paris: Sénat; Oct. 2007, 86p.
7. BERNIER M, Assemblée Nationale. Paris. FRA. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Paris: Assemblée Nationale; Sept. 2008, 206p.
8. BOURGUEIL Y, MOUSQUES J, TAJHAMADY A, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Paris: Irdes; 2006.
9. DESJARDINS X, GENEAU DE LAMARLIERE I. L'aménagement du territoire en France. ETUDES Doc FRANCAISE. Mai 2016, 1;(5420–5421):5–183.
10. WALLACH D. Numerus clausus : pourquoi la France va manquer de médecins. Berlin: Springer; 2011.
11. Observatoire National des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). Paris. FRA. Rapport 2013-2014 de l'ONDPS. Paris: ONDPS; Fév. 2015, 205p.
12. DEVOUE EM. Démographie professionnelle des dentistes en France. J Gest Econ MEDICALES. 2012;30(5):298–311.
13. Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France. (A.R.S.). Paris. FRA. Aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé en Ile-de-France. Paris: ARS Ile-de-France; 2014.
14. Cour des Comptes. Paris. FRA. Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense. In: Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris: Cour des Comptes; 2014. 241–66.

15. Cour des Comptes. Paris. FRA. Sécurité sociale : Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Paris: Cour des Comptes; Sep. 2012, 576p.
16. DAUDIGNY Y. L'enquête de la Cour des comptes sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé : rapport d'information. Paris: Sénat; 2014 235p.
17. Observatoire Régional de la Santé du Nord Pas de Calais. (O.R.S.). Lille. FRA, Conseil Régional Nord Pas de Calais. Lille. FRA / com. Mécanique des déserts. 5051°NORD - PETITS Doss Obs Reg SANTE NORD-PAS -CALAIS. Juil. 2016 ;(49):6p.
18. Cour des Comptes. Paris. FRA. Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie. Une utilisation à développer, une sécurité à renforcer. Paris: Cour des Comptes; Mars 2016, 165p.
19. CLEMENT J-M. L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Rev Fondam Quest Hosp. Déc. 2005 ;(12):9-19.
20. SPRUNGARD S, MARKUS J-P, CRISTOL D, PEIGNE J. Code de la santé publique. édition 2016. Paris: Dalloz; 2016. (Codes Dalloz.).
21. PIERROT M, ROBEIN N, Université Louis Pasteur Strasbourg 1. Strasbourg. FRA / com. 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. 2013.
22. MEDINA P, GIOVANINI E, PANGAUD M, BOLAMPERTI P, FONTAINE-GAVINO K, PEPIN P, et al. Les chirurgiens-dentistes des zones sous dotées de la Région Rhône-Alpes. Lyon: ORS Rhône-Alpes; Fév. 2014 115p.
23. Cour des Comptes, editor. chapitre VI , Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder. In: Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris: Cour des Comptes; 2016. p. 247-86.
24. COTE C, Université Claude Bernard Lyon 1. Villeurbanne. FRA / com. Exercice en montagne : un exercice à part entière. 2015.
25. GUENON A, Université d'Auvergne Clermont 1. Clermont-Ferrand. FRA / com. La démographie des chirurgiens dentistes en Auvergne : étude des zones fragiles et aperçu des solutions. 2008.
26. MAUDOIGT G, Université Claude Bernard Lyon 1. Villeurbanne. FRA / com. Maison de santé : l'exercice du futur pour le chirurgien-dentiste ? 2014.
27. GIRAUD J, FAVIER A, GARDEUR E, IMBERT F, LAMBERT-EVANS S, LEDESERT B, et al. Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens. Paris: ONDPS / FNORS; Août 2016, 185p.
28. BARLET M, COLDEFY M. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. ETUDES Result. Mars 2012;(795):8p.

29. VIGIER P. RAPPORT FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION DE LOI visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire,. Assemblée nationale; Nov. 2016, 130. Rapport No.: 4223.
30. RIGOT H, Université Paris Descartes. Paris. FRA / com. Installation des médecins généralistes en milieu rural : motivations, impact des mesures incitatives, premières constatations et perspectives. 2015.
31. MAUREY H, FICHET JL, Sénat. Paris. FRA. Rapport d'information sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire. Paris: Sénat; Fév. 2013, 133p.
32. Ordre National des Chirurgiens-dentistes. Livre Blanc de la santé bucco-dentaire, Imaginer la médecine bucco-dentaire de demain. Juin 2016, 60p.
33. Cour des Comptes. Paris. FRA. Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant. In: Sécurité sociale : Rapport 2015 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Paris: Cour des Comptes; 2015. p. 185–216.
34. DANIEL C, GARCIA A, ROCHE-BRUYN F, RUIZ G, VERLHAC É, SARDAIS C. Evaluation des mesures en faveur des zones de revitalisation rurale (ZRR). Inspection générale des affaires sociales, Conseil général de l'agriculture de l'alimentation et des espaces ruraux, Conseil général de l'environnement et du développement durable, Inspection générale des finances.; Nov. 2009, 126p.
35. CALMETTE A, VIGIER J-P. Rapport d'information sur les zones de revitalisation rurale (ZRR). Paris: Assemblée nationale; Oct. 2014, 154p. Rapport No.: 2251.
36. BOIS D, MASSONNAUD J, MELET J, Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission Odontologie. Paris. FRA. Mission odontologie. Paris: MSSPS; 2003.
37. Ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité. Direction de la Sécurité Sociale. Paris. FRA, Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale. (A.C.O.S.S.). Paris. FRA, Mission comptable permanente. FRA, Ministère des affaires sociales et de la santé. Paris. FRA / éd., Ministère des finances et des comptes publics. Paris. FRA / éd. Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2015 - prévisions 2016. Paris: Ministère des finances et des comptes publics; 2016.
38. DELATTRE E, DORMONT B. Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français : étude micro-économétrique sur données de panel. Econ Previs. 2000 03;(142):137–61.
39. LE GARREC M-A, BOUVET M, KOUBI M. Comptes nationaux de la santé 2011. Ser Stat - Doc Trav - DREES. Sept. 2012 ;(172):240p.
40. Cour des Comptes. Paris. FRA. La sécurité sociale. Paris: La Documentation française; 2010 Sep 522p. Rapport No.: 978-2-11-008319-7.
41. Direction générale des entreprises (DGE). Chiffre d'affaires moyen selon la taille en 2010 [Internet]. [consulté le 22 Oct 2016]. Disponible sur: [http://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions\\_services/cnapl/observatoire/activites-liberales/chiffre-d-affaires-moyen-selon-la-taille-activite-liberale.pdf](http://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions_services/cnapl/observatoire/activites-liberales/chiffre-d-affaires-moyen-selon-la-taille-activite-liberale.pdf)

42. DAUDIGNY Y. L'enquête de la Cour des comptes sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé : rapport d'information. Paris: Sénat; 2014 235p.
43. Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes. Paris. FRA. Pacte territoire santé 2 : Dossier de presse. Paris: Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes; Nov. 2015, 15p.

## Abréviations

ARS : Agence régionale de santé  
APL : Accessibilité potentielle localisée  
ARH : Agences régionales de l'hospitalisation  
BERF : Base Etablissement Référentielle  
CESP : Contrat d'engagement de service public  
CMU : Couverture maladie universelle  
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés  
CPR : Commission paritaire régionale  
CSP : Catégorie socio-professionnelle  
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
ETP : Équivalent temps plein  
FNPS : Fichier national des professionnels de santé  
HPST : Loi « Hôpital, patients, santé, territoire »  
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques  
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé  
MRS : Missions régionales de santé  
MSP : Maison de santé pluri-professionnelle  
ODF : Orthopédie dento-faciale  
ONCD : Ordre national des chirurgiens-dentistes  
ONDPS : Observatoire national de la démographie des professionnels de santé  
SNIIRAM : Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie  
SPR : Acte de prothèse dentaire  
SROS : Schéma régional d'organisation des soins  
UNCAM: Union nationale des caisses d'assurance maladie  
URCAM : Unions régionales des caisses d'assurance maladie  
URPS : Unions régionales des professionnels de santé  
ZRR : Zones de revitalisation rurale

## Index des figures

|   |    |
|---|----|
| Figure 1 : Carte des zones conventionnelles des chirurgiens-dentistes (Source : SNIIRAM 2016) .....   | 22 |
| Figure 2 : Tableau récapitulatif des données relatives aux chirurgiens-dentistes disponibles sur Cartosanté.....  | 25 |
| Figure 3 : Proportion des effectifs de chirurgiens-dentistes en exercice libéral selon le zonage conventionnel en France métropolitaine en 2014 (Source : SNIIRAM 2015).....      | 26 |
| Figure 4 : Représentation de l'évolution démographique du zonage conventionnel des chirurgiens-dentistes de 1968 à 2011 à partir d'une base 100 (Source : INSEE).....             | 28 |
| Figure 5 : Evolution de la proportion des plus de 60 ans dans la population générale pour les zones conventionnelles de 1968 à 2011 (Source : INSEE 2012).....                    | 30 |
| Figure 6 : Proportion de chirurgiens-dentistes âgés de plus de 60 ans selon le zonage conventionnel en 2014 (Source : SNIIRAM 2014).....  | 31 |
| Figure 7 : Proportion de chirurgiens-dentistes âgés de moins de 40 ans selon le zonage conventionnel en 2014 (Source : SNIIRAM 2014).....   | 31 |
| Figure 8 : Diagramme illustrant la procédure d'extraction ayant permis d'identifier les chirurgiens-dentistes constituant la population ayant effectivement participé à l'étude . | 37 |
| Figure 9 : Carte de la répartition des lieux d'exercice des répondants par département.....   | 44 |

## Index des tableaux

|   |    |
|---|----|
| Tableau 1 : Principales caractéristiques socio-démographiques du zonage conventionnel<br>(Source: SNIIRAM 2014, INSEE 2012).....  | 26 |
| Tableau 2 : Effectif des chirurgiens-dentistes en exercice libéral selon le zonage<br>conventionnel en France métropolitaine de 2006 à 2014 (Source : SNIIRAM 2016).....  | 27 |
| Tableau 4 : Évolution de la population française entre 1968 et 2011 selon le découpage<br>territorial conventionnel (Source : INSEE).....   | 29 |
| Tableau 5 : Proportion des cabinets dentaires secondaires par rapport aux effectifs des<br>chirurgiens-dentistes en exercice libéral en 2006 et 2013 (Source : SNIIRAM 2006 et<br>2013) .....                               | 32 |
| Tableau 6 : Distribution des répondants par classe d'âge .....  | 40 |
| Tableau 7: Distribution des répondants selon le lieu de formation.....  | 41 |
| Tableau 8 : Distribution des installations intra et hors région en fonction du lieu de formation<br>.....   | 41 |
| Tableau 9 : Distribution des répondants selon l'année d'obtention du diplôme .....  | 42 |
| Tableau 10 : Distribution des répondants selon l'année de première installation.....  | 42 |
| Tableau 13 : Répartition des lieux d'exercice des répondants par département .....  | 44 |
| Tableau 14 : Distribution des répondants en fonction du nombre de jours travaillés par<br>semaine.....  | 45 |
| Tableau 15 : Distribution des répondants en fonction du nombre d'heures travaillées par jour<br>.....   | 45 |
| Tableau 16 : Distribution des répondants selon le temps de trajet cabinet-domicile en minutes<br>.....  | 47 |
| Tableau 17 : Distribution des répondants selon le temps de trajet cabinet-autoroute en minutes<br>.....   | 47 |
| Tableau 18 : Distribution des répondants selon le temps de trajet cabinet-ville centre (au<br>moins 1 lycée implanté) la plus proche en minutes .....   | 48 |
| Tableau 19 : Distribution des répondants selon l'appréciation de leur qualité de vie .....  | 48 |
| Tableau 20 : Distribution des réponses des participants à la question « Pouvez-vous donner la<br>ou les raisons qui vous ont conduit à exercer dans votre localité actuelle ? » (plusieurs<br>réponses possibles).....      | 50 |
| Tableau 21 : Distribution des justifications des participants ayant répondu « Oui » à la<br>question «Recommanderiez-vous votre territoire d'exercice à un confrère<br>expérimenté ? » (Plusieurs réponses possibles) ..... | 51 |

|   |    |
|---|----|
| Tableau 22 : Distribution des justifications des participants ayant répondu « Non » à la question « Recommanderiez-vous votre territoire d'exercice à un confrère expérimenté ? » (Plusieurs réponses possibles) .....                          | 51 |
| Tableau 23 : Distribution des justifications des participants ayant répondu « Oui » à la question « Recommanderiez-vous votre territoire d'exercice à un jeune chirurgien-dentiste ? » (Plusieurs réponses possibles).....                      | 52 |
| Tableau 24 : Distribution des justifications des participants ayant répondu « Non » à la question « Recommanderiez-vous votre territoire d'exercice à un jeune chirurgien-dentiste ? » (Plusieurs réponses possibles).....                      | 52 |
| Tableau 26 : Distribution des réponses des participants à la question « Saviez-vous que votre zone d'exercice était classée en zone sous-dotée ? » .....  | 53 |
| Tableau 27 : Distribution des réponses des participants à la question « La perspective de ces avantages financiers a-t-elle motivée votre installation en zone "très sous-dotée" ? » .....  | 54 |
| Tableau 28 : Distribution des réponses des participants à la question « Estimez-vous que ces avantages financiers vous ont aidé durant les premières années de votre installation ? »   | 54 |
| Tableau 29 : Distribution des réponses concernant l'intérêt des participants vis-à-vis de « L'augmentation du numerus clausus ».....  | 55 |
| Tableau 30 : Distribution des réponses concernant l'intérêt des participants vis-à-vis de « La création de maison de santé pluridisciplinaire » .....   | 55 |
| Tableau 31 : Distribution des réponses concernant l'intérêt des participants vis-à-vis de la mesure « Faciliter et encourager les stages en zones rurales pour les étudiants de 6ème année (aide au transport, au logement sur place...)» ..... | 56 |
| Tableau 32 : Distribution des réponses concernant l'intérêt des participants vis-à-vis d'une « Aide à la mise aux normes des locaux du cabinet ».....   | 57 |
| Tableau 33 : Distribution des réponses concernant l'intérêt des participants à la proposition 5 : « Une aide plus importante lors de l'installation » : .....   | 57 |

## Annexes

## Annexe 1 : Tableau récapitulatif des différents dispositifs d'aide à l'installation

| FINANCEURS  | TYPE D'AIDE  | BENEFICIAIRES                     | MISE EN ŒUVRE  | REFERENCES  | DUREE   | ZONAGE  |
|---|--|-----------------------------------|--|---|---|---|
| Les dispositifs financés par l'État:                          | Contrat d'engagement de Service Public (CESP)      | Etudiants médecine odontologie et | <ul style="list-style-type: none"> <li>Allocation mensuelle de 1200€ brut et imposable versée jusqu'à la fin des études</li> </ul>   | Loi n° 209-879 du 21 juillet 2009<br>Arrêté du 29 octobre 2013 pour l'odontologie           | Pendant les études  | Territoire du SROS défini régionalement par les ARS                                       |
|   | Exonération de cotisation foncière des entreprises | Tous les professionnels de santé  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Exonération de la CFE</li> </ul>  | Art.1464 du Code Général des Impôts   | De 2 à 5 ans selon la délibération de la commune                              | Commune de moins de 2000 habitants ou située dans une zone de revitalisation rurale (ZRR) |
| Les dispositifs financés par la sécurité sociale:             | Option conventionnelle : contrat incitatif         | Chirurgiens-dentistes             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Exonération totale d'impôt sur le revenu ou d'impôt sur les sociétés</li> </ul>   | Art. 44 quinquies du Code Général des Impôts  | totale pendant 5 ans, puis dégressive pendant les 3 années suivantes.         | Commune située en zone de revitalisation rurale (ZRR)                                     |
|   |  |                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Exonération totale des cotisations sociales lors de l'embauche d'un salarié pour une rémunération horaire inférieure ou égale à 150 % du SMIC</li> </ul>  | Articles L131-4-2 et L131-4-3 code de la Sécurité sociale<br>Décret n° 2008-1478 30/12/2008 | 1 an  | Commune située en zone de revitalisation rurale (ZRR)                                     |
| Les dispositifs financés par les collectivités territoriales: | Option conventionnelle : contrat incitatif         | Chirurgiens-dentistes             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Participation financière à l'équipement (15 k€)</li> <li>Prise en charge de la totalité des cotisations Urssaf au titre des allocations familiales à hauteur de 5,4% du montant du revenu lié à l'activité conventionnée</li> </ul> | Avenant n°2 de la convention  | - 5 ans pour une installation<br>- 3 ans renouvelables pour un PS en exercice | Zonage conventionnel : zone très sous-dotée   |
|   |  |                                   | Bourse d'étude, prise en charge de frais (location cabine, ménage, etc.), mise à disposition de locaux,...   | Tous les professionnels de santé  |   |   |

**Annexe 2 : Déclaration CNIL**

|   |   |
|---|---|
| <b>Composante ou service concerné : Faculté de Chirurgie Dentaire</b> |   |
| Interlocuteur(s) : Madame Noëline LE ROY-FROMENTIN                    |   |
| Type de déclaration :   | normale   |
| N° de déclaration   |   |
| <b>Traitement n°2016-41</b>   | <b>Installation des Chirurgiens dentistes en zone sous-dotée</b>  |
| <b>Date de mise en œuvre :</b>  | 4/11/2016   |
| <b>Finalité principale</b>  | Madame Noëline LE ROY-FROMENTIN réalise une thèse sous la direction du Docteur Céline CATTEAU. L'objet de l'étude est d'analyser le choix des chirurgiens-dentistes d'exercer en zone géographique sous-dotée. L'identification des motivations à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones très sous dotées du zonage conventionnel afin de mieux comprendre les mécanismes qui contribuent à inciter les chirurgiens-dentistes à s'installer dans ces territoires et proposer des pistes de réflexion sur le sujet. |
| <b>Détail des finalités du traitement</b>                             | Enquête auprès des chirurgiens-dentistes exerçant en zone sous-dotée sur leur choix d'installation :<br>Les chirurgiens dentistes répondant aux critères de sélection sont contactés par téléphone pour fournir une adresse de courriel.<br>L'adresse web du serveur pour répondre à l'enquête est transmis par courriel.<br>Les données sont ensuite traitées en local à l'aide d'un logiciel tableur.<br>À la demande des chirurgiens dentistes, les résultats de l'enquête peuvent leur être transmis.                           |
| <b>Service chargé de la mise en œuvre</b>                             | Faculté de Chirurgie Dentaire,<br>Département de Santé Publique   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Application</b>   | Le question est en ligne disponible sur le serveur d'enquêtes de l'université : <a href="http://enquetes.univ-lille2.fr">http://enquetes.univ-lille2.fr</a>  |  |
| <b>Modalité d'information auprès des usagers concernés</b>                           | <p><u>Dans l'entête du formulaire en ligne :</u><br/>         Dans le cadre de mon travail de thèse en vue du Diplôme D'État de Docteur en Chirurgie Dentaire, portant sur l'exercice en zone en sous-dotée, je me permets de solliciter votre participation à une enquête par questionnaire ayant pour objectif de comprendre les raisons qui vous ont incité à vous installer dans une zone sous-dotée et à évaluer votre satisfaction vis-à-vis de ce choix. La finalité de ce travail est de proposer des pistes de réflexion pour améliorer l'offre dans ces territoires.</p> <p>La participation à cette enquête se fait de façon volontaire et librement consentie. Le temps nécessaire pour renseigner ce questionnaire est estimé à 10 minutes.</p> <p>Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux libertés, cette enquête a fait l'objet d'une déclaration. Pour toute information, vous pouvez vous adresser à <a href="mailto:cil@univ-lille2.fr">cil@univ-lille2.fr</a></p> |  |
| <b>Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès</b> | Le Correspondant Informatique et Libertés. <a href="mailto:cil@univ-lille2.fr">cil@univ-lille2.fr</a>  |  |
| <b>Catégories de personnes concernées par le traitement</b>                          | Chirurgiens-dentistes libéraux (titulaires et collaborateurs) s'étant installés en zones très sous-dotées depuis juillet 2009 en France métropolitaine   |  |
| <b>Données traitées</b>  | <b>Catégories de données traitées</b>  | <b>Détails des données traitées</b>  |
|  | Données nominatives  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sexe</li> <li>▪ Age</li> <li>▪ Situation familiale</li> <li>▪ Statut d'exercice</li> <li>▪ Type d'activité</li> <li>▪ adresse courriel</li> </ul> |

|                                    |   |                           |
|------------------------------------|---|---------------------------|
|                                    | Données techniques  | Voir questionnaire        |
|                                    | <b>Catégories de destinataires</b>  | <b>Données concernées</b> |
| <b>Catégories de destinataires</b> | Dr Céline Catheau<br>Madame Noëline LE<br>ROY-FROMENTIN   | Toute                     |
| <b>Durée de conservation</b>       | Jusqu'à la thèse prévue 1 <sup>er</sup> semestre 2017.<br>Anonymisation des données en vue de la publication.<br>Destruction des adresses de courriel recueillies |                           |
| <b>Sécurité des données</b>        | Pour garantir la sécurité des données d'enquête. Les fichiers résultant du traitement des questionnaires sont stockés dans une zone chiffrée du disque dur.       |                           |
| <b>Documents annexes</b>           | Enquête en ligne  |                           |

## Annexe 3 : Questionnaire



[retour](#)

### Enquête auprès des chirurgiens-dentistes libéraux installés en zone sous-dotée depuis Juillet 2009

Dans le cadre de mon travail de thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire, portant sur l'exercice en zone en sous-dotée, je me permets de solliciter votre participation à une enquête par questionnaire ayant pour objectif de comprendre les raisons qui vous ont incité à vous installer dans une zone sous-dotée et à évaluer votre satisfaction vis-à-vis de ce choix. La finalité de ce travail est de proposer des pistes de réflexion pour améliorer l'offre dans ces territoires.

La participation à cette enquête se fait de façon volontaire et librement consentie. Le temps nécessaire pour renseigner ce questionnaire est estimé à 10 minutes.

Les données recueillies ne sont pas nominatives. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux libertés, cette enquête a fait l'objet d'une déclaration. Pour toute information, vous pouvez vous adresser à [cil@univ-lille2.fr](mailto:cil@univ-lille2.fr)

D'avance, je vous remercie pour votre participation.

Mme Noëline Le Roy Fromentin,  
Etudiante en 6ème année des études odontologiques (Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille)

#### 1 - Eléments personnels

##### 1 - Etes vous ? \*

Un homme  Une femme

##### 2 - Quel âge avez-vous ? \*

ans

##### 3 - Vivez-vous en couple (marié ou vie maritale)? \*

Oui  Non

##### 4 - Vivez-vous avec des enfants ? \*

Oui  Non

#### 2 - Eléments professionnels

##### 1 - Dans quelle faculté avez-vous réalisé vos études ? \*

##### 2 - Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ? \*

(format aaaa)

##### 3 - Quelle est l'année de votre première installation (en tant que titulaire ou collaborateur libéral) ? \*

(format aaaa)

##### 4 - Dans quel département exercez-vous ? \*

##### 5 - Depuis quand exercez-vous dans votre lieu d'exercice actuel ? \*

(format aaaa)

##### 6 - Quel est votre statut d'exercice ? \*

Titulaire  Collaborateur libéral

##### 7 - Exercez-vous également dans un cabinet secondaire ? \*

Oui  Non

##### 8 - Ce cabinet est-il situé en zone sous-dotée ? \*

Oui  Non

##### 9 - Dans combien de cabinet exercez-vous en ce moment? \*

Un  
 Deux  
 Trois

Plus, précisez

Concernant votre activité en zone sous-dotée :

##### 10 - Dans votre cabinet, exercez-vous avec d'autres chirurgiens dentistes ? \*

Oui  Non

**11 - Exercez-vous au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle ? \***  
 Oui  Non

**12 - Travaillez vous avec une assistante ou aide dentaire ? \***  
 Oui  Non

**13 - Travaillez vous avec une secrétaire ? \***  
 Oui  Non

**14 - Combien de jours en moyenne travaillez-vous par semaine ? \***  
 jours

**15 - Combien d'heures en moyenne travaillez-vous par jour ? \***  
 heures

**16 - Quel est votre type d'activité ? (Plusieurs réponses possibles) \***  
 Omnipratique  
 Implantologie  
 Parodontie  
 Endodontie  
 Pédodontie  
 Chirurgie  
 Autre

**17 - Quel est votre chiffre d'affaire annuel moyen ? \***  
 < à 100 000 €  
 100 000 - 200 000 €  
 200 000 - 300 000 €  
 300 000 - 400 000 €  
 > à 400 000 €

**3 - Qualité de vie**

**1 - Votre commune de résidence est située : \***  
 En zone rurale  
 A moins de 10 km d'une ville de plus de 30 000 habitants  
 Dans une ville de plus de 30 000 habitants

**2 - Quelle est votre temps de trajet en voiture entre votre cabinet et ... ?**

**2 - Votre domicile : \***  
 minutes

**3 - L'axe autoroutier le plus proche : \***  
 minutes

**4 - La « ville-centre » la plus proche (ville où est implanté un lycée) : \***  
 minutes

**5 - Etes-vous satisfait du temps de trajet entre le cabinet et votre domicile? \***  
 Oui  Non

**6 - Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles) \***  
 Trop long  
 Route difficile  
 Intempéries  
 Autre , précisez

**7 - Résidez-vous à proximité de la zone sous-dotée dans laquelle vous exercez ? \***  
 Oui  Non

|   | Oui                   | Non                   | Non concerné          |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>8 - Si vous vivez en couple, cela a-t-il posé problème à votre conjoint pour trouver ou conserver son emploi ? *</b>                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>9 - Si vous vivez en couple, cela pose-t-il problème à votre conjoint dans la vie quotidienne (déplacements, ressources de loisirs, vie sociale...)? *</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>10 - Si vous vivez avec des enfants ou des adolescents, cela pose-t-il problème en termes de déplacements (pour activités, sociabilité...)? *</b>          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>11 - Si vous vivez avec des enfants ou des adolescents, cela pose-t-il problème en termes d'accès aux établissements scolaires de votre choix ? *</b>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**12 - De manière globale, êtes-vous satisfait de la qualité de vie créée par votre exercice professionnel en territoire « sous doté », pour vous-même et vos proches ? \***  
 Oui, complètement

- Oui, partiellement  
 Non, pas vraiment  
 Non, pas du tout

13 - Si vous le souhaitez, expliquez votre réponse :

#### 4 - Le choix d'installation

1 - Pouvez-vous donner la ou les raisons qui vous ont conduit à exercer dans votre localité actuelle : (Plusieurs réponses possibles) \*

- Proximité de votre famille  
 Proximité de la famille du conjoint(e)  
 Activité professionnelle de votre conjoint(e)  
 Association ou collaboration avec praticien déjà présent  
 Participation au cabinet familial  
 Tarif immobilier intéressant pour achat du cabinet  
 Potentiel de patientèle important  
 Relation avec la patientèle agréable  
 Perspective de bons revenus  
 Goût personnel pour ce territoire  
 Bonne qualité de vie  
 Autre , précisez :

2 - Vous est-il arrivé de regretter ce choix de territoire d'exercice ? \*

- Non, jamais  
 Oui, parfois  
 Oui, souvent

3 - Expliquez pourquoi ?

4 - En dehors du départ à la retraite, envisagez-vous de quitter ce territoire pour exercer dans un autre ? \*

- Oui  Non

5 - Expliquez pourquoi ?

6 - Recommanderiez-vous votre territoire comme lieu d'installation à un confrère expérimenté ? \*

- Oui  Non

7 - Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles) \*

- Potentiel de patientèle et de rémunération  
 Possibilité d'être bien installé en termes de matériel et de locaux  
 Intérêt du type de soins pratiqués  
 Qualité de vie sur ce territoire si on y réside  
 Autre , précisez :

8 - Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles) \*

- Charge de travail trop importante  
 Relation patientèle peu satisfaisante  
 Peu d'intérêt du type de soins pratiqués  
 Rémunération peu satisfaisante  
 Qualité de vie médiocre sur ce territoire si on y réside  
 Autre , précisez :

9 - Recommanderiez-vous votre territoire comme lieu d'installation à un jeune chirurgien- dentiste diplômé ? \*

- Oui  Non

10 - Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles) \*

- Potentiel de patientèle et de rémunération  
 Possibilité d'être bien installé en termes de matériel et de locaux  
 Intérêt du type de soins pratiqués  
 Qualité de vie sur ce territoire si on y réside  
 Autre , précisez :

11 - Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles) \*

- Charge de travail trop importante  
 Relation patientèle peu satisfaisante  
 Peu d'intérêt du type de soins pratiqués  
 Rémunération peu satisfaisante

Qualité de vie médiocre sur ce territoire si on y réside  
 Autre , précisez

**5 - Les zones sous dotées en chirurgiens-dentistes**

La zone dans laquelle vous exercez est classée comme «sous dotée» en chirurgiens- dentistes par l'Assurance Maladie depuis 2012, saviez-vous que votre zone d'exercice était classée en zone sous-dotée :

**1 - Lors de votre installation (si celle-ci est postérieure à 2012)? \***

Oui  Non  Non concerné

**2 - Actuellement ? \***

Oui  Non

**3 - Etes-vous d'accord avec cette classification ? \***

Oui  Non  Pas d'avis sur cette question

**4 - Si vous le souhaitez, expliquez pourquoi :**

**5 - Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'aides ? \***

Oui  Non

**De quelles aides avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous ?**

|  | Oui                   | Non                   | Commentaire          |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| <b>6 - Du CESP (contrat d'engagement au service public) pendant vos études ? *</b>                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| <b>7 - Du « contrat incitatif chirurgien-dentiste » proposé par l'assurance maladie ? *</b>                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| <b>8 - Des exonérations des zones de revitalisation rurales (CFE, impôt sur les bénéfices, cotisations sociales) ? *</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| <b>9 - De l'aide des collectivités territoriales ? si oui lesquelles ? *</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |

**10 - La perspective de ces avantages financiers a-t-elle motivée votre installation en zone sous dotée ? \***

Oui  Non

**11 - Estimez-vous que ces avantages financiers vous ont aidé durant les premières années de votre installation ? \***

Oui  Non

**12 - Pourquoi ?**

Différentes mesures pourraient être envisagées pour favoriser l'installation de chirurgiens- dentistes en zones sous dotées. Pour chaque mesure proposée ci-dessous, précisez l'intérêt de cette mesure : et donnez éventuellement votre avis dans les commentaires.

|  | Aucun                 | Moyen                 | Elevé                 | Ne sait pas           | Commentaire          |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| <b>13 - Proposition 1 : l'augmentation du numerus clausus *</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| <b>14 - Proposition 2 : la création de Maisons de Santé Pluriprofessionnelle *</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| <b>15 - Proposition 3 : Faciliter et encourager les stages en zone rurale pour les étudiants de 6ème année (aide au transport, au logement sur place, ...) *</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| <b>16 - Proposition 4 : Aide à la mise aux normes des locaux du cabinet ? *</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| <b>17 - Proposition 5 : Une aide financière plus importante lors de l'installation ? *</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |

**18 - Je vous remercie de votre participation.**

**Si vous le souhaitez, indiquez votre adresse mail pour recevoir les résultats de l'enquête ultérieurement : \***

\* Réponse obligatoire

Attention ! Après avoir confirmé votre saisie, il ne sera plus possible de modifier vos réponses.

[retour](#)

**S'installer dans les territoires à faibles densités : Enquête auprès des chirurgiens-dentistes en exercice libéral installés depuis 2009 dans les zones très sous-dotées du zonage conventionnel**

**LE ROY FROMENTIN Noëline.**- p. (89) ; ill. (43) ; réf. (43).

**Domaines :** Santé publique

**Mots clés Rameau:** Dentistes ; Démographie médicale ; Disparités régionales ; Zones sous-médicalisées ; Régions à faible densité de population ; Service de santé en milieu rural ; Politique sanitaire

**Mots clés FMeSH:** Dentistes ; Zone médicalement sous-équipée ; Politique de santé

Afin de réduire les déséquilibres de la répartition de l'offre en soins dentaires, les négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les syndicats de chirurgiens-dentistes se sont accordées en 2013 sur un zonage territorial spécifique pour lequel les territoires les moins dotés, dits « zones très sous-dotées », bénéficient d'aide à l'installation.

Dans ces zones très sous-dotées, souvent rurales, les chirurgiens-dentistes y sont en très forte diminution et la part importante des professionnels de plus de 60 ans laisse présager d'une aggravation criante des inégalités d'accès aux soins.

Pourtant, les résultats de l'enquête conduite auprès des chirurgiens-dentistes en exercice libéral dans ces territoires depuis 2009 indiquent que les professionnels qui ont fait le choix, après une réflexion mûrie mais pleinement assumée, de s'installer dans ces territoires délaissés témoignent d'un exercice et de conditions de vie personnelles satisfaisantes. Les aides à l'installation ne seraient pas des critères décisifs pour exercer en zone très sous-dotée. En revanche, une meilleure connaissance de l'exercice en zone très sous-dotée au travers de stages ou de collaborations dès le début de la formation semble présenter un intérêt.

**JURY :**

Président : Professeur Guillaume PENEL

Assesseurs : Docteur Céline CATTEAU

Docteur Cécile OLEJNIK

Docteur Alessandra BLAIZOT