

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2023

N° 54

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 1^{er} septembre 2023

par

DJEROUD Sandra-Imane

née le 07/01/1996 à GUELMA (Algérie)

**COMPARAISON DU MODE D'EXERCICE DES CHIRURGIENS-DENTISTES
EXERÇANT EN ZONES SOUS-DOTÉES ET TRÈS SOUS-DOTÉES
AVEC CEUX EXERÇANT EN ZONES SUR-DOTÉES DANS LE GRAND EST**

Président : Professeur Damien OFFNER
Assesseurs : Professeur Sophie JUNG
Docteur Xavier VAN BELLINGHEN
Docteur Maxime BIARD

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE STRASBOURG

Doyen : Professeur Florent MEYER

Doyens honoraires : Professeur Maurice LEIZE

Professeur Youssef HAIKEL

Professeur Corinne TADDEI-GROSS

Professeurs émérites : Professeur Henri TENENBAUM

Professeur Anne-Marie MUSSET

Responsable des Services Administratifs : Mme Marie-Renée MASSON

Professeurs des Universités

Vincent BALL	Ingénierie Chimique, Energétique - Génie des Procédés
Agnès BLOCH-ZUPAN	Sciences Biologiques
François CLAUSS	Odontologie Pédiatrique
Jean-Luc DAVIDEAU	Parodontologie
Youssef HAÏKEL	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Olivier HUCK	Parodontologie
Sophie JUNG	Sciences Biologiques
Marie-Cécile MANIERE	Odontologie Pédiatrique
Florent MEYER	Sciences Biologiques
Maryline MINOUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Damien OFFNER	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Corinne TADDEI-GROSS	Prothèses
Béatrice WALTER	Prothèses
Matthieu SCHMITTBUHL	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie

Délégation (Juin 2024)

Maîtres de Conférences

Youri ARNTZ	Biophysique moléculaire
Sophie BAHl-GROSS	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
Yves BOLENDER	Orthopédie Dento-Faciale
Fabien BORNERT	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation

Disponibilité (Nov. 2023)

Claire EHLINGER	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Olivier ETIENNE	Prothèses
Gabriel FERNANDEZ	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
DE GRADO	
Florence FIORETTI	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Catherine-Isabelle GROS	Sciences Anatomiques et Physiologiques - Biophysique - Radiologie
Nadia LADHARI	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique

Disponibilité (Déc. 2023)

Davide MANCINO	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Catherine PETIT	Parodontologie
François REITZER	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Martine SOELL	Parodontologie
Marion STRUB	Odontologie Pédiatrique
Xavier VAN BELLINGHEN	Prothèses
Delphine WAGNER	Orthopédie Dento-Faciale
Etienne WALTMANN	Prothèses

A Mesdames et Messieurs, les membres du jury

Au Professeur Damien Offner, co-directeur de la thèse et président du jury

Je vous remercie d'avoir accepté de co-diriger ma thèse et de m'avoir laissé ainsi l'opportunité de mettre à bien ce projet. Je tiens également à vous remercier pour votre disponibilité envers nous, les étudiants. Votre gentillesse et votre sens de la pédagogie est une vraie bouffée d'oxygène en clinique. Merci pour tous vos conseils qui m'ont guidée vers une prise en charge pragmatique, efficace et toujours bienveillante des patients du CASU. Pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

Au Docteur Maxime Biard, directeur de la thèse

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir fait confiance sur le choix du sujet. Sans vous, ce projet n'aurait pas pu être mené à bien. Je vous suis très reconnaissante sur la façon dont vous m'avez encadrée. Je tiens à vous remercier pour vos conseils toujours pertinents, votre rapidité de correction et mention particulière pour votre patience. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

Au Professeur Sophie Jung, membre du jury

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Vos enseignements théoriques et cliniques m'ont fait découvrir l'odontologie pédiatrique, je vous suis reconnaissante pour toutes ces connaissances. Merci pour votre douceur et votre gentillesse au service de pédodontie. Je garde en souvenir ces expressions que je vous ai entendu dire aux patients afin de rassurer les enfants et je continuerais à les utiliser durant ma carrière. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Xavier Van Bellinghen, membre du jury

Vous me faites honneur en ayant accepté de siéger dans ce jury et je vous en suis très reconnaissante. J'ai admiré durant mes années d'études la dévotion avec laquelle vous nous encadriez en travaux pratique et en clinique ainsi que votre rigueur et votre précision. Vous avez su nous convaincre de l'importance de l'occlusodontie dans notre métier et pour cela veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

Aux personnes que j'aime

À mes parents ; Maman, Papa, vous m'avez toujours soutenue partout et pour tout. Merci pour l'éducation. Merci pour les valeurs. Merci pour l'amour. Merci pour la confiance. Vous me donnez la force et m'avez toujours encouragée dans mes études. J'espère vous rendre un jour un dixième de ce que vous avez fait et continuez à faire pour moi. Si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à Dieu et par votre cause. J'espère vous avoir rendu fiers. Je serais toujours là pour vous.

À mes grands-parents, Paix et Miséricorde à leurs âmes ; Pour avoir été mes deuxièmes parents. Pour tous les beaux souvenirs qui m'ont forgé. À ma grand-mère qui m'a éduquée, m'a aimée et m'a encouragée dans mes études. Dans chaque chose que je fais au quotidien j'ai une pensée pour toi. Tu n'es pas là pour voir ça mais je ne t'oublie pas dans mes invocations.

À Lyes et Sabri ; Merci d'être les personnes que vous êtes, pour l'amour, les fous rires, les chamailleries aussi. J'espère avoir été à la hauteur de mon rôle de grande-sœur. Je serai toujours là pour vous et je prie pour qu'il vous donne le meilleur dans vos vies.

À Youssef ; Merci d'avoir supporté mon stress des examens et de la thèse et de m'avoir soutenue et encouragée. Tu me redonnes toujours confiance et pour ça je te remercie. Tes épaules solides sont celles sur lesquelles je me repose chaque jour, tu es mon binôme dans la vie. J'espère t'avoir rendu fier.

À Aymen ; Quand tu auras l'âge de lire, je veux que tu saches que maman fait tout pour toi, pour te donner la meilleure éducation possible et beaucoup d'amour. Je te souhaite aussi de pouvoir rendre fiers tes parents un jour mais surtout je veux ton bonheur. Saches que tu passeras toujours avant tout. Que Dieu te protège.

A mes tantes, oncles, cousins, cousines ; J'espère vous avoir rendu fiers. Merci pour l'amour, les encouragements et les bons moments qu'on passe ensemble. Je vous aime. Je mesure la chance que j'ai d'avoir une famille aussi bienveillante et aimante.

À Miriam, ma sœur d'une autre mère ; Merci d'avoir été et de continuer à être toujours là pour moi, tu as toujours les mots justes pour me motiver et me remonter le moral. Tu fais partie de ma famille.

À Dounia ; Merci pour ton soutien, tes encouragements, et ton optimisme ! Mention spéciale pour toutes nos années passées ensemble du Wies à Strasbourg. Reste comme tu es ma sœur.

À Shabe Wies (Michmo, Douns, Souk, Haftosh, Celia, Khad) ; *On a grandi ensemble et j'espère qu'on continuera de vieillir ensemble. Pour votre soutien durant mes études, vos encouragements, vous avez toujours été fières de mon parcours. Merci de me tirer vers le haut chaque jour. Vous êtes toutes mes sœurs et je suis reconnaissante de vous avoir dans ma vie.*

Amel ; *Tu es la première personne que j'ai rencontré lors de la rentrée de p2 et tu sais à quel point mon cœur a été soulagé de t'avoir à mes côtés. Mon binôme de TP, on a évolué ensemble et je suis fière de la femme que tu es devenue. Merci pour toute l'aide que tu m'as apportée et que tu continues de m'apporter. Je souhaite que notre amitié ne meure jamais malgré la distance qui nous séparera désormais, j'espère que tu sais la place que tu as dans mon cœur.*

A mes meilleures conSOEURS ; Sihem, Anissa, Amina, Ines, Ikram, Amel

Sans vous les études n'auraient pas eu le même goût. Je suis tellement heureuse d'avoir fait votre connaissance ; j'ai trouvé en vous des sœurs. Vous m'avez fait aimer la fac ; on a passé tellement de magnifiques moments ensemble. Merci pour le soutien que vous m'avez apporté durant toutes ces années, sachez que vous pourrez toujours compter sur moi. J'espère pour chacune d'entre vous le bonheur dans la vie professionnelle et personnelle. Vous êtes toutes unique en votre genre, et je vous aime toutes pour ce que vous êtes. Quelle nostalgie j'ai en regardant nos photos, nos vidéos, ces années fac étaient les plus belles à vos côtés. Merci pour tout.

A Kadour ; Merci de nous avoir facilité nos études. On a toujours pu compter sur toi lors des TP et même après. Je te souhaite bonne continuation et une belle carrière en tant qu'expert ...

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2023

N° 54

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 1^{er} septembre 2023

par

DJEROUD Sandra-Imane

née le 07/01/1996 à GUELMA (Algérie)

**COMPARAISON DU MODE D'EXERCICE DES CHIRURGIENS-DENTISTES
EXERÇANT EN ZONES SOUS-DOTÉES ET TRÈS SOUS-DOTÉES
AVEC CEUX EXERÇANT EN ZONES SUR-DOTÉES DANS LE GRAND EST**

Président : Professeur Damien OFFNER
Assesseurs : Professeur Sophie JUNG
Docteur Xavier VAN BELLINGHEN
Docteur Maxime BIARD

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	17
I. Démographie médicale des Chirurgiens-dentistes au niveau national et la situation du Grand Est 18	
A. Le territoire du Grand-Est	18
1. Découpage en régions, départements, communes	18
2. Superficie de la région Grand-Est	21
3. Effectif et densité de la population.....	22
B. Démographie des chirurgiens-dentistes	24
1. Densité et effectif des Chirurgiens-dentistes.....	24
1.1 La situation Nationale	24
1.2 La situation Régionale du Grand Est.....	28
2. Age et sexe.....	33
2.1 La situation National	33
2.2 La situation régional du Grand Est	35
3. Mode d'exercice et Liberté d'installation	36
3.1 Exercice libéral, salarié ou mixte	36
3.2 Les spécialités en odontologie	37
3.3 Liberté d'installation	38
4. Numérus Clausus et formation à l'étranger.....	40
4.1 Histoire du Numérus clausus.....	40
4.2 L'impact de l'arrivée des praticiens formés à l'étranger	42
II. Encourager l'installation et le maintien des chirurgiens-dentistes dans les déserts médicaux	46
A. Le phénomène de désertification médicale	46
1. L'accessibilité potentielle localisée (APL).....	46
2. Le zonage du territoire.....	49
3. Conséquences des inégalités territoriales	51
• Recours aux urgences plus fréquent.....	51
• Consommation des soins	52
• Influence de l'activité des chirurgiens-dentistes	53
B. Mesures de l'État destinées à encourager l'installation dans les déserts médicaux	54
1. CESP	54
2. Exonérations et réductions d'impôts.....	60

3.	Les contrats incitatifs de l'Assurance maladie	61
4.	Favoriser l'exercice coordonné de soin	62
5.	Aides locales.....	63
5.1	Aide de l'ARS	63
5.2	Aide des collectivités territoriales (communes et conseils départementaux)	65
III.	Étude	66
A.	Objectifs de l'étude	66
1.	Objectif primaire	66
2.	Objectif secondaire	66
B.	Matériels et méthodes	66
1.	Schéma d'étude	66
2.	Le questionnaire	66
3.	Mode de diffusion.....	67
4.	Recueil des données	68
C.	Résultats.....	68
1.	Taux de participation	68
2.	Analyse des résultats en zone sous-dotée ou très sous-dotée	69
3.	Analyse des résultats en zone sur-dotée	84
4.	Analyse comparée des résultats entre les praticiens des zones sous-dotées et ceux des zones sur-dotés.	100
D.	Discussion.....	116
1.	Biais et limites de l'étude.....	116
2.	Comparaison des zones sous-dotées et sur-dotées.....	118
	CONCLUSION	120
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	123
	ANNEXES	130

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Les régions de France métropolitaine. Source : Régions et départements français 2022(5).	18
Figure 2: Les départements de la région Grand Est. Source : Régions et départements français 2022.	19
Figure 3: Part de la population vivant dans une commune rurale dans les EPCI du Grand Est. Source : ORS Grand Est.	20
Figure 4: Histogramme de réalisation personnelle représentant les densités de chaque département du Grand Est dans l'ordre croissant. Données de l'INSEE 2019.	22
Figure 5: Part de la population par groupe d'âge en territoire urbain ou rural dans le Grand Est. Source : ORS Grand Est	23
Figure 6: Évolution de l'effectif et de la densité des chirurgiens-dentistes entre 2012 et 2021. Source : ONDPS	24
Figure 7: Densité des chirurgiens-dentistes par Région en 2021. Source : ONDPS	25
Figure 8: Densité des chirurgiens-dentistes par département en 2021 et localisation des 16 UFR. Source : ONDPS	26
Figure 9: Comparaisons internationales des densités de chirurgiens-dentistes entre 2006, 2013 et 2018. Source : ONDPS	28
Figure 10: Histogramme de réalisation personnelle montrant les effectifs de chirurgiens-dentistes dans les départements du Grand Est.	29
Figure 11: Histogramme de réalisation personnelle montrant les densités de chirurgiens-dentistes dans les départements du Grand Est	30
Figure 12: Densité des chirurgiens-dentistes libéraux pour 10 000 habitants en 2021 dans le Grand Est. Source : Cartosanté	31
Figure 13: Densité des chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants – EPCI. Source : Cartosanté	31
Figure 14: Zonage en aires d'attraction des villes (AAV) dans le Grand Est (2020). Source : Observatoire des territoires	32
Figure 15: Tableau de moyenne d'âge des chirurgiens-dentistes en France. Source : DREES	33
Figure 16: Pyramides des âges des chirurgiens-dentistes de 2013 à 2021. Source : ONDPS	33
Figure 17: Part des chirurgiens-dentistes femmes par tranche d'âge. Source : ONDPS 2013	34
Figure 18: Répartition des chirurgiens-dentistes par mode d'exercice entre 2012 et 2021. Source : DREES	36
Figure 19: Lieu d'exercice des chirurgiens-dentistes en fonction de leur subdivision de diplôme. Source : ONDPS	39
Figure 20: Numérus Clausus national pourvu en odontologie de 1972 à 2020. Source : ONDPS	40
Figure 21: Projection des régions en fonction de la densité de chirurgiens-dentistes et du poids dans la population de leur numerus clausus en 2020. Source : ONDPS	41
Figure 22: Part des professionnels en exercice diplômés à l'étranger (selon leur nationalité et celle de leur diplôme). Source : DREES	43
Figure 23: Répartition des chirurgiens-dentistes inscrits à l'ordre en 2021 selon le lieu d'obtention de leur diplôme. Source : DREES	43
Figure 24: Répartition du zonage de chirurgien-dentiste en France. Source : Cartosanté.	50
Figure 25: Zonage des chirurgiens-dentistes dans le Grand Est. Source : Cartosanté	51
Figure 26: Brochure aux couleurs du CESP. Source : ministère de la Santé et de la prévention	55
Figure 27: Évolution cumulée du nombre de CESP signé de 2011 à 2021. Source : Solidarité-santé, ministère de la Solidarité et de la prévention.	56
Figure 28: Répartition régionale des CESP offerts en odontologie (campagne 2019-2020). Source : CNG (centre national de gestion).	57

Figure 29: Proportion de CESP signé sur le nombre de postes offerts en odontologie par région. (Campagne 2019-2020) Source : CNG	58
Figure 30: Planning indicatif de la procédure CESP sur une année universitaire. Source : Solidarité-santé, ministère de la Solidarité et de la prévention.	59

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Comparaison démographique des subdivisions avec et sans UFR en 2021. Source : ONDPS	27
Tableau 2; Carte d'identité des chirurgiens-dentistes au 1 ^{er} janvier 2021. Source : DREES.....	34
Tableau 3: Tableau des âges moyens des chirurgiens-dentistes dans les départements du Grand Est. Source : DREES	35
Tableau 4: Effectifs et part des chirurgiens-dentistes selon la spécialité en 2021. Source : ONDPS	37
Tableau 5: Effectif de chirurgiens-dentistes inscrits à l'Ordre dans l'année (évolution de 2013-2021). Source : ONDPS	44
Tableau 6: Correspondance entre le nombre d'actes et les ETP des cabinets dentaires. Données de la SNIIR-AM, 2010. Source : Thèse de Maéva Sarfati.....	47
Tableau 7: Taux de recours aux chirurgiens-dentistes selon le pays. Source : ONDPS	52

LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS

APL : Accessibilité potentielle localisée

ARS : Agence régionale de santé

AVV : Zonage en aire d'attraction des villes

CAICD : Contrat d'aide à l'installation des chirurgiens- dentistes

CAMCD : Contrat d'aide au maintien des chirurgiens-dentistes

CDF : Chirurgiens-dentistes de France

CdS : Centre de santé

CESP : Contrat d'engagement de service public

CGCT : Code général des collectivités territoriales

CHU : Centre hospitalier universitaire

CICD : Contrat incitatif chirurgiens-dentistes

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CO : Chirurgie orale

CPTS : Communauté professionnelles territoriales de santé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

ETP : Équivalent temps plein

FIR : Fond d'intervention régional

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MBD : Médecine bucco-dentaire

MSP : Maison de santé pluri professionnelle

NC : Numérus clausus

ODF : Orthopédie dento-faciale

ONCD : Ordre national des chirurgiens-dentistes

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

PACES : Première année commune aux études de santé

PAPS : Portail d'accompagnement des professionnels de santé

PRS : Plan régional de santé

UFR : Unité de formation et de recherche

URPS : Union régional des professionnels de santé

ZFU - TE : Zone franche urbaine - territoire entrepreneur

Zone AFR : Zone d'aide à finalité régionale

ZRR : Zone de revitalisation rurale

INTRODUCTION

Les chirurgiens-dentistes sont répartis de manière inégale sur le territoire français, ce qui constitue une difficulté d'accès aux soins au quotidien pour certaines personnes. Ces disparités géographiques sont présentes à l'échelle régionale mais également au sein d'un même département. La liberté d'installation des chirurgiens-dentistes a créé des zones sous-dotées ou très sous-dotées et d'autres sur-dotées. Pendant plusieurs années, les effectifs des chirurgiens-dentistes étaient essentiellement dépendants du numérus clausus. Ils sont désormais liés à plusieurs autres facteurs notamment les départs à la retraite des praticiens ou encore l'arrivée de plus en plus nombreuse de praticiens diplômés à l'étranger.

Par le biais des deux « Pacte territoire santé », l'État, accompagné de l'ARS et des collectivités territoriales, a pour objectif de permettre « l'accès de tous les Français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national ». (1) De nombreuses mesures ont été mises en place depuis plusieurs années afin de pallier ces inégalités. Celles-ci n'ont pas encore permis d'éradiquer totalement la présence de zone sous-dotée et très sous-dotée.

Le Grand Est est une région attractive notamment du fait de ses nombreuses frontières ; ce n'est pas pour autant qu'on n'y trouve pas de déserts médicaux. Comme sur le reste du territoire français, les inégalités d'accès au soin se font ressentir au sein même des départements de la région Grand Est. Le zonage du territoire a permis d'identifier les communes sous-dotées et très sous-dotées ainsi que celles sur-dotées.

Quelles conséquences cela a sur les pratiques des chirurgiens-dentistes ? L'objectif de ce travail est d'évaluer les modes d'exercices des praticiens dans les différentes zones et de les comparer. Par le biais d'une enquête, nous avons interrogé les praticiens exerçant en zone sous-dotée/très sous-dotée ainsi que ceux exerçant en zone sur-dotée/très sur-dotée, ceci afin de mettre en lumière les différences et les similitudes dans l'exercice de la dentisterie entre ces deux groupes.

I. Démographie médicale des Chirurgiens-dentistes au niveau national et la situation du Grand Est

A. Le territoire du Grand-Est

1. Découpage en régions, départements, communes

Depuis la loi du 16 janvier 2015(2), la France est passée de 22 régions à 13 régions métropolitaines sans modifier les départements qui les composent. Il y a donc 96 départements en France métropolitaine. (3)

Les régions métropolitaines sont désormais (fig.1) : l'Auvergne-Rhône-Alpes, la Bourgogne-Franche-Comté, la Bretagne, le Centre-Val de Loire, la Corse, le Grand Est, les Hauts-de-France, l'Île-de-France, la Normandie, la Nouvelle-Aquitaine, l'Occitanie, les Pays de la Loire, la Provence-Alpes-Côte d'Azur. A cela s'ajoute 5 régions d'outre-mer qui ont la particularité d'être des régions monodépartementales. (4)



Figure 1: Les régions de France métropolitaine. Source : Régions et départements français 2022(5)

La région Grand Est qui nous intéresse ici possède 10 départements (fig.2) : les Ardennes, la Marne, l'Aube, la Haute-Marne, la Meuse, la Meurthe-et-Moselle, la Moselle, les Vosges, le Bas-Rhin et le Haut-Rhin. (5)



Figure 2: Les départements de la région Grand Est. Source : Régions et départements français 2022.

C'est la région française qui possède le plus de communes, 5152 communes dont 149 EPCI¹, parmi elles 5 aires urbaines de plus de 250 000 habitants (6)(7):

- La Métropole² du Grand Nancy (qui compte 20 communes)
- L'Eurométropole de Strasbourg (33 communes)

¹ Selon la définition de l'INSEE, « Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sont des regroupements de communes ayant pour objet l'élaboration de projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité. Ils sont soumis à des règles communes, homogènes et comparables à celles de collectivités locales » (10). Les communautés urbaines, communautés d'agglomération, communautés de communes, métropoles et syndicats de communes sont les différentes catégories des EPCI. (11)

² Une métropole est un EPCI (Établissement public de coopération intercommunale) à fiscalité propre qui atteint un certain seuil de population. Voici la liste des EPCI qui peuvent devenir des métropoles :

- Qui forme un ensemble de 400 000 habitants à la date de création,
- Qui sont centres d'une zone d'emploi de plus de 400 000 habitants
- Et ceux de plus de 250 000 habitants ou comprenant dans leur périmètre, le chef-lieu de région, centres d'une zone d'emploi de plus de 500 000 habitants. (8)

- Metz Métropole (45 communes)
- La Communauté urbaine³ du Grand Reims (143 communes)
- La communauté d'agglomération Mulhouse Alsace Agglomération (39 communes)

Le Grand Est se caractérise par son caractère rural car 91% des communes comptent moins de 2000 habitants.(fig.3)(6) Selon l'INSEE, une commune rurale est une commune peu dense ou très peu dense au sens de la grille communale de densité alors qu'une commune urbaine est une commune dense ou de densité intermédiaire au sens de la grille communale de densité.



Figure 3: Part de la population vivant dans une commune rurale dans les EPCI du Grand Est. Source : ORS Grand Est.

³ Une communauté urbaine (comme celle de Reims) est un EPCI à fiscalité propre regroupant plusieurs communes d'un seul tenant et sans enclave et rassemblant une population d'au moins 250 000 habitants.(9)

Lorsque plus de 50% de la population d'un EPCI vit dans une commune rurale, on considère qu'elle est à dominante rurale et inversement pour les EPCI à dominante urbaine.(12)(13)

La Meuse (57%) et la Haute-Marne (54%) sont les départements qui présentent les parts de population vivant dans une commune rurale les plus importantes. Ce sont également les départements les moins densément peuplés. (14)

Le chef-lieu du Grand Est est Strasbourg, c'est la métropole qui présente la population la plus importante de la région (505 272 personnes selon l'INSEE en 2019).(15)

2. Superficie de la région Grand-Est

La loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions a regroupé les trois régions administratives que sont l'Alsace, la Lorraine et la Champagne-Ardenne en une seule région. Le Conseil d'État a validé le nom Grand-Est en septembre 2016.(2)

Cette nouvelle région s'étend désormais sur 57 441 km² ce qui fait d'elle une grande région lui permettant de s'affirmer sur le plan européen.

C'est la région française qui possède le plus de frontières étant donné qu'elle est frontalière avec 4 pays ; l'Allemagne, le Luxembourg, la Belgique et la Suisse.(6) Cette ouverture sur l'Europe est un atout majeur de la grande région de l'Est, et des programmes de coopération transfrontalière concernent d'ores et déjà les 3 régions qui la composent (Rhin-Supérieur pour l'Alsace, Grande-Région pour la Lorraine, Interreg France-Wallonie-Vlaanderen pour la Champagne-Ardenne). Cet avantage rend la région attractive et explique en partie la concentration des praticiens libéraux dans la région Grand Est.

La superficie de chaque département est dans l'ordre croissant de (16)(17):

- 3525 km² pour le Haut-Rhin
- 4755 km² pour le Bas Rhin
- 5229 km² pour les Ardennes
- 5245 km² pour la Meurthe-et-Moselle

- 5873 km² pour les Vosges
- 6004 km² pour l'Aube
- 6210 km² pour la Haute-Marne
- 6211 km² pour la Meuse
- 6216 km² pour la Moselle
- 8169 km² pour la Marne

3. Effectif et densité de la population

Selon l'INSEE, la population du Grand-Est représente 8,4% de la population française soit 5 556 219 habitants. C'est la 6ème région la plus peuplée de France métropolitaine.

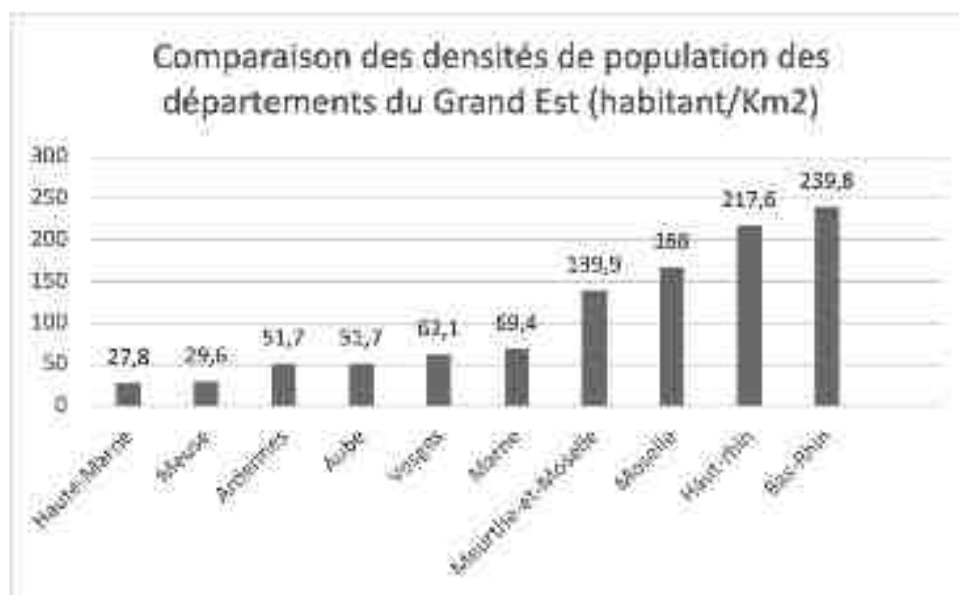


Figure 4: Histogramme de réalisation personnelle représentant les densités de chaque département du Grand Est dans l'ordre croissant. Données de l'INSEE 2019.

La densité de la population est de 96,7 par km² ce qui est inférieur à celle de la France (117 hab./km²).⁽¹⁸⁾ Cette dernière présente une disparité importante car elle peut varier du simple au septuple entre les départements. (fig.4) La population est répartie de manière très inégale sur le territoire. La Meuse (29,6 hab./km²) et la Haute-Marne (27,8 hab./km²) sont les départements les moins denses en population et près de la moitié vit en milieu rural. Les départements alsaciens du Bas-Rhin (239,8 hab./km²) et du Haut-Rhin (217,6 hab./km²) sont les plus denses et font partie avec la Moselle

(168 hab./km²) et la Meurthe-et-Moselle (139,9 hab./km²) des départements les plus urbains du Grand Est.

Entre 2010 et 2015 la croissance était assez faible par rapport au reste de la France, cela est dû à un solde migratoire négatif sur cette période. Les territoires ruraux ont une croissance plus faible que ceux à dominante urbaine (0% contre +13%).

30% de la population a moins de 25 ans et la région présente une part plus importante de personnes en âge de travailler (c'est-à-dire entre 25 et 64 ans) que la France métropolitaine. La population est donc assez jeune pour l'instant mais est en voie de vieillissement.(19) L'indice de vieillissement (c'est-à-dire le rapport entre les plus de 65 ans sur 100 personnes de moins de 20 ans (14)) est égal à celui de la France métropolitaine (il est de 74). Plus il est élevé, plus cela signifie que le vieillissement est important. Il est plus élevé dans les départements de la Haute-Marne, des Vosges et de la Meuse que dans ceux de l'Alsace et la Marne. Certains départements ont donc une population plus jeune que d'autres.(fig.5) Dans les territoires ruraux, les jeunes de 15 à 34 ans sont moins nombreux que dans les territoires urbains et à contrario, les plus de 34 ans y sont surreprésentés.(14) Si les tendances démographiques se poursuivent, la région va subir un lent vieillissement dans les années à venir. (19)

Population par groupe d'âges dans les territoires à dominante urbaine et rurale du Grand Est (en %)

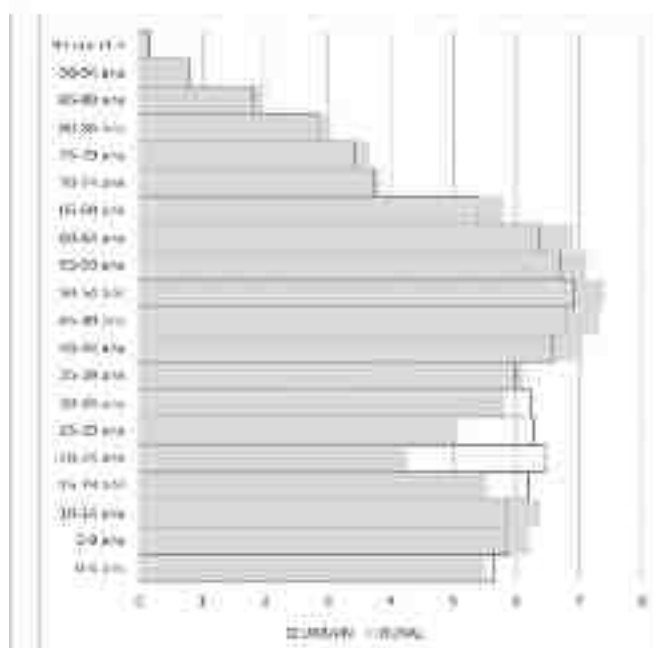


Figure 5: Part de la population par groupe d'âge en territoire urbain ou rural dans le Grand Est. Source : ORS Grand Est

B. Démographie des chirurgiens-dentistes

La démographie est l'étude de l'état quantitatif de la population humaine dans une région ou un pays déterminé.(20)

1. Densité et effectif des Chirurgiens-dentistes

L'effectif représente le nombre total de chirurgiens-dentistes inscrits au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) au 1^{er} janvier 2022.

La densité de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants est calculée en rapportant le nombre de chirurgiens-dentistes au 1^{er} janvier de l'année 2022 à la population au 1^{er} janvier de l'année 2021 estimée par l'INSEE (estimation provisoire). (21)

1.1 La situation Nationale

Selon l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD), le nombre de chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en France métropolitaine est de 44 583 au 24 novembre 2022 pour une population de 65 627 454 au 1^{er} janvier 2022. (22) Après une forte croissance de 1971 à 1995 (+2,8%), les effectifs évoluent peu depuis, ils augmentent de façon modéré (+0,5% en moyenne) chaque année depuis 2012.(fig.6) (23)

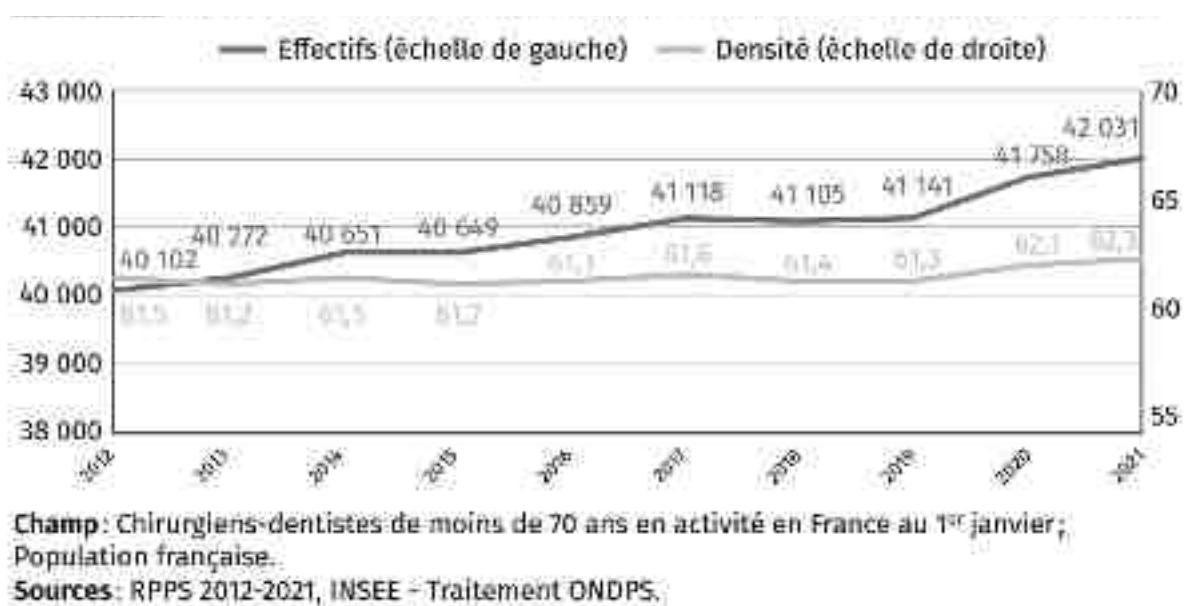


Figure 6: Évolution de l'effectif et de la densité des chirurgiens-dentistes entre 2012 et 2021. Source : ONDPS

La densité nationale de chirurgiens-dentistes est de 67 par 100 000 habitants en 2022. (22) Elle avait beaucoup progressé de 1975 à 1990 et depuis 2000 (densité la plus haute : 69/100 000hab.) elle a diminué jusqu'en 2012 pour atteindre environ 62 en 2014. Depuis 2013 elle ne diminue pas mais reste stable, l'augmentation des praticiens suit l'augmentation de la population.

Les différences de dynamiques régionales n'ont pas permis de rééquilibrage entre les régions, les inégalités sont maintenues depuis 2013. (23)

La répartition des chirurgiens-dentistes est très inégale au sein du territoire français et la densité peut varier de 1 à 5 en 2021 selon l'ONDPS.(23) La Normandie est la région de France métropolitaine la moins dense en chirurgiens-dentistes (44,18/100 000 hab.) et Provence-Alpes-Côte d'Azur la plus dense (91,82/100 000 hab.). De plus, au sein d'une région à forte densité, certains départements sont faiblement dotés. On observe un déséquilibre entre le Nord et le Sud du pays, ce dernier a une densité plus élevée que celle du Nord.(fig.7) (24)

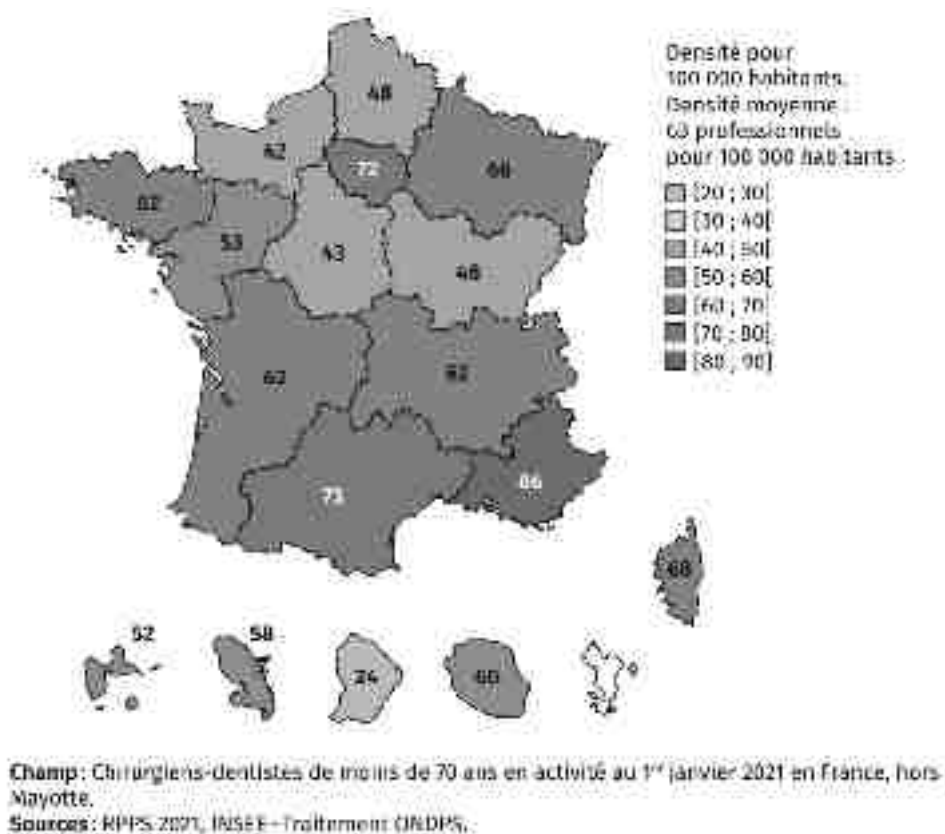
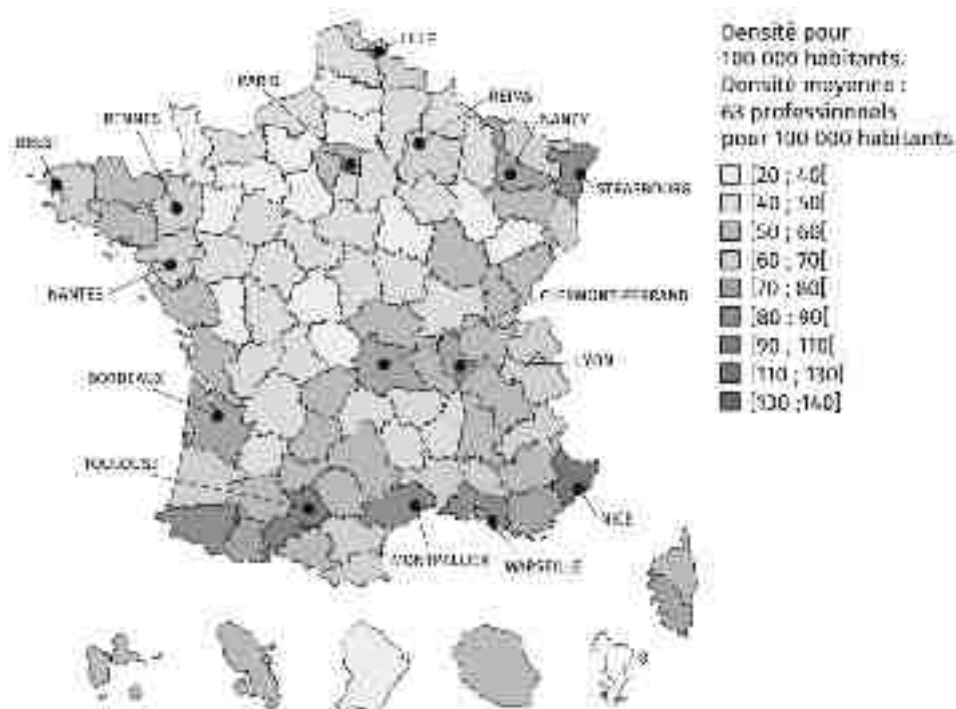


Figure 7: Densité des chirurgiens-dentistes par Région en 2021. Source : ONDPS

On note que les niveaux de densité sont les plus élevés dans les départements qui accueillent des UFR (Unité de formation et de recherche) en Odontologie. En effet, il n'existe que 16 facultés pour tout le territoire français métropolitain et d'outre-mer. En 2021, les régions sans UFR sont au nombre de 4 : la Bourgogne Franche-Comté, le Centre-Val de Loire, la Normandie et la Corse. A elles s'ajoutent les territoires d'Outre-mer : les Antilles-Guyane et l'Océan Indien. Elles sont les plus faibles en densité de chirurgiens-dentistes. Elles représentent 30% de la population française mais 22% des praticiens. En 2021, seulement 22% des primo-inscrits à l'Ordre se sont installés dans une région sans UFR alors que celles-ci représentent 30% de la population. (23)

C'est dans le but de pallier ce déficit que le premier ministre Jean Castex a annoncé en décembre 2021 l'ouverture de huit nouveaux sites d'odontologie (soit sous forme d'UFR soit sous forme d'antennes). Depuis septembre 2022, les facultés de Besançon, Tours, Dijon, Caen et Rouen ont ouvert leurs portes. Celles d'Amiens, Poitiers et Grenoble sont prévues pour 2023. L'objectif du gouvernement est d'augmenter la capacité d'accueil en odontologie de 14% sur la période 2021-2026 afin d'espérer combler les besoins réels en chirurgiens-dentistes sur les territoires concernés.(25,26)



Champ : Chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité au 1^{er} janvier 2021 en France, hors Mayotte.

Figure 8: Densité des chirurgiens-dentistes par département en 2021 et localisation des 16 UFR. Source : ONDPS

Certaines régions cumulent donc deux handicaps : premièrement elles n'ont pas d'UFR et les étudiants qui se forment dans une autre région sont peu nombreux à revenir et deuxièmement pour celles qui ont la possibilité de proposer la première année commune aux études de santé (PACES) elles ont une faible dotation de place au Numérus Clausus par rapport à leur population. (27) A noter que depuis 2020, la PACES n'existe plus et le NC a été remplacé par un autre mode de sélection des étudiants. (28)

	Effectif de chirurgiens-dentistes	Répartition	Population	Répartition	Densité chirurgiens-dentistes (100 000 h)
Subdivisions sans UFR d'odontologie	9 351	22%	20 013 841	30%	46,7
Subdivisions avec UFR d'odontologie	32 655	78%	47 119 474	70%	69,3
Ensemble	42 006	100%	67 133 315	100%	62,6

Champ : Population française en 2021 et chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité au 1^{er} janvier 2021, hors Mayotte.

Sources : RPPS, INSEE - Traitement ONDPS.

Tableau 1: Comparaison démographique des subdivisions avec et sans UFR en 2021. Source : ONDPS

La densité moyenne européenne est de 74 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, la France se situe donc en dessous de cette moyenne.(Fig.9) La France est dans le dernier tiers des pays à l'échelle internationale et elle apparaît comme un pays caractérisé par ses inégalités régionales de densité de chirurgiens-dentistes, (comme l'Espagne notamment), contrairement à l'Allemagne ou aux pays d'Europe du Nord dont les densités régionales apparaissent à la fois plus élevées et plus homogènes.(23)

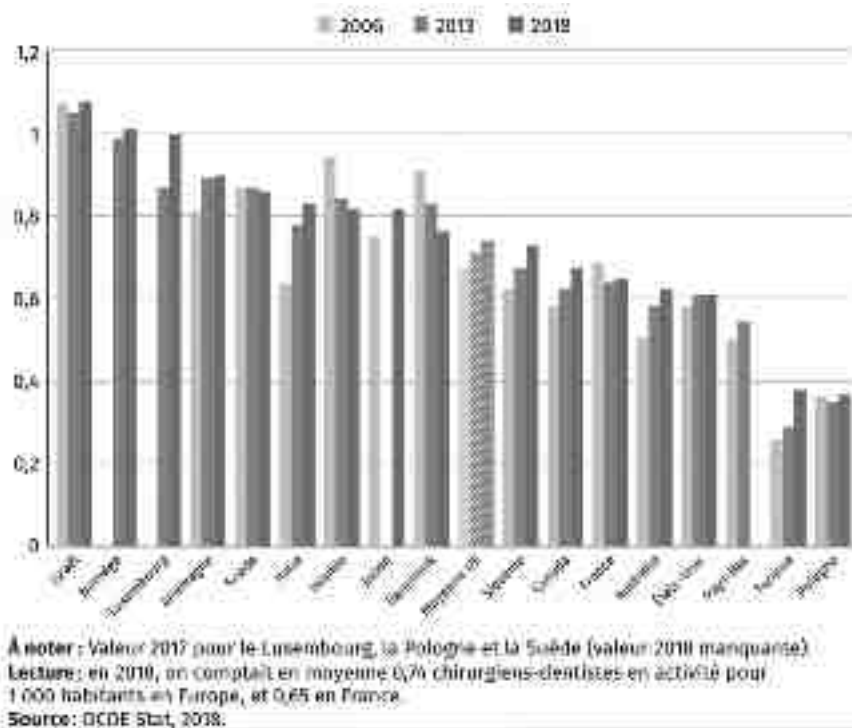


Figure 9: Comparaisons internationales des densités de chirurgiens-dentistes entre 2006, 2013 et 2018.
 Source : ONDPS

1.2 La situation Régionale du Grand Est

Sur le plan régional, le Grand Est compte 3722 chirurgiens-dentistes dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). (21) Le nombre de chirurgiens-dentistes du Grand Est représente 8% des praticiens du territoire français et la population du Grand Est représente 8,4 % (INSEE) de la population française. La région est donc dans la moyenne nationale.

Mais il existe une grande disparité au sein même de la région en termes d'effectif de chirurgiens-dentistes. (Fig.10) Ils sont répartis ainsi par ordre croissant :

- 75 en Meuse
- 76 en Haute-Marne
- 118 dans les Ardennes
- 157 dans l'Aube
- 195 dans les Vosges

- 394 dans la Marne
- 486 dans le Haut-Rhin
- 530 en Meurthe-et-Moselle
- 664 en Moselle
- 1027 dans le Bas-Rhin (29)

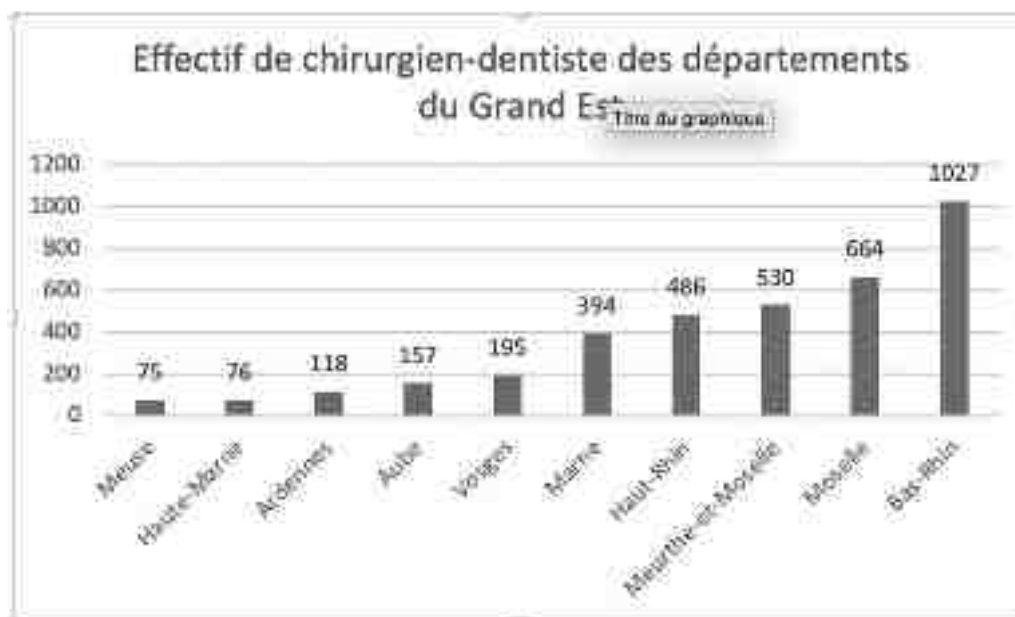


Figure 10: Histogramme de réalisation personnelle montrant les effectifs de chirurgiens-dentistes dans les départements du Grand Est.

La densité régionale du Grand Est est de 67 pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2022 ce qui est équivalent à la moyenne nationale. La région Grand Est est classée à la 5^{ème} position du classement démographique sur 15 régions en France Métropolitaine.(29) Ce bon classement est en partie dû au fait que cette région possède 3 UFR d'odontologie tandis que d'autres n'en possèdent aucune.

Il existe des inégalités de densité entre les départements du Grand Est. (Fig.11) Ils sont répartis comme ceci par ordre croissant :

- 42,10 en Meuse
- 43,28 en Haute-Marne
- 43,73 en Ardennes

- 49,50 dans l'Aube
- 55,84 dans les Vosges
- 63,63 dans le Haut-Rhin
- 64,15 en Moselle
- 72,71 dans la Marne
- 75,79 en Meurthe-et-Moselle
- 92,09 dans le Bas-Rhin (22)



Figure 11: Histogramme de réalisation personnelle montrant les densités de chirurgiens-dentistes dans les départements du Grand Est

On remarque que les départements les plus denses de la région Grand Est sont ceux qui possèdent une UFR d'odontologie. (Fig.12) Il y a celle de Strasbourg (Bas-Rhin), de l'académie Nancy-Metz (Meurthe-et-Moselle et Moselle) et de Reims (Marne).

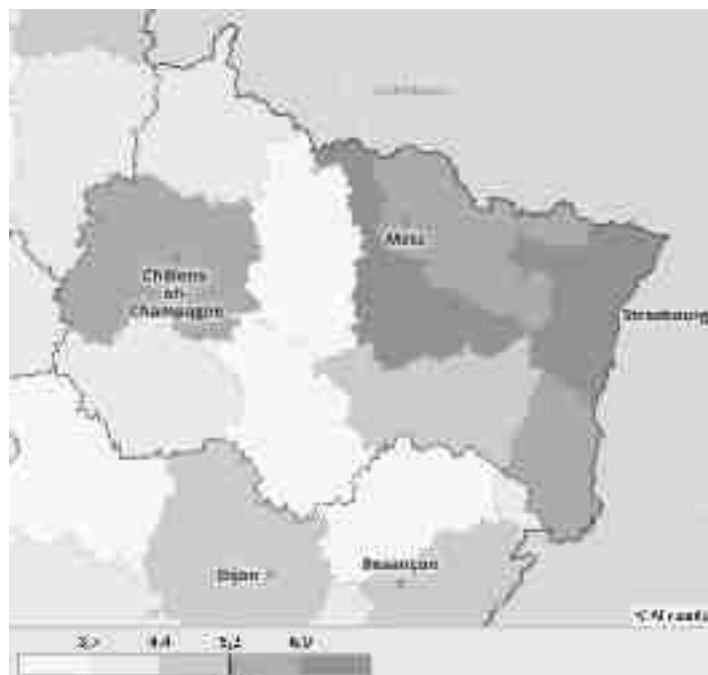


Figure 12: Densité des chirurgiens-dentistes libéraux pour 10 000 habitants en 2021 dans le Grand Est. Source : Cartosanté

Si l'on analyse finement la situation et qu'on s'intéresse aux EPCI du territoire français (établissement public de coopération intercommunale) on remarque que les praticiens ont tendance à travailler autour des grandes agglomérations.(Fig.13) (23) Cette situation est transposable dans la région Grand Est.



Figure 13: Densité des chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants – EPCI. Source : Cartosanté

Plus la ville est peuplée et plus la densité de praticien est élevée dans le pôle urbain⁴ et dans les communes périphériques (appelées couronne du pôle). (Fig.14)

Le zonage en aires d'attraction des villes 2020 (AAV) est fondé sur l'identification de pôles de population et d'emploi, et sur la délimitation de leur aire d'attraction (couronnes) à partir des trajets domicile-travail. (33)

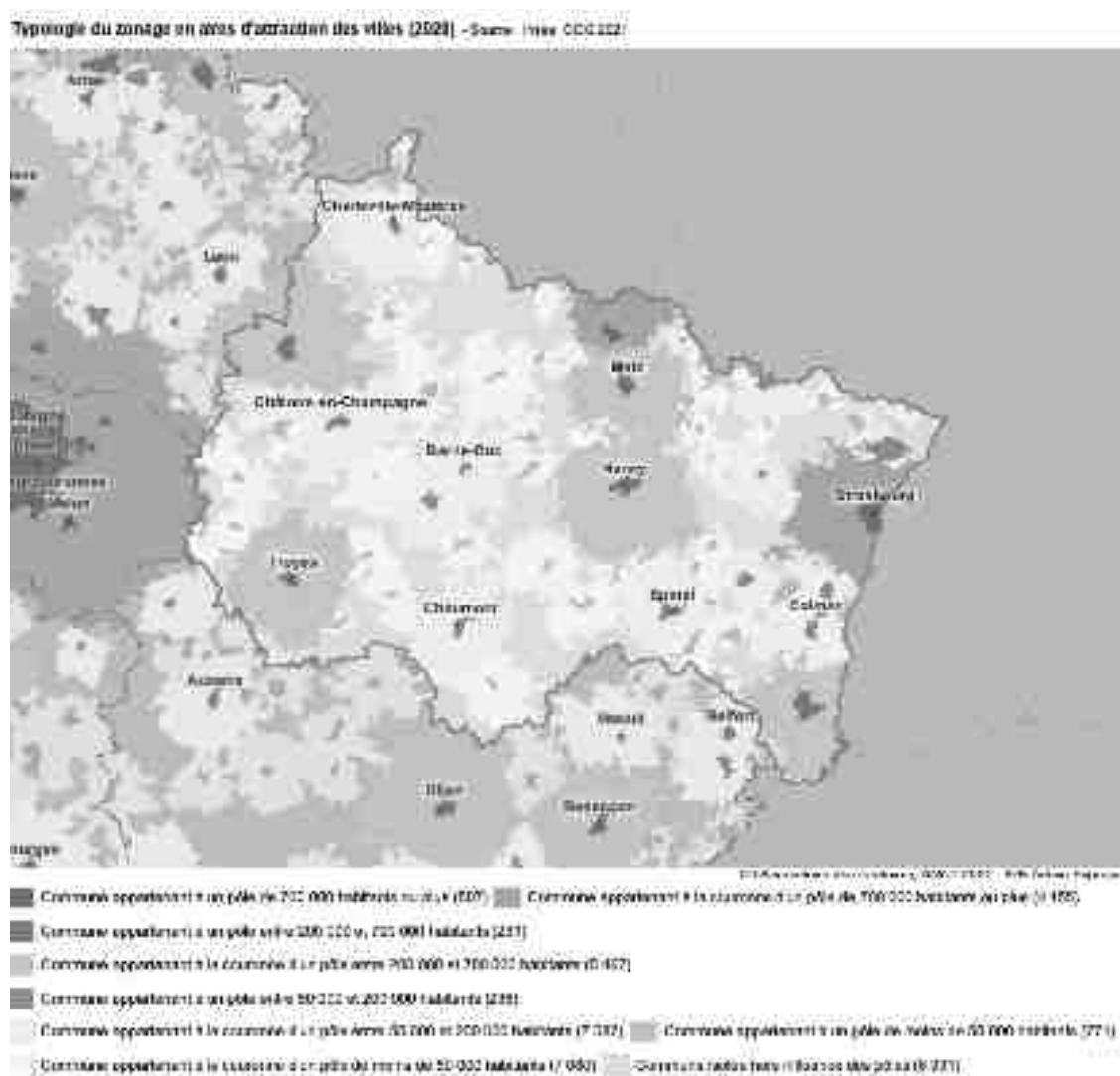


Figure 14: Zonage en aires d'attraction des villes (AAV) dans le Grand Est (2020). Source : Observatoire des territoires

⁴ Selon l'INSEE, le pôle urbain est une « unité urbaine offrant au moins 10 000 emplois et qui n'est pas située dans la couronne d'un autre pôle urbain »(30). « La couronne recouvre l'ensemble des communes de l'aire urbaine à l'exclusion de son pôle urbain. Ce sont des communes ou unités urbaines, dont au moins 40 % des actifs résidents travaillent dans le pôle ou dans les communes attirées par celui-ci »(31). Une aire urbaine ou « grande aire urbaine » est constituée par le pôle urbain et les couronnes périphériques.(32)

2. Age et sexe

2.1 La situation National

L'âge moyen d'un chirurgien-dentiste en France est de 45,8 ans ; 43 ans pour les femmes et 48 ans pour les hommes en janvier 2021.(34) La profession a connu un vieillissement depuis plusieurs décennies. L'âge moyen était de 42 ans en 1990, il est passé à 47 ans en 2006 et 48 ans en 2012. Mais depuis 2013, la profession connaît un rajeunissement et l'âge moyen a diminué jusqu'à atteindre 45,8 ans en 2021.(Fig.16) (23)

Ensemble	Femme	Homme
45.8	43.1	48.4

Figure 15: Tableau de moyenne d'âge des chirurgiens-dentistes en France.
Source : DREES

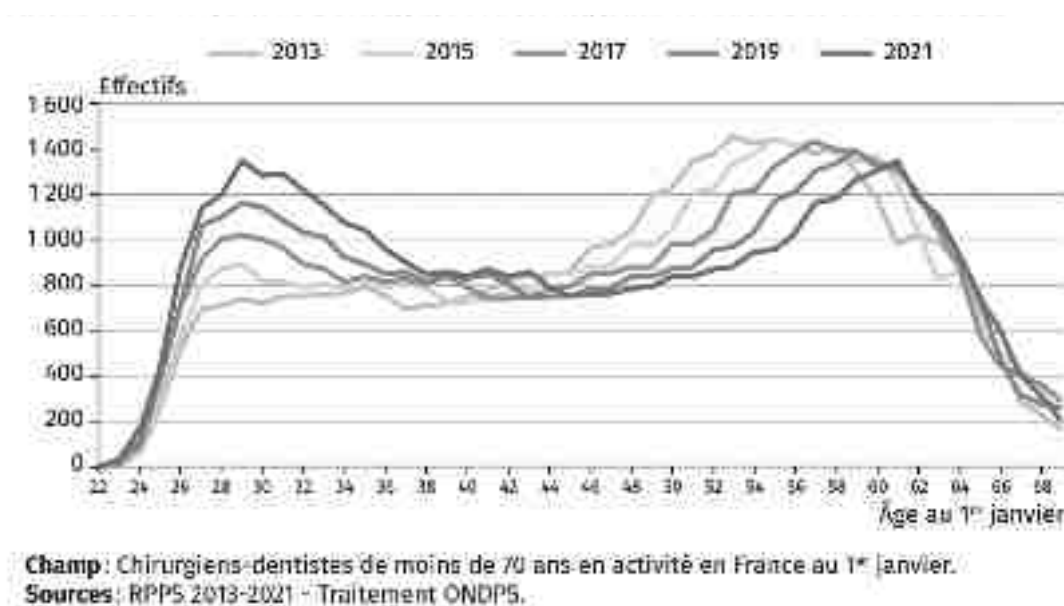
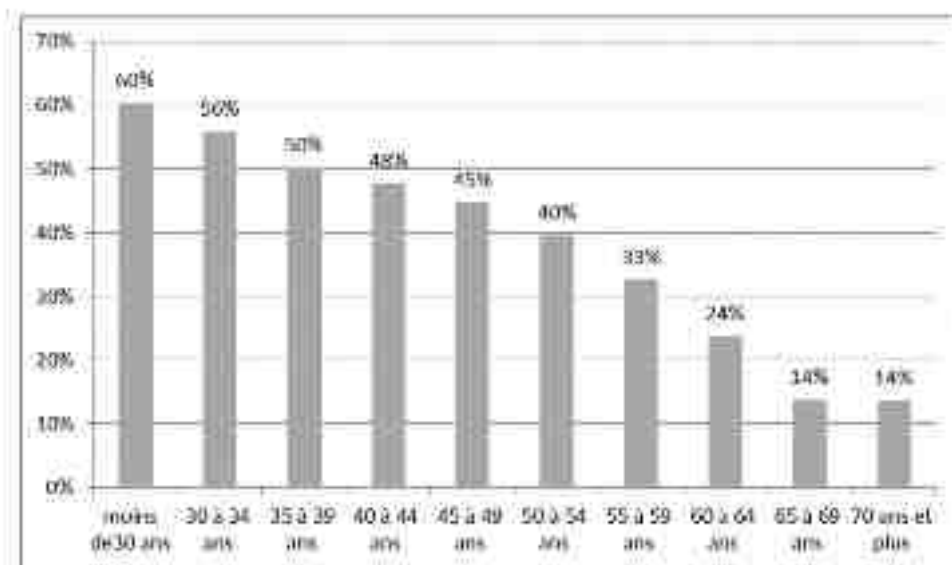


Figure 16: Pyramides des âges des chirurgiens-dentistes de 2013 à 2021. Source : ONDPS

Ceci s'explique par plusieurs phénomènes, tout d'abord par le départ à la retraite de nombreux praticiens, aussi par l'arrivée de jeunes praticiens étrangers qui font augmenter la part des moins de 35 ans. Mais également par la féminisation de la profession étant donné que les femmes sont majoritaires dans la jeune génération (59% des 25-29 ans).(Fig.17) (23)



Champ : France métropolitaine

Sources : RPPS traitements DREES au 1^{er} janvier 2013.

Figure 17: Part des chirurgiens-dentistes femmes par tranche d'âge. Source : ONDPS 2013

On assiste depuis plusieurs années à une féminisation de la profession, la proportion de femme augmente passant de 29% en 1990, 35% en 2006, 40,4% en 2012 à 47,7% en 2021. Ce phénomène risque de se poursuivre car les femmes font partie de la majorité des nouveaux diplômés (56% en France et 53% à l'étranger) et sont également majoritaires dans les tranches d'âges les plus jeunes. (23)

Effectif au 1 ^{er} janvier 2021	42 031
Part de femmes	48 %
Âge moyen	45,8 ans

Champ : Chirurgiens dentistes actifs de moins de 70 ans ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DOM.
Source : RPPS – traitements DREES

Tableau 2; Carte d'identité des chirurgiens-dentistes au 1^{er} janvier 2021. Source : DREES

2.2 La situation régional du Grand Est

La moyenne d'âge des chirurgiens-dentistes dans le Grand Est est légèrement supérieure à celle nationale, elle est de 46,2 ans (contre 45,8 ans au niveau national). Les chirurgiens-dentistes femmes sont en moyenne plus jeunes que les praticiens homme (43,3 ans contre 48,9 ans). Les différents départements n'ont pas d'écarts d'âge important. (Tab.3) Seuls 4 départements ont une moyenne d'âge supérieure à la moyenne d'âge française ; 47,8 ans en Ardennes, 48 dans la Meuse, 47,6 en Moselle et 47,1 dans les Vosges. (35)

La part des femmes chirurgien-dentiste dans le Grand Est est de 47,4 %, ce qui est équivalent au taux de chirurgien-dentiste femme national. (23)

Département	Ensemble	Femme	Homme
Ensemble	46,2	43,3	48,9
008 - Ardennes	47,8	45,8	49,1
010 - Aube	46,2	44,6	47,6
051 - Marne	43,6	41,9	45,7
052 - Hauts-Marne	45,9	39,7	49,1
054 - Meurthe-et-Moselle	48,3	44,4	48,2
055 - Meuse	48	44,7	49,6
057 - Moselle	47,6	42,7	51,3
067 - Bas-Rhin	45,9	43,1	48,7
068 - Haut-Rhin	46,2	43,4	48,4
088 - Vosges	47,1	43,5	50,1

Champ : 44 - Grand Est
Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1^{er} janvier 2022

Tableau 3: Tableau des âges moyens des chirurgiens-dentistes dans les départements du Grand Est.
Source : DREES

Pour conclure on peut dire que la profession a fortement rajeuni et s'est féminisée depuis 2012. (24)

3. Mode d'exercice et Liberté d'installation

3.1 Exercice libéral, salarié ou mixte

Selon l'ONCD, en France Métropolitaine, la part des chirurgiens-dentistes libéraux est de 83,3% contre 16,70% de praticiens salariés en octobre 2022. L'exercice libéral est prédominant mais depuis 2012, on note une diminution progressive au profit de l'exercice mixte (4% en 2012 contre 7% en 2021) et de l'exercice salarié (9,6% en 2013) (36). (Fig.18) La part des salariés dans des établissements non hospitaliers a également augmenté (il a plus que doublé pour atteindre 15% en 2021), cela concerne à 83% les exercices en centre de santé.(24)

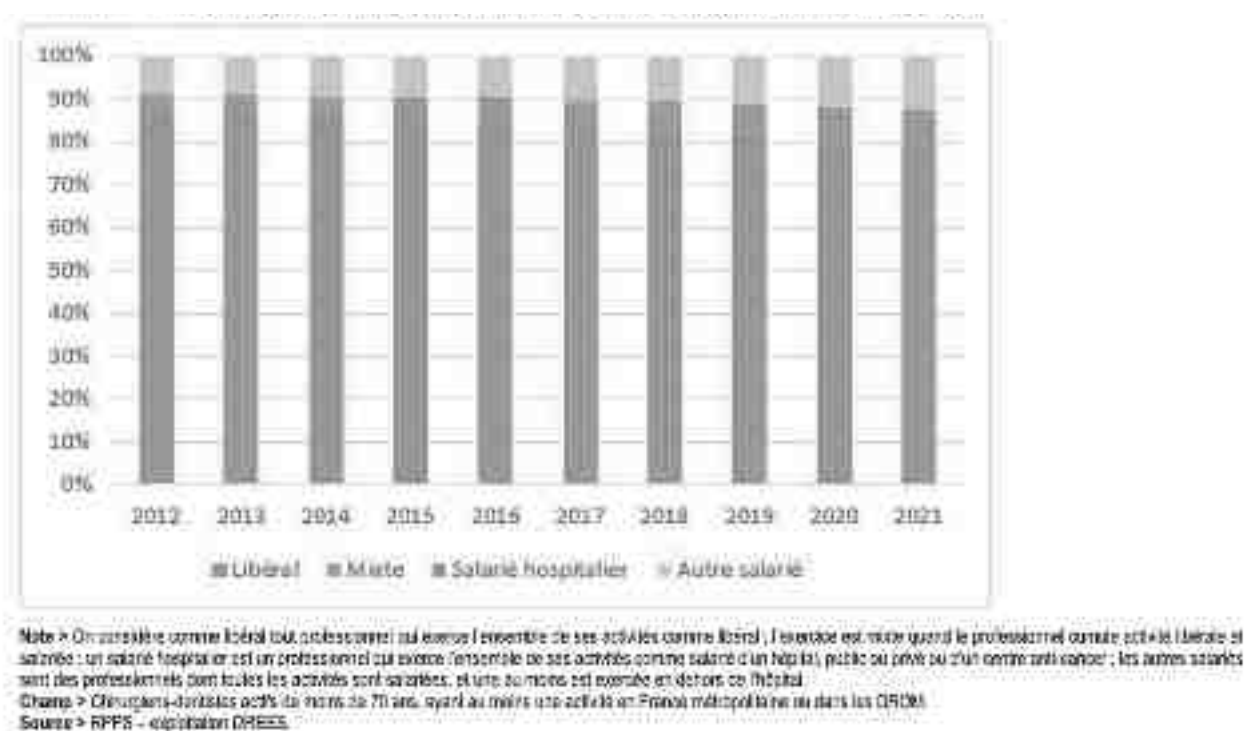


Figure 18: Répartition des chirurgiens-dentistes par mode d'exercice entre 2012 et 2021. Source : DREES

Les jeunes sont les plus nombreux à faire le choix d'un exercice mixte : 12 % des chirurgiens-dentistes ayant une activité mixte ont moins de 30 ans et 42 % ont moins de 40 ans. Inversement, 45 % des chirurgiens-dentistes ayant une activité exclusivement libérale ont plus de 50 ans.(24)

L'activité salarié exclusivement hospitalière est donc marginale (1% en 2012), elle est plus importante chez les praticiens spécialisés en MBD (médecine bucco-dentaire) ou en chirurgie orale. (23)

La région Grand Est compte 3722 chirurgiens-dentistes dont 78,5% en activité libérale, 8,3% en exercice mixte et 13,3% en exercice salarié. 3% des salariés sont salariés hospitaliers ce qui est supérieur au taux national.(24)

Les jeunes praticiens sont de plus en plus attirés par l'exercice en groupe que ce soit en cabinet libéral, en centre dentaire ou même en maison de santé pluridisciplinaire. Depuis le début des années 2000, on note une nette progression de l'exercice en groupe tandis que l'exercice individuel recule d'années en années. 55% des praticiens ont un exercice groupé en 2016 alors qu'ils n'étaient que de 33% en 2001. (36)

3.2 Les spécialités en odontologie

Les spécialités en odontologie sont accessibles après réussite du concours de l'internat d'odontologie. Le concours de l'internat et les spécialités ont été créés il y a 9 ans par arrêté ministériel du 31 mars 2011 publié au journal officiel du 19 avril 2011 (37). Elles sont au nombre de trois :

- L'ODF (orthopédie dento-faciale) compte 2398 praticiens soit 5,7% des chirurgiens-dentistes. C'est la spécialité la plus importante.
- La Chirurgie Orale (CO) compte 214 praticiens soit 0,5%
- La MBD (Médecine bucco-dentaire) compte 97 praticiens soit 0,2%. (23)

	Ensemble des chirurgiens-dentistes en activité	Dont omnipraticiens	Dont spécialistes		
			Orthopédie dento-faciale	Médecine bucco-dentaire	Chirurgie orale
Effectifs	42 031	39 336	2 398	93	204
Répartition	100 %	94 %	5,7 %	0,2 %	0,5 %
Pourcentage avec un diplôme étranger	13,6 %	14,1 %	7,0 %	3,2 %	7,8 %

Champ: Chirurgiens-dentistes en activité au 1^{er} janvier 2021 ayant moins de 70 ans.

Source: RPP5 2021 - Traitement ONDPS.

Tableau 4: Effectifs et part des chirurgiens-dentistes selon la spécialité en 2021. Source : ONDPS

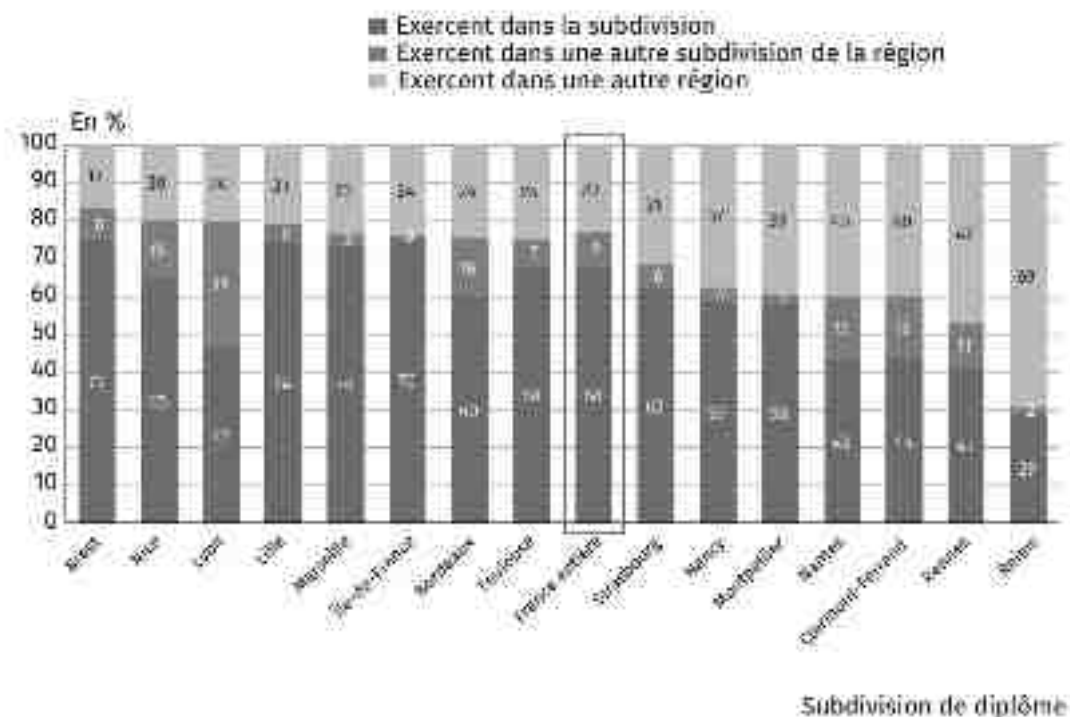
La région Grand Est compte quant à elle 178 spécialistes en ODF, 22 spécialistes en CO et 12 spécialistes en MBD. Il existe une grande inégalité entre les départements, au point que certains n'ont pas de spécialiste en CO (c'est le cas du Haut-Rhin, de la Meuse, de la Haute-Marne et des Ardennes) ou en MBD (comme la Meuse, la Haute-Marne et les Ardennes). Les spécialistes en ODF sont très peu nombreux dans certains départements, seulement 4 en Meuse, en Haute Marne et en Ardennes et 6 dans les Vosges. (22)

Les départements les moins bien dotés en spécialistes sont donc la Meuse, la Haute-Marne et les Ardennes.

3.3 Liberté d'installation

Contrairement à d'autres professions de santé (comme les médecins, les sage-femmes...), les chirurgiens-dentistes ont une liberté d'installation. Cela signifie qu'après l'obtention de leur diplôme et de la thèse d'exercice, un praticien peut s'installer où il veut. Une liberté d'installation qui permet aux professionnels de s'installer dans les zones sur-dotées, accentuant les inégalités géographiques d'accès aux soins.

On remarque que l'impact de la région de formation sur la région d'installation est déterminant puisque le taux de retour vers la région d'origine (non dotée d'une UFR) est très faible. (Fig.19) Par exemple, Dijon (sans UFR) possède un taux de retour de 52% en 2021 ce qui est inférieur à la moyenne nationale de 89%. En France, 77% des étudiants formés dans une faculté dentaire ont fini par exercer dans cette région.



Lecture : 75 % des chirurgiens-dentistes en activité au 1^{er} janvier 2021 ayant eu leur diplôme dans la subdivision de Brest exercent dans cette subdivision, 8 % dans une autre subdivision de Bretagne et 17 % dans une autre région.

Champ : Chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité au 1^{er} janvier 2021 en France, ayant obtenu leur diplôme en France.

Source : RPPS - Traitement ONDPS.

Figure 19: Lieu d'exercice des chirurgiens-dentistes en fonction de leur subdivision de diplôme. Source : ONDPS

Les praticiens diplômés à l'étranger auraient pu être à l'origine d'une amélioration de la répartition des installations au profit des régions sans UFR car en 2013, 45% des primo-inscrits diplômés à l'étranger s'installaient dans une région sans UFR. C'est supérieur à leurs confrères formés en France qui n'étaient que 17% à le faire. Mais c'était sans compter sur le fait que les diplômés étrangers ont changé leur comportement d'installation pour exercer préférentiellement dans les centres urbains et ont donc délaissé les régions sans UFR.

Au cours de leur carrière, la mobilité des chirurgiens-dentistes est assez faible. Entre 2013 et 2021, soit 9 ans d'observation, 95% des chirurgiens-dentistes n'ont pas changé de lieu d'exercice.(23)

4. Numéros Clausus et formation à l'étranger

4.1 Histoire du Numéros clausus

Le numerus clausus (NC) fixe dans chaque filière (médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femmes et pharmaciens), le nombre de places offertes à l'entrée en seconde année d'études après le baccalauréat, et ce, par unité de formation et de recherche (UFR). Il a été effectif d'octobre 1971 (par un arrêté en application d'une loi votée quelques semaines plus tôt) jusqu'à la rentrée 2020 (la réforme des études de santé portée par la Loi Organisation et transformation du système de santé de 2019 a mis fin au NC). Il était réparti sur 44 universités ayant une PACES.

Il était fixé à 1950 places en 1971 mais il a diminué de moitié en 1990 pour atteindre 800 places. (Fig.20) Depuis 2003, le NC a légèrement augmenté pour atteindre 977 en 2005 et a enfin été réévalué à 1332 en 2020. (27)(23)

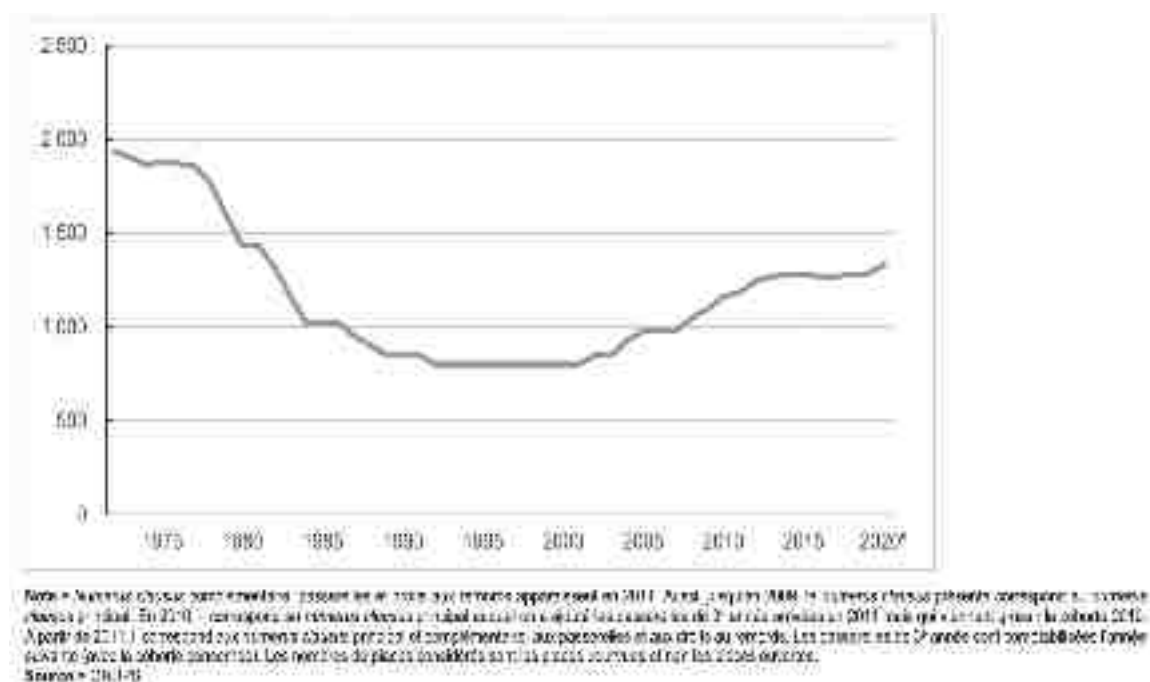


Figure 20: Numéros Clausus national pourvu en odontologie de 1972 à 2020. Source : ONDPS

L'objectif du NC a évolué avec la loi du 7 juillet 2009 du code de l'éducation qui stipule que « ce nombre tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés. » (Article L631-1 du code de l'éducation, loi du 7 juillet 2009 mise en œuvre au cours de l'année universitaire 2010-2011). Cependant, si l'on

compare le poids des anciennes régions dans le NC et dans la population générale on voit que les deux ne sont pas liés.

Par exemple, les anciennes régions Poitou-Charentes (1% du NC) et l'Alsace (5% du NC) ne représentent que 3% de la population. L'Alsace reçoit donc deux fois plus de places au NC que ce qu'elle devrait avoir si la répartition du NC était en fonction de la population de la région. (Fig.21) L'objectif n'est donc pas respecté car le NC ne permet pas de rééquilibrer la répartition des praticiens sur le territoire afin de compenser les inégalités. (23)



Lecture: Strasbourg est dans le quadrant haut droit des subdivisions doublement surdotées (par rapport à la moyenne): sa densité en chirurgiens-dentistes est supérieure à la moyenne nationale (78 pour 100 000 habitants versus 62) et son poids dans le NC est près de 1,8 fois supérieur à son poids dans la population totale.

Champ: Chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en France en 2020, hors Nouvelle-Calédonie et Mayotte.

Sources: RPPS 2020, INSEE - Traitement ONDPS.

Figure 21: Projection des régions en fonction de la densité de chirurgiens-dentistes et du poids dans la population de leur numerus clausus en 2020. Source : ONDPS

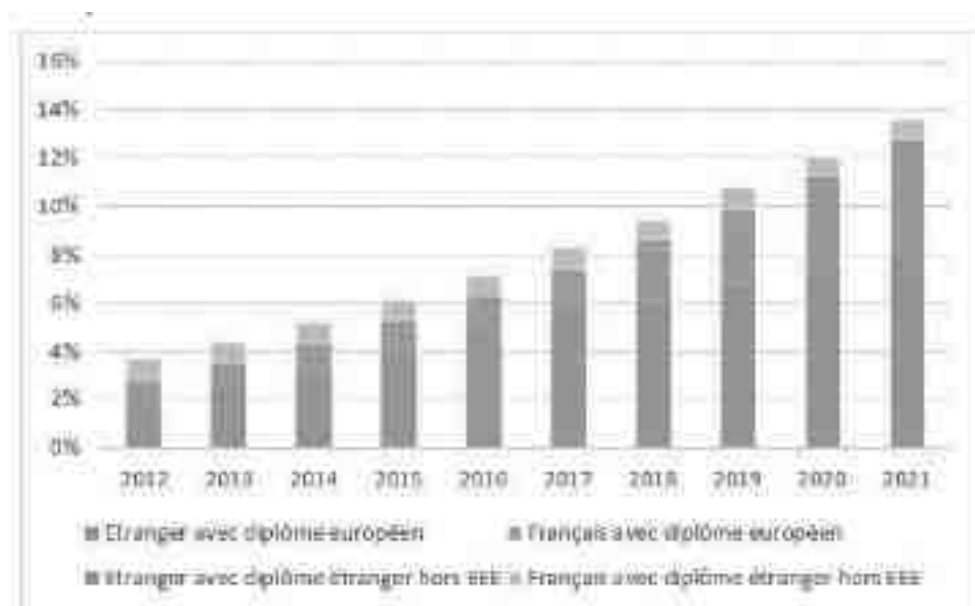
Les effectifs des professionnels en activité sont la résultante de deux flux, les entrants (entrée dans la vie active) et les sortants (départs dont les retraites principalement). La DREES avait établi un rapport en 2007 et projetait une chute des effectifs des chirurgiens-dentistes de 40 000 en 2006 à 35 000 en 2015 et seulement 25 000 en 2030. Cette projection s'est notamment basée sur la baisse importante du numérus clausus (-60% jusqu'en 2000) ainsi que sur les départs à la retraite plus nombreux.

Ce scénario ne s'est pas produit étant donné que le nombre de praticien a augmenté, un nouveau rapport avec de nouvelles projections a été établi par la DREES en 2017. Ce dernier projette une progression des effectifs de chirurgiens-dentistes pour atteindre 49 000 praticiens en 2040. Ce revirement de situation s'explique notamment par trois phénomènes :

- Les praticiens partent de plus en plus tard à la retraite (dû aux nombreuses réformes de retraite dont celle de 2010 qui a repoussé l'âge de la retraite de deux ans et une autre réforme qui a autorisé le cumul de l'activité et de la retraite) (38)(39)
- Le NC a augmenté depuis 2007
- Mais c'est surtout grâce à un flux entrant massif de chirurgiens-dentistes diplômés de l'étranger qui viennent exercer en France. (23)

4.2 L'impact de l'arrivée des praticiens formés à l'étranger

On peut dire que la croissance démographique des chirurgiens-dentistes a été portée par le flux entrant de professionnels (français ou étrangers) diplômés à l'étranger. En 2012 ils étaient 4% à exercer en France avec un diplôme obtenu à l'étranger. La part de ces professionnels a plus que triplé, ils sont 14% en 2021 (elle est plus faible parmi les autres professions médicales). (Fig.22) Cette évolution est encore plus marquée pour les Français partis se former à l'étranger vu que leur nombre a été multiplié par 6 entre 2012 et 2021 (passant de 350 à 2000 praticiens).



Note : La nationalité du diplôme français, étranger, européen ou non est déterminée à partir de l'attribution de la licence. Le diplôme est considéré comme européen si la loi de son pays membre de l'espace économique européen (EEE) est applicable. L'année de référence est 2012.
Champ : Chirugiens-dentistes inscrits à l'ordre en 2021 selon le lieu d'obtention de leur diplôme et leur nationalité.
Source : DREES - données de l'INSEE.

Figure 23: Part des professionnels en exercice diplômés à l'étranger (selon leur nationalité et celle de leur diplôme). Source : DREES

En 2020 selon l'ONCD, 40% des nouveaux inscrits ont un diplôme étranger, parmi eux, 39% ont été formés dans un pays européen et 1% hors de l'Union européenne. (Fig.23)

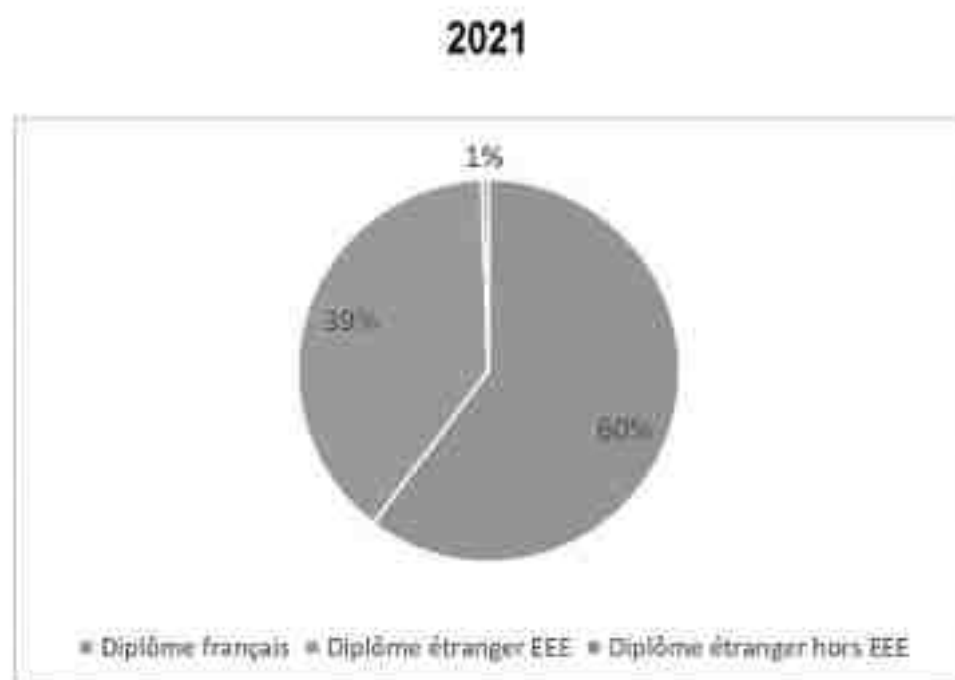


Figure 22: Répartition des chirurgiens-dentistes inscrits à l'ordre en 2021 selon le lieu d'obtention de leur diplôme. Source : DREES

On note également une augmentation de la part des praticiens de nationalité française diplômés à l'étranger passant de 3% à 22% des nouveaux inscrits. (Tab.5)

Effectif	2013			2021		
	Nationalité française**	Nationalité étrangère	Total	Nationalité française	Nationalité étrangère	Total
Ensemble	841	261	1 102	1 354	311	1 665
Diplôme français	813	21	834	988	18	1 004
Diplôme étranger	28	240	268	366	293	659
dont Diplôme hors EEE*	13	92	105	4	5	9
dont Diplôme EEE*	15	148	163	364	288	652
Structure (à l'arrondi près)						
Ensemble	76 %	24 %	100 %	81 %	19 %	100 %
Diplôme français	74 %	1 %	76 %	59 %	1 %	60 %
Diplôme étranger	3 %	22 %	24 %	22 %	18 %	40 %
dont diplôme hors EEE*	1 %	8 %	10 %	0 %	0 %	1 %
dont diplôme EEE*	1 %	13 %	15 %	22 %	17 %	39 %

*EEE: Regroupement des pays de l'Espace économique européen élargie (30 pays) + Suisse et Andorre.

** Nationalité au moment de l'inscription à l'Ordre.

Champ: Chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en France au 1^{er} janvier et inscrits depuis moins de 1 an à l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (première inscription).

Sources: RPPS 2013-2021 - Traitement ONDPS.

Tableau 5: Effectif de chirurgiens-dentistes inscrits à l'Ordre dans l'année (évolution de 2013-2021). Source : ONDPS

La formation européenne est concentrée dans 4 pays qui sont : l'Espagne (42%), la Roumanie (27%), le Portugal (20%) et la Belgique (7%). (23)

Les projections de la DREES ont permis de montrer que sans ce flux entrant de praticiens diplômés à l'étranger, la démographie des chirurgiens-dentistes serait en déclin. A noter que cet apport de praticiens formés à l'étranger n'est pas spécialement orienté vers les régions sous dotées en praticien et n'a donc pas permis d'atténuer les inégalités territoriales. (27)

Cette forme de dépendance aux diplômes étrangers pose deux problèmes. Premièrement, elle ne met pas la France à l'abri d'une diminution voire d'un arrêt des flux entrants qui aurait un impact sur la démographie nationale. Deuxièmement, les formations semblent hétérogènes et n'ont pas toute la même qualité ce qui pose un problème vis-à-vis de la sécurité sanitaire des patients.

Il existe une disparité dans le contenu de formation et des lacunes dans la formation clinique de certains établissements ; jusqu'à 10% des étudiants peuvent obtenir leur diplôme sans avoir pratiqué aucun acte sur un patient. Pour pallier l'hétérogénéité des formations, trois organisations œuvrent pour leur harmonisation ; L'Advisory Committee for the training of dental practitioners, l'ADEE (Association for Dental Education in Europe) et le CED (Council of European Dentists). (23)(40)

II. Encourager l'installation et le maintien des chirurgiens-dentistes dans les déserts médicaux

A. Le phénomène de désertification médicale

Selon un rapport sénatorial remis le 29 mars 2022, 30% de la population française vit dans un désert médical. Le terme « désert médical » est issu du langage médiatique mais permet de comprendre aisément que cela désigne une zone géographique dans laquelle il est difficile voire quelques fois impossible de se faire soigner.(41) En France, le principal problème d'accès aux soins est le fait que l'offre est certes présente sur le territoire mais insuffisante pour répondre à la demande de soin.

La notion de « désert médical » renvoie à deux dimensions :

- Une dimension spatiale : elle est liée à la densité de professionnels sur le territoire puisqu'un désert médical est caractérisé par un éloignement géographique entre le patient et le médecin. Cette composante prend en compte le nombre de kilomètres à parcourir pour trouver un praticien.
- Une dimension temporelle : elle est liée à la patientèle du professionnel de santé, cette composante prend donc en compte le temps d'attente pour avoir un rendez-vous. (42)

Le temps d'accès⁵ à un chirurgien-dentiste libéral a été étudié dans le Grand Est et il en découle que 50% des habitants ont accès à un chirurgien-dentiste en plus de 11 minutes et en plus de 34 minutes pour 5% d'entre eux.

1. L'accessibilité potentielle localisée (APL)

L'APL est un indicateur qui a été développé par la DREES et l'IRDES en 2012 pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soin à un échelon géographique fin (anciennement échelle départementale) (36). L'unité géographique utilisée est le bassin de vie (selon l'INSEE, le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants ; ces

⁵ Les temps de trajets routiers présentés sont calculés à partir de l'outil METRIC développé par l'Insee. METRIC permet de calculer les temps de trajet routiers aux différents professionnels de santé de commune à commune. Lorsqu'un professionnel de santé est situé sur la commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 minute.(43)

derniers sont classés en 6 grands domaines : services aux particuliers, commerce, enseignement, santé, sports, loisirs et culture, transports) ou « canton ou ville » (pseudo-cantons) pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants. (44)(45)

Pour se faire, les données de l'assurance maladie (SNIIR-AM) et les données de population de l'INSEE ont été mobilisés. Cet indicateur a d'abord été mis en place pour les médecins généralistes libéraux, il a ensuite été calculé selon la même méthodologie pour les autres professionnels de santé dont les chirurgiens-dentistes. Il permet de tenir compte à la fois de la proximité mais également de la disponibilité des professionnels de santé, il est donc plus précis que les indicateurs utilisés classiquement tel que la densité par exemple qui se contentait de diviser l'offre (nombre de praticiens) par la demande (population du territoire). (46)(36)

Il prend en compte trois composantes :

- L'offre de soin autrement dit l'activité de chaque praticien converti en ETP (équivalent temps plein).

« L'ETP âge » permet de tenir compte de l'âge du praticien pour évaluer son départ à la retraite, il est de ½ ETP pour les chirurgiens-dentistes de plus de 60 ans et 1 ETP pour les autres. « L'ETP activité » tient compte des honoraires perçus et on considère que 20% des CD qui ont les honoraires les plus élevés ont un ETP de 1,5, les autres ont un ETP de 1.(47)

Le rapport entre l'« ETP activité » et « le nombre de chirurgiens-dentistes du bassin de vie permet de calculer le « coefficient de besoin de soins ». Si le nombre est égal à 1 il n'y a pas de tension sur l'offre de soin, il existe une tension d'autant plus importante que le rapport est proche de 1,5. (48)

Déciles de distribution	Quantité d'actes	ETP
< 5%	< 30	0 ETP
Entre 5 et 10%	Entre 30 et 61	0,2 ETP
Entre 10 et 25%	Entre 61 et 140	0,5 ETP
Entre 25 et 50%	Entre 140 et 264	0,7 ETP
> 50%	> 264	1 ETP

Tableau 6: Correspondance entre le nombre d'actes et les ETP des cabinets dentaires. Données de la SNIIR-AM, 2010. Source : Thèse de Maéva Sarfati

- La demande de soin est différenciée par classe d'âge

La population est standardisée par tranche d'âge ce qui permet de prendre en compte les différences de besoin de soin selon l'âge. Chaque tranche d'âge est pondérée par sa consommation en soins d'odontologie. Concernant les soins dentaires, la consommation de soins augmente avec l'âge jusqu'à 65 ans, puis décroît fortement. Les patients âgés de 45 à 75 ans ont ainsi une consommation supérieure de plus de 30 % à la moyenne de la population.(24)

- Le taux d'accessibilité du professionnel

Il diminue en fonction de la distance qui sépare le patient du praticien. Concernant l'accessibilité au chirurgien-dentiste, on considère qu'il est nul au-delà de 15 minutes de distance.

L'APL autrement dit la densité pondérée est quantifiée en ETP. L'APL aux chirurgiens-dentistes de la commune de l'ensemble de la population est en moyenne de 47,8 ETP pour 100 000 habitants et 50% d'entre eux vivent dans une commune où l'APL est inférieure à 46 ETP. (46) Il est également possible de trouver l'APL exprimée en consultation/an/habitant. (49)

Plus l'ETP est bas plus l'accessibilité au professionnel de santé est faible.

Cet indicateur a quelques limites et semble plus adapté aux médecins généralistes qu'aux chirurgiens-dentistes pour plusieurs raisons :

- L'ETP tient compte du volume d'activité du praticien mais celle-ci diffère fortement d'un cabinet à un autre contrairement aux médecins qui ont une activité assez homogène. En effet certains chirurgiens-dentistes ont un exercice exclusif en endodontie ou en implantologie par exemple.
- La demande est pondérée par l'âge, mais contrairement aux médecins généralistes où on peut considérer que le besoin de consulter augmente avec l'âge, en odontologie, le gradient social est un déterminant prédominant.
- Les données du SNIIRAM sont des données de consommation et ne reflètent pas forcément les besoins en soin. (23)

Selon une étude de l'IRDES, le recours aux chirurgiens-dentistes est surtout déterminé par les caractéristiques socio-économiques, plus que par l'offre. Ils considèrent que le

taux de recours n'est donc pas dépendant de la dotation en chirurgien-dentiste et a fortiori de l'APL. (50)

2. Le zonage du territoire

Les pouvoirs publics ont mis en place des zonages permettant de qualifier l'offre de soins par profession médicale dans les différents bassins de vie.

À la suite de la convention nationale des chirurgiens-dentistes signée le 16 avril 2012, les zones qui ont au moins un chirurgien-dentiste ont été classées en 5 niveaux de dotation selon leur densité pondérée pour mettre en place un zonage par l'ARS :

- Très sous-dotées 10^{ème} centile de la distribution des densités
- Sous-dotées 20^{ème} centile de la distribution des densités
- Intermédiaire
- Très dotées 80^{ème} centile de la distribution des densités
- Sur-dotées 90^{ème} centile de la distribution des densités

Si la zone étudiée ne possède pas de chirurgien-dentiste et qu'après l'ajout de celui-ci la densité pondérée est celle d'une zone très sous dotée, on intègre le territoire dans la catégorie très sous-dotée. Sinon, le territoire est classé en zone intermédiaire.(51)(52)(53)

Le dernier zonage a été réalisé en 2014, il est présenté dans les cartes de l'outil cartosanté créé par les ARS. (54)

Selon cartosanté, sur 34999 communes et arrondissements, 15,9% sont très sous-dotés, 11,8% sont sous-dotés, 4,8% sont très dotés, 3% sont sur dotés et la majorité soit 64,5% est dans la zone intermédiaire. (Fig.24)

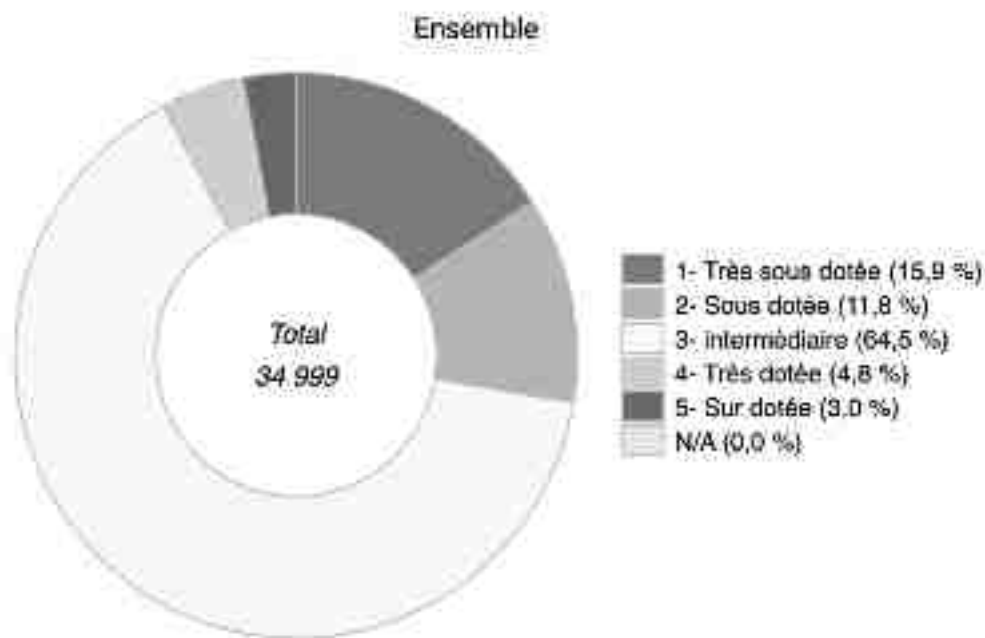


Figure 24: Répartition du zonage de chirurgien-dentiste en France. Source : Cartosanté.

L'inégale répartition des praticiens concerne toute la région Grand Est. Une grande part du territoire est en zone intermédiaire (77,10%), quelques territoires sont en zone sur-dotée (2,67%) et très-dotée (3%) notamment autour des grandes villes telles que Strasbourg, Colmar, Mulhouse, Nancy, Metz, Thionville, Reims, Troyes, Mirecourt, Épinal, Saint-Dizier. (Fig.25) Enfin, on trouve des zones très sous-dotées (8,70%) et sous-dotées (8,4%) dans chacun des départements, certains en possèdent plus que d'autres. On peut classer les départements dans l'ordre décroissant (de celui qui possède le plus de communes classées en zone très sous-dotée et sous-dotée à celui qui en possède le moins) : la Moselle (165 communes et arrondissements municipaux), la Haute-Marne (147), les Ardennes (122), les Vosges (116), la Meuse (109), L'Aube (78), la Meurthe-et-Moselle (63), la Marne (49), le Haut-Rhin (27), le Bas-Rhin (15). (55)

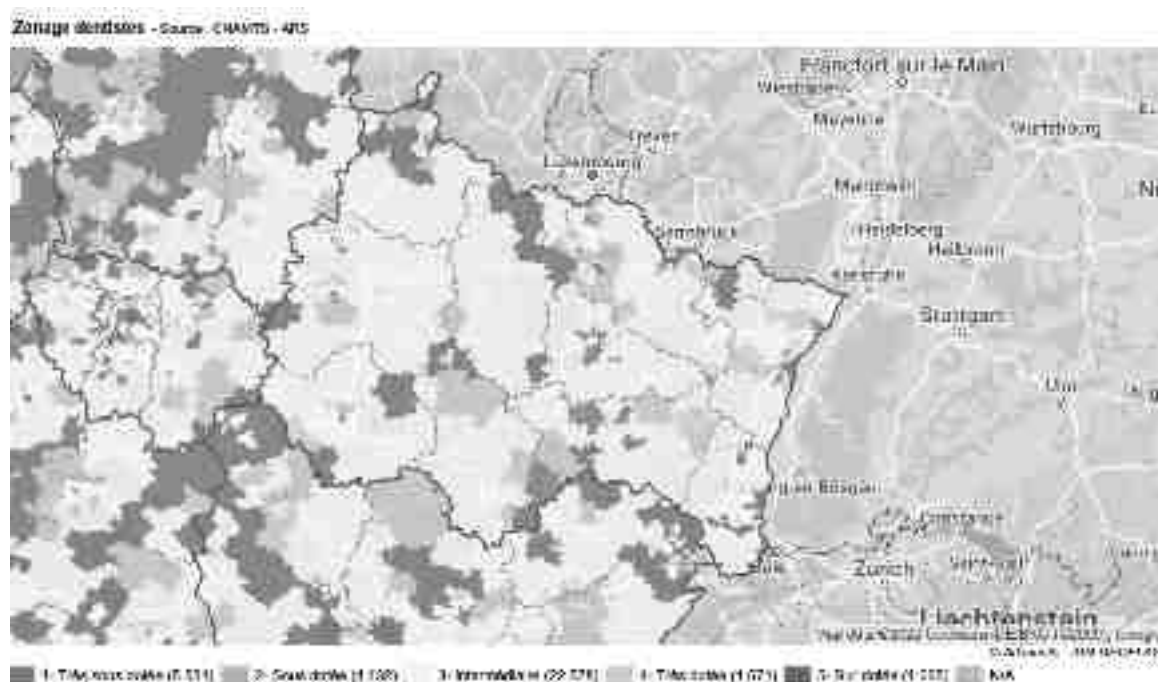


Figure 25: Zonage des chirurgiens-dentistes dans le Grand Est. Source : Cartosanté

3. Conséquences des inégalités territoriales

- Recours aux urgences plus fréquent

Les acteurs régionaux (ARS, URPS) ont établi que dans les zones faiblement dotées en praticiens, le recours aux urgences permet de contourner les impossibilités de prise en charge (tel qu'un rendez-vous trop lointain par exemple). (23)

- **Consommation des soins**

Selon la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), le recours aux soins dentaires en France est inférieur à la moyenne Européenne. (23)

	Pourcentage de personnes ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année
Danemark	85 %
Pays-Bas	80 %
Suède	72 %
Allemagne	71 %
Angleterre	71 %
France	43 %

Source: Council of European Chief Dental Officers, CECD O data sheet 2014.

Tableau 7: Taux de recours aux chirurgiens-dentistes selon le pays. Source : ONDPS

D'autant plus qu'en France, les soins dentaires sont le premier poste de renoncement aux soins et concerne dans 60% des cas un acte prothétique, il suit donc un gradient social des ressources financières. (56)

- Les personnes âgées et en situation de handicap

Les personnes en situation de fragilité sociale renoncent plus aux soins que les autres. (56)

Celles en situation de handicap ont 4 fois plus de risques d'avoir un mauvais état de santé étant enfant et par exemple, 90% d'entre eux ont des problèmes de gencive (contre seulement 35% pour la population générale). Ils sont souvent orientés vers les structures hospitalières en raison du manque de moyens humains et financiers dans le milieu libéral mais également à l'accessibilité plus facile dans les hôpitaux. Même si depuis le 1^{er} janvier 2015, les cabinets dentaires (établissement recevant du public de 5e catégorie) ont pour obligation de rendre leur cabinet accessible aux personnes handicapées. (57)

La situation des personnes âgées en EHPAD est également dégradée pour 75% d'entre eux. La probabilité de recours aux chirurgiens-dentistes est diminuée d'un quart par rapport aux personnes âgées vivant à domicile.(58)

Si de manière générale le recours aux soins est plus compliqué pour ces personnes vulnérables, il l'est d'autant plus dans les régions sous-dotées en praticien et dans les milieux ruraux (étant éloignés des centres hospitaliers).

- Consommation de soin corrélée à la densité

La densité et le nombre moyen de patients par praticien sont inversement corrélés. Dans les régions moins denses, les praticiens ont une activité plus intense et une patientèle plus importante. Cependant, dans les territoires denses, on observe une augmentation du volume d'actes par patient. On peut craindre cette différence de prise en charge sans qu'il soit possible de savoir si dans les zones sous-dotées les patients sont sous-traités ou si ce sont ceux des zones les plus dotées qui sont sur-traités.

- **Influence de l'activité des chirurgiens-dentistes**

- Compensation de la faible activité par des honoraires élevés

Selon la CDF, la carte du niveau des honoraires libres se superpose avec celle de la démographique étant donné que plus les zones sont dotées, plus l'activité est faible car la patientèle moins importante, il est donc nécessaire de compenser par des honoraires libres élevés. Ceci est rendu possible par le niveau socio-économique de la population des grandes villes qui a la capacité de payer le reste à charge et qui a également plus de couverture mutuelle. (23)

B. Mesures de l'État destinées à encourager l'installation dans les déserts médicaux

Le ministère de la santé a mis en place deux « pacte territoire santé », le premier de 2012-2015 et le deuxième de 2015-2017. Tous deux contiennent 10 engagements dont le but est de permettre « l'accès de tous les Français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire National ».

Parmi les actions mises en place grâce au pacte territoire santé, il y a celles destinées à favoriser l'installation des professionnels de santé dans les déserts médicaux (CESP), mais également la création d'un « référent installation » dans chaque région ainsi que l'ouverture du PAPS (portail d'accompagnement des professionnels de santé) pour aider les professionnels de santé à bien choisir leur lieu d'installation, ou encore la volonté de développer le travail en équipe notamment à travers l'ouverture de MSP (Maison de santé pluriprofessionnelles). (59)(60)

1. CESP

→ Définition

Le CESP (Contrat d'Engagement de Service Public), a été créé par la loi HPST « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » du 29 juillet 2009 et réformé par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) du 24 juillet 2019, d'abord pour les étudiants en médecine, il a été ouvert aux étudiants en odontologie dès la rentrée universitaire de 2013. Aujourd'hui, il concerne :

- Les étudiants de 2ème cycle des études de médecine et d'odontologie
- Les étudiants de 3ème cycle des études de médecine et d'odontologie
- Les praticiens à diplôme étranger hors Union européenne autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine ou en odontologie.

Les étudiants bénéficiaires du CESP perçoivent une bourse de 1200 euros brut par mois jusqu'à la soutenance de la thèse, en contrepartie, ils s'engagent à exercer dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et de pratiquer les tarifs fixés par la convention avec la sécurité sociale pendant un temps égal à celui du versement de l'allocation.

L'étudiant peut s'engager durant tout son cursus ou non mais un minimum de 2 ans d'engagement sont requis. Le mode d'exercice est libre (salarié, libéral, remplaçant, cabinet ou MSP...) et l'étudiant bénéficie d'un accompagnement durant sa formation et au moment de son installation par un référent installation de l'ARS.

Ce dispositif revêt donc d'une dimension sociale par l'aide au financement des études et d'une dimension citoyenne puisqu'il participe à développer l'exercice des médecins ou chirurgiens-dentistes dans les territoires sous-dense. (61)(62)



Figure 26: Brochure aux couleurs du CESP. Source : ministère de la Santé et de la prévention.

→ Combien de contrats sont distribués ?

Chaque année depuis sa mise en place en 2010, le nombre de contrat proposé augmente. (Fig.27) L'un des objectifs du « Pacte territoire santé » était de promouvoir les contrats d'engagement au service public en augmentant le nombre de CESP signés chaque année. Entre 2010 et 2021, 4122 contrats ont été signés dont 815 étudiants en odontologie. 52



Figure 27: Évolution cumulée du nombre de CESP signé de 2011 à 2021. Source : Solidarité-santé, ministère de la Solidarité et de la prévention.

Pour chaque année universitaire, un arrêté signé par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'enseignement supérieur détermine le nombre d'étudiants qui peuvent signer un contrat d'engagement de service public. L'arrêté du 21 avril 2022 a fixé le nombre de contrat CESP en odontologie pour l'année 2021-2022, il était au nombre de 168 au niveau national (35 dans le Grand Est) réparti de la manière suivante :

- 132 pour les étudiants de 2ème cycle d'odontologie (22 dans le Grand Est)
- 30 pour les étudiants de 3ème cycle d'odontologie (10 dans le Grand Est)
- 6 pour les praticiens à diplôme hors union européenne d'odontologie. (3 dans le Grand Est) (63)

L'évolution du nombre de CESP offert par an varie d'une région à l'autre. Cinq régions se partagent un peu plus de la moitié des CESP en cours (58,3 %), il s'agit de l'Ile-de-France (17,3 %), le Grand Est (12,3 %), l'Auvergne-Rhône-Alpes (11,3 %), la Nouvelle-Aquitaine (9,0 %) et les Hauts-de-France (8,4 %). Pour les CESP en odontologie, la région Grand Est se démarque, avec 26,3 % des contrats offerts. (Fig.28)

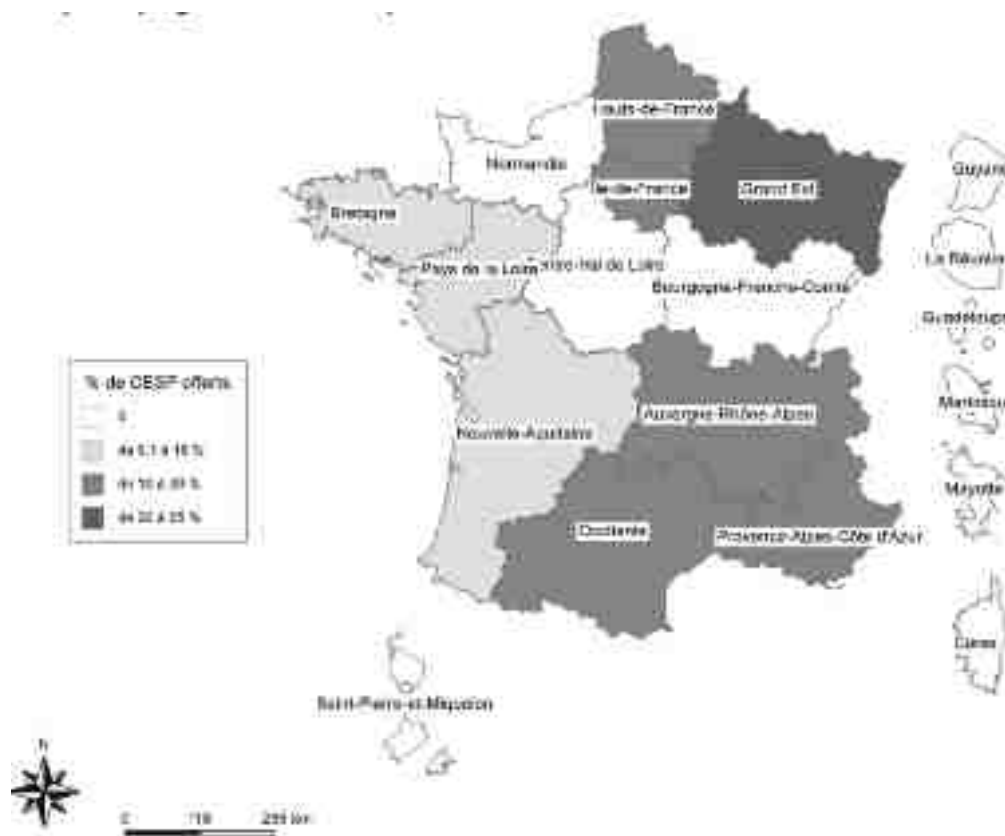


Figure 28: Répartition régionale des CESP offerts en odontologie (campagne 2019-2020). Source : CNG (centre national de gestion).

La première année (en 2013), 85 contrats ont été proposés aux étudiants en odontologie, ce nombre atteint son maximum en 2018 (152) mais la tendance s'inverse en 2019 et ce nombre diminue de moitié (75). La baisse de la part de CESP signés par rapport aux postes offerts est significative, en 2019 -2020 cette part n'est que de 43, 2 % en odontologie. (64) (Fig.29)

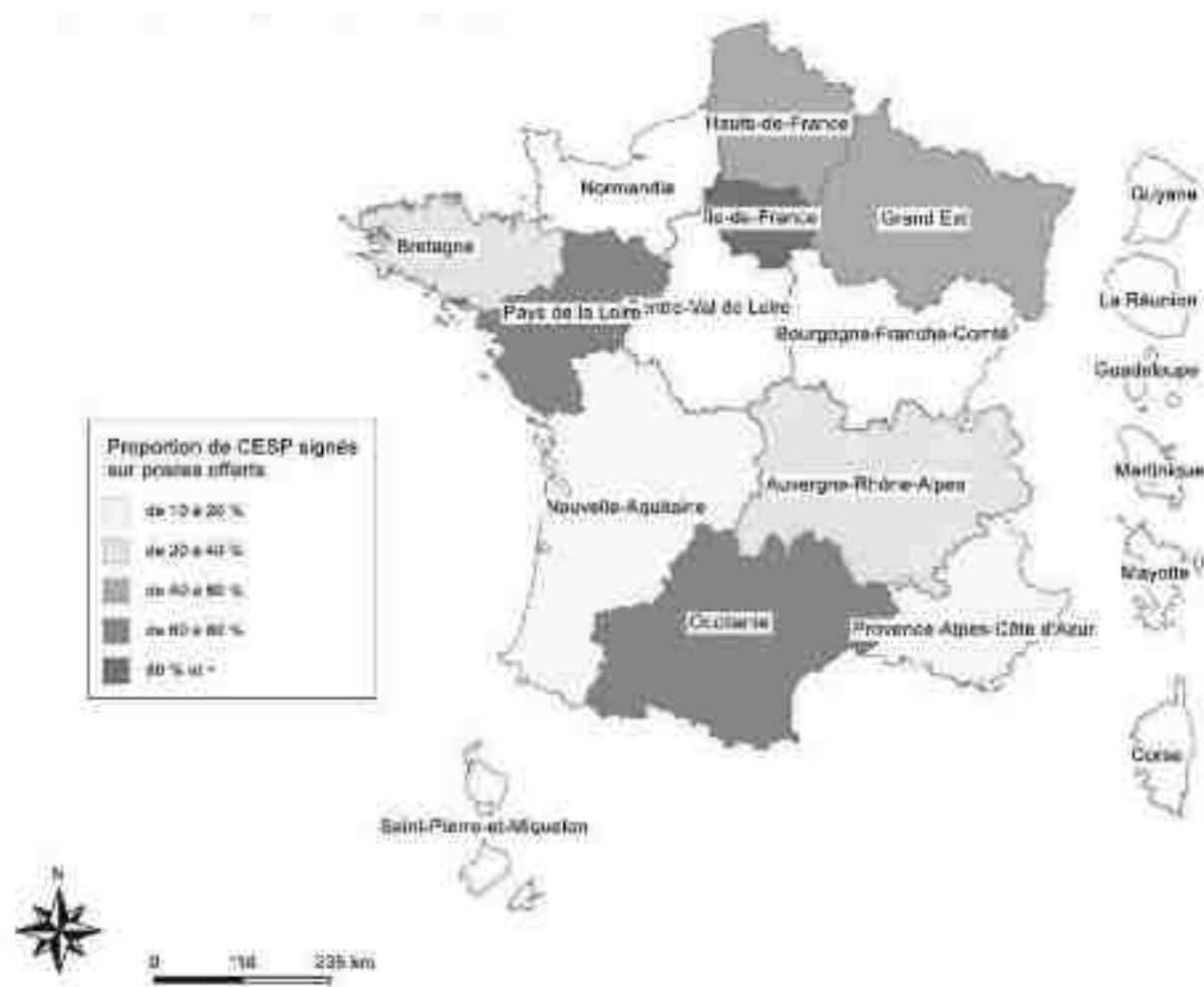


Figure 29: Proportion de CESP signés sur le nombre de postes offerts en odontologie par région. (Campagne 2019-2020) Source : CNG

→ Comment sont sélectionnés les étudiants

Chaque étudiant postule dans son UFR et dépose un dossier contenant :

- Le formulaire type pour les dépôts de candidature (65)
- La copie de la pièce d'identité
- Une lettre de motivation décrivant le projet professionnel (mode et lieu d'exercice envisagé)
- Les relevés de notes des deux années précédentes (pour les internes, une déclaration établissant leur rang au classement des épreuves nationales)

Les candidatures sont examinées et classées par ordre de mérite sur une liste principale et une complémentaire en fonction du nombre de contrats offerts. La

commission de sélection est composée du directeur de l'UFR, du directeur de l'ARS, du président du conseil régional de l'ordre de médecine ou de chirurgie-dentaire, du président de l'URPS (Union régional des professionnels de santé), d'un directeur d'un établissement public de santé de la région et de représentants d'étudiants.

Les dossiers des candidats retenus sont envoyés au CNG (Centre National de Gestion) qui prendra contact avec les étudiants sélectionnés afin de leur envoyer le contrat et de procéder au paiement de l'allocation. (66)(67)



Figure 30: Planning indicatif de la procédure CESP sur une année universitaire. Source : Solidarité-santé, ministère de la Solidarité et de la prévention.

→ Quels sont les futurs lieux d'exercice ?

Lors de la constitution du dossier, l'étudiant doit établir un projet professionnel avec le futur mode et lieu d'exercice envisagé (de préférence dans la région d'étude). Ce projet peut évoluer et l'étudiant peut changer son futur lieu d'exercice. Le lieu d'exercice est choisi au sein d'une liste nationale présente sur le site du CNG, elle est établie et actualisée par les ARS. (68)

Durant toute sa formation, l'ARS (Agence Régionale de Santé) est censée assurer un accompagnement personnalisé de l'étudiant et notamment lors de la dernière année afin de l'aider à préparer sa future installation. (69)

La mise en place de ce contrat étant assez récente, il n'existe pas encore d'étude démontrant son efficacité et son impact en odontologie.(70)

2. Exonérations et réductions d'impôts

Ces mesures d'exonération d'impôts étaient possibles dans le cas d'une installation en ZRR, ZFU ou zone AFR avant le 30 décembre 2020, mais cela a été prolongé jusqu'au 30 décembre 2023.

→ ZRR : Zone de revitalisation rurale

Créées par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995, les zones de revitalisation rurale (ZRR) regroupent à l'échelle nationale un ensemble de communes reconnues comme fragiles sur le plan socio-économique (notamment une faible densité démographique, un déclin de la population active ou une forte proportion d'emplois agricoles). La liste des communes classées en ZRR est définie par les arrêtés du 16 mars 2017 et du 22 février 2018.

En s'installant en ZRR avant le 31 décembre 2023, un chirurgien-dentiste pourrait bénéficier d'exonération d'impôts et de charges sociales :

- exonération de l'impôt sur le bénéfice total pendant 5 ans puis dégressive les 3 années suivantes
- exonération des cotisations patronales sociales d'assurances et d'allocation familiale pour tous les salariés pendant 12 mois et jusqu'à une fois et demie le smic. (71)

→ ZFU-TE : Zones Franches urbaines- territoires entrepreneur

Les zones franches urbaines sont des quartiers de plus de 10 000 habitants, situés dans des périmètres géographiques sensibles et défavorisés. Il en existe une centaine sur le territoire français. En s'installant en ZFU-TE avant le 31 décembre 2023, un chirurgien-dentiste peut prétendre à une exonération d'impôts pendant 5 ans. (72)

→ Zone AFR : zones d'aide à finalité régionale

Les zones d'aide à finalité régionale correspondent aux territoires de l'Union européenne présentant des retards de développement. Le zonage des aides à finalité régionale est fixé par décret. En s'installant en zone AFR avant le 31 décembre 2023, un chirurgien-dentiste pourrait bénéficier :

- D'exonération d'impôt sur les bénéfices, totale pendant 2 ans et partielle les 3 années suivantes
- D'exonération des cotisations foncières des entreprises (CFE) totale ou partielle pendant 5 ans

Ceci n'est pas cumulable avec le dispositif d'exonérations d'impôts en ZFU. (73)

Ces mesures sont soumises à variation étant donné que la France est l'un des pays les plus instables en termes de fiscalité.

3. Les contrats incitatifs de l'Assurance maladie

La convention nationale des chirurgiens-dentistes d'août 2018 met en place 2 contrats destinés aux chirurgiens-dentistes libéraux installés dans des zones très sous-dotées afin d'améliorer l'accès aux soins dentaires pour tous sur l'ensemble du territoire. Ces contrats démographiques ne sont pas cumulables entre eux. (74)

→ CAICD : Le contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes

A compter de la signature du contrat, un chirurgien-dentiste souhaitant s'installer dans une zone très sous-dotée bénéficie d'une aide financière versée en une seule fois. Elle s'élève à 25 000 euros et peut être majorée par l'ARS (pour 20% de ces zones) à 30 000 euros. Le chirurgien-dentiste doit être titulaire du cabinet et avoir une activité libérale conventionnée.

En contrepartie, le chirurgien-dentiste s'engage pendant 5 ans et doit remplir les conditions afin de pouvoir percevoir le forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet (comme atteindre un taux de feuille de soin électronique supérieur ou égal à 70%).

Le CAICD vient remplacer le CICD (contrat incitatif chirurgien-dentiste) de la précédente convention qui s'élevait à 15 000 d'aide versée en une seule fois.

→ CAMCD : Le contrat d'aide au maintien des chirurgiens-dentistes

Ce contrat concerne les praticiens déjà installés dans des zones très sous-dotées et qui y exercent une activité libérale conventionnée. Contrairement au CAICD elle peut être versée au titulaire du cabinet mais également au collaborateur. Son but est de

limiter les contraintes financières et de permettre aux praticiens de réaliser des investissements et de se former.

L'aide forfaitaire de 3 000 euros est versée tous les ans pendant 3 ans.(75)

4. Favoriser l'exercice coordonné de soin

De plus en plus de jeunes praticiens souhaitent travailler en groupe, les différents dispositifs d'exercice coordonné tels que les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les centres de santé (CdS) ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) favorisent l'attractivité du territoire pour les futurs praticiens et améliorent l'accessibilité aux soins pour les patients.

Un des objectifs du pacte territoire santé de 2015-2017 adopté par l'État était de promouvoir la création de 1200 maisons de santé d'ici 2017 et la stratégie nationale de santé « ma santé 2022 » présentée en septembre 2018 a permis le déploiement de 1000 CPTS à l'horizon 2022. En juin 2021, 1889 maisons en fonctionnement, 366 maisons en projets et 2200 centres de santé (dont 455 pluriprofessionnels) étaient recensés. (76)(77)

L'ARS Grand Est a constitué le PRS 2018-2028 (Projet régional de santé) afin de décliner le Plan National d'Accès aux Soins (PNAS) 2018-2022 au niveau régional. Par ce dispositif, la Région Grand Est décide de lutter contre les disparités territoriales et les inégalités d'accès aux soins, de façon à proposer une offre de santé de qualité pour tous et contribuer à redynamiser certains territoires fragiles. (78)

Les financements de l'ARS et l'Assurance Maladie visant à favoriser la création et le fonctionnement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), ou encore des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi déployés et ont permis l'ouverture de 171 MSP et de 50 CPTS dans le Grand Est.

→ Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)

Une maison de santé est une personne morale (association ou société) constituée de professionnels médicaux (au moins deux médecins généralistes et un autre professionnel de santé, comme un chirurgien-dentiste), para médicaux (comme un kinésithérapeute, un infirmier libéral ou un podologue par exemple) et éventuellement d'un pharmacien. Elle assure une activité de soins sans hébergement, une

coordination des soins, une meilleure accessibilité et participe à des actions de santé publique (prévention et éducation à la santé) dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent. Ce projet est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Les professionnels ont un mode d'exercice libéral. (79) (73)

→ **Les centre de santé (CdS)**

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Le projet de santé est obligatoire. Les centres de santé sont soit mono-professionnels, soit pluriprofessionnels et ils sont tenus de pratiquer le tiers payant. Les professionnels de santé ont un mode d'exercice salarié. (80)(81)

→ **Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**

Les CPTS regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes et offrir une meilleure prise en charge à leurs patients. Les CPTS sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner. (82)

5. Aides locales

5.1 Aide de l'ARS

→ **Des aides au transport et à l'hébergement**

Pour faciliter la réalisation des stages (cabinet de ville, maisons ou centres de santé), situés dans des zones éloignées du lieu de formation et/ou du domicile des stagiaires, l'ARS Grand Est accorde deux aides aux étudiants et internes :

- Indemnité de transport : 130 euros brut par mois si l'étudiant ou l'interne réalise un stage à plus de 15 km du CHU et du domicile

- Indemnité d'hébergement : 200 euros brut par mois pour les internes si le lieu du stage est dans une zone sous-dense à plus de 30 km du CHU et du domicile.
(83)

→ Le FIR : Fonds d'intervention régional

Le Fonds d'intervention régional (FIR), levier financier de l'ARS au service de la stratégie régionale de santé, permet de soutenir des actions contribuant à la transformation du système de santé comme le fait de financer les frais engendrés par l'exercice coordonné (MSP, CdS, CPTS...). (84)

Toute demande de subvention doit faire l'objet d'une lettre d'intention antérieure à la date de démarrage de l'opération (minimum 3 mois avant le début du projet). La demande sera évaluée par un comité de sélection constitué d'élus régionaux et les projets d'investissement feront l'objet d'un diagnostic territorial préalable pour justifier l'intérêt et la valeur ajoutée de ces projets de santé.

L'aide apportée par l'ARS peut être de fonctionnement (diagnostic local, accompagnement à la réalisation de projets, coordination et mise en réseau des acteurs, frais de communication, frais de déplacement...) ou d'investissement (la construction ou l'extension du bâtiment, l'acquisition de matériel informatique ou médical, aménagement de lieu de rencontre...)

L'aide de la Région Grand Est est de maximum 50% des dépenses éligibles. S'agissant de l'aide au fonctionnement, elle est ponctuelle et constitue une aide au démarrage de maximum 50 000 euros. Concernant l'aide à l'investissement, elle peut atteindre :

- Pour les MSP, CdS : 100 000 euros pour les travaux si les porteurs sont publics, 75 000 euros si les porteurs sont privés (Une bonification de 20 000 euros peut être accordé dans les zones prioritaires établis par l'ARS)
- Pour les cabinets de professionnels de santé conventionnés par l'Assurance maladie et exerçant dans des zones prioritaires définis par l'ARS : 50 000 euros pour les travaux
- Pour l'équipement des structures éligibles en matériel médical : 15 000 euros
(85)(86)

5.2 Aide des collectivités territoriales (communes et conseils départementaux)

Les communes et départements bénéficient d'une compétence subsidiaire, pour décider d'octroyer des aides directes et indirectes, c'est l'article L.511-8 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 du CGCT, qui dotent les collectivités – régions, départements, communes et intercommunalités – de plusieurs outils financiers destinés à pallier la pénurie de professionnels de santé sur leur territoire. (87)

Ces aides, diversifiées, peuvent consister en :

- Une prise en charge, en tout ou partie, des frais de fonctionnement ou d'investissements liés à l'activité de soin
- Une mise à disposition de locaux destinés à cette activité ;
- Une mise à disposition d'un logement pour les professionnels de santé libéraux ou le versement à ces derniers soit d'une prime d'installation, soit d'une prime forfaitaire (l'obtention de ces aides est subordonnée à l'engagement d'exercice effectif du professionnel de santé (ou du centre de santé) pendant une période minimale de trois ans.)
- Une exonération de l'impôt sur le revenu à hauteur de soixante jours de permanence par an. La durée de cette exonération ne peut être inférieure à deux ans ni supérieure à cinq ans. (88)

A cette fin, des conventions sont passées entre les collectivités et groupements qui attribuent l'aide et les professionnels de santé intéressés. Les conventions signées sont transmises par les collectivités et groupements concernés aux agences régionales de santé.

III. Étude

A. Objectifs de l'étude

1. Objectif primaire

Les politiques publiques se concentrent depuis plusieurs années à rétablir une égalité d'accès aux soins bucco-dentaires sur le territoire Français. L'inégalité de répartition des chirurgiens-dentistes est de plus en plus marquée, elle l'est à l'échelle nationale et à fortiori à l'échelle régionale dans le Grand Est. L'objectif de cette étude est de comparer les modes d'exercice des chirurgiens-dentistes en fonction de leur zone d'installation. Nous souhaitons démontrer s'il y a une différence significative entre ceux exerçant en zone sous-dotées/très sous-dotées et ceux exerçant dans les zones sur-dotées.

2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire de cette étude est de mettre en lumière, s'il y en a, les difficultés que rencontrent les chirurgiens-dentistes au quotidien qu'ils exercent dans une zone ou une autre.

B. Matériels et méthodes

1. Schéma d'étude

L'étude correspond à une étude transversale observationnelle réalisée par le biais d'un questionnaire comportant des questions qualitatives et quantitatives.

2. Le questionnaire

L'enquête se présente sous la forme d'un questionnaire en ligne réalisé par le biais de « google form » contenant 21 questions, certaines à « réponses courtes » à rédiger et d'autres « réponses à cocher » (choix unique ou multiple). Le questionnaire est anonyme mais il est possible pour ceux qui le souhaitent de notifier leur adresse électronique afin d'être informé des résultats de l'étude.

Le questionnaire est divisé en plusieurs parties. Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés au lieu, au mode d'exercice et à l'organisation de travail des

praticiens (nombre de jour par semaine, heures supplémentaires, amplitude hebdomadaire). Dans un second temps, nous avons voulu étudier la nature des actes effectués, les relations avec les spécialistes et le prothésiste et enfin évaluer le stress au travail. Pour finir, nous nous sommes intéressés à la gestion des urgences et des nouveaux patients. Le questionnaire complet se trouve en annexe.

Avant sa distribution, nous avons publié le lien du questionnaire sur un groupe spécialisé de dentiste sur le réseau social Facebook intitulé « Dentistes de France » en novembre 2021. Cela a permis de récolter quelques réponses afin de s'assurer que le questionnaire était compréhensible. 14 des réponses obtenues ne seront pas exploitables étant donné que la ville d'exercice ne faisait pas partie des zones sous ou sur dotées du Grand Est.

Nous avons reçu un retour d'un dentiste qui relevait le fait qu'il n'y avait pas la présence de la catégorie « titulaire » dans la question concernant le mode d'exercice mais qu'il y avait seulement la possibilité de cocher « collaborateur en exercice libéral ». Nous avons donc corrigé cette imprécision avant sa version définitive.

3. Mode de diffusion

Nous avons décidé d'envoyer le questionnaire par courriel aux chirurgiens-dentistes concernés car cette méthode est plus rapide, plus écologique et plus simple étant donné que le questionnaire est en ligne. La population visée a été sélectionnée en fonction de la commune d'exercice.

Une liste des praticiens exerçant dans les communes sous-dotées, très sous-dotées, sur-dotées et très sur-dotées du Grand-Est a été faite à partir des annuaires de praticien (ONCD, annuairedentaire.fr ...) et du site cartosanté.fr. Ils ont ensuite été contactés chacun leur tour par téléphone afin d'obtenir leurs adresses électroniques et leurs autorisations d'envoyer un courriel. Nous avons récolté 375 adresses électroniques en zone sur-dotée/très sur-dotée et 73 adresses électroniques en zone sous-dotée/très sous-dotée.

Enfin, un courriel leur a été transmis avec l'explication de l'étude et le lien du questionnaire à remplir en ligne. Le questionnaire définitif a donc été distribué entre septembre 2022 et avril 2023.

4. Recueil des données

Les données statistiques ont été recueillies par le biais de la plateforme Google Form dans la rubrique « réponses », le tableau a pu être ouvert dans le logiciel « Sheets ». Les tests statistiques de Fisher et Chi 2 ont été réalisés grâce au logiciel Xlstat et au site biostaTGV après la réalisation de tableaux croisés afin d'évaluer s'il existe un lien significatif entre deux variables qualitatives. Le test t de Student a été réalisé pour comparer deux variables quantitatives.

Afin de faciliter la lecture des résultats, le groupe « sous-doté » regroupe les zones sous-dotées et très sous-dotée et le groupe « sur-doté » regroupe les zones sur-dotées et très sur-dotées.

C. Résultats

1. Taux de participation

Le questionnaire a été distribué à 448 personnes ; 73 praticiens en zone sous-dotée et 375 en zone sur-dotée. Le site surveymonkey.com nous a permis de calculer un nombre minimum de réponse avec un niveau de confiance à 95% et une marge d'erreur de 5%, il était de 313 réponses.

Un total de 332 réponses a été obtenu après 3 relances par courriel, notre nombre de réponses est donc suffisant pour un niveau de confiance à 95%. Parmi elles, 14 réponses n'ont pas été exploitées car le lieu d'exercice ne correspondait pas à une zone sous-dotée ou sur-dotée du Grand Est. Notre étude se base donc sur 44 réponses en zone sous-dotée et 274 réponses en zone sur-dotée.

2. Analyse des résultats en zone sous-dotée ou très sous-dotée

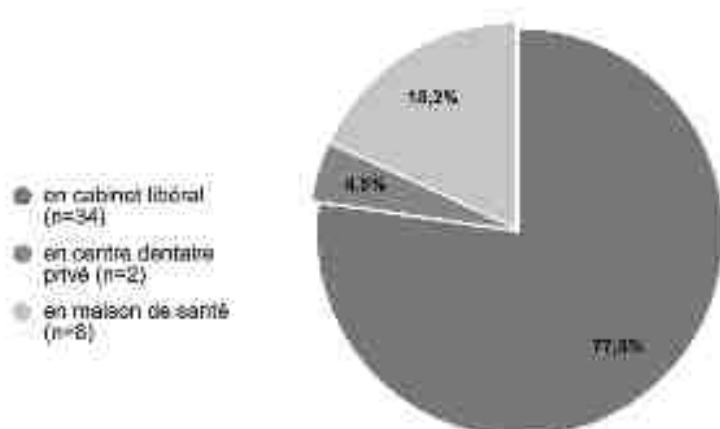
1) Quel est votre mode d'exercice ?



34,1% des praticiens en zone sous-dotées exercent dans un cabinet libéral et sont seuls, c'est la part la plus importante. Cependant, la majorité (63,6%) est en exercice de groupe, qu'ils soient « titulaire en exercice de groupe » (31,8%), « collaborateur libéral » (6,8%) ou « associé » (25%).

Une seule personne a répondu être « collaborateur ou en exercice salarié » ce qui est une part très faible. La grande majorité (97,7%) a donc un exercice libéral.

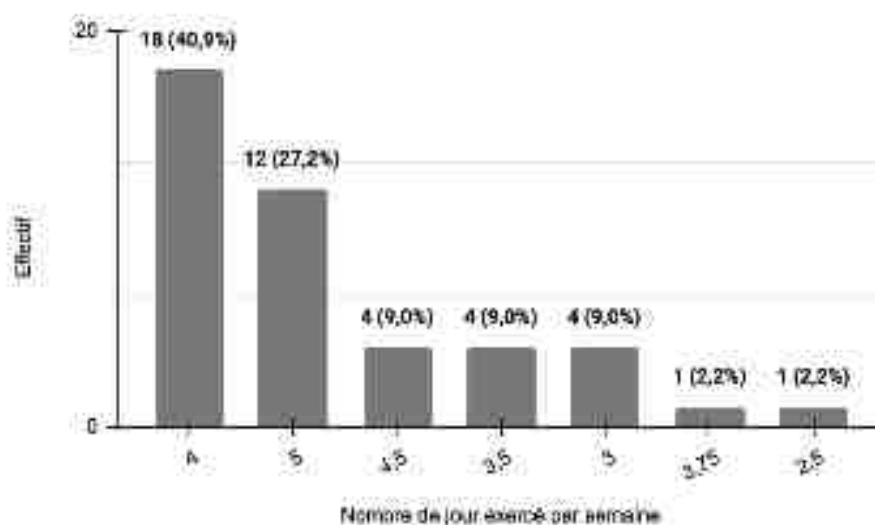
2) Vous exercez : en maison de santé/en centre mutualiste/en centre dentaire privé/ en cabinet libéral/ à l'hôpital ?



La grande majorité des chirurgiens-dentistes en zone sous-dotée ayant répondu au questionnaire exerce en cabinet libéral (77,3%). Le reste est partagé entre les maisons de santé (18,2%) et les centres dentaires privés (4,5%).

Aucun n'a répondu exercer dans des centres mutualistes ou à l'hôpital.

3) Combien de jour par semaine exercez-vous ?

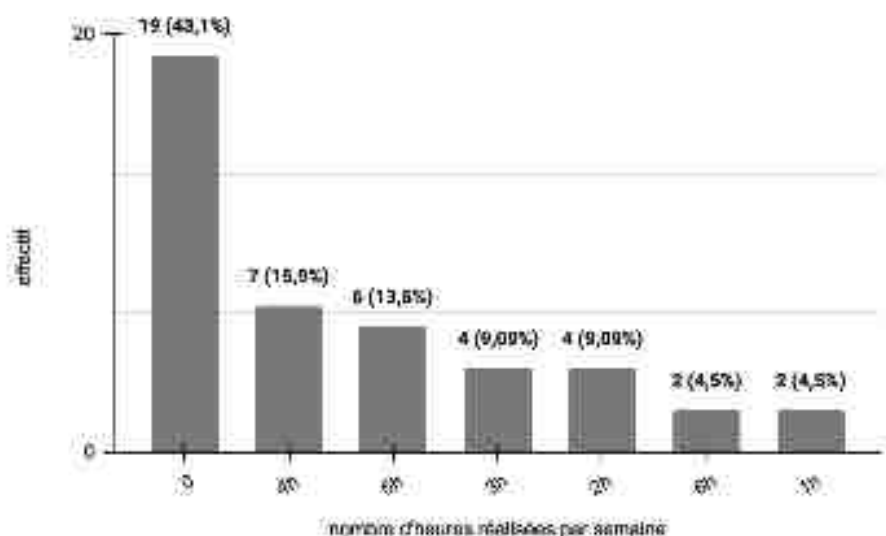


Un peu moins de la moitié des participants (40,9%) a déclaré exercer « 4 jours » par semaine et un peu plus d'un quart (27,2%) exercent quant à eux « 5 jours » par semaine soit à temps complet. Le reste des réponses est partagé entre « 3 jours » (9%), « 3,5 jours » (9%) et « 4,5 jours » (9%) par semaine.

Seulement 1 personne a déclaré exercer 2,5 jours et 1 personne 3,75 jours.

La moyenne en zone sous-dotée est de 4,1 jours par semaine.

4) Vous arrive-t-il de faire des heures supplémentaires ? Si oui, combien d'heures par semaine en moyenne ?



Un peu moins de la moitié des praticiens a répondu ne pas faire d'heures supplémentaires (43,1%). Cela représente la part de réponses la plus importante.

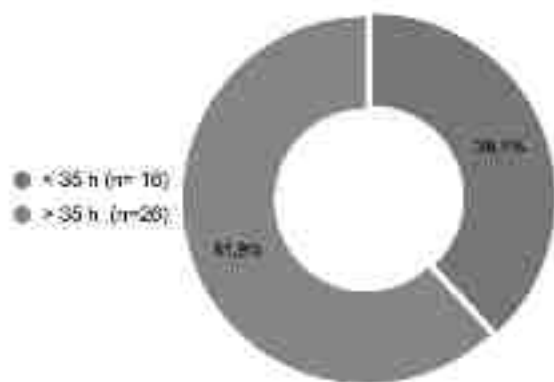
Parmi ceux qui font des heures supplémentaires, les réponses varient d'1 heure par semaine à 6 heures par semaine.

Les réponses les plus mentionnées sont « 4 heures » (cela concerne 15,9%) et « 5 heures » (13,6%).

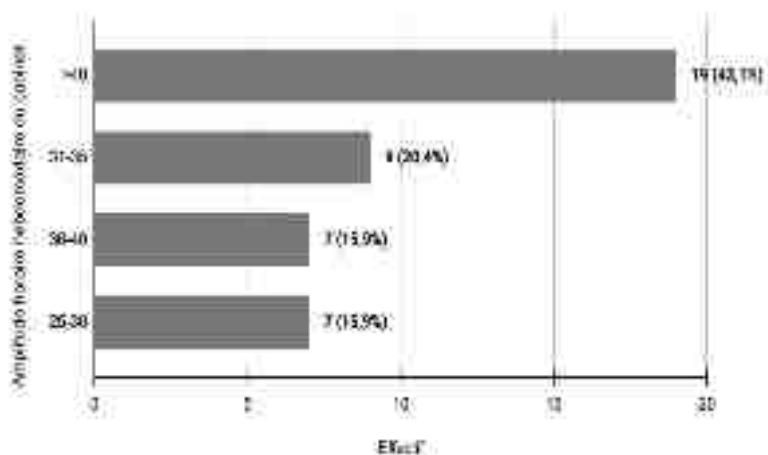
La part des réponses « 3 heures » et « 2 heures » est de 9% chacune. Les deux réponses extrêmes ; « 1 heure » et « 6 heures » ont quant à elles une part de 4,5% chacune (soit seulement 2 personnes).

La moyenne des heures supplémentaires en zone sous-dotée est 1,9 heures.

5) Quelle est l'amplitude horaire hebdomadaire d'ouverture du cabinet ?



Les réponses récoltées étaient sous forme de réponse libre. Nous avons donc reçu énormément de réponses différentes allant de 25 à 56 heures. De manière globale dans un premier temps, nous pouvons dire que la majorité (61,9%) des amplitudes hebdomadaires des cabinets en zone sous-doté est supérieure à 35 heures par semaine.



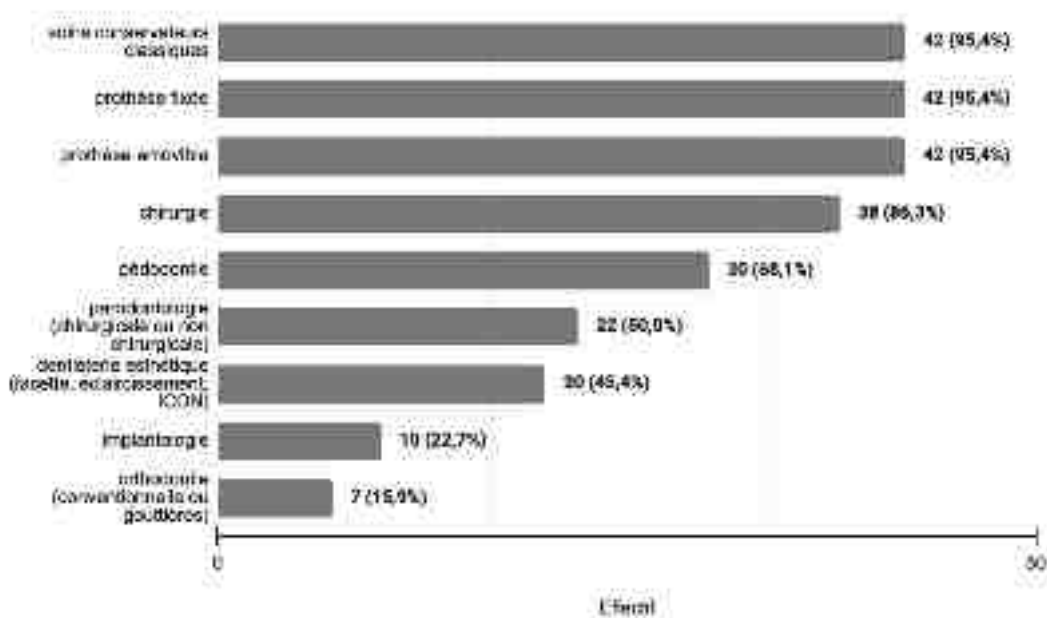
Plus précisément, on peut voir que la plus grande part de réponses (un peu moins de la moitié soit 43,1%) concerne des amplitudes horaires supérieures à 40 heures par semaine.

Puis 20,4% ont déclaré que l'amplitude d'ouverture du cabinet se trouvait entre 31 heures et 35 heures, 15,9% entre 36 et 40 heures et enfin 15,9% entre 25 et 30 heures ce qui représente la part la moins importante.

La moyenne des amplitudes horaires hebdomadaires est de 39,86 heures par semaine en zone sous-dotée

2 personnes n'ont pas répondu à cette question.

6) Nature des actes effectués régulièrement dans votre cabinet



Cette question était à choix multiple, les praticiens ont donc pu cocher plusieurs disciplines.

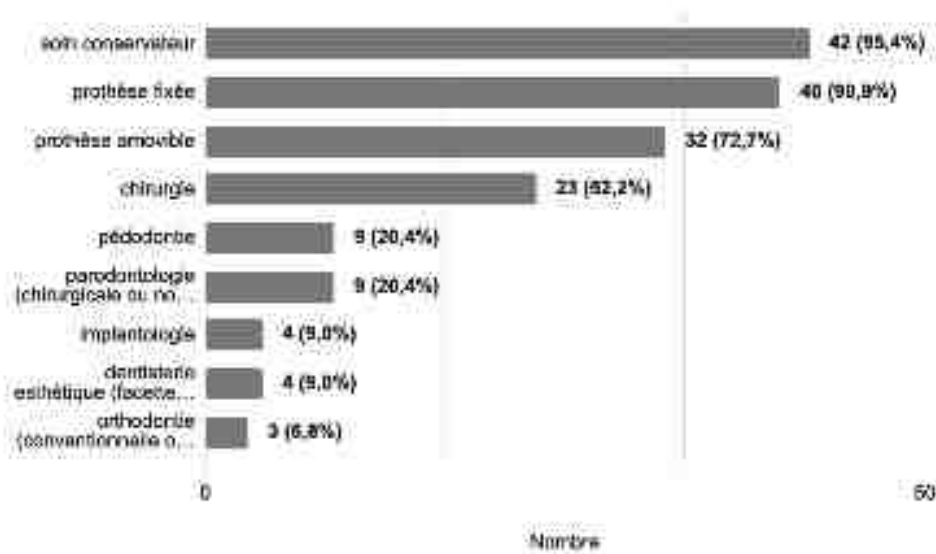
Les disciplines qui reviennent le plus souvent sont « soins conservateurs classiques », « prothèses fixée », « prothèse amovible » qui ont chacune été mentionnées chez 95,4% des praticiens, ainsi que « chirurgie » qui a été mentionnée chez 86,3% des praticiens.

De plus, la majorité soit 68,1% des praticiens ont déclaré effectuer de la « pédodontie ».

La moitié (50%) effectue de la « parodontologie (chirurgicale ou non) » et un peu moins de la moitié (45,4%) effectue de la « dentisterie esthétique (facette, éclaircissement, ICON).

Moins d'un quart des praticiens en zone sous-dotée (22,7%) effectuent de l'implantologie et seulement 15,9% de l'orthodontie (conventionnelle ou gouttières).

7) Les 4 disciplines que vous estimez faire le plus souvent ?



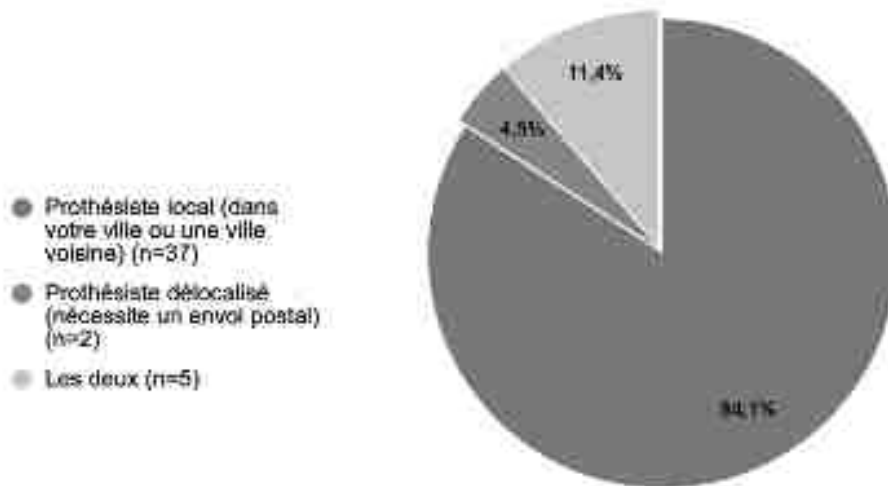
Les praticiens ont dû choisir 4 disciplines qu'ils estiment effectuer le plus souvent.

Les 4 disciplines mentionnées le plus souvent par les praticiens en zone sous-dotée sont dans l'ordre « soins conservateurs » (95,4%), « prothèse fixée » (90,9%), « prothèse amovible » (72,7%) et « chirurgie » (52,2%).

Les autres disciplines ont toutes été mentionnées au moins une fois. Moins d'un quart des praticiens (20,4%) estiment que la pédodontie et la parodontologie font partie des 4 disciplines qu'ils effectuent le plus souvent.

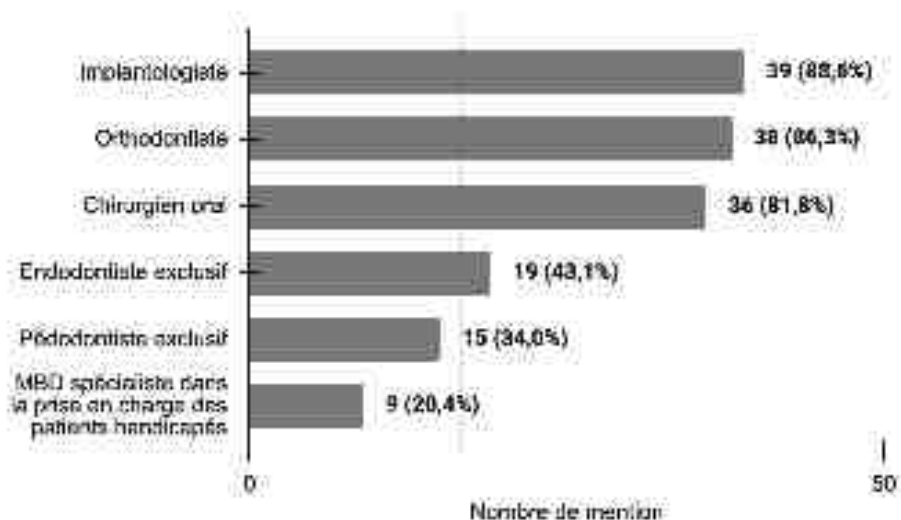
9% ont choisi l'implantologie, 9% la dentisterie esthétique et 6,8% l'orthodontie comme faisant partie des 4 disciplines les plus pratiquées au cabinet.

8) Prothésiste local ou délocalisé ?



L'écrasante majorité des praticiens en zone sous-dotée (84,1%) déclarent travailler avec un prothésiste local. Seuls 4,5% des praticiens travaillent avec un prothésiste délocalisé qui nécessite un envoi postal. Enfin, 11,4% ont déclaré travailler avec deux prothésistes différents, un local et un délocalisé.

9) Possibilité d'adresser vos patients à quels correspondants spécialistes ?



Nous avons interrogé les praticiens afin de savoir quels étaient les spécialistes disponibles à proximité afin d'adresser les patients en cas de besoin. Les questions étaient à choix multiple.

Les spécialités qui sont revenues le plus souvent sont « implantologiste », « orthodontiste » et « chirurgien oral » qui représentent respectivement 88,6%, 86,3% et 81,8%.

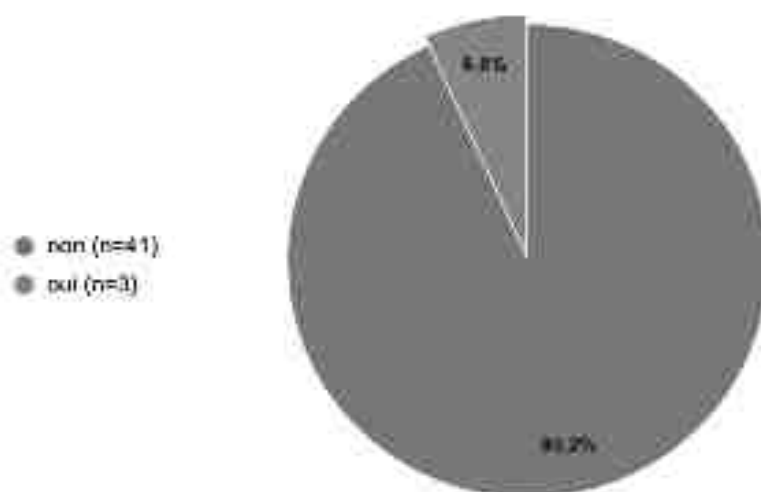
43,1% ont sélectionné « endodontiste exclusif », ce qui fait que plus de la moitié des praticiens n'ont pas la possibilité d'adresser leur patient chez un endodontiste.

Seul un tiers des praticiens (34%) ont la possibilité d'adresser leur patient chez un pédodontiste exclusif.

Moins d'un quart (20,4%) ont un MBD spécialiste dans la prise en charge des patients handicapés à proximité.

1 personne n'a pas répondu à cette question.

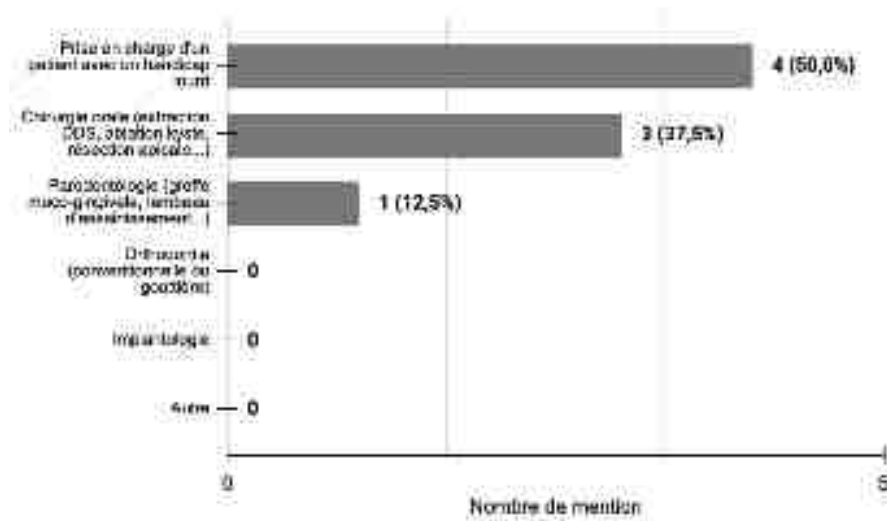
10) Êtes-vous souvent confronté au fait de devoir réaliser des actes spécifiques car vous ne trouviez pas de correspondant assez rapidement ?



La grande majorité des praticiens en zone sous-dotée (93,2%) n'est pas souvent confrontée au fait de devoir réaliser des actes spécifiques car ils ne trouvent pas de spécialiste assez rapidement. Seuls 6,8% (soit 3 personnes) ont répondu « oui » à cette question.

On peut en conclure qu'il n'y a pas de difficulté à adresser les patients aux spécialistes.

11) Quels actes spécifiques qui ne font pas partie de votre pratique habituelle sont réalisés dans ce cas ?

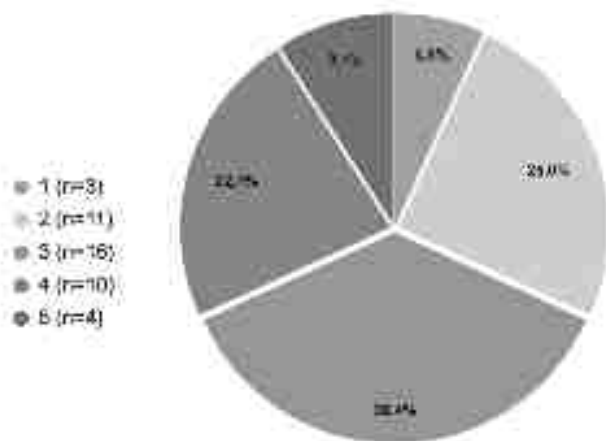


5 personnes ont déclaré avoir à faire certains actes car ils ne trouvent pas de spécialistes assez rapidement.

Parmi elles, 4 personnes ont mentionné avoir dû prendre en charge un patient avec un handicap lourd (50%) car ils ne trouvaient pas de MBD spécialiste à proximité. 3 personnes ont effectué des actes de chirurgie orale (extraction DDS, ablation de kyste, résection apicale) (37,5%) car ils ne trouvaient pas de chirurgien oral assez rapidement. Enfin, seulement 1 personne (12,5%) a dû réaliser des actes spécifiques de parodontologie (greffe muco-gingival, lambeau d'assainissement...).

Personne n'a dû réaliser des actes d'orthodontie ou d'implantologie.

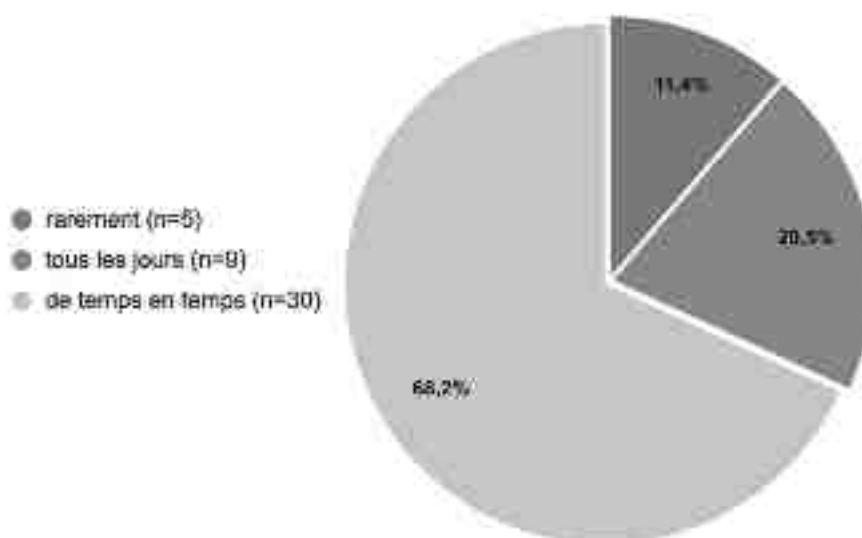
12) Évaluation du stress au travail sur une échelle de 1 à 5



Concernant le stress au travail, nous pouvons séparer les réponses approximativement de cette façon :

- 1/3 des praticiens ne sont pas ou peu stressés ; cela correspond aux réponses « 1 » (6,8%) et « 2 » (25%)
- 1/3 ont un stress moyen ; cela correspond à la réponse « 3 » (36,4%)
- 1/3 sont beaucoup ou très stressés ; cela correspond à la réponse « 4 » (22,7%) et « 5 » (9,1%)

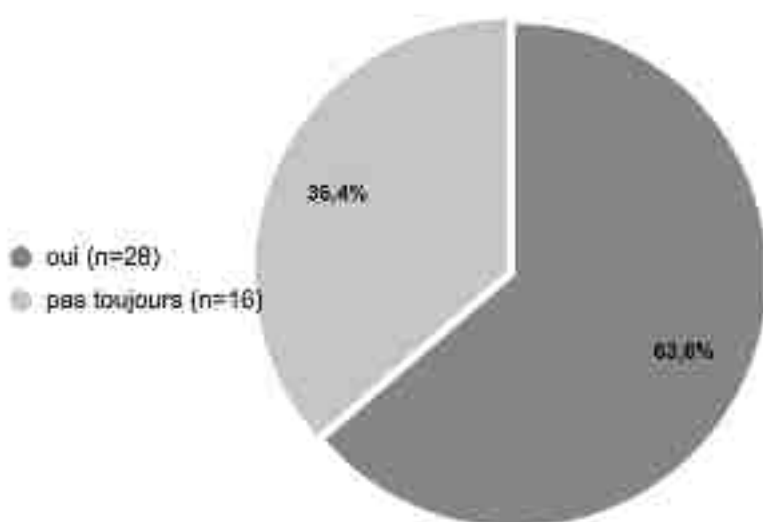
13) Vous considérez que vous êtes stressé au travail : tous les jours/de temps en temps/ rarement/ jamais



La plus grande part des réponses correspond à « de temps en temps » (68,2%). 20,5% des praticiens estiment stresser au travail « tous les jours ». Enfin seulement 5 praticiens soit 11,4% déclarent ne stresser que rarement au travail. Aucune personne n'a coché la case « jamais ».

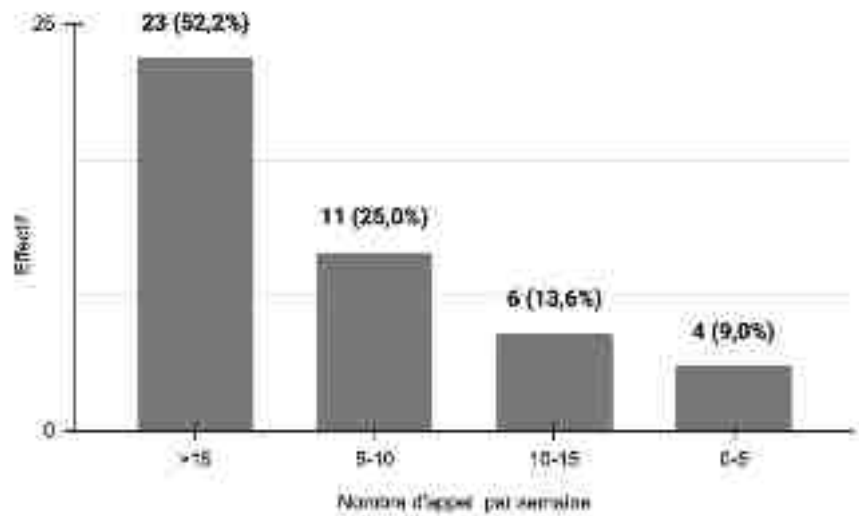
Nous pouvons observer que la grande majorité des praticiens stressent de manière fréquente au travail.

14) Pensez-vous que le stress au travail est lié à vos conditions de travail ?



La majorité des praticiens en zone sous-dotée (63,6%) considèrent que leur stress est lié à leurs conditions de travail. Environ 1/3 (soit 36,4%) pensent que ce n'est « pas toujours » la cause de leur stress.

15) Combien d'appels d'urgence recevez-vous en moyenne par semaine ?



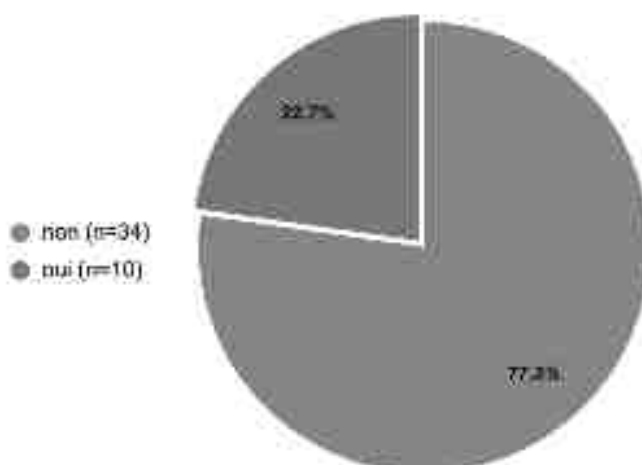
Un peu plus de la moitié des praticiens (52,2%) a déclaré recevoir plus de 15 appels d'urgence par semaine.

1/4 des cabinets (25%) reçoivent entre 5 et 10 appels par semaine.

Enfin dans l'ordre, 13,6 % reçoivent entre 10 et 15 appels et 9% seulement 0 à 5 appels.

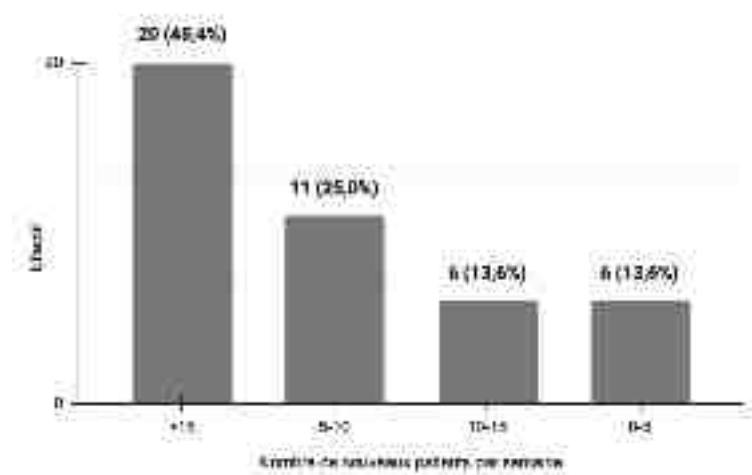
Nous pouvons conclure que la majorité des cabinets (65,6%) reçoit plus de 10 appels par semaine.

16) Avez-vous la possibilité d'orienter les urgences vers un centre d'urgence dentaire à moins de 20 km ?



La grande majorité des praticiens en zone sous-dotée (77,3%) n'a pas la possibilité d'adresser le patient vers un centre d'urgence dentaire à moins de 20km. Seuls 22,7% ont un centre d'urgence dentaire à proximité.

17) Combien de demandes de nouveaux patients avez-vous par semaine en moyenne ?



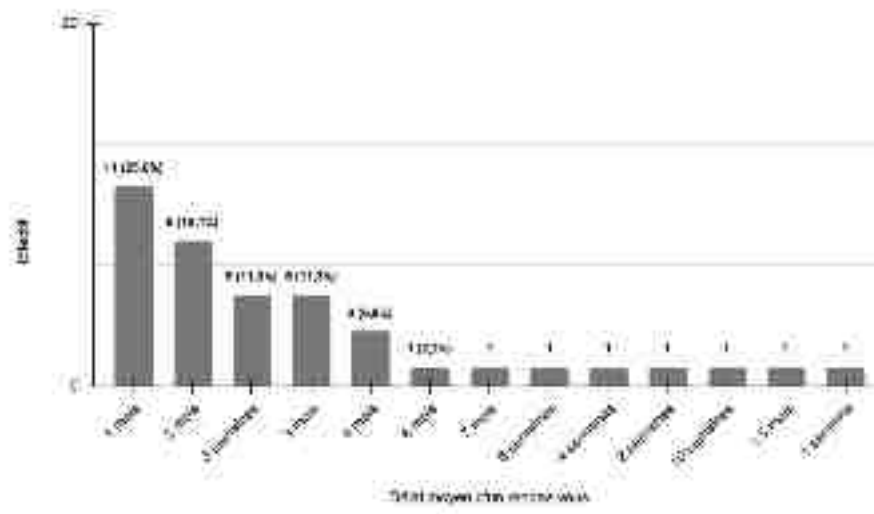
Un peu moins de la moitié (45,4%) déclare recevoir plus de 15 appels de nouveaux patients par semaine et 1/4 des cabinets (25%) ont entre 5 et 10 appels par semaine.

Enfin, 13,6% reçoivent entre 10 et 15 appels, et 13,6% entre 0 et 5 appels de nouveaux patients par semaine.

Donc plus de la moitié des praticiens en zone sous-dotée (59%) reçoit plus de 10 appels de nouveaux patients par semaine.

1 personne n'a pas répondu à cette question.

18) Quel est le délai moyen d'un rendez-vous dans votre cabinet ?



Les réponses étaient libres, nous avons donc obtenu un grand nombre de réponses différentes variant de 1 semaine à 8 mois.

La part la plus importante est celle concernant un délai moyen pour un nouveau rendez-vous de « 1 mois », cela concerne 1/4 des praticiens (25%).

Puis en deuxième position, nous avons 18,1% des praticiens qui ont « 2 mois » d'attente avant un prochain rendez-vous.

Les réponses « 3 semaines » et « 3 mois » ont reçu le même taux de réponse soit 11,3%.

Le reste des réponses n'ont pas eu beaucoup de mention, seulement 3 personnes (6,8%) pour « 4 mois » et 1 personne (2,2%) pour toutes les autres « 8 mois », « 7 mois », « 10 semaines », « 1,5 mois », « 6 semaines », « 4 semaines », « 2 semaines » et enfin « 1 semaine ».

La moyenne des délais de rendez-vous dans le groupe sous-doté est de 66 jours, ce qui est à peu près équivalent à 2 mois et 6 jours.

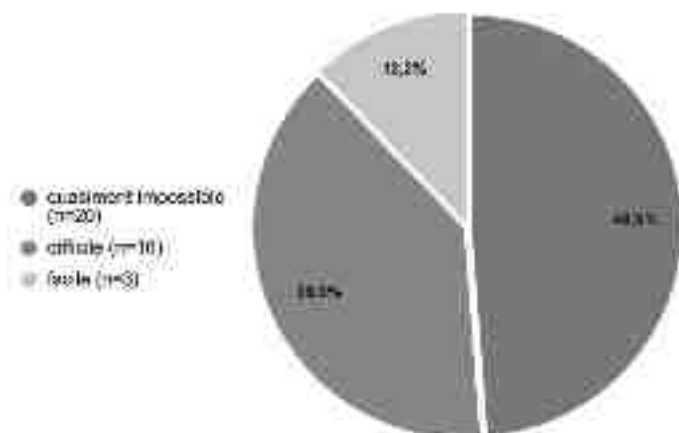
2 personnes n'ont pas répondu à cette question.

19) Quel type de patientèle avez-vous majoritairement dans votre cabinet ?



Quasiment tous les praticiens des zones sous-dotées ont déclaré avoir une patientèle fidèle (97,7%), seulement 1 personne (2,3%) estime posséder une patientèle volatile.

20) Dans le cas où vous souhaitez prendre des congés, trouver un remplaçant est :
très facile/ facile/difficile/ quasiment impossible ?



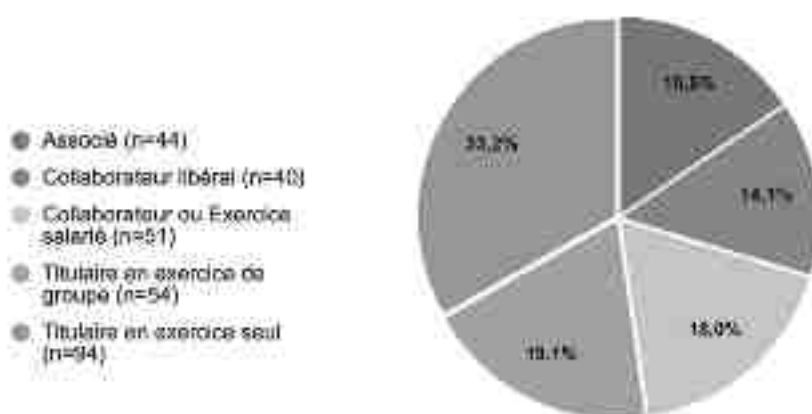
Presque la moitié des praticiens en zone sous-dotée (48,8%) a répondu que trouver un remplaçant est « quasiment impossible ». 39% trouvent que c'est plutôt « difficile ». Et seulement 3 personnes (soit 12,2%) ont répondu qu'il était « facile » pour eux de trouver un remplaçant dans le cas où ils souhaitent prendre congé.

Pour conclure, l'écrasante majorité (87,8%) a du mal à trouver un remplaçant en cas de départ en congés.

3 personnes n'ont pas répondu à cette question.

3. Analyse des résultats en zone sur-dotée

1) Quel est votre mode d'exercice ?



Les praticiens avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses, ça a été le cas pour 10 personnes qui ont deux modes d'exercices simultanés.

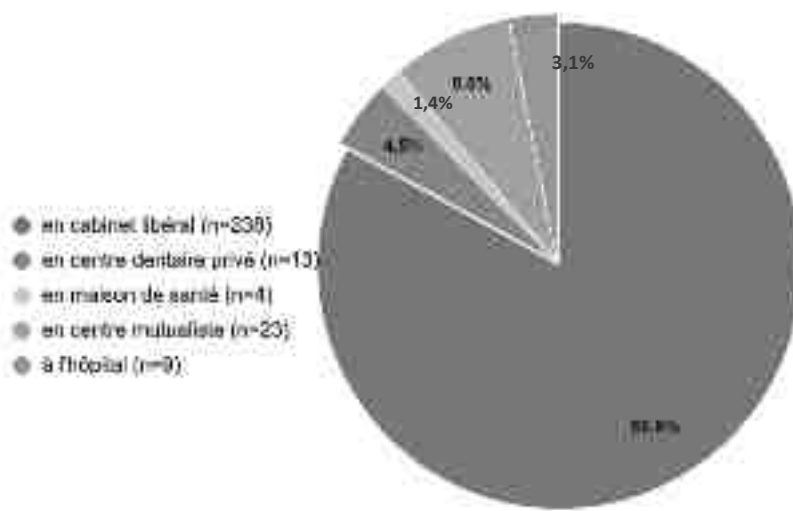
La plus grande part représente celle des « titulaires en exercice seul » (33,2%), ce sont des chirurgiens-dentistes qui exercent seuls dans leur cabinet libéral sans collaborateurs ni associés.

54 personnes (19,1%) ont répondu être « titulaire en exercice de groupe », 44 personnes (15,5%) « associé » et 40 personnes (14,1%) « collaborateur libéral » donc la part de praticiens exerçant dans un cabinet libéral de groupe est de 48,7%, c'est quasiment la moitié.

51 chirurgiens-dentistes des zones sur-dotées (soit 18%), déclarent être « collaborateur ou en exercice salarié ».

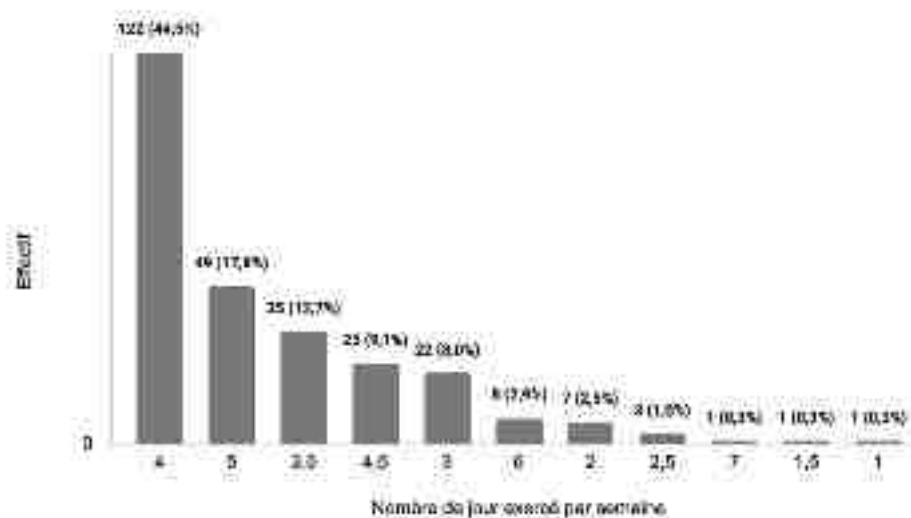
Une grande majorité des praticiens (82%) est donc en exercice libéral.

2) Vous exercez : en maison de santé/en centre mutualiste/en centre dentaire privé/ en cabinet libéral/ à l'hôpital ?



La grande majorité des chirurgiens-dentistes en zone sur-dotée qui a participé à l'enquête déclare exercer en cabinet libéral (82,9%). Le reste des réponses est partagé entre les « centres mutualistes » (8%), les « centres dentaires privés » (4,5%), l'« hôpital » (3,1%) et les « maisons de santé » (1,4%). 13 praticiens ont sélectionné deux lieux d'exercices.

3) Combien de jour par semaine exercez-vous ?



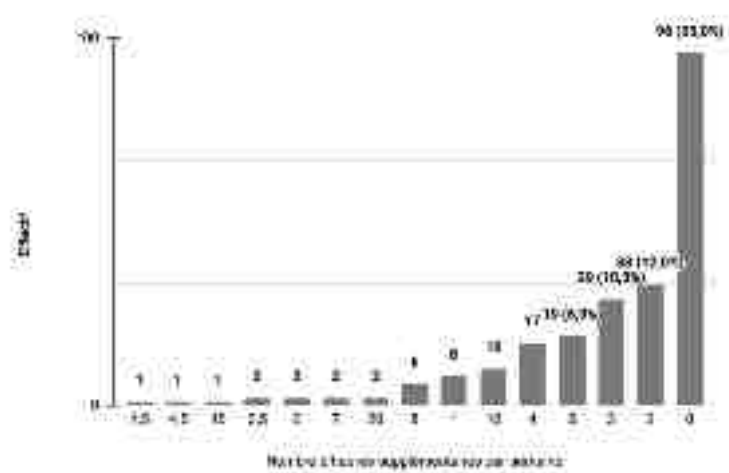
Nous avons obtenu de nombreuses réponses dont certaines extrêmes car elles ne concernent qu'une seule personne à chaque fois, il s'agit des réponses « 1 jour » par semaine, « 7 jours » par semaine et « 1,5 jours » par semaine.

La plus grande part de réponse est « 4 jours », elle concerne 44,5% des participants. Puis la deuxième plus grande part de réponse est « 5 jours » 17,8% des participants.

35 praticiens, soit 12,7 % ont déclaré exercer « 3,5 jours » par semaine, 25 (9,1%) exercent « 4,5 jours » par semaine et enfin 22 praticiens (8%) exercent « 3 jours » par semaine.

La moyenne en zone sur-dotée est de 4 jours par semaine.

4) Vous arrive-t-il de faire des heures supplémentaires ? Si oui, combien d'heures par semaine en moyenne ?



La plus grande part de réponse récoltées concerne celle des praticiens déclarant ne pas faire d'heure supplémentaire ; 35% ont répondu faire « 0 heures » supplémentaire par semaine.

Les 65% restants effectuent un certain nombre d'heures supplémentaires par semaine variant de 0,5 heure à 20 heures.

Certaines réponses ont été données une ou deux fois seulement et ne concernent donc qu'un très faible pourcentage de praticiens. Comme pour les réponses « 0,5 heure », « 6 heures », « 7 heures » et « 20 heures » qui ont été données par seulement deux personnes chacune (soit 0,7%). Ou encore comme « 1,5 heures »

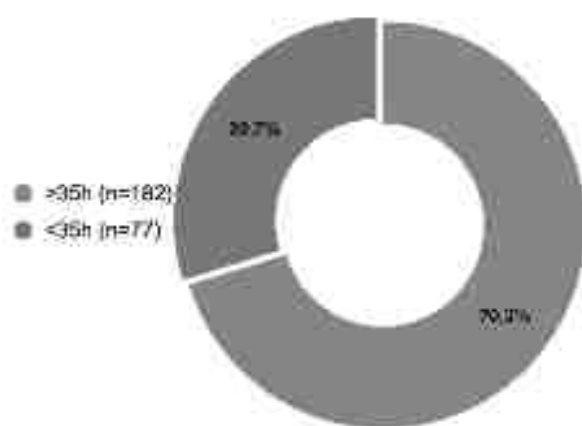
« 4,5 heures » et « 15 heures » qui ont été quant à elles données par seulement une seule personne à chaque fois (soit 0,3%).

La deuxième plus grande part de réponse concerne celle de « 2 heures » et représente 12%. Puis dans l'ordre, nous avons les réponses « 3 heures » (10,5%), « 5 heures » (6,9%) et « 4 heures » (6,2%).

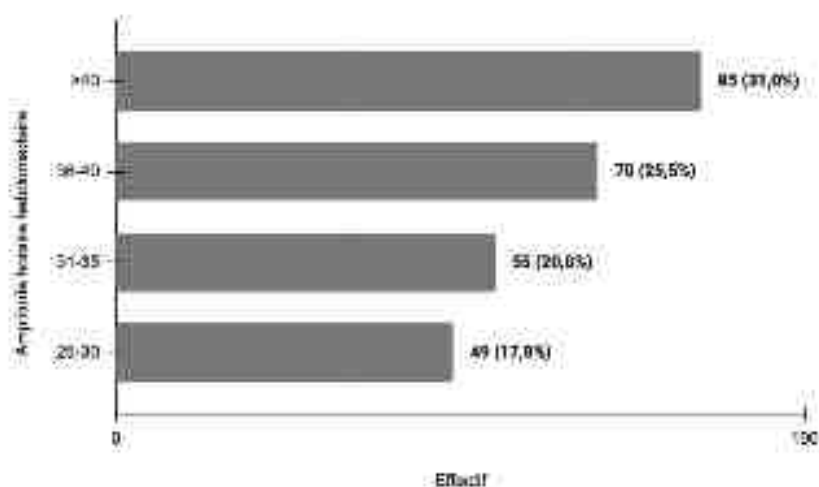
La moyenne des heures supplémentaires en zone sur-dotée est 2,4 heures

45 personnes n'ont pas répondu à cette question soit 15% d'abstention.

5) Quelle est l'amplitude horaire hebdomadaire d'ouverture du cabinet ?



De manière globale, la majorité des cabinets (70,3%) sont ouverts plus de 35 heures par semaine. Nous avons récolté de nombreuses réponses allant de 25 à 90 heures par semaine pour les plus extrêmes.



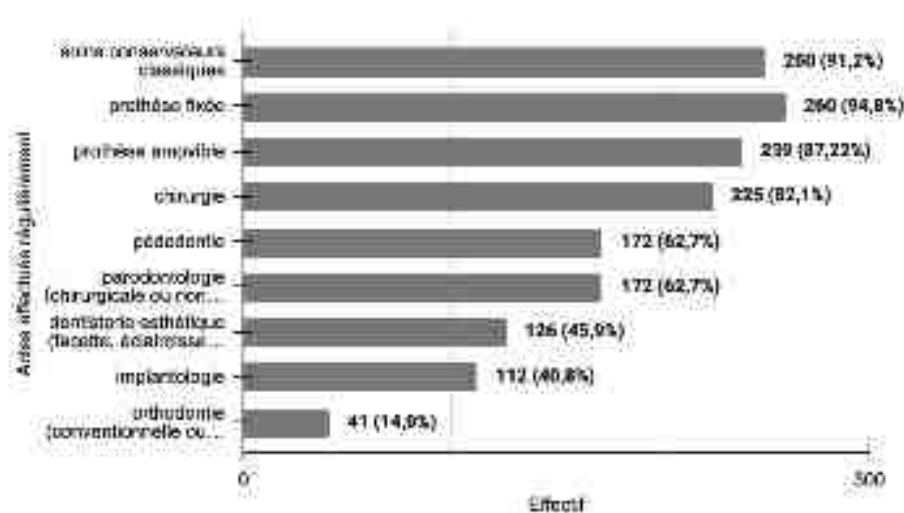
De manière plus précise, nous avons pu observer que la plus grande part de réponse était de 31% et cela concerne les cabinets ouverts plus de 40 heures dans la semaine.

Un quart des cabinets (25,5%) sont ouverts entre 36 et 40 heures.

Pour finir, 20 % des cabinets sont ouverts entre 31 et 35 heures et 17,8% sont ouverts entre 25 et 30 heures soit la part la moins importante.

15 personnes n'ont pas répondu à cette question soit 5% d'abstention.

6) Nature des actes effectués régulièrement dans votre cabinet



Cette question était à choix multiple, les praticiens ont donc pu cocher plusieurs disciplines.

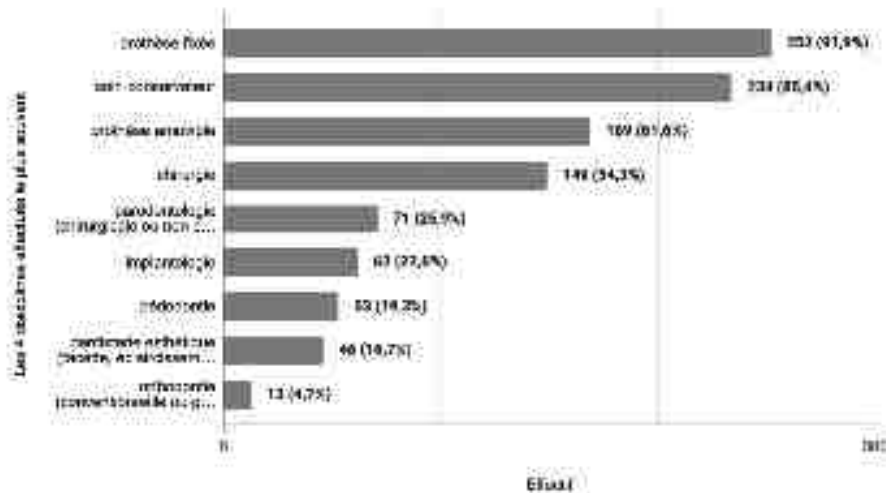
Les disciplines qui reviennent le plus souvent sont dans l'ordre « prothèses fixée » (94,8% des praticiens), « soins conservateurs classiques » (91,2%), « prothèse amovible » mentionnées chez 87,22% des praticiens, ainsi que « chirurgie » qui a été mentionnée chez 82,1% des praticiens.

De plus, la majorité soit 62,7 % des praticiens ont déclaré effectuer de la « pédodontie » et de la « parodontologie (chirurgicale ou non) ».

Un peu moins de la moitié (45,9%) effectue de la « dentisterie esthétique (facette, éclaircissement, ICON).

40% des praticiens en zone sous-dotée effectuent de l'implantologie et seulement 14,9% de l'orthodontie (conventionnelle ou gouttières).

7) Les 4 disciplines que vous estimez faire le plus souvent ?



Les praticiens ont dû choisir les 4 disciplines qu'ils estiment effectuer le plus souvent.

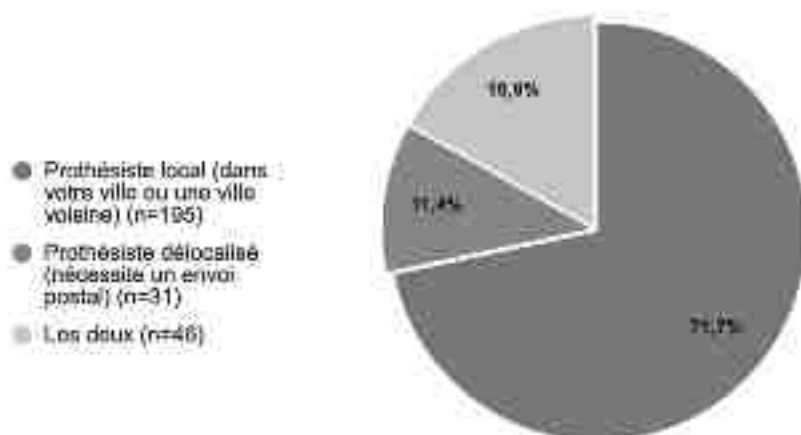
Les 4 disciplines mentionnées le plus souvent par les praticiens en zone sur-dotée sont dans l'ordre « prothèse fixée » (91,9%), « soins conservateurs » (85,4%), « prothèse amovible » (61,6%) et « chirurgie » (54,3%).

Les autres disciplines ont toutes été mentionnées au moins une fois. Un quart des praticiens (25,9%) estiment que la parodontologie fait partie des 4 disciplines qu'ils effectuent le plus souvent et un peu moins d'un quart (22,6%) ont choisi l'implantologie.

19,3% ont choisi la pédodontie, 16,7% la dentisterie esthétique et 4,7% l'orthodontie comme faisant partie des 4 disciplines les plus pratiquées au cabinet.

1 seul praticien n'a pas répondu à cette question.

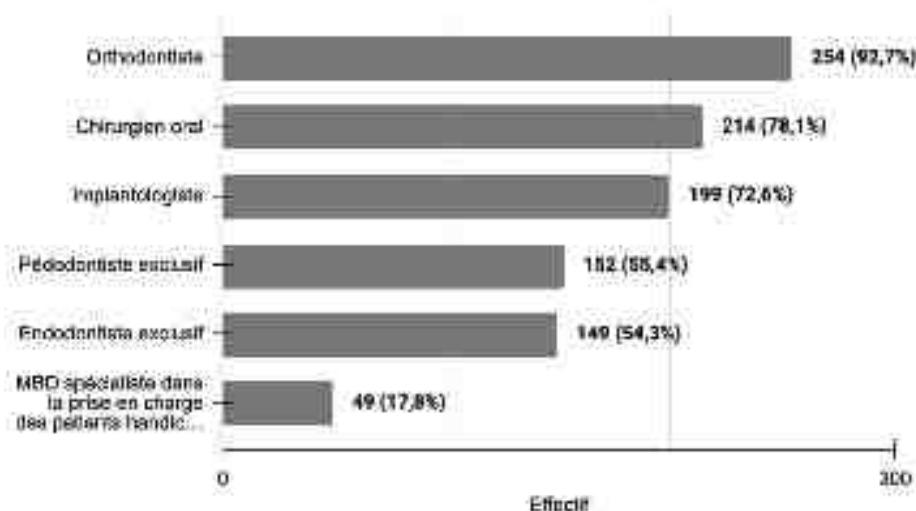
8) Prothésiste local ou délocalisé ?



La grande majorité des praticiens des zones sur-dotées (71,7%) font appel à un prothésiste local. 11,4% travaillent avec un prothésiste délocalisé. Enfin, 16,9% des praticiens travaillent avec deux prothésistes, un local et un délocalisé.

2 praticiens n'ont pas répondu à cette question.

9) Possibilité d'adresser vos patients à quels correspondants spécialistes ?



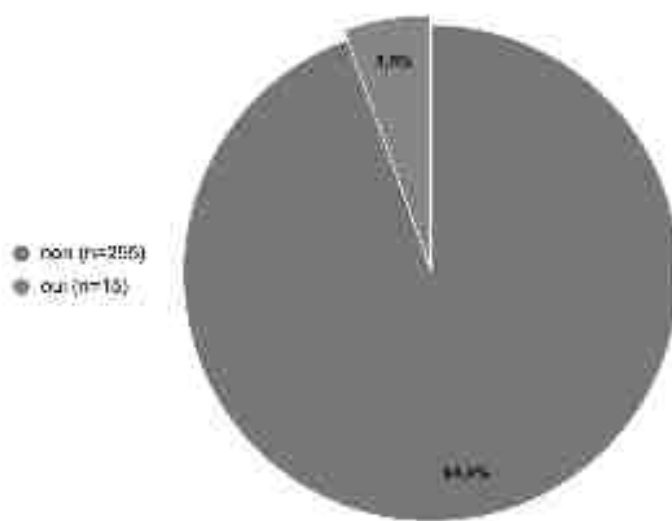
Les spécialités qui sont revenues le plus souvent sont dans l'ordre « orthodontiste », « chirurgien oral » et « implantologiste » qui représentent respectivement 92,7%, 78,1% et 72,6%.

Plus de la moitié ont la possibilité d'adresser leurs patients chez un pédodontiste exclusif (55,4%) et un endodontiste exclusif (54,3%).

Seulement 17,8% ont un MBD spécialiste dans la prise en charge des patients handicapés à proximité.

5 personnes n'ont pas répondu à cette question.

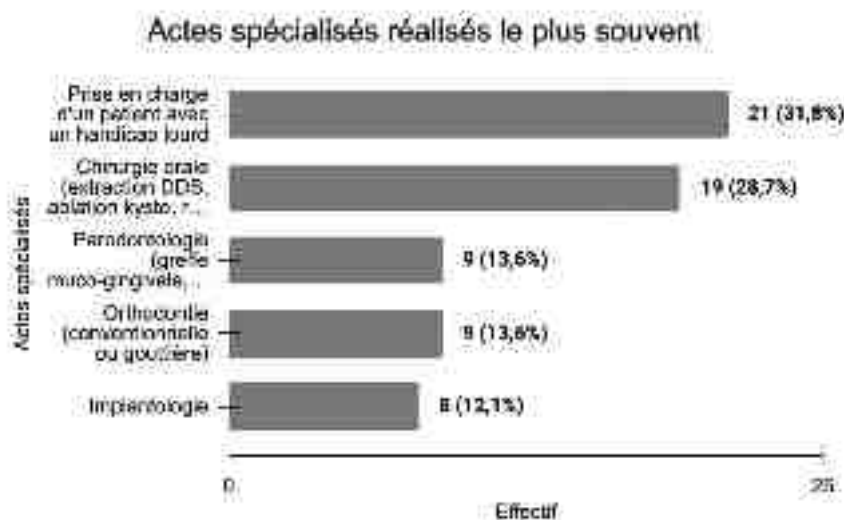
10) Êtes-vous souvent confronté au fait de devoir réaliser des actes spécifiques car vous ne trouvez pas de correspondant assez rapidement ?



La grande majorité des praticiens ayant répondu à cette question (94,4%) n'ont pas besoin de réaliser des actes spécifiques car ils ne trouvent pas de spécialiste assez rapidement. Seuls 5,6% (soit 15 personnes) ont répondu « oui » à cette question.

4 personnes n'ont pas répondu à cette question.

11) Quels actes spécifiques qui ne font pas partie de votre pratique habituelle sont réalisés dans ce cas ?



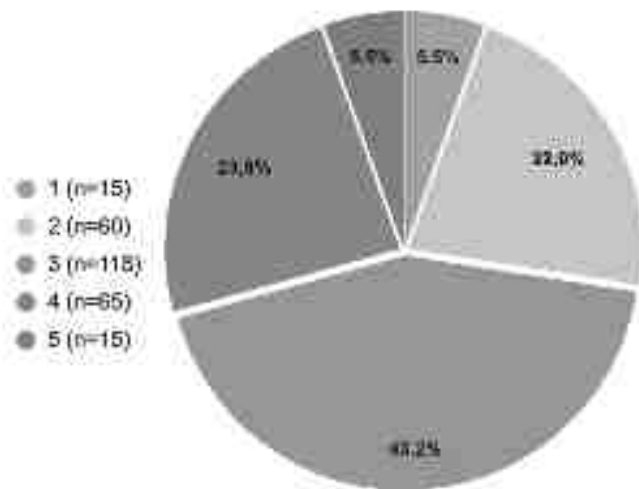
39 praticiens ont déclaré avoir fait certains actes spécifiques. Pourtant, seulement 15 personnes avaient répondu devoir réaliser de manière fréquente des actes spécifiques car ils ne trouvaient pas de correspondants. Nous pouvons considérer que les 24 autres praticiens ont réalisé ces actes pour deux raisons ; soit car exceptionnellement ils ne trouvaient pas de correspondant à ce moment-là, ou alors car ils ont une pratique spécifique en plus de leur fonction d'omnipraticien et ont mal lu la question qui stipulait que les actes ne devaient pas faire partie de leur pratique habituelle.

21 personnes (31%), ont mentionné avoir dû prendre en charge un patient avec un handicap lourd, 19 personnes (28,7%) ont effectué des actes de chirurgie orale (extraction DDS, ablation de kyste, résection apicale).

9 personnes (13,6%) ont dû réaliser des actes spécifiques de parodontologie (greffe muco-gingival, lambeau d'assainissement...) et autant pour l'orthodontie.

Enfin, 8 personnes (12,1%) ont réalisé des actes d'implantologie.

12) Évaluation du stress au travail sur une échelle de 1 à 5



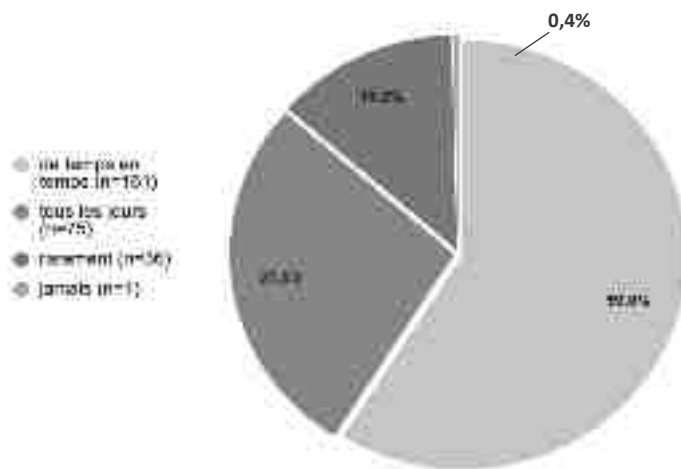
La plus grande part (43,2%) correspond à la réponse « 3 » ce qui représente un stress moyen.

Ensuite, les praticiens sont divisés en deux catégories assez équivalentes ;

- Une première qui n'est pas ou peu stressée ; cela correspond aux réponses « 1 » (5,5%) et « 2 » (22%)
- Une deuxième qui est beaucoup ou très stressée ; cela correspond aux réponses « 4 » (23,8%) et « 5 » (5,5%)

1 personne parmi les interrogés n'a pas répondu à cette question.

13) Vous considérez que vous êtes stressé au travail : tous les jours/de temps en temps/ rarement/ jamais

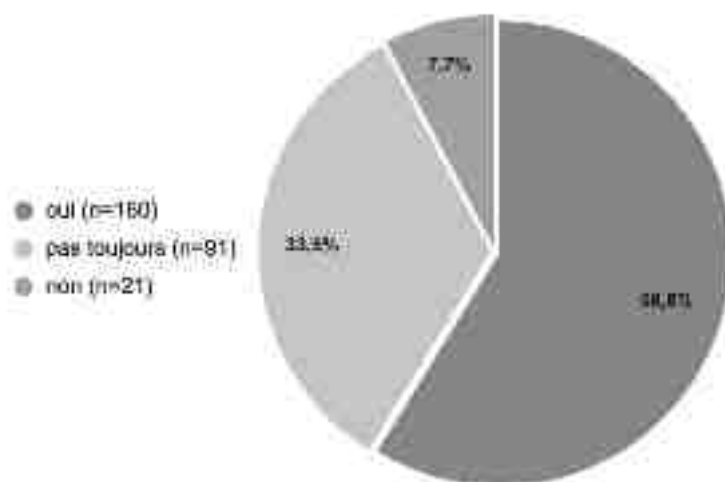


La plus grande part des réponses correspond à « de temps en temps » (59%). 27,5% des praticiens estiment être stressés au travail « tous les jours » et 13,2% déclarent ne stresser que « rarement ». Enfin seulement 1 praticiens soit 0,4% a coché la case « jamais ».

Nous pouvons observer que la grande majorité des praticiens stressent de manière fréquente au travail.

1 personne n'a pas répondu à cette question.

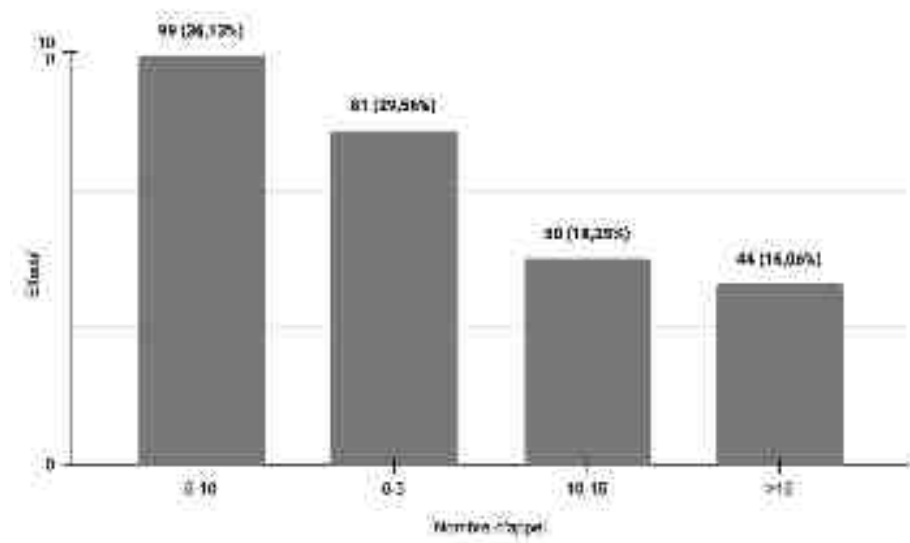
14) Pensez-vous que le stress au travail est lié à vos conditions de travail ?



Plus de la moitié des praticiens des zones sur-dotées (58,8%) considèrent que leur stress est lié à leurs conditions de travail. Environ 1/3 (soit 33,5%) pensent que ce n'est pas toujours la cause de leur stress. Enfin, une partie (7,7%) pense que leur stress n'est pas lié à leurs conditions de travail.

2 personnes n'ont pas répondu à cette question.

15) Combien d'appels d'urgence recevez-vous en moyenne par semaine ?



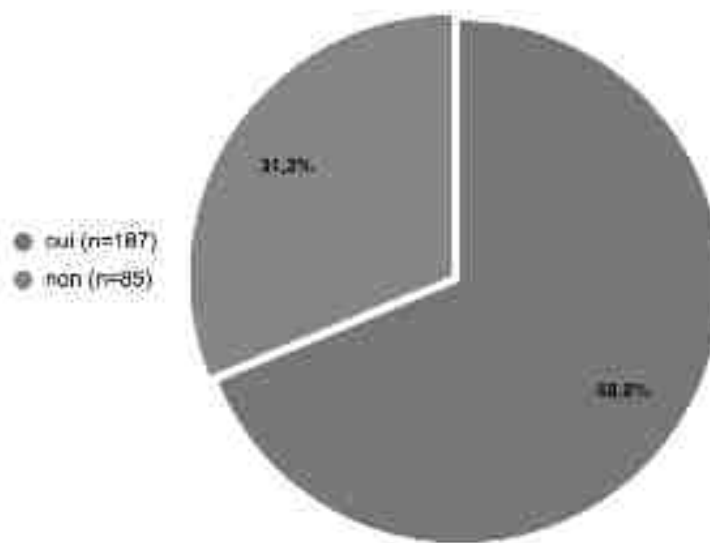
Un peu plus d'1/3 des praticiens (36,1%) ont déclaré recevoir de 5 à 10 appels d'urgence par semaine.

29,5% reçoivent de 0 à 5 appels par semaine.

Enfin dans l'ordre, 18,25 % reçoivent entre 10 et 15 appels et 16% ont plus de 15 appels par semaine.

Nous pouvons conclure que la majorité des cabinets (65,6%) reçoit moins de 10 appels par semaine.

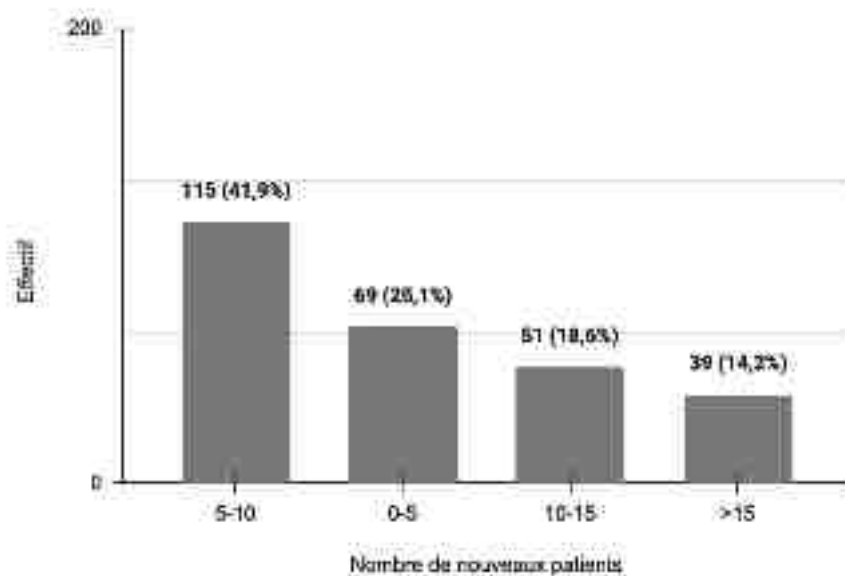
16) Avez-vous la possibilité d'orienter les urgences vers un centre d'urgence dentaire à moins de 20 km ?



La majorité des praticiens en zone sur-dotée (68,8%) a la possibilité d'orienter les patients vers un centre d'urgences dentaire à moins de 20km. Seuls 31,3% n'ont pas de centre d'urgence dentaire à proximité.

2 personnes n'ont pas répondu à cette question.

17) Combien de demandes de nouveaux patients avez-vous par semaine en moyenne ?

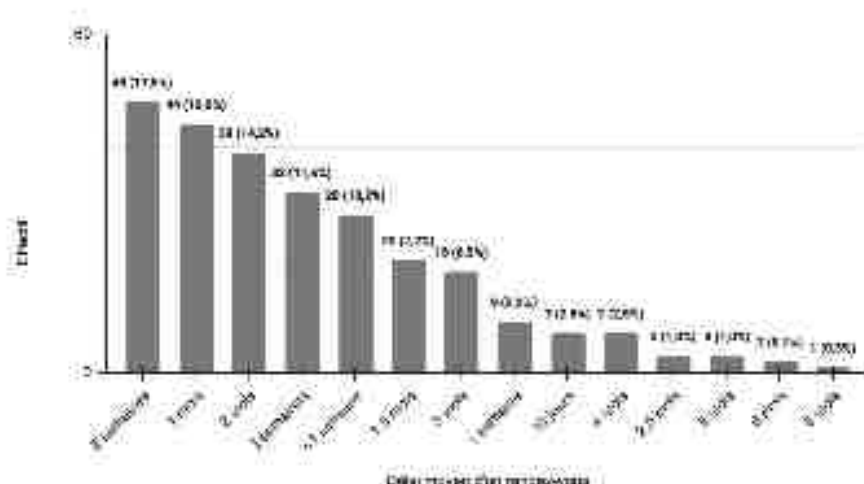


41,9% déclarent recevoir entre 5 et 10 appels de nouveaux patients par semaine et 1/4 des cabinets (25%) ont entre 0 et 5 appels par semaine.

Enfin, 18,6% reçoivent entre 10 et 15 appels, et 14,2% voient plus de 15 nouveaux patients appeler par semaine.

Donc la majorité des praticiens en zone sur-dotée (67%) reçoivent moins de 10 appels de nouveaux patients par semaine.

18) Quel est le délai moyen d'un rendez-vous dans votre cabinet ?



Les réponses étaient libres sous forme de réponse courte, nous avons donc obtenu un grand nombre de réponses différentes variant de moins d'une semaine à 8 mois.

17,5% des praticiens déclarent avoir « 2 semaines » d'attente pour obtenir un rendez-vous, c'est la part la plus importante des réponses obtenues.

Puis en deuxième position, nous avons 16% des praticiens qui ont « 1 mois » d'attente avant un prochain rendez-vous et 14,2% qui ont « 2 mois » d'attente.

La réponse « 3 semaines » a reçu un taux de réponse de 11,6% et la réponse « < 1 semaine » 10,2%. Enfin, 7,2% ont choisi la réponse « 1,5 mois » et 6,5% « 3 mois ».

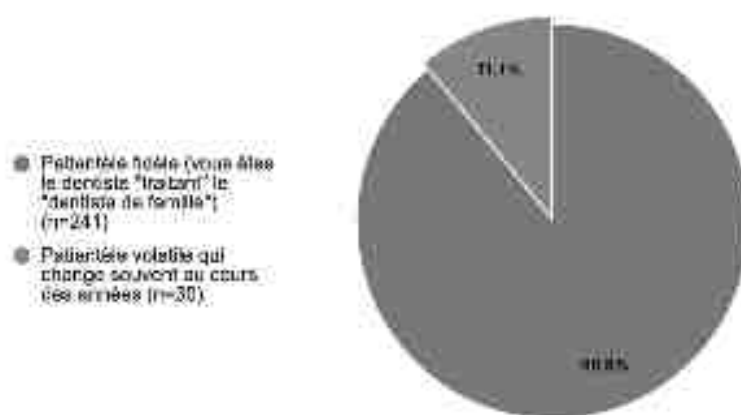
Le reste des réponses n'a pas eu beaucoup de part, seulement 9 personnes (3,2%) pour « 1 semaine », 7 personnes (2,5%) pour « 10 jours » et « 4 mois », 3 personnes

(1%) pour les réponses « 2,5 mois » et « 5 mois », 2 personnes pour « 6 mois » et seulement 1 personne (0,3%) pour « 8 mois ».

La moyenne des délais de rendez-vous dans le groupe sur-doté est de 37 jours soit 1 mois et 7 jours.

13 personnes n'ont pas répondu à cette question.

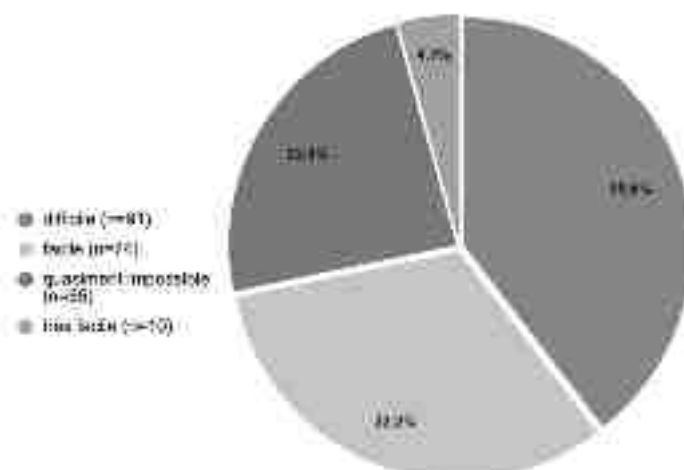
19) Quel type de patientèle avez-vous majoritairement dans votre cabinet ?



La grande majorité (88,9%) ont une patientèle fidèle. Seulement 30 praticiens (11,1%) ont répondu avoir une patientèle volatile.

3 personnes n'ont pas répondu à cette question.

20) Dans le cas où vous souhaitez prendre des congés, trouver un remplaçant est : très facile/ facile/difficile/ quasiment impossible ?



39,6% ont déclaré que trouver un remplaçant est « difficile » en cas de départ en congé, c'est la part la plus importante. Presque 1/4 des praticiens (23,9%) trouvent que c'est « quasiment impossible » de trouver un remplaçant.

D'autre part, 1/3 des personnes (32,2%) ont répondu trouver cela « facile » et seulement 4,3% « très facile ».

Pour conclure, la majorité soit 63,5% n'arrivent pas à trouver un remplaçant en cas de congé.

43 personnes n'ont pas répondu à cette question.

4. Analyse comparée des résultats entre les praticiens des zones sous-dotées et ceux des zones sur-dotés.

Nous avons récolté 44 réponses dans le groupe « sous-doté » et 274 réponses dans le groupe « sur-doté ». Il y a eu 2,3% d'absence de réponse dans le groupe sur-doté contre 0,9% dans le groupe sous-doté. Afin de comparer les résultats, nous avons réalisé des tableaux de contingence et des tests statistiques de comparaison de variables qualitatives (chi-2, Fisher) ainsi que quantitative (test t de Student) à l'aide du logiciel xlstat.

- **Mode d'exercice**

	Zone sous-dotée	Zone sur-dotée	Total
Associé	11 (25,0%)	44 (15,4%)	55 (16,77%)
Collaborateur (salarié et libéral)	4 (9,0%)	92 (32,3%)	96 (29,27%)
Titulaire en exercice seul	15 (34,0%)	94 (33,1%)	109 (33,2%)
Titulaire en exercice de groupe	14 (31,8%)	54 (19,0%)	68 (20,7%)
Total	44 (100%)	284 (100%)	100,00%

La part des « titulaire en exercice seul » est la plus importante dans les deux groupes et représente environ 1/3 des réponses de chaque groupe. Les 3/4 des autres réponses concernent un exercice de groupe donc la majorité des praticiens exercent en groupe.

Les « titulaire en exercice de groupe » sont un peu plus nombreux dans le groupe sous-doté (31,8%) que dans le sur-doté (19,1%) mais ce mode d'exercice reste la deuxième part la plus importante dans les deux cas. Ceci est étonnant car la part de « collaborateurs » est deux fois plus élevée dans la zone sur-dotée (32,1%) que dans la zone sous-dotée (9,0%). Normalement ces deux catégories devraient être liées car un collaborateur travail dans un cabinet de groupe mais n'est pas le titulaire cela étant, plus il y a de collaborateur libéral, plus il devrait y avoir de titulaire en exercice de groupe. On peut considérer que la question n'a pas bien été comprise, nous expliquerons cela dans la partie biais.

La principale différence entre les deux groupes réside dans le fait que la catégorie « collaborateur (libéral ou salarié) » est beaucoup plus représentée dans la zone sur-

dotée (32,3%) que dans la sous-dotée où elle n'a été cochée que par un seul praticien en salarié et trois en libéral (9,0%). Cette différence est statistiquement significative selon le test de Fisher (p-value = 0,001).

Enfin, la part des « associé » est plus importante dans le groupe sous-doté (25% contre 15,5%).

Dans le groupe sur-doté, 10 personnes ont déclaré avoir deux modes d'exercice simultané contre 0 personne dans le groupe sous-doté.

- **Structure d'exercice**

	Zone sous-dotée	Zone sur-dotée	Total
En cabinet libéral	34 (77,2%)	238 (82,9%)	272 (82,1%)
En centre dentaire privé	2 (4,5%)	13 (4,5%)	15 (4,5%)
En maison de santé	8 (18,1%)	4 (1,3%)	12 (3,6%)
En centre mutualiste	0 (0,0%)	23 (8,0%)	23 (6,9%)
À l'hôpital	0 (0,0%)	9 (3,1%)	9 (2,7%)
Total	44 (100%)	287 (100%)	331 (100%)

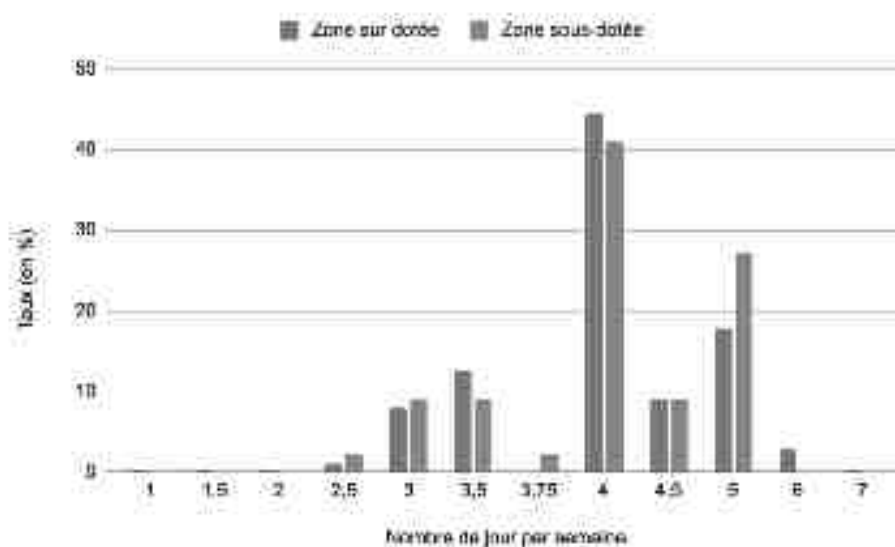
Dans les deux groupes, la part la plus représentée est celle des praticiens exerçant « en cabinet libéral » ; 77,2% en zone sous-dotée et 82,9% en zone sur-dotée.

Les praticiens qui exercent « en centre dentaire privé » occupent la même part dans les deux zones : 4,5%.

La différence entre les deux zones est premièrement dû au fait que dans les zones sous-dotées il y a beaucoup plus de praticiens « en maison de santé » (18,1%) que dans les zones sur-dotées (1,3%). Cette différence est significative selon le test de Fisher (p-value<0,0001).

Et deuxièmement car la deuxième plus grande part dans le groupe sur-doté est celle des « centre mutualiste » (8%) alors que cette catégorie est totalement absente dans le groupe sous-doté. Il en est de même pour la catégorie « hôpital » qui représente 3,1% des praticiens dans le groupe sur-doté contre 0% dans le groupe sous-doté. Ceci peut expliquer la part plus importante de collaborateurs salariés dans le groupe sur-doté, en effet il existe un lien significatif entre les modalités « collaborateur en exercice salarié » et « centre mutualiste » selon le test de Fisher (p-value<0,0001).

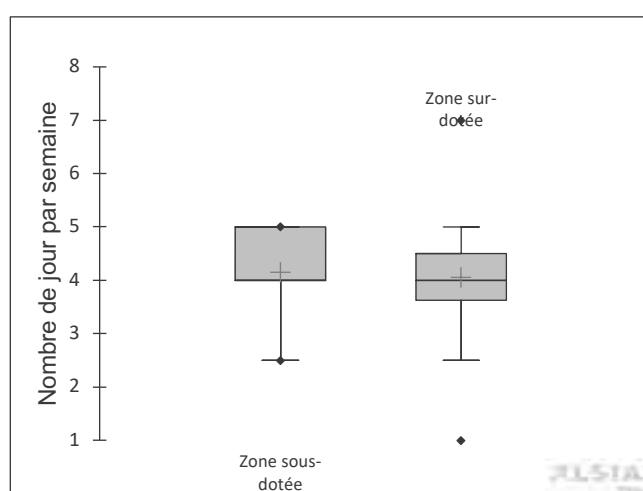
- **Nombre de jour exercé par semaine**



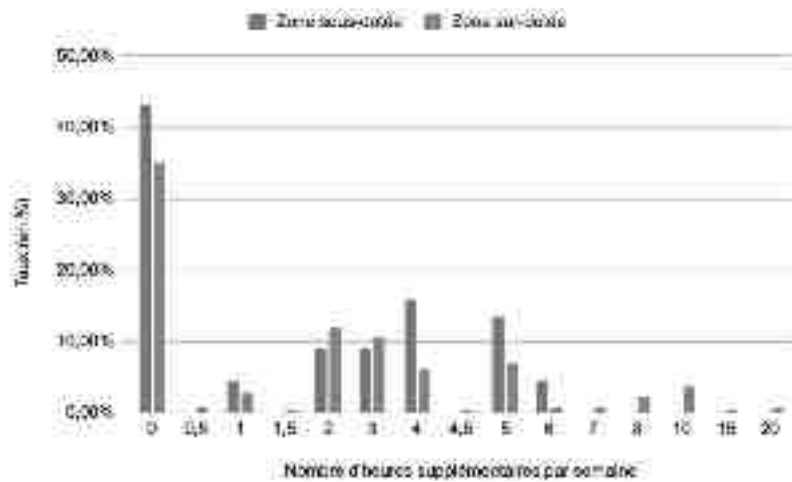
Les résultats obtenus concernant le nombre de jours travaillés par semaine sont assez similaires entre les deux groupes. Dans les deux cas, les praticiens exercent le plus souvent 4 jours (44,5% en zone sur-dotée contre 40,9% en zone sous-dotée).

En moyenne pondérée, les deux groupes exercent un nombre de jours assez similaire (4,1 en zone sous-dotée et 4,0 en zone sur-dotée) avec une p-value = 0,4 (>alpha) ce qui ne permet pas d'établir une différence statistique entre les moyennes des deux groupes (test de Student).

La seule différence réside sur le fait que dans les zones sous-dotées, les réponses sont plus regroupées et la variation autour de la moyenne est plus faible que dans les zones sur-dotées (écart type = 0,6 contre 0,8). Les réponses en zone sur-dotée possèdent donc plus de données extrêmes (représentées en dehors des limites de Tukey dans le boxplot).



- **Nombre d'heure supplémentaire par semaine**

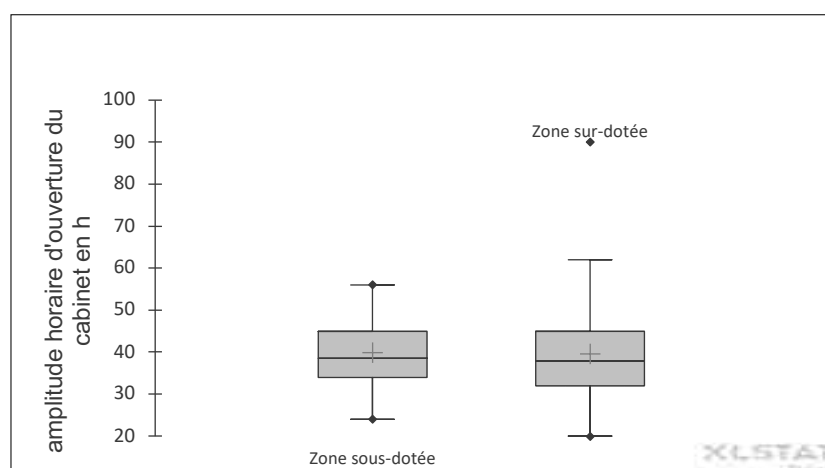


Dans les deux groupes, la part la plus importante concerne celle d'absence d'heure supplémentaire par semaine (43,18% en zone sous-dotée et 35,04% en zone sur-dotée).

Ensuite le nombre d'heures supplémentaires varie entre 0,5 et 20 heures pour les zones sur-dotées et entre 1 et 6 heures pour les zones sous-dotées. Le groupe de praticiens en zone sur-dotée a déclaré faire des heures supplémentaires beaucoup plus importantes avec des valeurs extrêmes allant jusqu'à 20 heures.

La moyenne des heures supplémentaires en zone sous-dotée est 1,9 heures et elle est de 2,4 heures en zone sur-dotée mais le test t de Student ne permet pas d'établir une différence significative entre ces deux moyennes (p-value = 0,35).

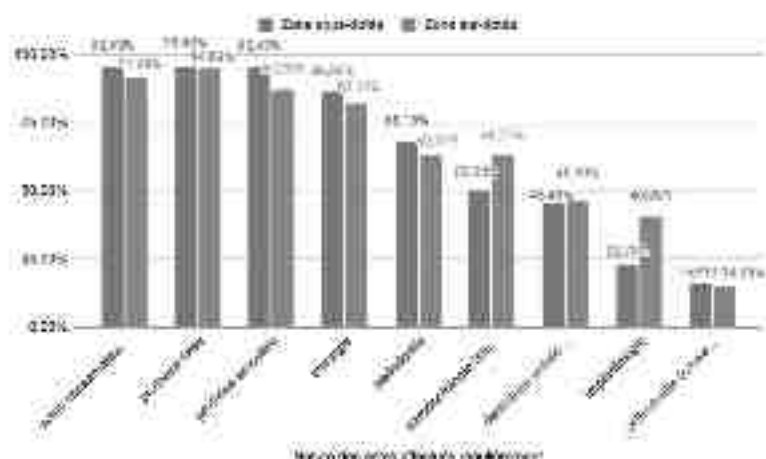
- **Amplitude horaire hebdomadaire**



Dans les deux groupes, la majorité des cabinets sont ouverts plus de 35 heures dans la semaine (70,3% en zone sur-dotée et 61,9% en zone sous-dotée) et la plus grande part de réponses correspond dans les deux cas à celle « > 40 heures » (31% en zone sur-dotée et 43,1% en zone sous-dotée). La différence réside dans le fait que dans le groupe sur-doté, il existe plus de valeurs « extrêmes » qui s'éloignent des limites de tukey (tel que la réponse « 70 heures » ou « 90 heures »). Ceci est dû au fait que dans le groupe sur-doté il y avait plus de « centre dentaire privé » et « centre mutualiste » qui sont ouverts tous les jours de la semaine.

Les deux groupes ont des moyennes d'amplitude horaire hebdomadaire quasiment égales (39,86 en zone sous-dotée et 39,57 en zone sur-dotée). Et le test t de Student ne permet pas d'établir une différence significative entre ces deux ensembles de données (p-value=0,8).

- **Actes effectués régulièrement au cabinet**

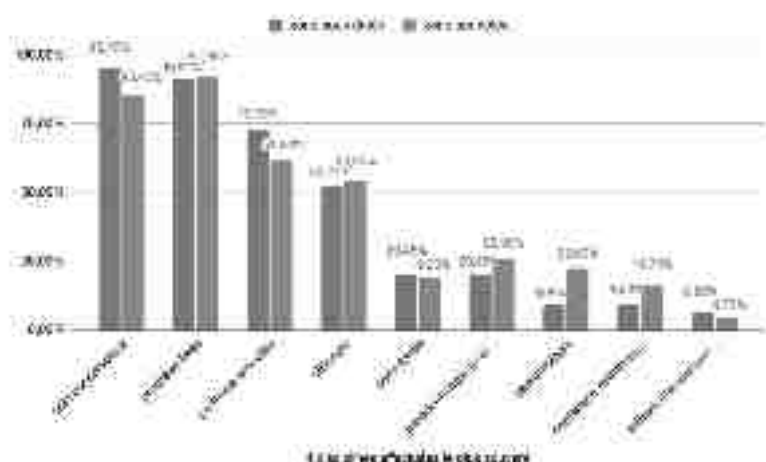


Concernant les actes effectués régulièrement au cabinet dentaire, les deux groupes ont quasiment le même ordre d'apparition des réponses ainsi que la même proportion par rapport à la population totale du groupe.

Les principaux actes effectués régulièrement au cabinet sont : soins conservateurs, prothèse fixée, prothèse amovible et chirurgie.

On peut observer une supériorité dans le groupe sur-doté de praticiens effectuant régulièrement de la parodontologie (62,7% contre 50% en zone sous-dotée) ainsi que de l'implantologie (40,8% contre 22,73%).

- **Les 4 disciplines les plus pratiquées**

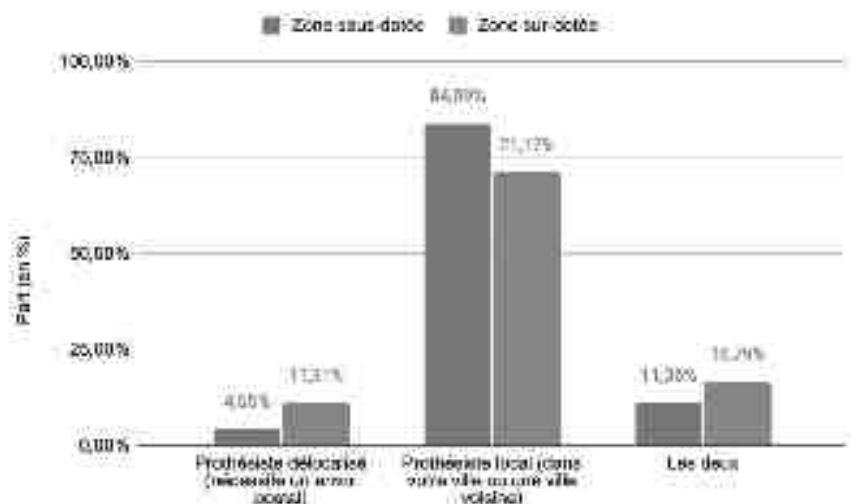


Les 4 disciplines les plus pratiquées par les praticiens en zone sous-dotée sont dans l'ordre : soin conservateur, prothèse fixée, prothèse amovible et chirurgie. Il en est de

même pour les praticiens en zone sur-dotée, la seule différence est que la réponse « prothèse fixée » a été mentionnée le plus de fois que « soins conservateur ».

Les praticiens des zones sur-dotées font plus fréquemment de la parodontologie, de l'implantologie et de la dentisterie esthétique que leurs confrères des zones sous-dotées qui ont répondu au questionnaire.

- **Choix du prothésiste**

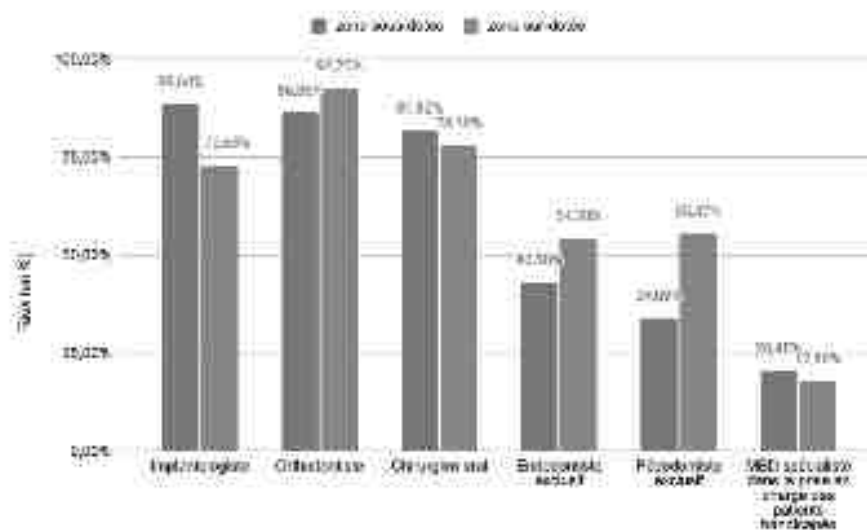


La majorité des praticiens dans les deux groupes font appel à un prothésiste local et la part est plus élevée dans le groupe sous-doté par rapport au groupe sur-doté (84,0% contre 71,17%). De ce fait, les praticiens en zone sur-dotée étaient plus nombreux à avoir répondu faire appel à un prothésiste délocalisé.

La part des personnes faisant appel à deux prothésistes (un local et un délocalisé) est plus importante dans les zones sur-dotées (16,79% contre 11,36%).

Selon le test exact de Fisher, les deux variables (groupe et type de prothésiste) ne sont pas liées statistiquement, les différences observées ne sont donc pas significatives (p-value= 0,14).

- **Spécialistes présents à proximité**



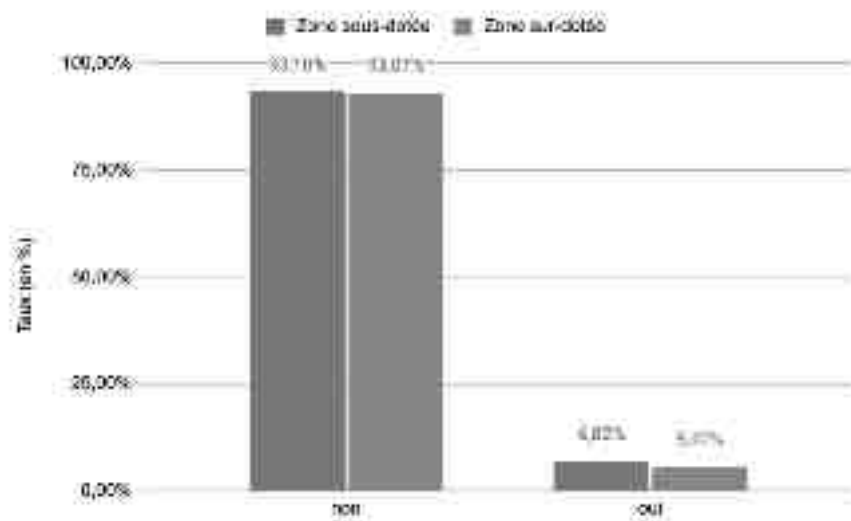
Les spécialités qui sont revenues le plus souvent dans le groupe sur-doté sont dans l'ordre « orthodontiste », « chirurgien oral » et « implantologiste » alors que dans le groupe sous-doté c'est « implantologiste », « orthodontiste » et « chirurgien oral ».

La possibilité d'adresser les patients à un implantologiste a reçu plus de réponses dans le groupe sous-doté (88,6% contre 72,6%) il en est de même pour la spécialité « chirurgie orale » (81,8% contre 78%) et à moindre mesure pour la « MBD » (20,45% contre 17,88%).

Toutes les autres spécialités sont plus représentées dans les zones sur-dotées, c'est le cas pour l'orthodontie (92,7 contre 86,3%), l'endodontie (54,3% contre 43,18%) et la pédiodontie (55,4% contre 34,0%).

Il y n'a pas de différence significative entre les zones et les spécialistes présents à proximité selon le test du chi-2 (p-value=0,3).

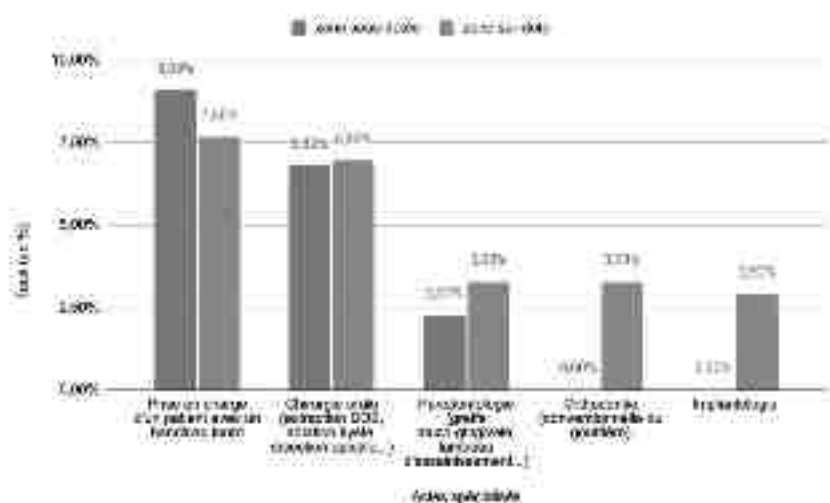
- **Êtes-vous souvent confronté au fait de devoir réaliser des actes spécifiques car il n'y a pas de spécialiste disponible ?**



Les groupes sous-dotés et sur-dotés ont tous les deux répondu en grande majorité qu'ils n'étaient pas souvent confrontés au fait de devoir réaliser des actes spécifiques car ils ne trouvent pas de correspondant assez rapidement.

Les résultats ne sont pas significatifs selon le test exact de Fisher (p-value = 1), il n'y a donc pas de différence entre les deux variables « groupe » et la réponse à la question.

- **Actes spécifiques réalisés**



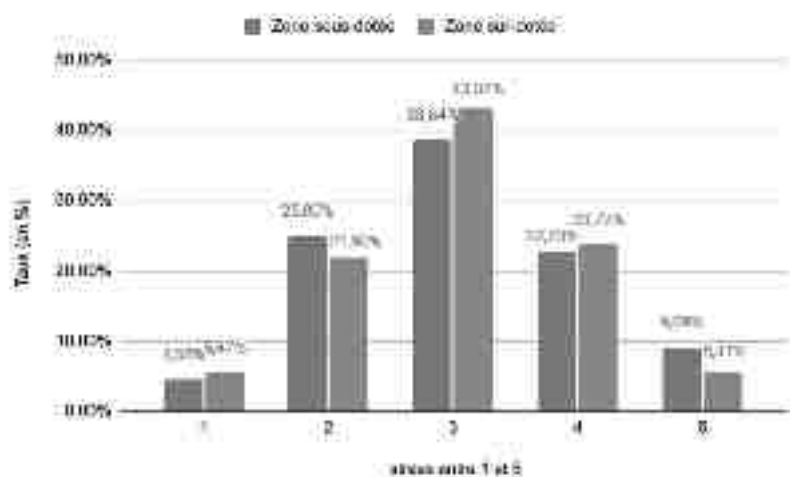
Les praticiens du groupe sur-doté ont déclaré avoir fait de l'orthodontie et de l'implantologie car ils ne trouvaient pas de correspondants assez rapidement alors que

ce n'était pas le cas des praticiens en zone sous-dotée. Ils ont aussi dû effectuer plus de parodontologie que les praticiens des groupes sous-dotés (3,2% contre 2,2%) ainsi que légèrement plus de chirurgie orale (6,93% contre 6,82%).

La prise en charge d'un patient avec un handicap lourd a été mentionné de manière légèrement plus importante dans le groupe sous-doté (9% contre 7,6%).

Selon le test exact de Fisher, il n'y a pas de relation entre la zone (sous-dotée ou sur-dotée) et les réponses obtenues (p -value = 0,7). Il faut cependant relever le fait qu'on observe quand même une différence car les actes d'orthodontie et d'implantologie n'ont été effectués par aucun praticien en zone sous-dotée contrairement à leurs confrères des zones sur-dotées.

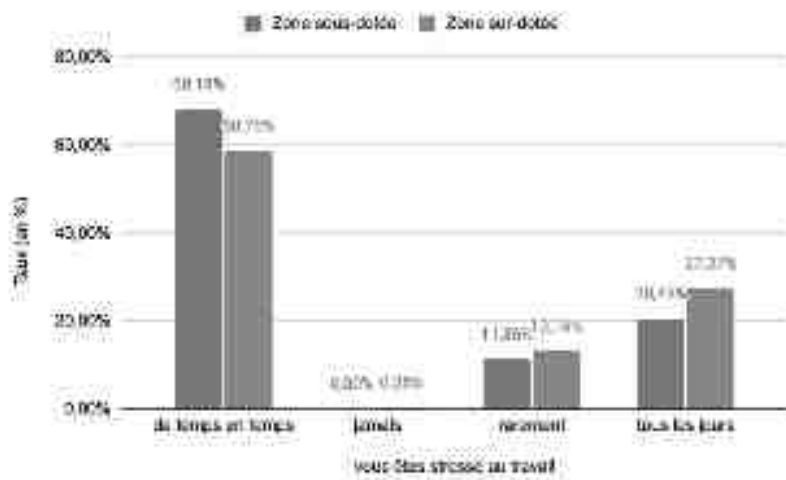
- **Évaluation du stress au travail entre 0 et 5**



Visuellement, les réponses sont assez homogènes entre les deux groupes. La plus grande part concerne la note intermédiaire dans les deux groupes. Et le reste des réponses est partagé équitablement. Les réponses les plus extrêmes sont celles qui ont eu le moins de part.

Selon le test exact de Fisher, les deux groupes (sous-doté et sur-doté) ne sont pas dépendants ou liés statistiquement aux réponses obtenues entre 1 et 5 (p -value=0,8).

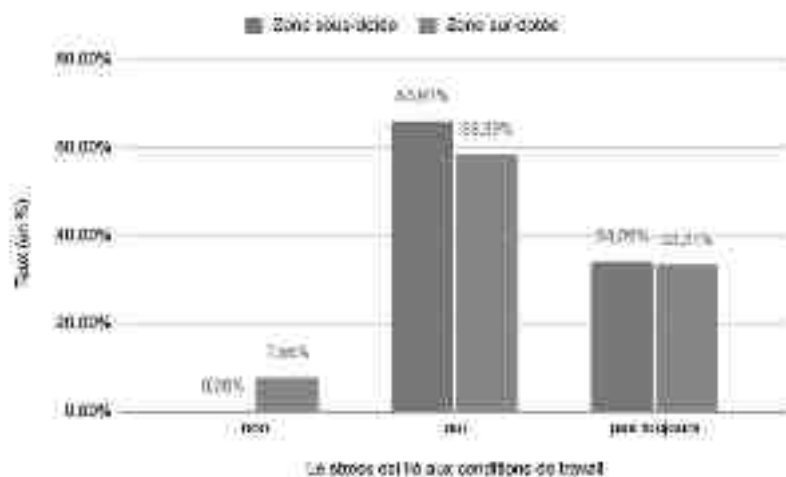
- **Fréquence du stress au travail**



Les deux groupes ont en majorité répondu une réponse « positive » c'est-à-dire qu'ils stressent souvent au travail que ce soit de temps en temps ou tous les jours.

La réponse à la question est indépendante du groupe auquel les personnes appartiennent selon le test exact de Fisher (p-value=0,6).

- **Corrélation entre le stress et les conditions de travail**

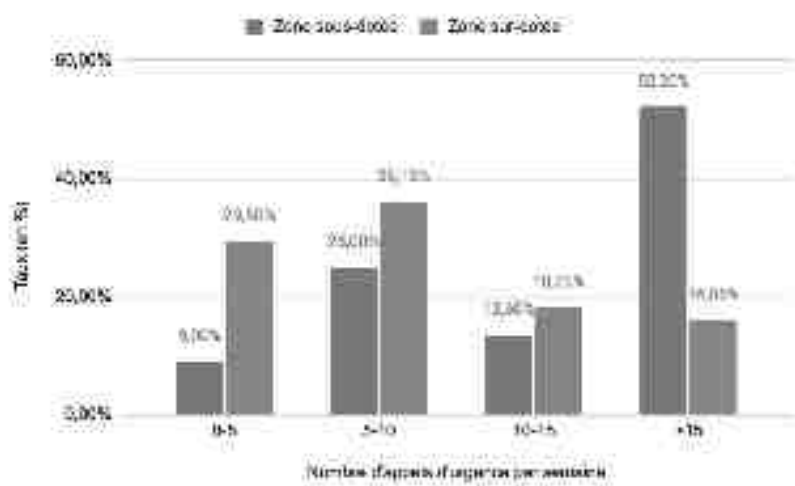


La majorité des praticiens des deux groupes ont estimé que leur stress était dû à leurs conditions de travail (65,9% dans le groupe sous-doté contre 58,3%). Une autre partie, environ 1/3 dans chaque groupe considère que cette vérité n'est pas absolue.

Seul 7,66% du groupe sur-doté a estimé qu'il n'y avait pas de lien entre leur stress et les conditions de travail.

Selon le test exact de Fisher, il n'y a pas de lien significatif entre les différents groupes et la perception du lien entre le stress et les conditions de travail ($p\text{-value}=0,1$).

- **Nombre d'appels d'urgence par semaine**



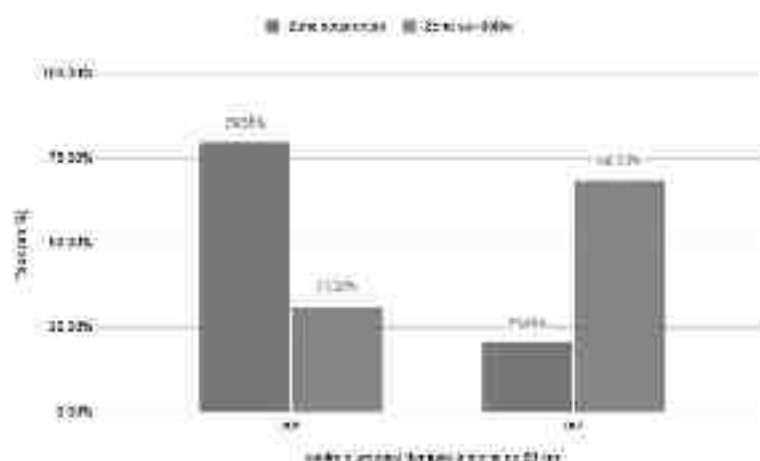
Les praticiens des zones sous-dotées ont une part beaucoup plus importante de réponse « >15 appels par semaine » (52,2%) comparé à ceux des zones sur-dotées (16,0%).

Pour le reste des modalités, c'est le groupe sur-doté qui a des parts supérieures mais si l'on additionne les parts des réponses « >10 appels par semaine », on se rend compte que le groupe sous-doté a une part beaucoup plus importante (65,8% contre 34,3%).

Quand on s'intéresse aux catégories « 0-5 appels » et « 5-10 appels » c'est le groupe sur-doté qui domine (65,63% contre 34%).

On peut conclure qu'il y a une différence entre les deux groupes étant donné que le groupe sous-doté reçoit un nombre d'appels d'urgence beaucoup plus important que le groupe sur-doté. Cette différence est significative car il existe un lien entre la zone d'exercice et le nombre d'appels d'urgence par semaine selon le test exact de Fisher ($p\text{-value} = 5.10^{-7}$).

- **Centre d'urgence dentaire à moins de 20 km**



On observe une différence importante entre les deux groupes. En effet, la grande majorité des praticiens en zone sous-dotée a répondu ne pas avoir la possibilité d'orienter le patient vers un centre d'urgence à moins de 20 km (79,5%) ce qui n'est pas le cas des praticiens en zone sur-dotée (31,0%).

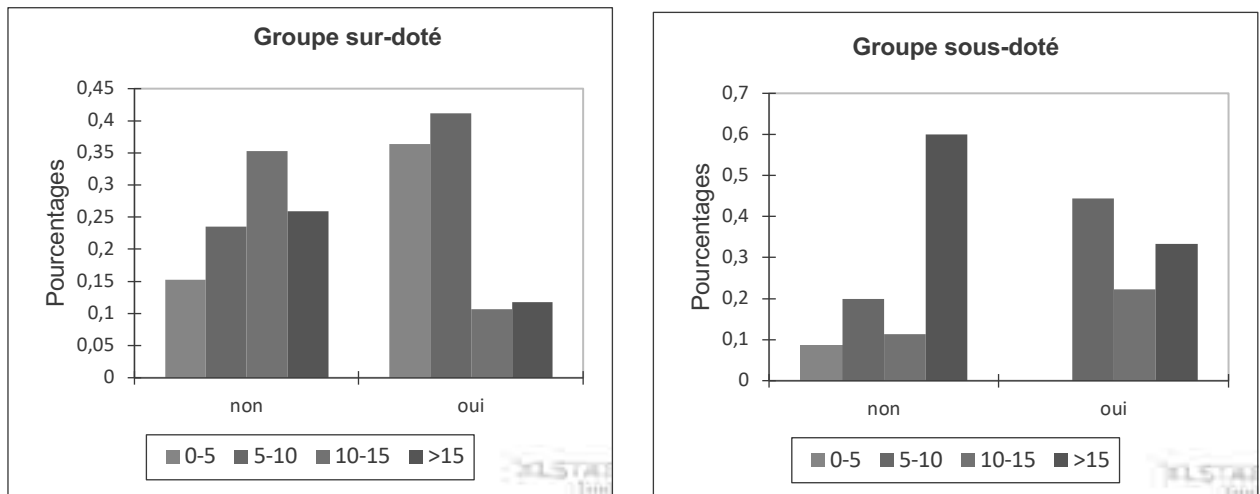
A l'inverse, le groupe sur-doté a majoritairement répondu avoir la possibilité d'adresser vers un centre d'urgence dentaire à moins de 20 km (68,25%).

Cette différence est significative selon le test exact de Fisher ($p\text{-value}=2.10^{-9}$).

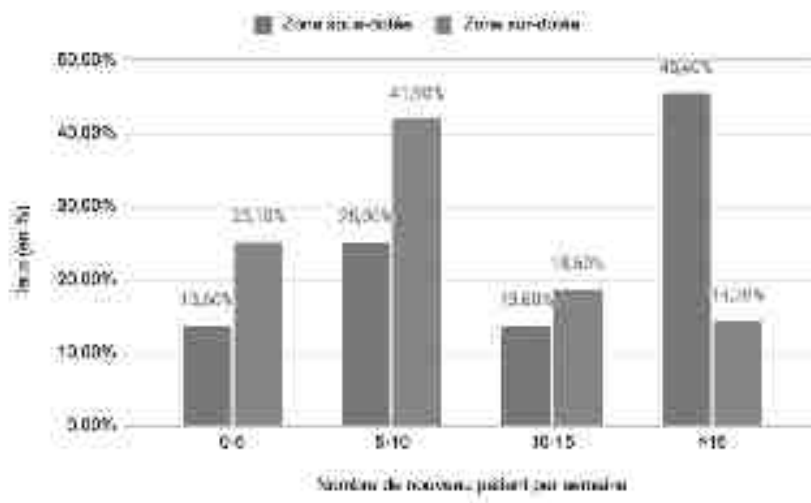
Groupe	Nombre d'appel par semaine \ Centre d'urgence dentaire <20km		Non	Oui
Zone sous-dotée	0-5		3	0
	5-10		7	4
	10-15		4	2
	>15		21	3
Zone sur-dotée	0-5		13	68
	5-10		20	77
	10-15		30	20
	>15		22	22

On peut également se demander s'il existe un lien entre la présence ou non d'un centre d'urgence dentaire à moins de 20 km et le nombre d'appels d'urgence par semaine. On remarque que le nombre d'appels est plus élevé (>15) quand il n'y a pas de centre d'urgence à proximité et qu'il y a moins d'appels quand un centre dentaire d'urgence

est présent à proximité. Ce lien a été vérifié par le test exact de Fisher dans le groupe sur-doté ($p\text{-value} < 0,0001$).



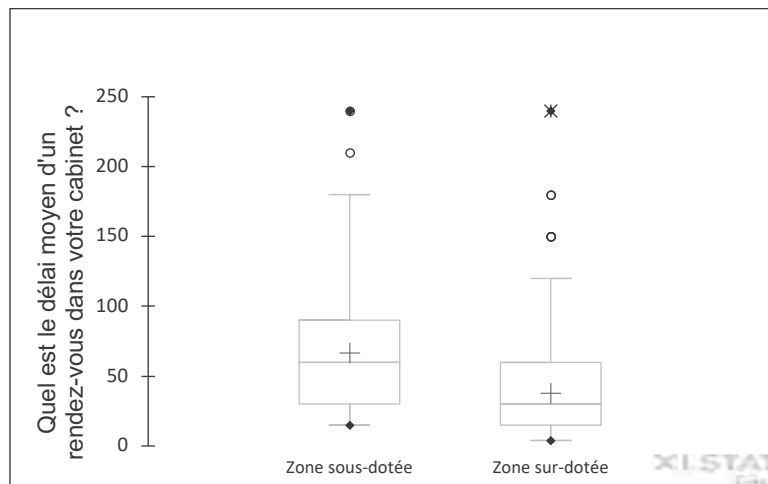
- **Nombre de demande de nouveau patient par semaine**



Le groupe sous-doté est majoritaire dans la catégorie « > 15 » demande de nouveaux patients par semaine (45,4% contre 14,2%). Dans le reste des catégories c'est le groupe sur-doté qui est plus important. Cependant si l'on additionne les réponses « >10 », le groupe sous-doté est deux fois plus représenté que le groupe sur-doté (59% contre 32,8%). C'est l'inverse quand on s'intéresse aux réponses « <10 », le groupe sur-doté est deux fois plus représenté (67,1% contre 38,6%).

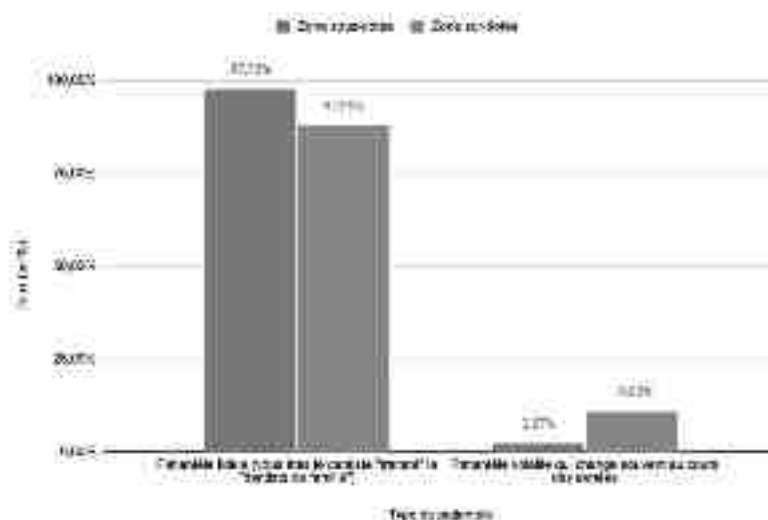
On peut conclure qu'il y a une différence significative selon le test du chi-2 ($p\text{-value} = 1.10^{-6}$) ; le groupe sous-doté reçoit plus de demandes de nouveaux patients par semaine.

- **Délai moyen d'un rendez-vous**



Dans le groupe sous-doté, la moyenne des délais de rendez-vous est de 66 jours, ce qui est à peu près équivalent à 2 mois et 6 jours. La moyenne du groupe sur-doté est de 37 jours soit 1 mois et 7 jours. Selon le test t de Student, les deux moyennes sont significativement différentes ($p\text{-value} < 0,0001$).

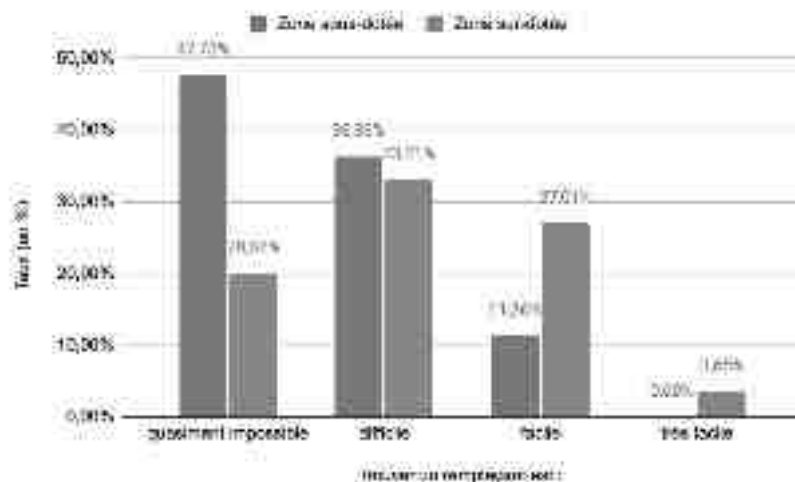
- **Type de patientèle**



La grande majorité des praticiens a répondu avoir une patientèle fidèle qu'ils soient du groupe sous-doté ou sur-doté. La part du groupe sur-doté concernant la patientèle volatile est plus importante que celle du groupe sous-doté (10,9% contre 2,2%).

Cependant cette différence n'est pas significative car il n'existe pas de lien significatif entre les deux variables selon le test exact de Fisher (p-value = 0,16).

- **La possibilité de trouver un remplaçant**



On remarque sur le graphique que plus on se déplace vers la gauche de l'axe des abscisses, plus le taux de réponse en zone sous-dotée augmente et est supérieur à celui des zones sur-dotée. Ceci correspond aux réponses « quasiment impossible » et « difficile » de trouver un remplaçant. A l'inverse, plus on se dirige vers la droite de l'axe et plus la part du groupe sur-doté augmente ce qui montre que ces derniers ont plus de facilité à trouver un remplaçant.

Pour tester la dépendance de ces deux variables (le groupe concerné et la facilité avec laquelle on trouve un remplaçant), nous avons effectué un test du chi-2 qui s'est avéré positif. Il y a donc une différence significative entre les deux groupes (p-value= 0,002).

D. Discussion

1. Biais et limites de l'étude

Nous pouvons relever plusieurs faiblesses de l'étude :

- Les questions étant majoritairement qualitatives les réponses sont subjectives, elles ont pu être interprétées différemment en fonction des praticiens. Ça a été notamment le cas pour les questions :
 - « Quel est le délai moyen d'un rendez-vous dans votre cabinet ? ». 10 personnes ont cru comprendre qu'il fallait donner la durée moyenne d'un rendez-vous dans leur cabinet, nous avons donc obtenus des réponses non exploitables tels que « 30 minutes » ou « 1 heure ».
 - « Quels actes avez-vous été amené à faire qui ne font pas partie de vos pratiques habituelles ». Dans cette question, nous voulions mettre en évidence le fait de devoir réaliser des pratiques qui ne font pas partie des pratiques habituelles (qui sont plutôt des pratiques spécialisées) car il n'y avait pas la possibilité que ce soit fait dans un délai raisonnable par un spécialiste. Une partie du groupe sur-doté a répondu à cette question alors qu'ils avaient répondu négativement à la question précédente (qui demandait s'ils étaient souvent confrontés à cette situation). Ils ont alors répondu exercer une certaine pratique spécialisée qui fait sûrement partie de leur pratique quotidienne.
 - « Quelle est l'amplitude horaire hebdomadaire d'ouverture du cabinet ? » certains praticiens n'ont pas bien compris la question et ont pensé que cette dernière portait sur leur temps de travail hebdomadaire. Nous avons par exemple reçu la réponse « 20 heures » par une personne exerçant 2 jours par semaine dans un cabinet de groupe, ici le praticien n'a pas pris en compte l'ouverture du cabinet mais bien sa propre durée de travail hebdomadaire.

- La question concernant le « type de patientèle » est également une question très subjective, elle n'est donc peut-être pas le reflet exact de la réalité.
- Il existe un biais de formulation de la question dans la partie « Quel est votre mode d'exercice ». En effet, les réponses possibles ont été pensées de cette manière :
 - Titulaire en exercice seul : Chirurgien-dentiste qui exerce seul dans son cabinet.
 - Titulaire en exercice de groupe : Chirurgien-dentiste titulaire du cabinet qui a recruté 1 ou plusieurs Chirurgien-dentiste collaborateurs (libéral ou salarié).
 - Collaborateur libéral : Chirurgien-dentiste qui a été engagé par une autre Chirurgien-dentiste Titulaire du cabinet.
 - Associé : Chirurgien-dentiste qui possède un cabinet dentaire avec un ou plusieurs autres Chirurgien-dentiste
 - Collaborateur ou exercice salarié : Chirurgien-dentiste ou étudiant engagé par un Chirurgien-dentiste titulaire dans un cabinet ou dans une structure tels que les centres dentaires privés, l'hôpital ou les centres mutualistes.

Or, un Chirurgien-dentiste titulaire en exercice de groupe peut également par la même occasion être associé. Cette question peut donc porter à confusion et être mal comprise par les participants.

- Il aurait été intéressant de demander l'âge des praticiens afin de démontrer s'il existe une différence significative entre la moyenne d'âge et les zones concernées. Ceci aurait pu nous permettre de savoir si le nombre de praticiens proches de la retraite est plus important dans un groupe plutôt qu'un autre.
- Le nombre de réponses dans la zone sous-dotée est faible, seulement 44 personnes ont répondu sur 73 personnes. Ceci est dû au fait que par définition, même si les territoires sous-dotés occupent une part importante du territoire du Grand Est, le nombre de praticiens est faible. Il serait intéressant d'étendre ce

questionnaire à tout le territoire national afin de récolter plus de réponses et de pouvoir confirmer ou infirmer nos résultats.

2. Comparaison des zones sous-dotées et sur-dotées

Différences	Similitudes
- Les praticiens ont plus de difficultés à trouver un remplaçant en zone sous-dotée - Le délai pour obtenir un rendez-vous est deux fois plus long en zone sous-dotée - Il y a un nombre plus important de demandes d'urgences ou de nouveaux patients (>15) en zone sous-dotée - La plupart des praticiens n'ont pas de centre dentaire d'urgence à moins de 20km - Il y a plus de praticiens qui exercent en maison de santé dans les zones sous-dotées et plus de praticiens en centre mutualiste et en milieu hospitalier en zone sur-dotée - Il y a beaucoup plus de collaborateurs (libéraux ou salariés) en zone sur-dotée. En zone sous-dotée les praticiens sont soit seuls dans le cabinet ou associés.	- Dans les deux groupes la part de praticiens exerçant en cabinet libéral est la plus importante - La majorité des chirurgiens-dentistes dans les deux zones exercent en groupe. - Dans les deux groupes, les praticiens sont pour la majorité tous stressés assez souvent et la plupart considère que ce stress est lié aux conditions de travail. - Les praticiens des deux groupes ont les mêmes pratiques habituelles et fréquentes (soins conservateurs, prothèse fixée, prothèse amovible et chirurgie) - Les deux zones ont les mêmes spécialistes présents à proximité - Les praticiens des deux zones ne sont pas souvent confrontés au fait de devoir réaliser des actes spécifiques car ils ne trouvent pas de spécialiste rapidement - Il n'y a pas de différence entre les deux groupes dans le choix du prothésiste (local ou délocalisé).

- Seul le groupe sur-doté comprend des praticiens qui cumulent deux modes d'exercice simultanés - Les praticiens des zones sur-dotées font plus fréquemment de la parodontologie, de l'implantologie et de la dentisterie esthétique dans leur pratique habituelle que leurs confrères des zones sous-dotées - Les praticiens en zone sur-dotée font plus de parodontologie, d'orthodontie et d'implantologie quand ils ne trouvent pas de spécialiste assez rapidement.	- Les deux groupes ont des moyennes d'amplitude horaire hebdomadaire quasiment égales (environ 40 heures par semaine) - Les deux groupes ont des moyennes d'heures supplémentaires qui ne sont pas différentes (environ 2 heures par semaine) - Les praticiens des deux groupes exercent un nombre de jours assez similaire (environ 4 jours).
--	--

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de déterminer s'il existait une différence de mode d'exercice entre les chirurgiens-dentistes des zones sous-dotées/très sous-dotées et ceux des zones sur-dotées/très sur-dotées. Notre souhait était de prouver si le fait d'exercer dans telle ou telle zone influençait la pratique de la chirurgie-dentaire.

Nous avons questionné directement les praticiens sur les différents aspects de l'exercice de l'art dentaire. Nous pouvons retenir dans l'ensemble que les deux zones ont de nombreuses différences dans leurs modes d'exercice mais aussi beaucoup de similitudes.

Les chirurgiens-dentistes des zones sous-dotées ont des délais de rendez-vous plus longs, un nombre d'urgences et de demande de nouveaux patients par semaine plus important et ont plus de difficultés à trouver un remplaçant. En zone sous-dotée il n'y a quasiment pas de centre dentaire d'urgence à moins de 20 km et l'exercice en maison de santé est plus fréquent. La majorité des praticiens travaillent dans un cabinet libéral seul ou sont associés contrairement aux zones sur-dotées où il y a plus de praticiens en collaboration (libéral ou salarié) et où l'exercice en centre mutualiste est plus fréquent. Les chirurgiens-dentistes des zones sur-dotées font plus de parodontologie, d'orthodontie, d'implantologie et de dentisterie esthétique que leurs confrères.

Les praticiens des deux zones exercent majoritairement en groupe et en cabinet libéral. Leurs états de stress au travail ainsi que l'organisation de leurs journées de travail (amplitude horaire du cabinet, heures supplémentaires, nombre de jour exercé par semaine) sont similaires dans les deux groupes. Il en est de même pour les disciplines pratiquées fréquemment.

Malgré les mesures incitatives mises en place par le gouvernement depuis un certain nombre d'années, les disparités ne semblent pas s'estomper. Le nombre de praticiens diplômés hors France (dans l'UE) est en constante augmentation, assez pour observer à la fin de l'année 2022 un croisement des courbes entre les primo-inscrits ayant obtenu leur diplôme en France et hors de France. Cette arrivée de praticiens à diplômes étrangers aurait pu rééquilibrer la tendance mais ce n'est pas le cas pour

l'instant car le schéma du lieu d'installation reste le même pour tous les primo-inscrits ; « les départements déjà bien pourvus concentrent la plupart des inscriptions à l'Ordre ».(89)

La carte du zonage des chirurgiens-dentistes en vigueur date de 2014, elle n'est sûrement plus représentative de la situation actuelle. Une mise à jour serait la bienvenue afin d'avoir plus de précisions. Par ailleurs, une nouvelle cartographie est en cours de production par le syndicat FSDL. Celle-ci permettra d'étudier la situation afin de savoir si les mesures mises en place par le gouvernement ont permis une amélioration.



SIGNATURE DES CONCLUSIONS

Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Nom - prénom de l'impétrant : DJEROUD Sandra-brane

Titre de la thèse : Comparaison du mode d'exercice des chirurgiens-dentistes exerçant en zones sous-dotées et très sous-dotées avec ceux exerçant en zone sur-dotée dans le Grand Est

Directeurs de thèse : Professeur Damien OFFNER et Docteur Maxime BIARD

VU
Strasbourg, le : 13.06.2023
Le Président du Jury



Professeur D. OFFNER

VU
Strasbourg, le : 14 JUIN 2023
Le Doyen de la Faculté
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg



Professeur F. MEYER

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pacte territoire santé [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/pts/>
2. LOI n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral (1) [Internet]. 2015-29 janv 16, 2015. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/20720-elections-regionales-elections-departementales-calendrier>
3. ≡ Départements Français ⇒ Liste Officielle 2022 - Carte - Numéros [Internet]. [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.regions-et-departements.fr/departements-francais>
4. ≡ Régions Françaises ⇒ Liste Officielle 2022 - Carte - Chiffres [Internet]. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.regions-et-departements.fr/regions-francaises>
5. ⇒ Région GRAND-EST⇒ Présentation, Carte & Chiffres Clés [Internet]. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.regions-et-departements.fr/region-grand-est>
6. Présentation du territoire [Internet]. GrandEst. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.grandest.fr/presentation/>
7. Les chiffres clés en région Grand Est | La préfecture et les services de l'État en région Grand Est [Internet]. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/grand-est/Region-et-institutions/Portrait-de-la-region/Chiffres-cles/Les-chiffres-cles-en-region-Grand-Est>
8. Qu'est-ce qu'une métropole ? [Internet]. vie-publique.fr. [cité 13 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/20129-quest-ce-quune-metropole>
9. Qu'est-ce qu'une communauté urbaine ? [Internet]. vie-publique.fr. [cité 13 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/20122-quest-ce-quune-communaute-urbaine>
10. Définition - Établissement public de coopération intercommunale / EPCI / EPCI | Insee [Internet]. [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1160>
11. Liste des EPCI | ORS Grand Est [Internet]. Observatoire régional de la santé Grand Est. [cité 13 oct 2022]. Disponible sur: <https://ors-ge.org/liste-des-epci>
12. Définition - Commune rurale | Insee [Internet]. [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1902>
13. Définition - Commune urbaine | Insee [Internet]. [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1472>
14. ORS Grand Est. Portrait du Grand Est [Internet]. 2019 août. Disponible sur: https://ors-ge.org/sites/default/files/inline-files/ORS%20GE_Doc%20r%C3%A9gional%20EPCI_ao%C3%BBt%202019_0.pdf
15. Comparateur de territoires – Intercommunalité-Métropole de Eurométropole de Strasbourg (246700488) | Insee [Internet]. INSEE institut national de la statistique et des études économiques. [cité 13 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-246700488>
16. Superficie | L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 13 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/superficie>
17. Comparateur de territoires | Insee [Internet]. [cité 25 nov 2022]. Disponible sur:

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=REG-44+DEP-08+DEP-10+DEP-51+DEP-52+DEP-54+DEP-55+DEP-57+DEP-67+DEP-68+DEP-88>

18. Insee - Statistiques locales - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://statistiques-locales.insee.fr/#c=report&chapter=compar&report=r01&selgeo1=reg.44&selgeo2=fe.1>
19. Etat de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est (PRS projet régional de santé 2018-2027) [Internet]. 2017 avr [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/14081/download?inline>
20. Larousse É. Définitions : démographie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Larousse. [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9mographie/23442>
21. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. datavize.drees. [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
22. Cartographie publique ONCD [Internet]. [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>
23. ONDPS. Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives [Internet]. 2021 nov p. 146. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf
24. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? mars 2021;(76):74.
25. Mermilliod Séverine. Odontologie : le point sur la création des huit facs annoncées pour la rentrée 2022 - L'Etudiant [Internet]. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/odontologie-le-point-sur-la-creation-des-8-facs-annoncees-pour-la-rentree-2022.html>
26. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Bulletin officiel [Internet]. enseignementsup-recherche.gouv.fr. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/22/Hebdo31/ESRS2220085A.htm>
27. ONDPS. État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes [Internet]. 2013 déc p. 40. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf
28. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1) [Internet]. Code de l'éducation, Code de la santé publique juill 24, 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260/>
29. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. datavize.drees. [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
30. Définition - Pôle urbain | Insee [Internet]. [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1411>
31. Définition - Couronne | Insee [Internet]. [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1305>
32. Définition - Aire urbaine | Insee [Internet]. INSEE institut national de la statistique et des

études économiques. 2016 [cité 19 oct 2022]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2070>

33. Comprendre le zonage en aires d'attraction des villes | L'Observatoire des Territoires [Internet]. 2022 [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/methodes/methode-comprendre-le-zonage-en-aires-dattraction-des-villes>

34. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

35. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

36. Sarfati M. Le parcours patient dans une zone sous-dotée : étude dans les services universitaires odontologiques de Seine-Maritime [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03441149/document>

37. Arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie.

38. Décret n° 2011-62 du 14 janvier 2011 modifiant le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales [Internet]. Code de la sécurité sociale janv 14, 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000023428734>

39. dentalgest.com. Le cumul emploi-retraite enfin possible [Internet]. dentalgest.com – Pour les chirurgiens-dentistes. 2011 [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.dentalgest.com/le-cumul-emploi-retraite-est-enfin-possible-pour-les-chirurgiens-dentistes/>

40. Marco MAZEVET. Évaluation de la pratique clinique dans le cursus des études en odontologie au sein de l'Union Européenne. [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/8385be00-20f0-4111-b2d4-2e41210fe140?inline>

41. Accès aux soins : rétablir l'équité territoriale face aux déserts médicaux [Internet]. vie-publique.fr. [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/284823-acces-aux-soins-quelle-equite-territoriale-face-aux-deserts-medicaux>

42. Qu'est-ce qu'un désert médical et comment les pouvoirs publics y répondent-ils ? [Internet]. vie-publique.fr. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-queles-actions-des-pouvoirs-publics>

43. ARS Grand Est. Synthèse régionale EPCI Grand Est [Internet]. 2019 août p. 34. Disponible sur: [file:///Users/djeroudoumeddour/Downloads/Synthese_regionale_EPCI_2019%20\(1\).pdf](file:///Users/djeroudoumeddour/Downloads/Synthese_regionale_EPCI_2019%20(1).pdf)

44. Définition - Bassin de vie | Insee [Internet]. [cité 27 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2060>

45. Définition - Canton-ou-ville / Pseudo-canton / Pseudo-canton | Insee [Internet]. [cité 27 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1725>

46. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [cité 20 oct 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl>

47. Article Annexe VI - 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 - Légifrance [Internet]. code de la santé publique. Disponible sur:

https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000027611445

48. ARS Centre val de loire. Méthodologie de classification des zones relatives à la démographie des chirurgiens-dentistes omnipraticiens [Internet]. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/media/3260/download?inline>

49. Noémie Vergier, Hélène Chaput, Ingrid Lefebvre-Hoang. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? [Internet]. 2017 mai p. 62. Report No.: 17. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>

50. Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli, Aurélie Pierre (Irdes). Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. juin 2016 [cité 10 oct 2022];(219). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/219-recours-aux-soins-ambulatoires-et-distances-parcours-par-les-patients.pdf>

51. 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 [Internet]. code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025055418/#:~:text=Les%20zones%20pr%C3%A9vues%20par%20l,dot%C3%A9es%20et%20zones%20%22surdot%C3%A9es%22.>

52. ARS Bretagne. Les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des chirurgiens-dentistes libéraux Dispositif, méthode et résultat [Internet]. Disponible sur: https://www.bretagne.paps.sante.fr/system/files/2019-09/Zonage_dentistes_2014_Methode_et_resultat.pdf?rubrique=8637

53. Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, signé le 16 avril 2012 [Internet]. Code de la sécurité sociale, code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000026237147>

54. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 28 nov 2022]. Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=zonage_conv.z_dent&view=map12

55. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques Grand Est [Internet]. [cité 28 nov 2022]. Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=562898,7046568,685537,372785&c=indicator&i=zonage_conv.z_dent&view=map12

56. Ménard C, Grizeau-Clemens D, Wemaere J. Santé bucco-dentaire des adultes. mars 2016;(35):10.

57. Section 3 : Personnes handicapées ou à mobilité réduite. (Articles L111-7 à L111-8-4) - Légifrance [Internet]. code de la construction et de l'habitation. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074096/LEGISCTA000006176351/#LEGISCTA000006176351

58. Bernardin C. Prise en charge de la santé orale des personnes vulnérables dépendantes: contexte et enjeux. 2018.

59. Santé : quelle politique publique contre les déserts médicaux ? [Internet]. vie publique. 2019. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/24080-sante-quelle-politique-publique-contre-les-deserts-medicaux>

60. CANCEILL THIBAUT. Inégalités d'accès aux soins dentaires et solutions de résolution :

exemple du Lot et de la Haute-Garonne.

61. DGOS. Le principe du CESP [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
62. Une bourse pour vos études grâce au CESP [Internet]. [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.grand-est.paps.sante.fr/une-bourse-pour-vos-etudes-grace-au-cesp-2>
63. Arrêté du 21 avril 2022 fixant le nombre de contrats d'engagement de service public pouvant être signés par les étudiants de deuxième et de troisième cycles des études de médecine et d'odontologie et par les praticiens à diplômes étrangers hors Union européenne autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences au titre de l'année universitaire 2021-2022 - Légifrance [Internet]. Code de l'éducation avr 21, 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045641146>
64. CNG Centre national de gestion. DONNEES SUR LES CONTRATS D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC (CESP) CONCLUS AVEC LES ETUDIANTS ET INTERNES EN MÉDECINE ET EN ODONTOLOGIE (campagne de 2010/2011 à 2019/2020) [Internet]. p. 31. Disponible sur: https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/2021_CESP_Etude.pdf
65. Contrat d'engagement au service public odontologie. FORMULAIRE TYPE POUR LES DEPOTS DE CANDIDATURE [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/formulaire_esp_odto.pdf
66. Arrêté du 26 mai 2020 relatif à la composition et aux modalités d'examen du dossier de candidature, au modèle type de contrat et aux conditions de suspension et de résiliation du contrat d'engagement de service public, pris en application des articles R. 631-24-2, R. 631-24-4 et R. 631-24-7 du code de l'éducation - Légifrance [Internet]. Code de l'éducation mai 29, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000041925078/2020-05-29/>
67. DGOS_Michel.C. Comment candidater au CESP ? [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/comment-candidater-au-cesp>
68. Centre National de Gestion - CESP [Internet]. [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: https://extranet.cng.sante.fr/cesp2/lle_public/1/parpage
69. CNG Centre national de gestion, Ministère de la santé et des sports. Le contrat d'engagement de service public (CESP) QUESTIONS-REPONSES [Internet]. p. 7. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/FAQ_CESP_29-06-11.pdf
70. Carbona S, Canceill T. Jeunes praticiens et déserts médicaux [Internet]. L'Information Dentaire. 2019 [cité 26 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/actualites/jeunes-praticiens-et-deserts-medicaux/>
71. S'implanter en zones de revitalisation rurale (ZRR), quels avantages ? [Internet]. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/zone-revitalisation-rurale-zrr-avantages-impots>
72. Zones franches urbaines, quelles opportunités pour les entreprises ? [Internet]. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/zones-franches-urbaines-zfu-te-avantages-impots>
73. Quelles exonérations d'impôts pour les entreprises en zones AFR ? [Internet]. [cité 22 nov

- 2022]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/exonerations-impots-zones-afr-zafr>
74. Contrats incitatifs chirurgien-dentiste [Internet]. améli. 2022 [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/vie-cabinet/contrat-incitatif>
75. FSDL. Dispositifs d'aides aux chirurgiens-dentistes [Internet]. 2020 févr p. 9. Disponible sur: <https://www.fSDL.fr/wp-content/uploads/2020/02/aide-a-l-installation.pdf>
76. Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 28 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
77. Ma santé 2022 : découplage et réorganisation des soins [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decouplage-et-reorganisation-des-soins>
78. ARS Grand Est. synthèse PRS : Projet régional de santé 2018-2027. État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est [Internet]. 2017 avr p. 58. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/14080/download?inline>
79. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Code de la santé publique déc 25, 2021. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477
80. Article L6323-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Code de la santé publique avr 1, 2018. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036494896
81. L'exercice coordonné Un cadre attractif pour les professionnels [Internet]. solidarité-santé.gouv. 2022 [cité 19 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
82. ARS Grand Est. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : Bilan et évolution [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/41168/download?inline>
83. PAPS Grand Est. Des aides au transport et à l'hébergement [Internet]. PAPS Grand Est. 2019 [cité 19 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.grand-est.paps.sante.fr/des-aides-au-transport-et-lhebergement-1?parent=7621&rubrique=7620>
84. Fonds d'Intervention Régional (FIR) [Internet]. [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/fonds-dintervention-regional-fir-2>
85. Soutien aux maisons de santé pluri-professionnelles [Internet]. GrandEst. [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.grandest.fr/vos-aides-regionales/soutien-aux-maisons-de-sante-pluri-professionnelles/>
86. SOUTIEN AUX DYNAMIQUES TERRITORIALES DE SANTÉ [Internet]. La région Grand Est. 2021 [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.grandest.fr/vos-aides-regionales/soutien-aux-dynamiques-territoriales-de-sante/>
87. Article L1511-8 - Code général des collectivités territoriales - Légifrance [Internet]. code général des collectivités territoriales. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000023380159/2014-03-25
88. La protection des intérêts économiques et sociaux de la population | collectivités-locales.gouv.fr [Internet]. collectivités locales. gouv. [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/competences/la-protection-des-interets-economiques-et->

sociaux-de-la-population

89. ONCD la lettre ; Qui sont les primo-inscrits. avril/mai;(205/23):14.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

Comparaison du mode d'exercice des chirurgiens-dentistes en zones sous-dotées et sur-dotées du Grand-Est

Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse aux différences de mode d'exercice des chirurgiens-dentistes dans les zones sous-dotées par rapport à ceux exerçant en zones sur-dotées dans le Grand-Est. Ce questionnaire s'adresse aux chirurgiens-dentistes en exercice. Merci du temps que vous accorderez à celui-ci.

1) Dans quelle ville exercez-vous ? (Réponse courte)

2) Quel est votre mode d'exercice ? (Question à Choix Multiple)

- Collaborateur libéral
- Collaborateur ou exercice salarié
- Associé
- Titulaire en exercice seul
- Titulaire en exercice de groupe
- Autre

3) Exercez-vous : (QCM)

- En maison de santé
- En centre mutualiste
- En centre dentaire privé
- En cabinet libéral
- A l'hôpital

- 4) Combien de jour par semaine exercez-vous ? (Réponse courte)
- 5) Vous arrive-t-il de faire des heures supplémentaires ? si oui, combien d'heures par semaine en moyenne ? (Réponse courte)
- 6) Quelle est l'amplitude horaire hebdomadaire d'ouverture du cabinet ?
- 7) Concernant la nature des actes effectués dans votre cabinet, vous faites régulièrement de la : (QCM)
- La prothèse fixée
 - Chirurgie
 - Orthodontie (conventionnel ou gouttière)
 - Prothèse amovible
 - Dentisterie esthétique (facettes, Icon, éclaircissement)
 - Pédiodontie
 - Parodontologie (chirurgicale ou non chirurgicale)
 - Implantologie
 - Soins conservateurs classiques
- 8) Sélectionnez les 4 disciplines que vous estimez faire le plus souvent :
- Prothèse fixée
 - Chirurgie
 - Orthodontie
 - Prothèse amovible
 - Dentisterie esthétique
 - Pédiodontie
 - Parodontologie

- Implantologie
- Soins conservateurs

9) Concernant votre relation avec le prothésiste, faites-vous appel à un : (QCM)

- Prothésiste local (dans votre ville ou une ville voisine)
- Prothésiste délocalisé (nécessite un envoi par la poste)

10) Avez-vous la possibilité d'adresser vos patients à vos correspondants spécialistes tels que : (QCM)

- Orthodontiste
- Chirurgien oral
- Implantologiste
- Pédiodontiste exclusif
- Endodontiste exclusif
- MBD spécialiste dans la prise en charge des patients handicapés

11) Êtes-vous souvent confronté au fait de devoir réaliser des actes spécifiques (orthodontie, chirurgie, implantologie...) car vous ne trouviez pas de correspondant assez rapidement ?

- Oui
- Non

12) Si oui, quels actes avez-vous été amené à faire alors qu'ils ne font pas parti de votre pratique habituelle (QCM) :

- Chirurgie orale (extraction DDS, ablation kyste, résection apicale...)
- Orthodontie (conventionnelle ou gouttière)
- Implantologie
- Parodontologie (greffe muco-gingivale, lambeau d'assainissement...)
- Prise en charge d'un patient avec un handicap lourd

13) Sur une échelle de 1 à 5 comment évaluez-vous votre stress au travail ? (QCM)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

14) Vous considérez que vous êtes stressé au travail : (QCM)

- Tous les jours
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

15) Pensez-vous que le stress au travail est lié à vos conditions de travail (emploi du temps, patientèle, charge de travail ?) (QCM)

- Oui
- Pas toujours
- Non

16) Concernant la gestion des urgences, combien d'appels recevez-vous en moyenne par semaine ? (QCM)

- 0-5
- 5-10
- 10-15
- >15

17) Avez-vous la possibilité d'orienter les urgences vers un centre d'urgence dentaire à moins de 20 km ?

- Oui
- Non

18) Concernant la gestion des nouveaux patients, combien de demande avez-vous par semaine en moyenne ? (QCM)

- 0-5
- 5-10
- 10-15
- >15

19) Quel est le délai moyen d'un rendez-vous dans votre cabinet ? (Réponse courte)

20) Quels types de patientèle avez-vous majoritairement dans votre cabinet ? (QCM)

- Patientèle fidèle (vous êtes le dentiste traitant, le « dentiste de famille »)
- Patientèle volatile qui change souvent au cours des années

21) Dans le cas où vous souhaitez prendre des congés, trouver un remplaçant est : (QCM)

- Très facile
- Facile
- Difficile
- Quasiment impossible

DJEROUD (Sandra-Imane) - Comparaison du mode d'exercice des chirurgiens-dentistes exerçant en zones sous-dotées et très sous-dotées avec ceux exerçant en zones sur-dotées dans le Grand Est

(Thèse : 3^{ème} cycle Sci. odontol. : Strasbourg : 2023 ; N°54)

N°43.22.23.54

Résumé : L'offre de soins dentaires n'est pas répartie de manière équitable en France et qui plus est dans le Grand Est, ce qui donne lieu à des inégalités en termes d'accès au soin. Le ministère des solidarités et de la santé, par le biais des collectivités locales et de l'ARS, s'efforce de mettre en place des stratégies afin d'inciter les chirurgiens-dentistes à s'installer dans ces zones déficitaires et également à maintenir sur place ceux déjà installés. Malgré ces efforts, il persiste toujours des zones appelées zone sous-dotées ou très sous-dotées en chirurgiens-dentistes. De manière générale, celles-ci sont les mêmes que celles déficitaires en médecin, infirmier, kinésithérapeute etc.

Nous allons nous intéresser au mode d'exercice des chirurgiens-dentistes installés dans ces « zones déficitaires du Grand Est ». Y-a-t-il une différence dans la pratique de la profession qu'elle soit dans une zone sous dotée/très sous-dotée ou classique ? Particulièrement concernant la nature et la quantité des actes effectués ainsi que la relation patient-praticien. A quelles difficultés doivent-ils faire face au quotidien ; emploi du temps chargé, stress, relation avec les prothésistes ? Comment s'organisent leur cabinet ; ont-ils tendance à travailler seul ou en groupe ? Quels sont les rapports avec les autres acteurs de santé sur place ? Les spécialités odontologiques telles que l'orthodontie, la chirurgie orale sont-elles accessibles ?

Après avoir exposé la démographie médicale du Grand Est et les spécificités des différentes zones, nous interrogerons directement les chirurgiens-dentistes concernés par le biais d'un questionnaire. L'objectif de cette étude est d'exposer le quotidien de ces chirurgiens-dentistes et de dresser une comparaison objective avec ceux installés en ville et dans les zones très sur-dotées.

Rubrique de classement : Santé Publique Bucco-Dentaire

Mots clés : Zone sous-dotée, offre de soin, chirurgie-dentaire, Grand-Est, Santé publique.

Me SH : Under-resourced area, care offer, great east, public health

Jury :

Président : Professeur Damien OFFNER

Assesseurs : Professeur Sophie JUNG
Docteur Xavier VAN BELLINGHEN
Docteur Maxime BIARD

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale :

8 rue Lucie Berger
67200 STRASBOURG

Adresse de messagerie :

idourjed@yahoo.com

