

rapport

Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives

Novembre 2021



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé**

ONDPS



Directeur de publication : Pr Emmanuel Touzé

Secrétaire générale, responsable de la coordination éditoriale : Agnès Bocognano

Chargée de mission statistique : Mathilde Pichot-Utrera

Chargée d'études documentaires : Valérie Evans

Création graphique et maquettage : NDBD

Diffusion : ONDPS

Éditeur : DICOM

Dépôt légal : 2021

ISBN : 978-2-11-162748-2 • **ISSN :** en cours



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé



Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Tél. : 01 40 56 89 36 – Courriel : drees-ondps@sante.gouv.fr

Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont autorisées à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).



Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives

Novembre 2021

Présentation de l'ONDPS

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a été créé par décret du 19 juin 2003 auprès du ministre chargé de la santé pour analyser les enjeux en termes de santé publique de l'évolution de la démographie des professions de santé. Il s'agit d'une instance de concertation et d'analyse, présidée par une personnalité nommée pour trois ans par arrêté du ministre chargé de la santé, et regroupant un Conseil national d'orientation et les comités régionaux de l'ONDPS (dits CRONDPS).

Pour fonctionner cette instance s'appuie sur un secrétariat général composé d'une secrétaire générale, d'une chargée de mission, d'une chargée d'études documentaires, rattaché à la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère.

Sa composition: au Conseil national d'orientation siègent

Les administrations centrales chargées:

- de la politique de santé (DGS, DGOS, DSS, DREES);
- du handicap et de la dépendance (DGCS, CNSA);
- de la formation des professionnels de santé (DGESIP);

Ainsi que:

- la CNAM;
- le représentant du Collège des DG-ARS;
- le représentant des Régions de France;
- le représentant des usagers (France Assos Santé).

Les représentants des différentes professions de santé:

- les 7 Ordres professionnels (ONCD, CNOM, CNOMK, CNOPP, CNOP, CNOSF, ONI);
- les représentants des formateurs des professions médicales et de pharmacie (CPU, doyens des facultés de médecine, de pharmacie, d'odontologie et des enseignants en maïeutique-CNEMa et CNGE-CA);
- les représentants des étudiants et des internes de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique (ANEMF, ANEPF, ANESF, FNSIP-BM, ISNAR-IMG, ISNI, SNIO, UNECD, la Fage);
- les représentants des écoles paramédicales et des étudiants paramédicaux (ANDEP);
- le représentant de la CNCEM;
- trois personnalités qualifiées.

Dans les comités régionaux de l'ONDPS, on retrouve des représentations similaires:

- ARS, représentants des conseils de l'Ordre, du conseil régional, des fédérations hospitalières (dont la FHF, FEHAP, FHP), des unions régionales des professionnels de santé, des usagers, les observatoires régionaux de santé (ORS)...

Pour la formation:

- le Recteur de région;
- un représentant des Universités ayant un secteur santé;
- les directeurs d'UFR (médecine, pharmacie, odontologie) et les directrices d'école de maïeutique ;
- les représentants des étudiants et des internes des professions de santé.

Ses missions:

- rassembler des données harmonisées relatives à la démographie des professionnels de santé;
- définir le cadrage et apporter l'appui méthodologique pour la production de données et d'indicateurs;
- synthétiser et diffuser les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional;
- promouvoir les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels, de l'évolution de leurs métiers, et de la réponse aux besoins de santé de la population, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins;
- proposer au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision;
- réaliser des études et travaux permettant d'évaluer, en lien avec les besoins de santé exprimés au niveau de chaque région, les perspectives en matière démographique et de formation propres à la région, ainsi que les conditions d'exercice, en particulier pluri-professionnel, permettant un meilleur accès aux soins;
- assurer le secrétariat de la conférence nationale.

Pour en savoir plus sur l'ONDPS: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>



Avant-propos

Ce rapport a été réalisé à la demande de la ministre des Solidarités et de la Santé.

Par lettre du 26 juillet 2017, Agnès Buzyn a demandé à l'ONDPS de travailler sur la démographie des chirurgiens-dentistes afin de disposer d'une vision fine de l'évolution des besoins.

À cette fin, l'ONDPS a constitué un groupe de travail en 2019 comprenant les représentants de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD), de la Conférence des doyens des facultés d'odontologie, de plusieurs directeurs d'UFR en odontologie, des étudiants en formation, des syndicats dentaires, de l'Administration et de la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Le groupe s'est réuni en janvier 2019 et les travaux ont ensuite continué sous la forme d'auditions par institution, d'entretiens individuels notamment avec des représentants des Agences régionales de santé (ARS) et des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) libéraux.

Le contexte particulier de ces deux dernières années lié à la crise sanitaire d'une part et à la préparation de la conférence nationale du 26 mars 2021 d'autre part n'ont pas permis à l'Observatoire de réunir le groupe de travail une nouvelle fois dans sa formation initiale. L'ONDPS a en effet été chargé de la préparation et de l'organisation de la conférence nationale, dont la finalité était de proposer au ministre des Solidarités et de la Santé ainsi qu'au ministre de l'Enseignement Supérieur, de la recherche et de l'innovation, un objectif de professionnels de santé à former pour la période 2020-2025. La proposition a été faite pour les quatre professions médicales et pharmaceutique, dont font partie les chirurgiens-dentistes.

Les réunions préparatoires de cette conférence, qui se sont tenues sur le premier trimestre 2021, ont permis de prendre en compte les éléments d'analyses régionales remontés par les correspondants en ARS quant aux besoins de santé et de formation. Elles ont aussi permis d'aborder la démographie des chirurgiens-dentistes et les scénarios de projections d'ici 2050 réalisés par la Direction, de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la question des besoins de santé et celle de l'impact des nouvelles organisations.



Ainsi, ces réunions préparatoires à la conférence, qui se sont prolongées par des entretiens bilatéraux avec les représentants de l'ONCD et de la conférence des doyens des facultés d'odontologie, ont en partie servi de cadre à la poursuite des travaux du groupe de travail.

Enfin, le contexte particulier a conduit l'ONDPS à étaler les travaux de cette étude sur un temps plus long que prévu initialement, mais une mise à jour a été régulièrement effectuée afin de tenir compte des éléments d'information les plus récents.

Ce rapport a bénéficié de la richesse de l'analyse et de l'expertise apportées par les représentants de l'ONCD, de la conférence des doyens des facultés d'odontologie, des étudiants, des syndicats dentaires, des ARS et des URPS, ainsi que des travaux de projection démographique de la DREES.

Je remercie vivement chacun d'entre eux pour leur implication et leur collaboration.

Emmanuel Touzé, Président de l'ONDPS



Démographie des chirurgiens-dentistes: état des lieux et perspectives

Novembre 2021

Emmanuel Touzé
Agnès Bocognano

Synthèse



1. Pour avoir une idée plus complète de l'offre de soins, notons que 70 médecins déclarent la chirurgie orale comme activité principale en 2021.

2. *Millien C., 2017, « 8 000 chirurgiens-dentistes supplémentaires d'ici à 2040 », Études et Résultats, DREES, n° 1027, septembre, disponible à l'adresse suivante : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1027.pdf>*

Une croissance démographique atone, soutenue par le flux de professionnels diplômés dans un pays étranger

Au 1^{er} janvier 2021, 42 031 chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en France¹ sont dénombrés dans les bases du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

La démographie des chirurgiens-dentistes se caractérise par une croissance très atone sur les trente dernières années. Les effectifs évoluent peu depuis 1995 (+0,3 % par an en moyenne), après avoir connu une forte croissance (+2,8 % par an en moyenne) dans la période de 1971 à 1995, pendant laquelle le nombre de chirurgiens-dentistes avait quasiment doublé. Depuis 2012, les effectifs sont à la hausse de façon très modérée (+0,5 % en moyenne par an).

La croissance des effectifs reflète en partie celle du *numerus clausus* (NC) qui a fixé le nombre d'étudiants autorisés à suivre des études d'odontologie de la rentrée 1971 à celle de 2020. Initialement fixé à 1 950 places, le *numerus clausus* d'odontologie a fortement diminué dans les années 1980 et 1990 (jusqu'à 800 places). Depuis 2003, il augmente à nouveau et a atteint 1 332 pour la rentrée universitaire 2020. Ce nombre reste inférieur au niveau de 1980 (-10 %), contrairement aux autres filières: en pharmacie, le NC a augmenté de 17 %, en médecine de 31 % et en maïeutique de 48 %.

La faiblesse du *numerus clausus* aurait conduit à une diminution des effectifs sans le flux de professionnels formés à l'étranger, essentiellement en Europe. Ces flux ont été particulièrement croissants (5 % en 1999²; 40 % en 2021) et se singularisent par la part désormais majoritaire des professionnels de nationalité française parmi eux. L'Ordre notait en 2015 que « *la tendance à l'europeanisation des praticiens inscrits au tableau de l'Ordre non seulement se confirme mais s'amplifie* ».

En conséquence, la part de chirurgiens-dentistes exerçant en France diplômés à l'étranger a triplé en neuf ans, passant de 4 % à 14 %, dont 80 % à diplôme européen.

L'externalisation d'une part importante de la formation des chirurgiens-dentistes français en Europe est préoccupante car elle pose la question de la qualité de la formation et de l'harmonisation des formations cliniques.



3. Dossier de presse de la CNAMTS « Un accord avec les dentistes au service d'une meilleure santé bucco-dentaire en France », 5 juin 2018.

La densité stagne sur la période récente, à un niveau plus bas que la moyenne européenne, malgré des besoins importants

Ces vingt dernières années, la croissance des effectifs de chirurgiens-dentistes a été moins rapide (4 %) que celle de la population française (plus de 10 %). La densité de 2021, 62 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, reste inférieure à celle des années 1990. Elle est également nettement inférieure à la moyenne européenne en 2018 qui est de 74 pour 100 000 habitants. Alors que la densité a augmenté dans la plupart des pays depuis 2006, la France a vu à l'inverse sa densité baisser.

Parallèlement, les besoins non satisfaits dans le domaine des soins se traduisent par l'existence d'une sous-consommation générale de soins dentaires en France. Selon la CNAMTS³, le recours aux soins dentaires en France (41 %) est nettement inférieur à la moyenne européenne, notamment par rapport à l'Allemagne et au Royaume-Uni (71 %). Les indicateurs d'état de santé sont insatisfaisants, les résultats en France paraissant inférieurs à ceux des autres pays européens. La sous-consommation est particulièrement dénoncée pour les populations spécifiques, en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

La répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire reste très inégale et ne permet pas de garantir une offre de soins homogène

Entre départements, les écarts de densité se creusent: l'ONDPS constatait en 2006 un écart de 1 à 4, en 2021 il est de 1 à 5. Mayotte semble dans une situation particulière avec 8 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. Sur l'ensemble des autres départements, 12 départements ont une densité en chirurgiens-dentistes inférieure à 40 et 8 départements ont des densités supérieures à 80.

Les disparités s'observent même au niveau des régions. La stagnation de la densité n'a pas été propice à un rééquilibrage depuis 2013. Sans être accentuées, les inégalités ont été maintenues, hormis pour deux régions qui ont eu une progression notable: la Guadeloupe (+34 %) et Martinique (+47 %). La Guyane reste très sous-dotée (24). Pour les autres régions, les écarts restent du simple au double: quatre régions ayant une densité nettement inférieure à la moyenne: Normandie (42), Centre-Val de Loire (44),



Hauts de France et Bourgogne Franche-Comté (48); Île-de-France, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur ayant une densité supérieure à 70.

L'inégale répartition géographique des chirurgiens-dentistes influence leur activité et la consommation de soins dentaires sur le territoire. Dans les régions où la densité est plus forte, la population est plus souvent consommatrice de soins dentaires. Les chirurgiens-dentistes ont une patientèle plus réduite, mais le nombre d'actes par patient semble plus important.

Même s'il n'est pas facile de définir le bon niveau de soins, les écarts de consommation peuvent laisser craindre des différences de prise en charge bucco-dentaire, sans qu'il soit possible de savoir si les risques sont plutôt de l'ordre de sous-traitement dans les territoires sous-dotés ou de sur-traitement dans les territoires les plus dotés.

La situation des régions sans UFR en odontologie est particulièrement défavorable

Il y a 13 subdivisions qui n'ont pas de faculté de chirurgie dentaire: Amiens, Angers, Antilles-Guyane, Besançon, Caen, Dijon, Grenoble, Limoges, Océan Indien, Poitiers, Rouen, Saint-Étienne et Tours. La Bourgogne Franche-Comté, le Centre-Val de Loire, la Normandie, la Corse, Antilles-Guyane et l'Océan Indien sont des régions qui ne comptent aucun lieu de formation en odontologie. Ces régions sont, à l'exception de la Corse, les régions qui ont les plus faibles densités de chirurgiens-dentistes.

Les territoires sans UFR représentent 30 % de la population française mais seulement 22 % des effectifs de chirurgiens-dentistes. Leur densité moyenne (47/100 000 habitants) est très inférieure à celle des territoires avec UFR (69).

La distribution des places de formation est très inégale

Le *numerus clausus* national était réparti, jusqu'en 2020, sur 44 universités ayant une Première année commune aux études de la santé (PACES); or la répartition du *numerus clausus* n'apparaît pas calée sur celle de population. Cette inégalité de répartition pourrait être orientée de façon à compenser les inégalités constatées de densité. Mais cette hypothèse est infirmée par la

4. Le taux de retour est le rapport entre les effectifs entrés en formation en France une année et les professionnels à diplôme français entrés en activité 7 ans plus tard.

coexistence de subdivisions doublement sur-dotées, c'est-à-dire sur-dotées en *numerus clausus* et qui ont déjà une densité de chirurgiens-dentistes supérieure à la moyenne nationale (Toulouse, Strasbourg, Nice) et de subdivisions doublement sous-dotées (Poitiers, Angers, Antilles-Guyane, Tours, Amiens, Saint-Étienne et Caen).

La répartition du *numerus clausus* n'a obéi ni à une logique démographique ni à un objectif de rééquilibrage de la répartition des praticiens qui aurait consisté à sur-doter les régions à faible densité de dentistes et sous doter les régions à forte densité.

L'observation du taux de retour permet d'approfondir cette conclusion. Le taux de retour national, rapport entre le *numerus clausus* une année et les effectifs de professionnels installés qui en sont issus⁴, est de 89 %. Les subdivisions des régions sans UFR d'odontologie ont un taux de retour entre 50 et 70 %, très inférieur au taux moyen. Dijon, Tours, Rouen, Besançon et Caen accueillent nettement moins de chirurgiens-dentistes que ce à quoi elles pourraient s'attendre, au vu du nombre de places ouvertes à la formation 7 ans plus tôt.

Pour ces subdivisions, une politique de sur-dotation en places ouvertes à la formation perd de son efficacité puisqu'une partie importante des effectifs ne revient pas dans les subdivisions au titre desquelles ces effectifs ont été formés. Leur taux de fuite, c'est-à-dire à l'écart entre leur taux de retour et le taux de retour moyen varie entre 20 et 40 %. Pour gagner en efficacité, il faudrait un taux de sur-dotation au moins égal au taux de fuite.

Le profil des chirurgiens-dentistes évolue

La féminisation de la profession (48 % de femmes) se confirme ainsi que son rajeunissement (âge moyen: 46 ans). L'exercice reste très majoritairement libéral (79 %) même si l'exercice salarié progresse. L'omnipratique est très majoritaire (94 %). La tendance est enfin nettement au regroupement. Entre 2013 et 2021, l'activité en cabinet individuel a diminué au profit de l'activité en cabinet de groupe qui est désormais la structure majoritaire (54 %).



5. La mise en œuvre s'est échelonnée d'avril 2019 pour les tarifs maîtrisés à janvier 2021 pour le reste à charge 0 de l'ensemble des prothèses visées.

Perspectives:

La demande de soins devrait augmenter sous l'effet de différents facteurs

Le besoin de soins lié au vieillissement de la population ira croissant. L'essor de la prévention et la meilleure prise en compte de la santé bucco-dentaire dans les plans de santé publique promu devraient également contribuer à la croissance de la demande de soins.

La convention nationale dentaire de 2018 instaurant une amélioration du système de la prise en charge financière constitue un levier de développement de la prévention et de la demande des soins dentaires. Les dispositions tarifaires de la convention ont permis la mise en place progressive de trois paniers⁵ de soins: un panier « 100 % Santé à reste à charge 0 » prévu pour concerner 45 % des actes prothétiques réalisés, un panier à reste à charge maîtrisé et un panier aux tarifs libres pour les techniques et les matériaux plus sophistiqués. Les premières évaluations de ce dispositif sont qualifiées de prometteuses par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale qui montre que sur l'année 2020, le panier « 100 % Santé » a dépassé son objectif et représenté 52 % des actes réalisés. La CNAM note une diminution, entre 2019 et 2020, du nombre de renoncements aux soins.

Les effectifs de chirurgiens-dentistes devraient augmenter de manière soutenue dans les prochaines années

Les projections démographiques montrent une augmentation à venir des effectifs de chirurgiens-dentistes, soutenue par l'entrée de professionnels à diplôme européen. Les projections de la DREES montrent que s'il y a 41 800 chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en 2020, il y en aurait, dans le scénario tendanciel, près de 45 900 en 2030, un peu plus de 53 900 en 2040, et près de 61 800 en 2050. Dans l'ensemble, les effectifs progresseraient ainsi de 48 % entre 2020 et 2050.

Cette augmentation devrait être accélérée dans le cadre des objectifs de professionnels à former issus de la conférence nationale du 26 mars 2021 et arrêtés depuis septembre 2021. S'ils sont respectés, le flux d'entrants sera supérieur à celui du scénario tendanciel, se rapprochant de la variante

6. Un équipement est composé d'un fauteuil, d'une unité dentaire avec moteur et instruments, d'une aspiration et du matériel autour des soins...

7. Lien vers le dossier de presse : "Ségur de la Santé - Les conclusions - Juillet 2020". https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf

haute de la DREES (+20 %) qui conduit à une accélération de la croissance des effectifs (+3 300 professionnels en 2040 par rapport au scénario tendanciel).

Ces perspectives devraient ouvrir trois enjeux importants : la capacité à former, l'amélioration de la répartition et l'évolution de l'organisation des soins

Le premier enjeu est celui de la capacité à former davantage. Les principaux facteurs limitant une augmentation du nombre d'étudiants en formation mis en avant par les directeurs d'UFR d'odontologie sont : les espaces nécessaires pour installer de nouveaux simulateurs, le financement de simulateurs, les encadrants pour la simulation et les terrains de stages hospitaliers, c'est-à-dire les équipements dentaires⁶.

Les régions qui ne disposent pas de formation en odontologie peuvent accueillir des étudiants, mais en pratique pas avant la 6^e année. La création d'un véritable statut de maître de stage universitaire en odontologie pourrait permettre de mobiliser davantage de praticiens libéraux. L'ouverture de postes de maîtres de conférences ou de professeurs associés à mi-temps, proposés à des praticiens libéraux ou salariés doit être envisagée pour augmenter les capacités d'encadrement universitaire, notamment en dehors des facultés d'odontologie. Les postes universitaires en dehors des centres hospitaliers universitaires (CHU) constituent une mesure du Ségur de la santé⁷.

L'amélioration de la répartition territoriale est également un enjeu essentiel. Sans rééquilibrage de la répartition territoriale, la croissance des effectifs de professionnels pourrait ne conduire qu'à l'aggravation des inégalités existantes. Plusieurs leviers doivent être envisagés pour améliorer la répartition territoriale des chirurgiens-dentistes : la formation et la question des nouveaux sites, les incitations à l'installation, des dispositions conventionnelles promouvant un modèle économique plus équilibré pour les professionnels, et reconSIDérant le système de zonage.

Enfin l'organisation des soins est un enjeu important. Les professionnels devraient privilégier l'exercice collectif et un cadre de vie et des horaires choisis (62 % des étudiants envisagent 3 ou 4 jours maximum d'exercice).

Avec un objectif de gain de temps médical, l'utilisation de nouvelles technologies pourrait avoir des effets sur l'exercice de la chirurgie dentaire,

8. Les assistant·e·s dentaires ont obtenu le statut de professionnel de santé en 2016.

telles que la télémédecine par exemple dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

La perspective de création du métier d'assistant·e dentaire⁸ qualifié·e, parfois appelé·e « de niveau 2 » ou assistant·e hygiéniste dentaire, pourrait contribuer également au dégagement du temps médical pour le chirurgien-dentiste grâce à la délégation de certaines tâches. Malgré le consensus qui semble établi, le processus de création de ce nouveau métier semble à l'arrêt.

Rapport



Sommaire

Avant-propos	6
Synthèse	11
Rapport	
Sommaire	20
Introduction	22
Partie 1. État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes	25
1. Des effectifs des chirurgiens-dentistes en légère progression	26
1.1. Les effectifs formés ont été augmentés sur la période 2000-2013	26
1.2. Le flux entrant de professionnels à diplôme étranger atteint 40 % en 2021.....	28
1.3. Les effectifs de chirurgiens-dentistes à diplôme étranger ont triplé depuis 2012....	30
1.4. La question de l'harmonisation et de la qualité des formations européennes	31
2. Une densité d'offre de soins dentaires insuffisante au regard des besoins	34
2.1. La densité de chirurgiens-dentistes reste inférieure à celle des années 1990	34
2.2. La densité en France est faible dans les comparaisons de l'OCDE.....	35
2.3. Des déficits de soins sont ressentis pour la population.....	38
3. Une répartition territoriale depuis longtemps très inégale	41
3.1. Les écarts de densités sont importants	41
3.2. Les inégalités entre régions ne se réduisent pas	44
3.3. La situation particulièrement défavorable des régions sans faculté dentaire.....	46
3.4. Les inégalités territoriales sont porteuses de risques	47
3.5. L'inégale répartition du nombre de places de formation.....	51
3.6. Les effets d'une sur-dotation en places de formation situation sont variables	54
3.7. Les comportements d'installation limitent le potentiel de répartition territoriale..	59
4. Une évolution du profil des chirurgiens-dentistes	64
4.1. Leur population rajeunit et se féminise	64
4.2. La pratique reste très majoritairement celle d'omnipraticiens libéraux	65
4.3. La percée du salariat se poursuit.....	67
4.4. Les structures d'exercice évoluent.....	70



Partie 2. Perspectives	71
1. Une demande de soins bucco-dentaires soutenue	72
1.1. La demande de soins liée au vieillissement de la population	72
1.2. L'émergence de nouvelles pathologies ?	73
1.3. L'essor de la prévention	74
1.4. L'amélioration du système de la prise en charge financière	75
2. Une démographie en croissance	79
2.1. Les projections démographiques de la DREES	79
2.2. Les effets d'une variation du nombre d'entrants en formation	80
2.3. L'impact des arrivées de professionnels diplômés à l'étranger	81
3. Les enjeux à venir	83
3.1. La capacité à former davantage	83
3.2. L'amélioration de la répartition territoriale	87
3.3. L'organisation des soins	92
Conclusion	98
Annexes générales	101
1. Listes des membres du groupe de travail 2019, des personnes auditionnées et des personnes associées au travail	102
2. Contributions des membres du groupe de travail	106
2.1. Contribution de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD)	106
2.2. Contribution du Syndicat Les Chirurgiens-Dentistes de France (CDF)	115
2.3. Contribution de l'Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD)	135
3. Sigles et acronymes utilisés	139
4. Lettre de mission triennale pour l'ONDPS	142



1. Notamment :
Situation santé dentaire en France état des lieux orientations stratégiques, état des lieux, orientations stratégiques. Centre odontologique de médiocrité et d'évaluations. Dirigé par Jean-Claude Saily, Thérèse Lebrun, François Mennera, avril 1995. Questions d'économie de la santé n° 94, mai 2005, IRDES.

2. Lignes directrices pour une réforme dentaire: rapport relatif à la prise en charge des soins dentaires, juillet 2001, Michel Yahiel, IGAS.

3. Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2016, chapitre VI Les soins bucco-dentaires: une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder.

Introduction

Le secteur des soins bucco-dentaires illustre depuis longtemps le rôle de l'accès aux soins dans la formation des inégalités de santé. Depuis 1995, les études soulignent à la fois la situation critique de la chirurgie dentaire et les fortes inégalités sociales observées dans la santé bucco-dentaire, près de la moitié des renoncements aux soins relevant du domaine dentaire¹. Jusqu'aux années 2000, les enjeux ont été essentiellement de réviser une nomenclature des actes jugée inadaptée et de réduire les inégalités financières d'accès aux soins prothétiques. Ces constats ont conduit à des propositions de réforme de la prise en charge des soins dentaires qui visent à réduire les coûts restant à charge des assurés, renforcer la prévention et favoriser la transparence tarifaire par la revalorisation des soins conservateurs et la mise en place de tarifs de référence pour les actes prothétiques².

Depuis les années 2010, la question des inégalités régionales est venue s'ajouter à celles des inégalités sociales. En 2010, la Cour des comptes avait appelé l'attention sur la situation critique du secteur dentaire. Dans son rapport sur la Sécurité sociale de 2016³, elle estime qu'elle s'est aggravée et dénonce des « profondes inégalités d'accès aux soins en fonction des revenus », « une prévention insuffisante » et « des territoires délaissés ». Elle regrette que pour corriger ces disparités, seules des mesures incitatives à l'installation dans les zones déficitaires ont été mises en œuvre, mais n'ont pas eu « d'effet notable ».

L'IGAS, dans son rapport de 2013, rappelait quelques caractéristiques du secteur des soins dentaires: l'importance des masses financières en jeu (près de 11 milliards d'euros en 2020, 19 % des dépenses de soins de ville), l'augmentation, depuis les années 2000, non plus des soins conservateurs mais des actes prothétiques sur lesquels il est possible de pratiquer des dépassements d'honoraires et qui sont le mieux rémunérés et une liberté d'installation qui, couplée à la liberté tarifaire permet aux professionnels de s'installer dans les zones sur-dotées, accentuant les inégalités géographiques d'accès aux soins.

L'enjeu de ces dernières années a été de dépasser les contraintes et les frustrations accumulées pour un modèle plus respectueux de la déontologie. La convention médicale de 2018 semble constituer une voie de progrès pour l'accès financier aux soins dentaires.



4. Le rapport ONDPS de la conférence nationale du 26 mars 2021 est disponible à l'adresse suivante : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_mai19avril.pdf

Malgré les évolutions du nombre d'étudiants en formation, la démographie des chirurgiens-dentistes n'a pas fait l'objet d'une analyse récente, permettant de réévaluer l'accès aux soins et les besoins en professionnels. C'est dans ce contexte ce rapport a été réalisé à la demande de la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn. Il a pour objectif d'apporter une nouvelle analyse de la démographie des chirurgiens-dentistes, de ses enjeux et de leur mise en perspective.

Les travaux ont démarré autour d'un groupe de travail constitué par l'ONDPS avec les représentants de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes, de la Conférence des doyens des facultés d'odontologie et de plusieurs directeurs d'UFR d'odontologie, des étudiants, des syndicats dentaires, de l'Administration et de l'Assurance Maladie. Ils ont été enrichis lors des réunions préparatoires de la conférence nationale, conduites par l'ONDPS, qui ont permis une large concertation nationale et régionale⁴.



1. État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes



5. Pour avoir une idée plus complète de l'offre de soins, notons que 70 médecins déclarent la chirurgie orale comme activité principale en 2021.

La démographie des chirurgiens-dentistes a été très atone sur les trente dernières années, augmentant moins vite que la population française. La densité stagne sur la période récente. L'exercice libéral reste très majoritaire. L'importance de la part des diplômes étrangers dans les primo-inscrits est préoccupante car elle pose la question du flux de professionnels à former en France et surtout celle de la qualité de la formation.

1. Des effectifs des chirurgiens-dentistes en légère progression

Au 1^{er} janvier 2021, 43 134 chirurgiens-dentistes, tous âges, sont dénombrés dans les bases du Répertoire partagé des professionnels de santé, RPPS. Les effectifs évoluent peu depuis 1995 (+0,3 % par an en moyenne), après avoir connu une forte croissance (+2,8 % par an en moyenne) dans la période de 1971 à 1995, pendant laquelle le nombre de chirurgiens-dentistes avait quasiment doublé (Figure 1).

Dans cette étude, l'ONDPS retient cependant un champ plus restreint, celui des chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans, en activité en France et exploite les données du RPPS, dont l'historique remonte à 2012.

Ainsi, le champ de l'étude est constitué par les 42 031 chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en France⁵.

En 2013, dans son rapport sur la démographie des chirurgiens-dentistes, l'ONDPS constatait une dégradation de la situation démographique : « Depuis 1999, malgré une augmentation du *numerus clausus* (x 1.60), les effectifs des dentistes en activité stagnent (x 1.05) et leur densité diminue ».

En 2021, les effectifs sont à la hausse mais de façon très modérée (+0,5 % en moyenne par an depuis 2012).

1.1. Les effectifs formés ont été augmentés sur la période 2000-2013

La croissance des effectifs reflète en partie celle du *numerus clausus* qui a fixé le nombre d'étudiants autorisés à suivre des études d'odontologie de la rentrée 1971 à celle de 2020. Initialement fixé à 1 950 places, le *numerus clausus* d'odontologie a fortement diminué dans les années 1980, restant à 800 places sur la décennie 1990. Depuis 2003, il augmente à nouveau pour

6. Collet M., Sicard D., 2007. « La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 - Un exercice de projection au niveau national » Études et Résultats, DREES, n° 595, septembre, disponible à l'adresse suivante: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er595.pdf>

7. Millien C., 2017, « 8 000 chirurgiens-dentistes supplémentaires d'ici à 2040 », Études et Résultats, DREES, n° 1027, septembre, disponible à l'adresse suivante: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1027.pdf>

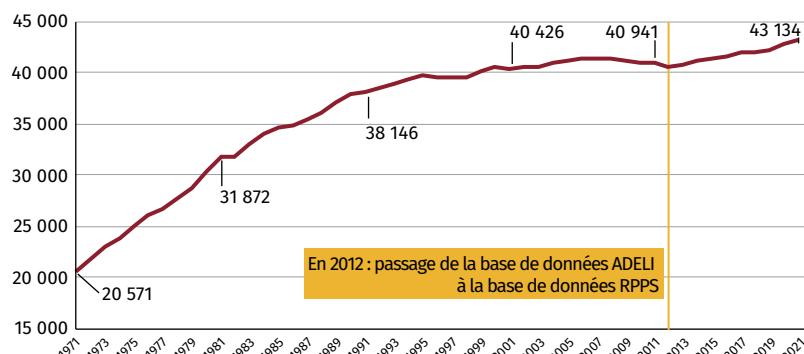
atteindre progressivement 1 300 places en 2013, qui reste sa valeur actuelle, 1 332 pour la rentrée universitaire 2020 (Figure 2).

Cette hausse reste la plus faible des quatre filières de formation médicale (Figure 3). Les autres filières après avoir connu également une diminution, ont désormais dépassé leur niveau de 1980: maïeutique (+48 %), médecine (+31 %), pharmacie (+17 %). L'odontologie est la seule filière dont le *numerus clausus* reste en deçà (-9 %) de son niveau de 1980 (1 400 places) et a fortiori de son niveau initial (1 900).

Une baisse aussi importante (-60 %) du *numerus clausus* jusqu'aux années 2000 aurait pu conduire à une diminution drastique des effectifs de chirurgiens-dentistes. En 2007, sur la base d'un *numerus clausus* constant (n=977), la DREES projetait une chute des effectifs de chirurgiens-dentistes de 40 000 en 2006 à 35 000 en 2015 et moins de 25 000 en 2030⁶.

Un tel scénario ne s'est pas produit jusqu'ici. Les effectifs constatés en 2015 s'élevaient à plus de 40 000. Dans ses travaux de 2017, la DREES explique que la réforme des retraites de 2010, en repoussant l'âge de la retraite de deux ans, a conduit à un allongement des carrières⁷. De plus il y a eu une hausse sensible du *numerus clausus*. Mais surtout, la démographie des chirurgiens-dentistes a bénéficié d'un flux entrant de professionnels diplômés à l'étranger dont personne n'avait anticipé la croissance aussi dynamique.

FIGURE 1 Évolution des effectifs de chirurgiens-dentistes en France

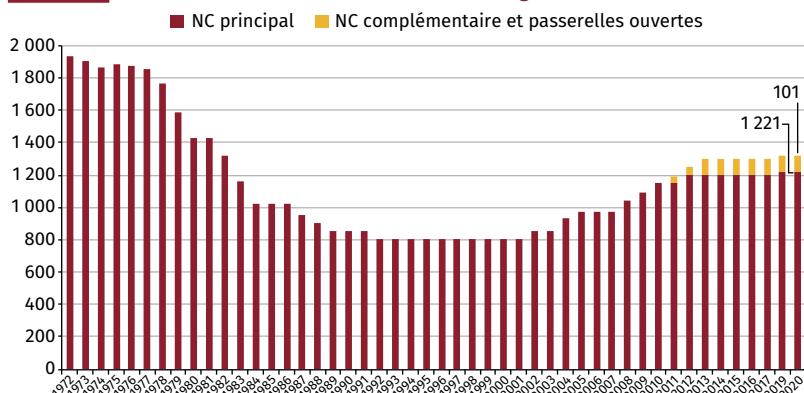


Champ: Ensemble des chirurgiens-dentistes en activité en France, tous âges.

Sources: DREES - Adeli - RPPS - Traitement ONDPS.

8. Millien C., 2017,
 « 8 000 chirurgien-ne-s-
 dentistes
 supplémentaires d'ici
 à 2040 », Études et
 Résultats, DREES,
 n° 1027, septembre,
 disponible à l'adresse
 suivante : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1027.pdf>

FIGURE 2 Évolution du *numerus clausus* d'odontologie en France de 1972 à 2020

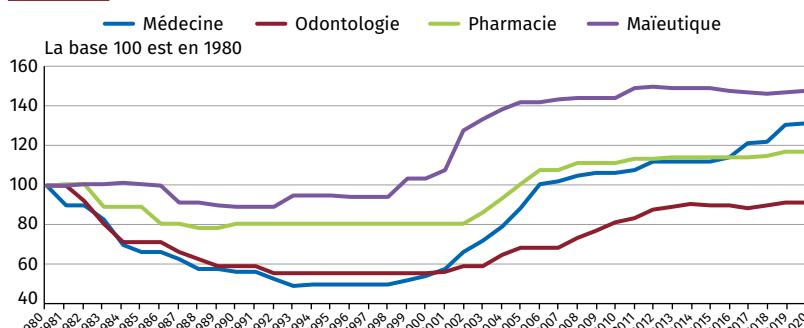


Lecture: Pour le concours de 1972, 1 938 places avaient été ouvertes au *numerus clausus* pour les chirurgiens-dentistes.

Champ: Places ouvertes au *numerus clausus* entre 1972 et 2020.

Sources: Arrêtés ministériels - Traitement ONDPS.

FIGURE 3 Indice d'évolution du *numerus clausus* des 4 filières de formation



Lecture: En 1994, le NC global en médecine a presque diminué de moitié par rapport à 1980.

Champ: Places ouvertes au *numerus clausus* entre 1980 et 2020 - NC principal, complémentaire et passerelles ouvertes.

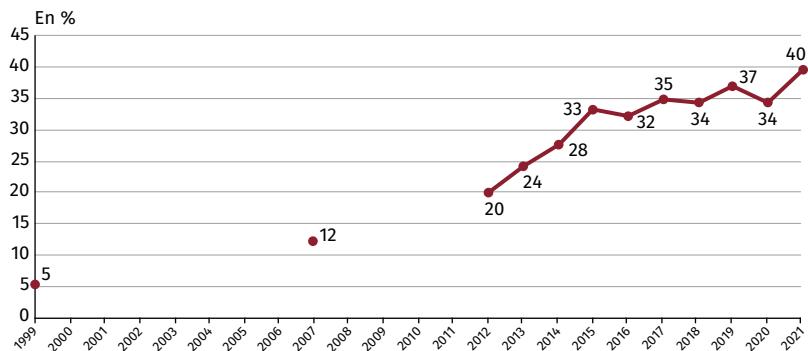
Sources: Arrêtés ministériels - Traitement ONDPS.

1.2. Le flux entrant de professionnels à diplôme étranger atteint 40 % en 2021

La croissance des flux entrants de professionnels formés à l'étranger a conduit au fil du temps à une situation qui est propre à la profession de chirurgiens-dentistes. Les professionnels à diplôme étranger sont passés de 5 % des primo-inscrits à l'Ordre en 1999⁸ à 40 % en 2021 (Figure 4).

L'Ordre notait en 2015 que « *la tendance à l'europeanisation des praticiens inscrits au tableau de l'Ordre non seulement se confirme mais s'amplifie* ». On ne retrouve pas une telle croissance pour les autres professions médicales pour lesquelles la part des diplômés à l'étranger parmi les nouveaux inscrits au 1^{er} janvier 2021 est plus modeste : 13 % des médecins, 8 % des sages-femmes, 6 % des pharmaciens.

FIGURE 4 Part des diplômés à l'étranger parmi les nouveaux inscrits (en pourcentage)



Lecture: 40 % des chirurgiens-dentistes en activité au 1^{er} janvier 2021 et nouvellement inscrits à l'Ordre sont diplômés de l'étranger.

Champ: À partir de 2012: Chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en France et inscrits depuis moins d'1 an à l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (première inscription).

Sources: DREES, RPPS 2012-2021 - Traitement ONDPs.

Ainsi, au 1^{er} janvier 2021, 60 % des primo-inscrits ont été formés en France, 39 % dans un pays européen et 1 % hors Union européenne (Tableau 1).

Sur 1 665 chirurgiens-dentistes primo-inscrits, 661 ont été formés à l'étranger soit plus du double de 2013. L'augmentation du nombre de chirurgiens-dentistes de nationalité française est particulièrement remarquable puisqu'elle est désormais majoritaire, passant de 10 % à 56 % des primo-inscrits à diplôme étranger. La hausse des effectifs de primo-inscrits à diplôme étranger leur est de fait imputable. Ce sont 368 étudiants français partis se former à l'étranger qui sont revenus exercer en France en 2021.

Quatre pays concentrent l'origine des diplômes acquis à l'étranger: Espagne (42 %), Roumanie (27 %), Portugal (20 %) et Belgique (7 %). Dans tous ces pays, hors la Roumanie, les étudiants de nationalité française sont plus nombreux que ceux de nationalité étrangère.

TABLEAU 1 Effectif de chirurgiens-dentistes inscrits à l'Ordre dans l'année -
Évolution 2013-2021

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	986	18	1 004
Diplôme étranger	28	240	268	368	293	661
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 %	2 %	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.

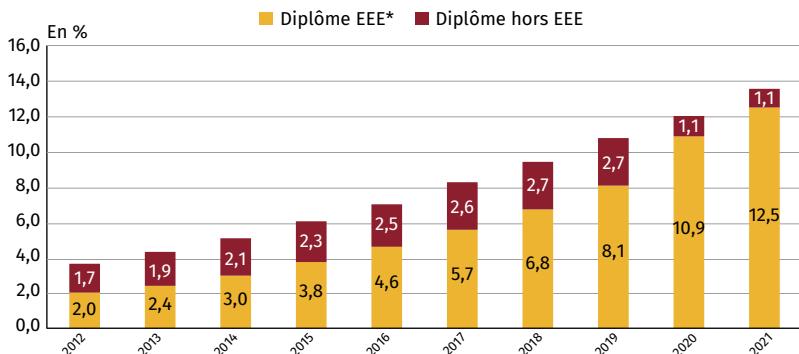
1.3. Les effectifs de chirurgiens-dentistes à diplôme étranger ont triplé depuis 2012

Sous l'effet de la dynamique des flux entrants de professionnels à diplôme étranger, la part chirurgiens-dentistes exerçant en France diplômé à l'étranger a triplé en neuf ans, passant de 4 % à 14 % des professionnels en activité (Figure 5 et Tableau 5). Ce sont les chirurgiens-dentistes ayant obtenu leur diplôme d'exercice en Europe qui ont le plus progressé, de 2 % à 11 %.

La part des professionnels diplômés à l'étranger est plus faible parmi les médecins (10 %), les sages-femmes (8 %) et les pharmaciens (2 %).

En 2021, plus de 5 700 chirurgiens-dentistes exerçant en France sont diplômés à l'étranger.

FIGURE 5 Part des chirurgiens-dentistes non diplômés en France -
Évolution 2012-2021



*EEE : Regroupement des pays de l'EEE élargie (30 pays) + Royaume-Uni (à partir de 2020), Suisse et Andorre.

Lecture : Au 1^{er} janvier 2021, près de 12,5 % des chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en France ont déclaré avoir acquis leur diplôme au sein d'un pays faisant partie de l'EEE.

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

Sources : RPPS 2012-2021 - Traitement ONDPS.

1.4. La question de l'harmonisation et de la qualité des formations européennes

Les flux de praticiens diplômés à l'étranger contribuent pour une bonne part au maintien de la densité actuelle. Les projections de la DREES (Figure 28) montrent bien que dans ce flux, la démographie des chirurgiens-dentistes serait en déclin. Une partie de la formation des chirurgiens-dentistes français est, de fait, externalisée en Europe.

Il est normal dans le cadre de l'Union européenne de permettre ces échanges. Cependant, les chirurgiens-dentistes étant des professionnels de la santé publique, la qualité de la formation doit être reconnue. Or cette condition ne semble pas être véritablement remplie, les formations cliniques apparaissent en effet trop hétérogènes pour ne pas poser la question de leur qualité.

La thèse de Marco Mazevet sur la formation initiale des chirurgiens-dentistes en Europe indique que jusqu'à 10 % des étudiants peuvent obtenir un diplôme européen en n'ayant pratiqué aucun acte sur un patient et que pour les étudiants qui effectuent une formation clinique, la fréquence de réalisation semble très hétérogène (Encadré 1).



9. <https://cedentists.eu/news/53-ced-fedcar-position-on-quality-control-in-dental-education.html>

10. Alexiane Launay, Clémence Moreau. *La formation initiale des chirurgiens-dentistes en Europe : comparaison à travers l'analyse des modèles espagnol, finlandais et français*. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. ffdumas-01812592.

11. https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/thematic-search.html?id=mazevet_marco&submenuKey=authors&menuKey=theses

L'étude conclut que « *des inquiétudes peuvent être formulées vis-à-vis de la sécurité sanitaire des patients* ». La profession a estimé nécessaire de renforcer le niveau de contrôle européen sur la formation initiale.

Conscients de l'hétérogénéité des formations et compte tenu de la mobilité des diplômés, les autorités régulatrices de la profession estiment nécessaire un système d'assurance harmonisé et obligatoire. La Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens (FEDCAR) et le Council of European Dentists (Conseil européen des dentistes - CED) ont publié un texte commun appelant à « *des mesures supplémentaires pour que la qualité de l'information et en particulier de la composante clinique soit évaluée de manière exhaustive... Ces mesures sont nécessaires pour renforcer la confiance mutuelle* »⁹.

De surcroît, cette forme de dépendance à la formation à l'étranger ne met pas la France à l'abri d'un tarissement voire arrêt brutal de ces flux à la faveur d'un changement de politique, ou d'une crise (économique, sanitaire, ...).

La France semble cependant rester un pays attractif, comme le souligne une thèse relatant l'expérience Erasmus en Finlande et en Espagne de jeunes étudiants en odontologie¹⁰. Cette thèse souligne la relative convergence de ces trois systèmes de formation (France, Finlande, Espagne) dans le contenu et la structure des enseignements théoriques et d'apprentissage précliniques. Elle conclut à l'attractivité du système français: « *(La France) dispose du meilleur système de remboursement facilitant un accès aux soins pour tous, même si les inégalités de répartition des professionnels sur le territoire entravent l'offre de soins. Ce contexte favorable attire de plus en plus chaque année de praticiens diplômés à l'étranger* ».

ENCADRÉ 1 Hétérogénéité des formations en Europe

Source: *Évaluation de la pratique clinique dans le cursus des études en odontologie au sein de l'Union européenne*¹¹, thèse en vue du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire, présentée par Marco Mazevet, Université de Rennes 1/Université Bretagne Loire, 2016.

La chirurgie dentaire est un exercice autorisé dans tous les pays de l'Union européenne. Avec le processus de Bologne, la dimension européenne de l'enseignement supérieur et la reconnaissance des qualifications facilitent la mobilité des étudiants et permettent aux professionnels de pratiquer librement au sein de l'espace européen.

Une directive européenne des qualifications européennes régule la reconnaissance automatique des diplômes en définissant des minima éducatifs requis pour un diplôme européen de chirurgie-dentaire. Elle définit notamment une durée minimale de formation de 5 ans, un total d'au moins 5 000 heures à temps complet d'éducation théorique et pratique ainsi que la liste des domaines d'enseignement.

Trois organisations ont œuvré pour l'harmonisation des curricula: l'Advisory Committee (for the training of dental practitioners), l'ADEE (Association for Dental Education in Europe) et le CED (Council of European Dentists).

L'ADEE est une association d'enseignants universitaires qui vise à contribuer à l'amélioration de l'enseignement en chirurgie dentaire en Europe en donnant un cadre global des compétences majeures à acquérir tout en laissant une liberté aux écoles sur la manière d'enseigner.

En 2013, étaient recensés 191 organismes de formation en Europe. Par exemple:

- 30 organismes en Allemagne, durée de formation de 5,5 ans, 2 222 nouveaux étudiants annuels;
- 34 organismes en Italie, durée de formation de 5 ans, 984 nouveaux étudiants annuels;
- 16 organismes au Royaume-Uni, durée de formation de 5 ans, 1 100 nouveaux étudiants annuels.

Dans son travail de thèse, Marco Mazevert a enquêté auprès des étudiants en dernière année ou ayant terminé leurs études d'odontologie pour évaluer la pratique clinique dans les différents organismes de formation (pays participants: Allemagne, Autriche, Belgique, Croatie, Estonie, Espagne, Finlande, France, Italie, Lettonie, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovénie, République tchèque, Royaume-Uni, Suède).

Il en ressort une disparité dans le contenu de formation et des lacunes dans la qualité de la formation clinique de certains établissements.

« Le résultat le plus inquiétant de l'étude concerne les étudiants n'ayant jamais réalisé de soins sur un patient. Ainsi, 10 % des étudiants peuvent obtenir un diplôme européen en n'ayant pratiqué aucun acte sur un patient. Cette réalité n'est pas conforme à la directive européenne des qualifications.

De plus, l'objectif de compétence dans les actes « de base » ne semble pas pouvoir être raisonnablement atteint compte tenu de la faible réalisation de certains traitements pourtant élémentaires dans une pratique quotidienne : environ un étudiant sur trois n'a jamais réalisé de prothèse fixée, près d'un étudiant sur deux n'a jamais réalisé de retraitement endodontique..

Ces différents résultats peuvent, au-delà du constat évident du manque d'harmonisation, soulever des questions légitimes quant au risque de santé publique posé eu égard à la faible pratique clinique des étudiants dans certains voire tous les champs de la dentisterie ».

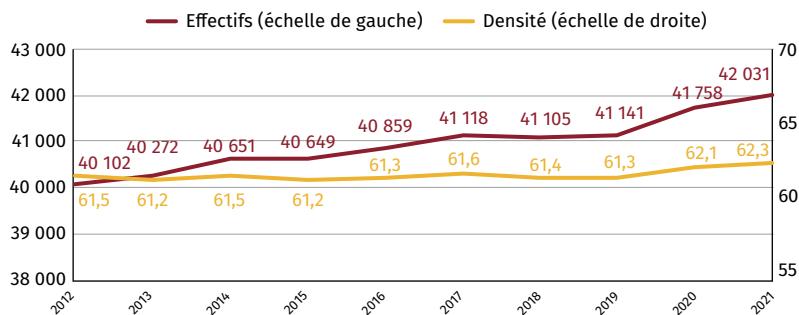
2. Une densité d'offre de soins dentaires insuffisante au regard des besoins

La densité française est en deçà de la moyenne européenne et les besoins non satisfaits sont très importants. Les populations à besoins spécifiques notamment (petite enfance, situation de handicap, personnes dépendantes en institution ou non, ...), représentant 10 à 15 % de la population française, ont un accès aux soins insuffisant.

2.1. La densité de chirurgiens-dentistes reste inférieure à celle des années 1990

Ces vingt dernières années, la croissance des effectifs de chirurgiens-dentistes a été moins rapide (4 %) que celle de la population française (plus de 10 %). La densité avait beaucoup progressé durant trente ans, passant de 48 à 67/100 000 habitants entre 1975 et 1990. À partir de 2000, son point le plus haut (69) elle a diminué de manière sensible jusqu'en 2012, son point le plus bas. Avec la reprise de croissance des effectifs depuis 2013, la densité ne diminue plus. Elle atteint 62 en 2021 (Figure 6).

Ce phénomène mériterait d'être approfondi avec des données relatives au temps de travail des praticiens, de manière à pouvoir mesurer la réalité de la notion d'équivalent temps plein.

FIGURE 6 Effectifs et densité de chirurgiens-dentistes - Évolution 2012-2021

Champ : Chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en France au 1^{er} janvier; Population française.

Sources : RPPS 2012-2021, INSEE - Traitement ONDPs.

2.2. La densité en France est faible dans les comparaisons de l'OCDE

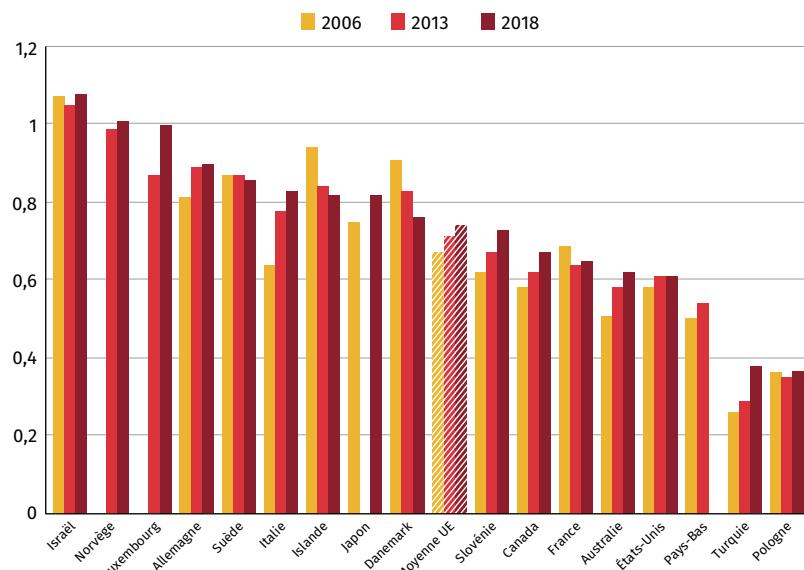
La place de la France est en recul dans le classement international

Dans les comparaisons internationales, la France se place dans le dernier tiers des pays considérés (Figure 7). La moyenne des pays européens en 2018 est de 74 pour 100 000 habitants. La densité de la France est 10 points en dessous, au contraire de l'Allemagne, la Suède, les Pays-Bas et l'Italie dont la densité dépasse 80. Alors que la densité a augmenté dans la plupart des pays depuis 2006, la France a vu à l'inverse sa densité baisser. Le Canada qui faisait partie des pays moins bien dotés que la France l'a désormais rattrapée.

12. Données Eurostat 2019 : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_statistics_atRegional_level/fr&oldid=31330723

Nombre de dentistes# Nombre_de_dentistes#

FIGURE 7 Densité de chirurgiens-dentistes: comparaisons internationales entre 2006, 2013 et 2018



À noter : Valeur 2017 pour le Luxembourg, la Pologne et la Suède (valeur 2018 manquante).

Lecture : en 2018, on comptait en moyenne 0,74 chirurgiens-dentistes en activité pour 1 000 habitants en Europe, et 0,65 en France.

Source : OCDE Stat, 2018.

La densité en France est inférieure à la moyenne européenne

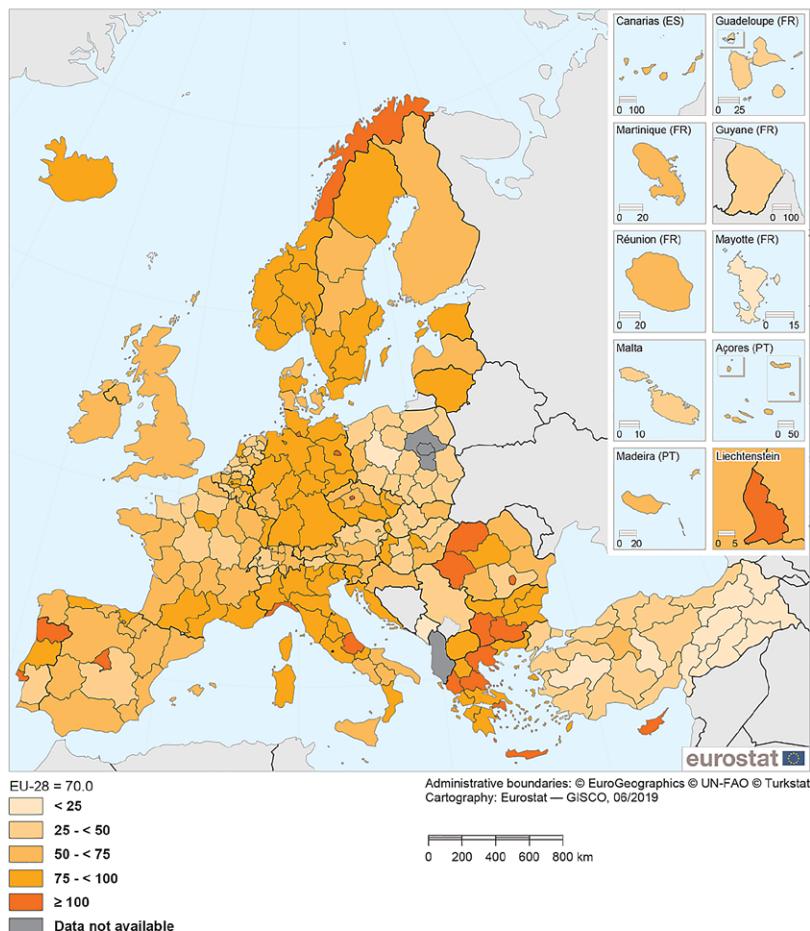
La comparaison européenne pour 2018 confirme le profil atypique de la France, dont la densité (64), nettement inférieure à la moyenne européenne (70), a diminué à l'inverse de la tendance européenne. Selon Eurostat: « en 2016, on estimait à 358 000 le nombre de chirurgiens-dentistes dans l'UE-28, ce qui correspondait à 70,0 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. Il existe une série statistique chronologique relativement courte, mais elle révèle une augmentation lente du nombre total de chirurgiens-dentistes dans l'UE-28 entre 2009 et 2016, avec une hausse globale de 4,9 %. Par rapport au nombre total d'habitants, le nombre de chirurgiens-dentistes dans l'UE-28 est passé de 67,6 à 70,0 pour 100 000 habitants au cours de cette période. »¹².

La France apparaît de plus 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 (Figure 8).

FIGURE 8 Densité de chirurgiens-dentistes, comparaison européenne régionale (Eurostat 2016)

Number of dentists, 2016
(per 100 000 inhabitants, by NUTS 2 regions)



Note: in the context of comparing health care services across EU Member States, Eurostat gives preference to the concept of practising dentists (used here unless otherwise indicated). The Netherlands, Slovakia, North Macedonia and Turkey: professionally active dentists. Ireland, Greece, Spain and Portugal: dentists licensed to practise. Germany and Közép-Magyarország (HU1): NUTS level 1. Ireland, Lithuania, Finland, the United Kingdom and Serbia: national data. Belgium, Bulgaria, Czechia, Germany, Estonia, Greece, Spain, Croatia, Cyprus, Latvia, Lithuania, Hungary, the Netherlands, Poland, Portugal, Romania, Slovenia, Sweden, Norway, Switzerland, North Macedonia and Turkey: 2015. Denmark, Slovakia, Finland and Serbia: 2014. Serbia: definition differs (see metadata). EU-28: estimate.

Source: Eurostat (online data codes: hth_rs_prsrg and hth_rs_prs1) - Traitement NDBD.

13. « Accès aux soins bucco-dentaires » rapport ONCD 2017.

14. Dossier de presse de la CNAMTS « Un accord avec les dentistes au service d'une meilleure santé bucco-dentaire en France », 5 juin 2018.

15. Sondage commandité par la DGS et des consommateurs de la commission européenne réalisé en 2009, cité par l'IGAS dans son rapport de 2013.

2.3. Des déficits de soins sont ressentis pour la population

Le constat de besoins non satisfaits dans le domaine des soins dentaires est documenté. Il se traduit par l'existence d'une sous-consommation générale de soins dentaires en France et plus particulièrement pour les populations fragilisées. Selon l'ONCD en 2011: « Depuis quelques années, une constatation s'est imposée: plusieurs populations de patients n'ont pas ou plus accès aux cabinets dentaires ! »¹³. Certaines populations ont du mal à accéder aux soins dentaires. L'accès géographique aux soins dentaires est très inégal. La liberté tarifaire couplée à la liberté d'installation permet aux chirurgiens-dentistes de s'installer dans des zones sur-dotées, en les autorisant à compenser une moindre activité par des tarifs plus élevés.

Une sous-consommation de soins dentaires en France

Selon la CNAMTS¹⁴, le recours aux soins dentaires en France est nettement inférieur à la moyenne européenne: moins d'un assuré sur deux consulte un chirurgien-dentiste au moins une fois par an contre plus de deux assurés sur trois en Allemagne et au Royaume-Uni (Tableau 2).

TABLEAU 2 Taux de recours au chirurgien-dentiste selon le pays

	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, CECDO data sheet 2014.

Une enquête européenne plus ancienne¹⁵ semblait montrer que la France se caractérisait non seulement par un recours moindre mais aussi par le fait que quand il y a recours, c'est plus souvent aux urgences en France (31 %) que dans les autres pays européens (17 % pour la moyenne européenne).

Selon les acteurs régionaux (ARS, URPS), le recours fréquent aux urgences dans les territoires où il manque des chirurgiens-dentistes, en Normandie ou en Bourgogne notamment, apparaît comme une stratégie

16. *IRDES, enquête
ESPS-EHIS3.*

17. *Évolutions, n° 35,
mars 2016.*

18. « *Évaluation
des pratiques et
de l'exercice de
la profession de
chirurgien-dentiste* »,
Rapport IGAS 2013.

19. *Rapport de la
mission « Handicap
et santé bucco-
dentaire » Améliorer
l'accès à la santé
bucco-dentaire des
personnes handicapées,
Dr Patrick Hescot
Dr Alain Moutarde,
juillet 2010.*

de contournement des impossibilités de prise en charge dans le cadre de rendez-vous ordinaire auprès d'un professionnel, ou de rendez-vous trop lointain.

Un renoncement aux soins dentaires important

En 2014, 17 % de la population âgée de 18 à 64 ans déclarait avoir renoncé, pour raisons financières, à au moins un soin en dentaire au cours des douze derniers mois¹⁶. Les soins dentaires sont le premier poste de renoncement (le renoncement en optique est de 10 %). Dans 6 cas sur 10, le renoncement concerne un soin prothétique, c'est-à-dire une couronne, un bridge ou un implant dentaire.

Le renoncement aux soins dentaires suit un gradient social. Le Baromètre Santé¹⁷ 2014 met en évidence un renoncement aux soins dentaires d'autant plus important que les personnes sont en situation de fragilité sociale, de vulnérabilité de santé (un malade chronique sur cinq) ou de besoins dentaires.

Un état de santé bucco-dentaire qui semble insatisfaisant

Aucune étude épidémiologique nationale n'a été réalisée permettant d'objectiver de manière fine l'état de santé de la population. Dans certaines régions, l'Institut inter-régional de santé orale (IIRSO) a mis au point des études via un réseau sentinelle. Mais la prise en compte de ces données dans les projets de planification de soins reste à développer.

Pour approcher l'état de santé bucco-dentaire de la population générale, l'IGAS¹⁸ se base sur quelques indicateurs. Son rapport de 2013 concluait que « *les comparaisons avec les autres pays européens montrent que les résultats de la France en matière de santé bucco-dentaire sont inférieurs à la moyenne européenne* ». Les indicateurs concernant le nombre de dents naturelles ou l'existence de prothèses amovibles étaient tous péjoratifs pour la France. Le taux de dents naturelles notamment était bas, 34 % en France et 41 % en moyenne en Europe.

Concernant les personnes en situation de handicap, le rapport Hescot et Moutarde¹⁹ de 2010 indique que « *la santé bucco-dentaire des personnes handicapées est globalement très mauvaise pour ne pas dire alarmante* ». Il souligne que par rapport aux enfants ordinaires, les enfants en situation de handicap ont 4 fois plus de risque d'avoir un mauvais état de santé

20. Les pathologies les plus fréquentes sont les pathologies infectieuses, carieuses et/ou parodontales, de pathologies fonctionnelles (dues à des dysmorphoses orofaciales) et traumatiques (usure, fractures...).

21. ONCD, cité par Céline Bernardin. Prise en charge de la santé orale des personnes vulnérables dépendantes : contexte et enjeux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. ffhal-01932151f

22. Rapport « Un droit citoyen pour la personne handicapée, Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement », Pascal Jacob, avril 2013.

23. Enquête nationale PNIR 2004-2006 : « Étude descriptive des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents âgés de 6 à 20 ans fréquentant un Institut médico-éducatif (IME) ou un Établissement pour enfants et adolescents poly-handicapés (EEAP) ».

24. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_en_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf

25. Contribution de l'Union française pour la santé bucco-dentaire à la réflexion préparatoire au projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, UFSBD février 2014.

bucco-dentaire²⁰, situation qui s'aggrave avec l'âge et devient, dès l'adolescence, très nettement inférieur à celui de la population générale.

Pour ces personnes, le constat était toujours alarmant en 2015: 90 % des personnes en situation de handicap ont des problèmes de gencive contre 35 % pour la population générale; le risque de développer une carie pour un enfant handicapé serait multiplié par quatre²¹.

Le rapport de Pascal Jacob²² de 2013 montre qu'à cet état de santé correspondent des besoins très importants, rappelant que 96 % des enfants et adolescents en situation de handicap avaient un état de santé bucco-dentaire susceptible d'altérer leur santé et que 18 % nécessitaient au moins un soin dentaire ou un examen en urgence²³.

Lors des travaux préparatoires de la conférence nationale de 2021, l'ONDPS a interrogé l'association Santé Orale et Soins Spécifiques (SOSS, <http://soss.fr/>). Les populations spécifiques représentent 10 à 15 % de la population générale. Elles sont plus difficiles à prendre en charge pour de multiples raisons: comportements d'opposition à des actes d'hygiène intrusifs, attention détournée des accompagnants par d'autres problématiques liées au handicap, inadaptation des plateaux techniques, difficulté à réaliser seul des actes d'hygiène, comorbidités, etc. Il en résulte que l'accès aux soins dentaires de ces populations est insatisfaisant et très inégal sur le territoire national²⁴.

L'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées résidant en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) est également considéré comme dégradé. Selon l'UFSBD²⁵, dans ces établissements:

- 75 % des résidents ont un état de santé bucco-dentaire dégradé, qui ne leur permet pas de s'alimenter correctement;
- 66 % des résidents présentent au moins une dent cariée ou à extraire;
- 42 % des résidents n'ont pas bénéficié de consultation dentaire depuis cinq ans ou plus;
- la probabilité de recours au chirurgien-dentiste est diminuée d'un quart lorsque les personnes sont institutionnalisées par rapport aux personnes vivant à domicile;
- le déficit d'hygiène bucco-dentaire et d'entretien des prothèses dentaires des personnes âgées en EHPAD est également fréquemment recensé et met en évidence le manque de formation des personnels encadrant.

26. *Hors Mayotte.*

3. Une répartition territoriale depuis longtemps très inégale

La répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire reste très inégale et ne permet pas de garantir une offre de soins homogène. Cette inégalité de répartition est porteuse de risques. Mais dans la situation actuelle du système de formation, il semble difficile de les réduire du fait de la faible mobilité des professionnels et de leur attachement à leur région de formation.

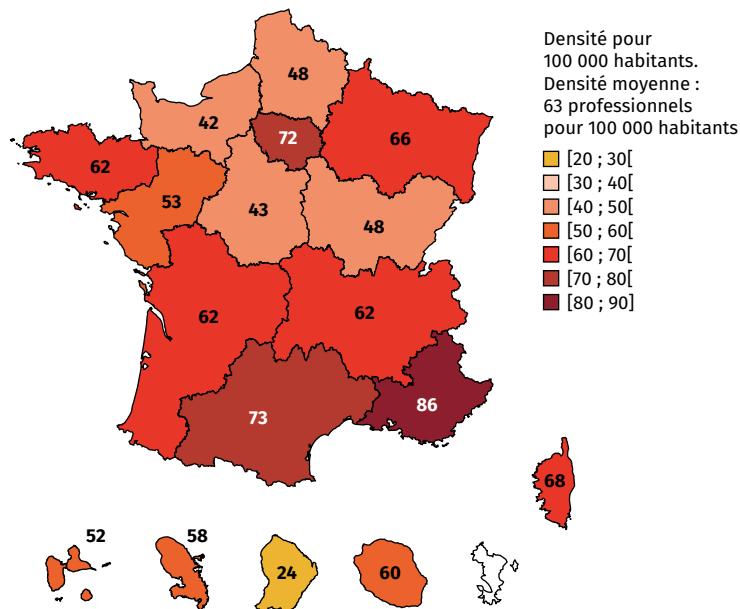
3.1. Les écarts de densités sont importants

La densité régionale

Les disparités s'observent au niveau des régions (Figure 9), même si ce niveau d'analyse, très agrégé, masque l'ampleur des écarts intra-régionaux: la région Île-de-France par exemple est bien dotée et pourtant il y a des déserts dentaires à une heure de Paris (Est Seine et Marne, Sud Yvelines, Sud Essonne).

Par rapport à la densité moyenne nationale de 63/100 000 habitants²⁶ hors Mayotte (Figure 9):

- cinq régions ont une densité nettement inférieure: Guyane (24), Normandie (42), Centre-Val de Loire (44), Hauts de France et Bourgogne Franche-Comté (48);
- Bretagne, Auvergne Rhône Alpes et Nouvelle-Aquitaine ont une densité moyenne;
- trois régions ont une densité nettement supérieure à la moyenne: Île-de-France (72), Occitanie (73), Provence-Alpes-Côte d'Azur (86).

FIGURE 9 Densité des chirurgiens-dentistes en 2021 - Régions

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

Sources : RPPS 2021, INSEE - Traitement ONDPS.

La densité infra régionale

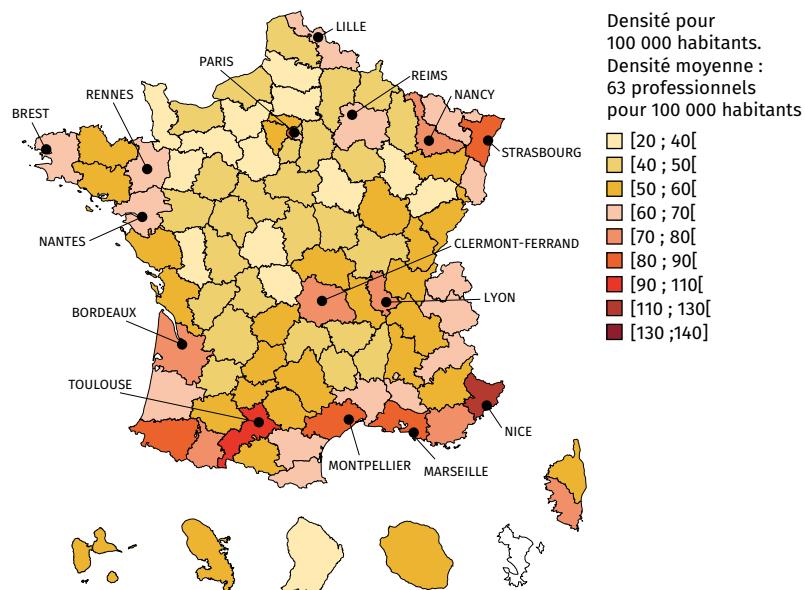
Entre départements (Figure 10), les écarts se creusent. Mayotte semble dans une situation particulière avec 8 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. Sur l'ensemble des autres départements, l'ONDPS constatait en 2006 que l'écart de densité entre les départements était de 1 à 4, en 2021 il est de 1 à 5. Par rapport à la moyenne nationale de 63 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants (hors Mayotte):

- 12 départements ont une densité en chirurgiens-dentistes inférieure à 40: Guyane (24), Somme (31), Isère, Eure, Mayenne, Haute-Saône, Indre, Eure-et-Loir, Manche, Oise, Orne, Yonne;
- 8 départements ont des densités supérieures à 80: Hérault (83), Pyrénées-Atlantiques, Hauts-de-Seine, Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Bas-Rhin, Alpes-Maritimes (113), Paris (136).

27. *Les inégalités territoriales de niveau de vie en France entre 2008 et 2017, INSEE Références avril 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039989?sommaire=5040030>*

Le niveau de densité est plus élevé dans les départements qui accueillent une UFR d'odontologie.

FIGURE 10 Densité des chirurgiens-dentistes en 2021 - Départements - Localisation des 16 UFR d'odontologie



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

Sources: RPPS 2021, INSEE – Traitement ONDPS.

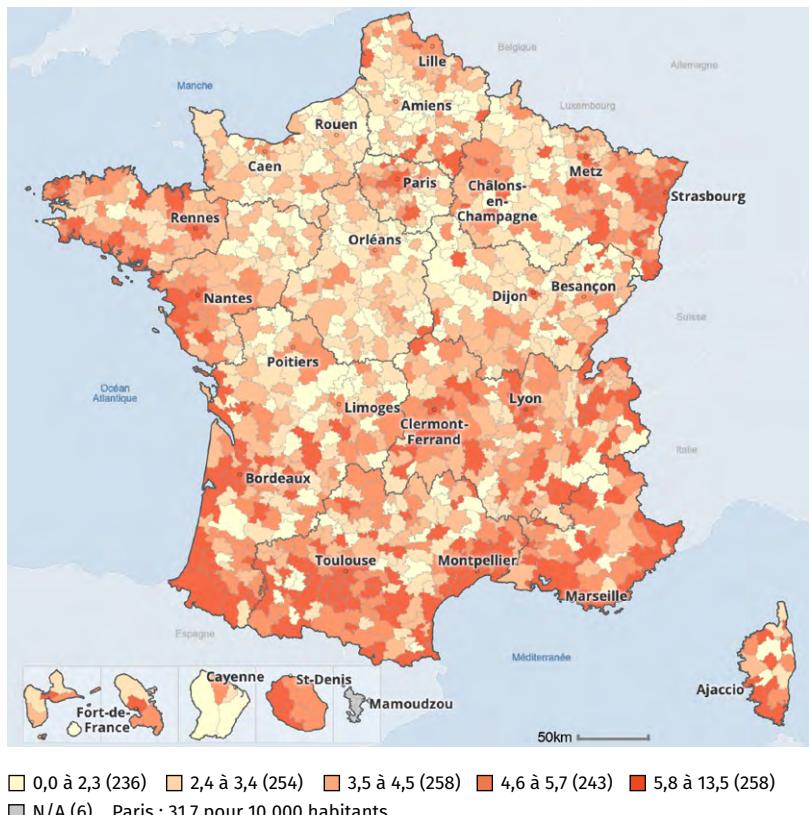
Au niveau plus fin des 1 260 communautés de communes, la carte montre une concentration des professionnels libéraux autour des grandes agglomérations, littoral et zones frontalières (Figure 11) qui recouvrent les territoires avec une part importante de ménages à plus hauts revenus disponibles²⁷.

Cette répartition géographique trouverait en partie son explication les insuffisances du système de prise en charge des soins dentaires et les déséquilibres du modèle économique, très prothèse-dépendant. En 2014, un syndicat dentaire indiquait que « *un des déterminants du choix d'installation est le PIB des populations et ce, pour la raison suivante: les chirurgiens-dentistes disposent d'une formation de qualité. Ils désirent utiliser leur savoir-faire en utilisant les techniques thérapeutiques enseignées,*

28. « *Propositions pour la Stratégie nationale de santé* », CNSD, 2014.

mais bien souvent ignorées par la prise en charge de l'Assurance Maladie obligatoire. Pour pouvoir exercer selon leur formation, ils choisissent les lieux à fort pouvoir d'achat.²⁸ »

FIGURE 11 Densité des chirurgiens-dentistes libéraux pour 10 000 habitants en 2020 - Communautés de communes



Sources : CartoSanté, Fichier national des professionnels de santé (FNPS), INSEE - ©Atlasanté - IGN GEOFLA® - Traitement NDBD/ONDPS.

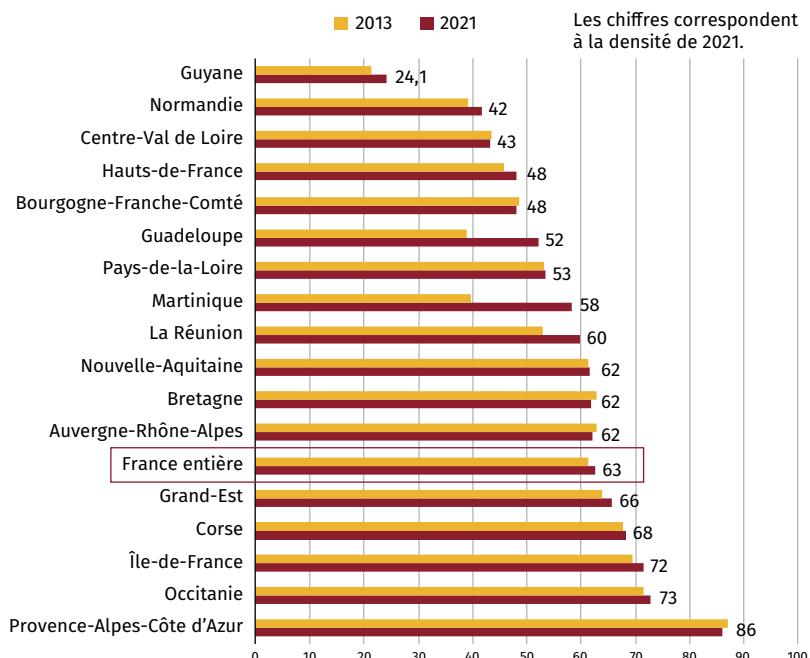
3.2. Les inégalités entre régions ne se réduisent pas

Depuis 2013, la densité de chirurgiens-dentistes a très faiblement augmenté (moins de 2 %). Les différences de dynamiques régionales n'ont pas conduit à un rééquilibrage des disparités entre régions. Sans être accentuées, les inégalités ont été maintenues (Figure 12).

Les seules évolutions notables s'observent dans les régions d'Outre-mer. La croissance de la densité a été particulièrement forte en Guadeloupe (34 %) et en Martinique (47 %). Ces évolutions ont redistribué le classement parmi les régions les moins dotées. Ainsi Martinique et Guadeloupe ont désormais une densité de chirurgiens-dentistes plus importante que la Normandie, le Centre-Val de Loire, les Hauts-de-France et la Bourgogne-Franche Comté. Mais les autres régions ayant eu une évolution moyenne, il n'y a pas eu de rééquilibrage au profit des régions sous-denses:

- la Guyane reste très sous-dotée;
- les écarts entre les autres régions sont toujours du simple au double;
- le classement des régions n'a pas varié depuis 2013 (hors Guadeloupe et Martinique);
- l'évolution observée au niveau des anciennes régions conduit au même constat d'inégalités que celui de l'ONDPS en 2013 et en 2006.

FIGURE 12 Évolution de la densité des chirurgiens-dentistes par région (2013-2021)



Champ : Chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en France, hors Mayotte.
Sources : RPPS 2013-2021, INSEE - Traitement ONDPS.

3.3. La situation particulièrement défavorable des régions sans faculté dentaire

L'appareil de formation a pour spécificité de ne pas disposer de facultés dentaires dans toutes les régions. Cette spécificité paraît avoir un effet déterminant sur les inégalités régionales de densité.

La formation des chirurgiens-dentistes se déroule dans seulement 16 facultés de chirurgie dentaire: Bordeaux, Brest, Clermont-Ferrand, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris V et Paris VII (regroupées en Université de Paris depuis le 1^{er} janvier 2020), Reims, Rennes, Strasbourg et Toulouse.

Les 13 subdivisions qui n'ont pas de faculté de chirurgie dentaire sont: Amiens, Angers, Antilles-Guyane, Besançon, Caen, Dijon, Grenoble, Limoges, Océan Indien, Poitiers, Rouen, Saint-Étienne et Tours. Au total, quatre régions et les territoires d'Outre-mer ne comptent aucun lieu de formation en odontologie: la Bourgogne Franche-Comté, le Centre-Val de Loire, la Normandie, la Corse, les Antilles-Guyane et l'Océan Indien. En France Métropolitaine, elles correspondent à 9 des 22 anciennes régions suivantes: Haute et Basse-Normandie, Picardie, Limousin, Centre, Corse, Poitou-Charentes, Bourgogne et Franche-Comté. Ces régions sont, à l'exception de la Corse, les régions qui ont les plus faibles densités de chirurgiens-dentistes.

Les régions sans UFR d'odontologie sont sous-denses en chirurgiens-dentistes

Les territoires sans UFR représentent 30 % de la population française mais seulement 22 % des effectifs de chirurgiens-dentistes ([Tableau 3](#)). Leur densité moyenne (47/100 000 habitants) est très inférieure à celle des territoires avec UFR (69).

TABLEAU 3 Comparaison démographique des subdivisions avec et sans UFR d'odontologie en 2021

	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.

3.4. Les inégalités territoriales sont porteuses de risques

L'inégale répartition géographique des chirurgiens-dentistes semble influencer leur activité et la consommation de soins dentaires sur le territoire

Dans les territoires denses en chirurgiens-dentistes, la patientèle d'un chirurgien-dentiste est moins importante que dans les territoires sous-denses.

La densité et le nombre moyen de patients par chirurgien-dentiste sont en effet inversement corrélés (Figure 13). Le nombre moyen de patients varie du simple au triple selon les départements (plus de 1000 patients pour un chirurgien-dentiste en Mayenne, moins de 300 à Paris). Les chirurgiens-dentistes qui exercent dans les départements de la moitié Sud de la France, dans l'Est ou à Paris, territoires plus denses en chirurgiens-dentistes, ont les patientèles les moins nombreuses, entre 300 et 600 patients. À l'inverse, ceux qui exercent dans le Centre et le Nord de la France, ont les patientèles les plus nombreuses, avec plus de 900 patients. La Bretagne apparaît dans une situation moyenne.

Dans les territoires denses en chirurgiens-dentistes, la consommation de soins est plus forte:

- c'est dans les territoires les plus denses que s'observe le plus fort taux de bénéficiaires de soins dentaires (Figure 14). La part annuelle des bénéficiaires de soins dentaires est en moyenne de 32 % dans

29. Les données sont disponibles pour 91 départements sur 102 (secret statistique).
Source: CartoSanté.

30. Voir sur ce sujet l'article de Grytten et al 2017: *Payment systems and incentives in dentistry, Community Dentistry and Oral Epidemiology* qui analyse les risques liés au système de rémunération tels que le paiement à l'acte ou le paiement à la performance.

les départements pour lesquels les données sont disponibles²⁹: les départements des Antilles, Guyane, limitrophes de Paris, ou du centre de la France (Indre, Eure et Loir, Creuse, Haute-Vienne), moins denses en chirurgiens-dentistes, ont les taux de bénéficiaires les plus faibles (moins de 27 %). À l'inverse ceux qui sont plus denses se situent au-delà de la moyenne de bénéficiaires (Bouches du Rhône, Alpes Maritimes, Bretagne, Alsace...);

- c'est le plus souvent dans les départements les plus denses en chirurgiens-dentistes que s'observe le plus grand nombre moyen d'actes dentaires par patient (Figure 15).

Les écarts d'activité et de consommation de soins sont porteurs de risques

Il n'est pas facile de définir le bon niveau de soins, à la fois en taux de bénéficiaires des soins et en nombre d'actes par bénéficiaire. Il manque notamment une objectivation fine de l'état de santé de la population. Mais les écarts de consommation peuvent laisser craindre des différences de prise en charge dentaire, sans qu'il soit possible de savoir si les risques sont plutôt de l'ordre de sous-traitement dans les territoires sous-dotés ou de sur-traitement dans les territoires les plus dotés. On ne peut exclure la probabilité que les deux risques coexistent³⁰.

ENCADRÉ 2 Activité et densité, le point de vue du syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France (CDF)

Extrait de la contribution du syndicat les Chirurgiens-Dentistes de France (CDF)

« La convention nationale des chirurgiens-dentistes définit un seul secteur d'activité intégrant à la fois des actes à honoraires opposables et d'autres à honoraires libres. C'est à la fois le secteur 1 des médecins pour les soins conservateurs et chirurgicaux et un secteur libre pour la prothèse et l'orthodontie. Mais avec une différence de taille, les cabinets dentaires ne peuvent vivre de leur seul secteur 1.

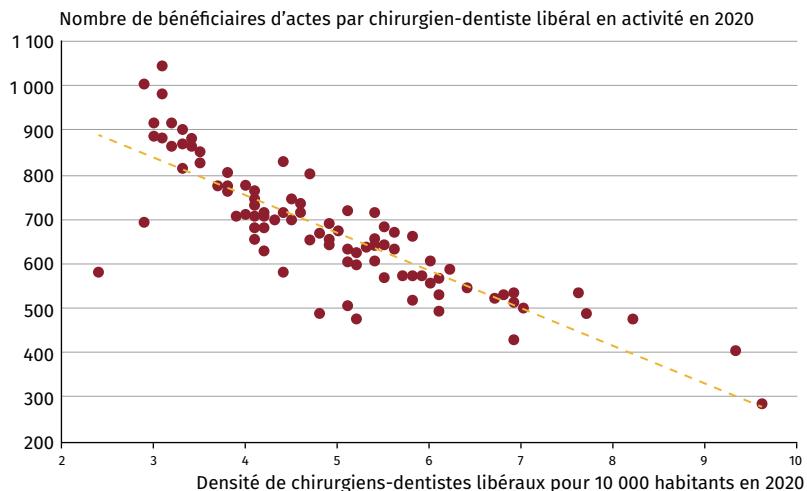
Un cercle infernal s'est dès lors créé, qui impacte fortement la démographie professionnelle, la carte du niveau des honoraires libres se superposant à celle de la démographie: plus les zones sont dotées, plus l'activité est faible, et plus il est nécessaire de compenser par des honoraires élevés. Honoraires rendus possibles par le niveau de revenus plus élevés des patients, qui ont aussi une meilleure couverture complémentaire. On peut même constater,

à l'instar des études menées par la DREES chez les médecins [en] secteur 2, une augmentation du volume d'actes par patient.

Cet état de fait est aggravé depuis quelques années par les installations massives de centres de santé dans les mêmes zones très dotées, créant une concurrence sur les seuls actes à forte valeur ajoutée, fragilisant la délivrance des soins dits de base préventifs, précoces, conservateurs et chirurgicaux, moins rémunérateurs.

La Convention dentaire de 2018, négociée entre les chirurgiens-dentistes, l'Assurance Maladie obligatoire et l'Assurance Maladie complémentaire marque la volonté de corriger cette tendance en engageant un rééquilibrage de l'activité prothétique (mise en place de plafonds) vers les soins précoces et conservateurs. Néanmoins, l'investissement sur les 5 ans de la Convention reste insuffisant pour permettre de redonner une cohérence économique à toute l'activité. »

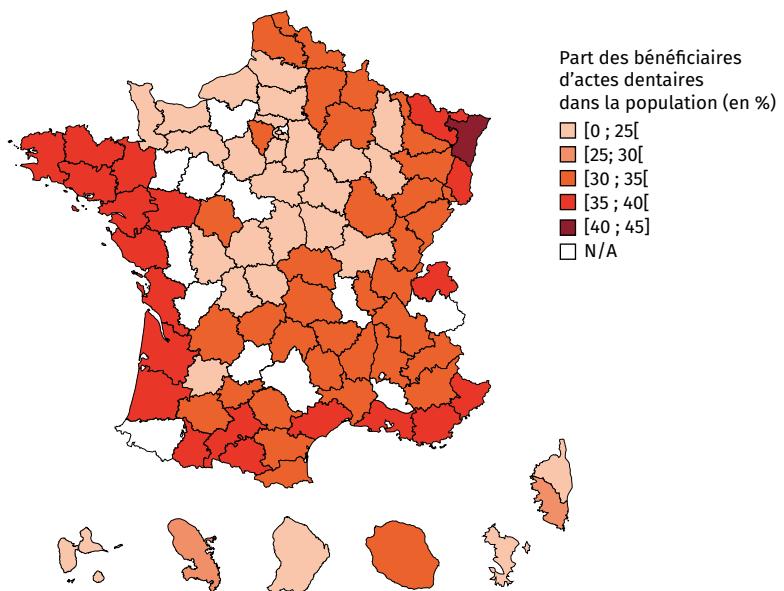
FIGURE 13 Taille de patientèle et densité en chirurgiens-dentistes libéraux par département, en 2020



Champ : Bénéficiaires d'actes de chirurgiens-dentistes, chirurgiens-dentistes libéraux au 31 décembre 2020.

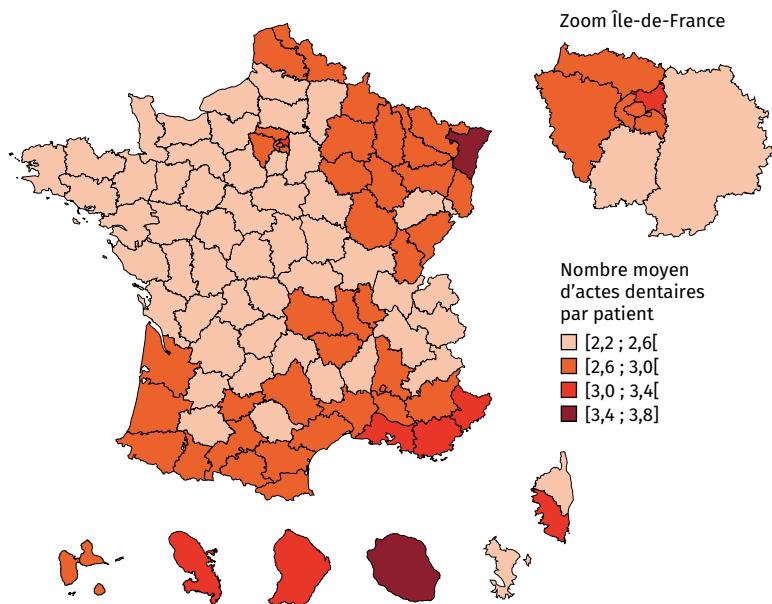
Sources : SNDS, FNPS, INSEE - CartoSanté - Traitement ONDPS.

FIGURE 14 Part des bénéficiaires de soins dentaires dans la population dans les départements



Champ: Ensemble des bénéficiaires d'actes dentaires et population française en 2020.

Sources: CartoSanté, 2020 - SNDS, INSEE - Traitement ONDPsi.

FIGURE 15 Nombre moyen d'actes dentaires par patient en 2020

Champ: Ensemble des bénéficiaires d'actes dentaires et population française en 2020.
Sources: CartoSanté - SNDS - Traitement ONDPS.

3.5. L'inégale répartition du nombre de places de formation

La répartition territoriale du numerus clausus n'obéit pas à une logique démographique...

Le *numerus clausus* national était réparti, jusqu'en 2020, sur 44 universités ayant une Première année commune aux études de la santé, PACES (Figure 16). La comparaison entre le poids des (anciennes) régions dans le *numerus clausus* et leur poids dans la population générale montre que la répartition du *numerus clausus* n'était pas liée à la population. Les régions Poitou-Charentes et l'Alsace, qui représentent chacune 3 % de la population française reçoivent respectivement 1 % et 5 % du *numerus clausus* (Figure 17).

Le ratio poids du *numerus clausus* par rapport au poids de la population traduit ces inégalités. Là où il est quasiment égal à 1, par exemple dans les régions Aquitaine ou Languedoc-Roussillon, le *numerus clausus* est proportionnel à leur population. Mais pour les autres régions, il varie de 1,9 pour

l'Alsace, qui reçoit près de deux fois plus de places de *numerus clausus* que ce qu'elle devrait avoir si la répartition était proportionnelle à la population, à 0,5 pour Poitou-Charentes qui en reçoit donc deux fois moins.

...et ne vient pas compenser des inégalités de densité

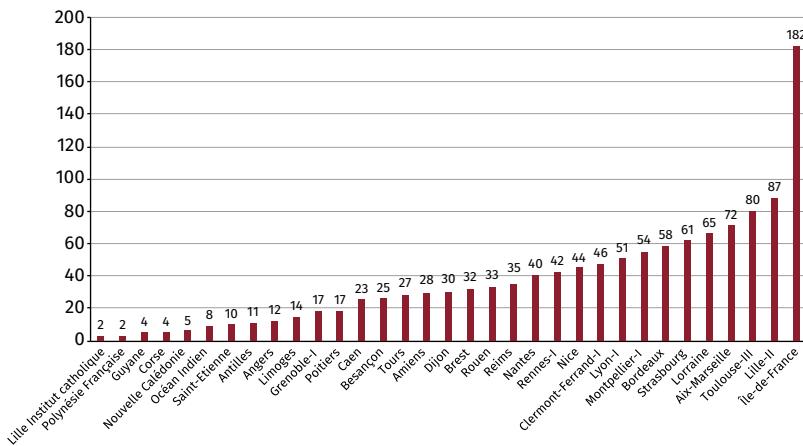
Cette inégalité de répartition pourrait être orientée de façon à compenser les inégalités constatées de densité. Le croisement du ratio du *numerus clausus* et la densité de chirurgiens-dentistes infirme cette hypothèse puisqu'il en ressort une typologie des subdivisions en quatre groupes (Figure 18):

- quadrant 1 supérieur gauche (vert): subdivisions sous-dotées en *numerus clausus* mais ayant une densité de praticiens supérieure à la moyenne nationale: comme en Île-de-France et à Lyon;
- quadrant 2 supérieur droit (bleu): subdivisions doublement sur-dotées, c'est-à-dire sur-dotées en *numerus clausus* et qui ont déjà une densité de chirurgiens-dentistes supérieure à la moyenne nationale, notamment les subdivisions de Toulouse, Strasbourg et Nice;
- quadrant 3 inférieur gauche (rouge): subdivisions doublement sous-dotées, c'est-à-dire sous-dotées en *numerus clausus* alors qu'elles ont déjà une densité faible de praticiens: Poitiers, Angers, Antilles-Guyane, Tours, Amiens, Saint-Étienne et Caen;
- quadrant 4 inférieur droit (jaune): subdivisions sur-dotées en *numerus clausus* mais ayant une densité faible: Lille, Reims, Besançon, Limoges et Dijon.

Ainsi coexistent des subdivisions doublement sur-dotées et des subdivisions doublement sous-dotées.

La conclusion est la même qu'en 2013: la répartition du *numerus clausus* n'obéit ni à une logique démographique ni à un objectif de rééquilibrage de la répartition des praticiens qui consisterait à sur-doter les régions à faible densité de chirurgiens-dentistes et sous doter les régions à forte densité.

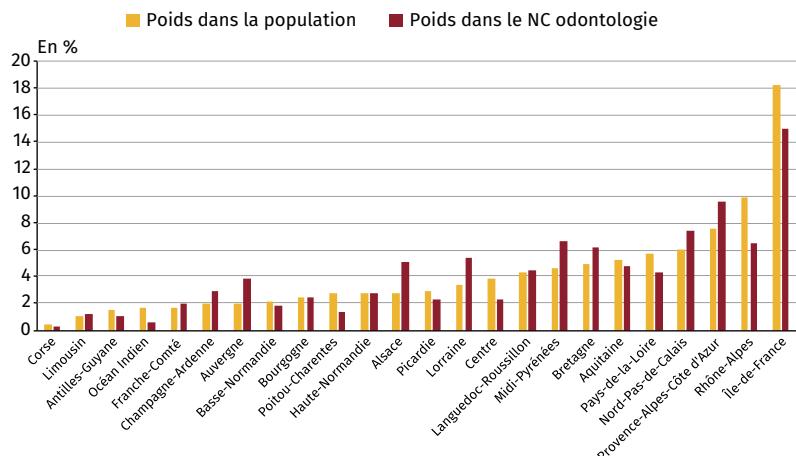
FIGURE 16 Répartition des places en odontologie par région pour le concours PACES 2020



Champ: Nombre maximal d'étudiants de PACES autorisés à poursuivre leurs études en odontologie (*numerus clausus* principal).

Source: Arrêté rectificatif du 25 juin 2020 - Traitement ONDPS.

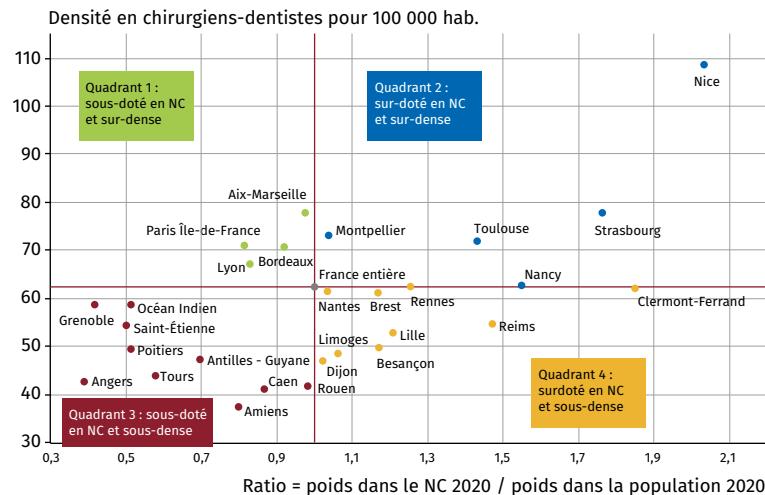
FIGURE 17 Comparaison des (anciennes) régions en fonction de leur poids dans le *numerus clausus* national et dans la population en 2020



Champ: Population française en 2020 et nombre d'étudiants autorisés à poursuivre en 2^e ou 3^e année, leurs études en odontologie à la rentrée universitaire 2020, hors Nouvelle-Calédonie et Polynésie Française.

Sources: INSEE, arrêté rectificatif du 25 juin 2020 - Traitement ONDPS.

FIGURE 18 Densité et *numerus clausus*: projection des régions en fonction de la densité de chirurgiens-dentistes et du poids dans la population de leur *numerus clausus* en 2020



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.

3.6. Les effets d'une sur-dotation en places de formation situation sont variables

Les subdivisions sous-denses, représentées dans les quadrants 3 et 4 de la Figure 18 (deux quadrants inférieurs) sont intéressantes parce qu'elles posent la question de l'impact d'une régulation par les effectifs de formation. La suppression du *numerus clausus* est désormais effective, mais la question reste de savoir si une sur-dotation en places de formation aurait effectivement conduit à redresser la densité de ces subdivisions.

L'ONDP ne dispose pas d'un modèle de projection régionalisé. Aussi, pour essayer de mesurer ce phénomène, nous avons calculé un « taux de retour », rapport entre les effectifs entrés en formation (*numerus clausus*) et les effectifs de professionnels installés qui en sont issus, c'est-à-dire les professionnels à diplôme français entrés en activité 7 ans plus tard.

Ce choix est basé sur le constat que 98 % des chirurgiens-dentistes sont inscrits dans l'année suivant celle de l'obtention de leur diplôme.

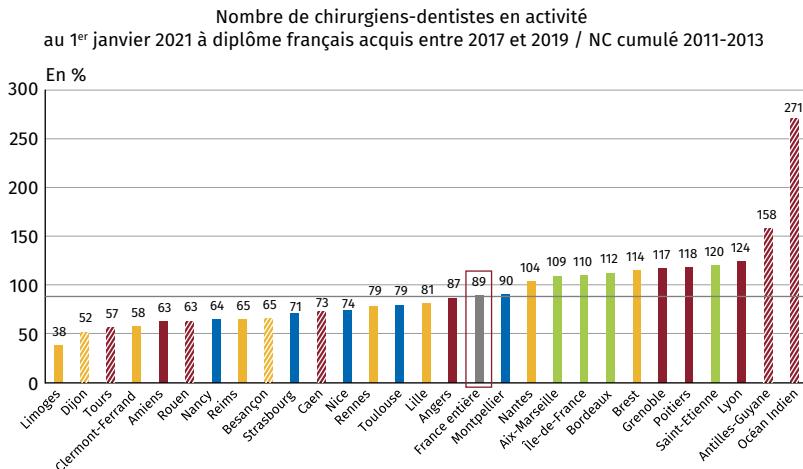
Le taux de retour moyen national est de 89 %. Cela semble correspondre à un « taux de non activité » d'environ 10 %, qui peut recouvrir le taux de renoncement, abandon ou de non-installation.

Les subdivisions des régions sans UFR d'odontologie (elles sont hachurées dans la [Figure 19-1](#)) ont un taux de retour inférieur au taux moyen. Dijon, Tours, Rouen, Besançon et Caen ont un taux de retour compris entre 50 % et 70 %, donc 40 à 20 points en dessous de la moyenne nationale (90 %). Elles accueillent nettement moins de chirurgiens-dentistes que ce qu'elles pourraient s'attendre, au vu du nombre de places ouvertes à la formation 7 ans plus tôt.

Pour ces subdivisions, une politique de sur-dotation en places ouvertes à la formation perd de son efficacité puisqu'une partie importante des effectifs ne revient pas dans les subdivisions au titre desquelles elle a été formée. Leur taux de fuite, c'est-à-dire à l'écart entre leur taux de retour et le taux de retour moyen varie entre 20 et 40 %. Pour gagner en efficacité, il faudrait un taux de sur-dotation au moins égal au taux de fuite. Pour rattraper le retard de densité de ces subdivisions, il faudrait même que qu'il lui soit nettement supérieur.

La situation des subdivisions d'Outre-mer est notable puisque leur taux de retour est deux à trois fois supérieur au taux moyen. Il est d'autant plus élevé qu'elles sont sous dotées en places de formation (Quadrant 3 de la [Figure 18](#)). À l'inverse, Nice étant très sur-dotée (Quadrant 2), son taux de retour apparaît faible.

FIGURE 19-1 « Taux de retour » par subdivision



NB. Le code couleur reprend celui de la Figure 18: les subdivisions sont colorées selon leur densité en chirurgiens-dentistes en 2020 et leur poids dans le NC 2020. En rouge: subdivisions sous-dotées en NC et sous-denses (quadrant 3). En vert: sous-dotées en NC et sur-denses (quadrant 1). En bleu: sur-dotées en NC et sur-denses (quadrant 2) et en jaune: sur-dotées en NC et sous-denses (quadrant 4).

Lecture: Le nombre de chirurgiens-dentistes en activité à Limoges au 1^{er} janvier 2021, ayant un diplôme français acquis entre 2017 et 2019 ne représente que 38 % du NC principal cumulé sur 2011-2013 dans cette subdivision.

Champ: *Numerus clausus* (NC) principal odontologie 2011 à 2013 et chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité au 1^{er} janvier 2021 à diplôme français acquis entre 2017 et 2019.

Sources: Arrêtés ministériels; RPPS 2021 – Traitement ONDP.

Nombre de chirurgiens-dentistes en activité au 1^{er} janvier 2021, à diplôme français acquis entre 2017 et 2019, rapporté au *numerus clausus* cumulé 2011-2013.

Dans la Figure 19-2, qui reprend le code couleur de la Figure 18, le positionnement des subdivisions montre que la répartition du *numerus clausus* ne présage pas de celle des professionnels installés qui en sont issus. Seules Montpellier et Angers accueillent une part de chirurgiens-dentistes équivalente à leur part de places de formation dans le *numerus clausus* 7 ans avant (elles sont situées sur la droite).

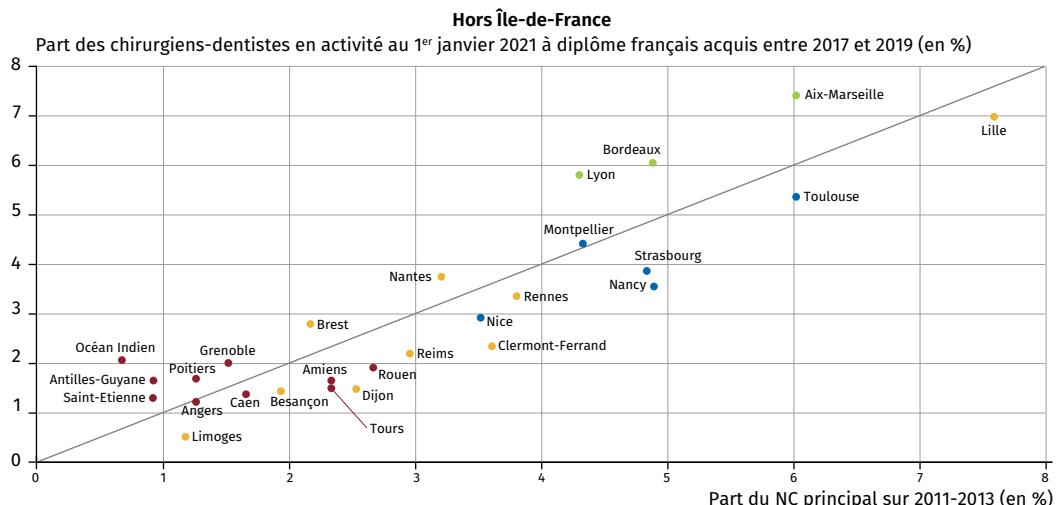
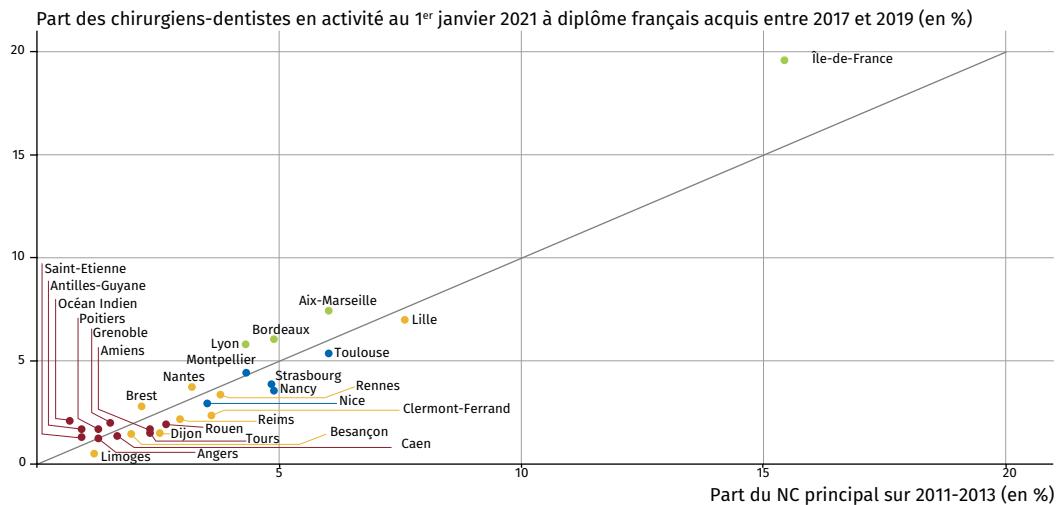
Visuellement, les différences observées entre la part de chirurgiens-dentistes installés et la part de places de formation dans le *numerus clausus* 7 ans avant se traduisent par un écart à droite: au-dessus, la subdivision reçoit proportionnellement plus que *numerus clausus*, en dessous,

elle reçoit moins. Ces écarts pourraient constituer un mécanisme compensatoire.

C'est en partie le cas par exemple pour les subdivisions d'Outre-mer, qui perdent dans la répartition du *numerus clausus* gagnent dans la répartition des professionnels qui en sont issus. Au vu de leur niveau de densité, qui reste en deçà de la moyenne, ce gain pourrait être considéré comme un mécanisme de compensation. Une forme de redistribution s'opère avec certaines subdivisions, sur-dotées en *numerus clausus*, comme Toulouse, Strasbourg, Nancy, Nice qui accueillent moins de professionnels que ce à quoi elles pouvaient s'attendre.

Mais dans d'autres cas, les différences de taux de retours viennent au contraire amplifier les déséquilibres. Certaines subdivisions gagnent à la fois dans la répartition du *numerus clausus* (sur-dotées) et dans celle des professionnels installés qui en sont issus. C'est le cas de Nantes et de Brest (en jaune). À l'inverse, certaines subdivisions perdent dans les deux répartitions: moindre poids dans le *numerus clausus* (sous-dotées) et moindre poids dans les professionnels installés qui en sont issus. C'est le cas de Tours, Amiens, Caen, Rouen (en rouge).

FIGURE 19-2 Projection des subdivisions en fonction de leur poids dans la répartition du *numerus clausus* et de leur poids dans la répartition des professionnels qui en sont issus (7 ans plus tard)



NB. Les subdivisions sont colorées selon leur densité en chirurgiens-dentistes en activité en 2020 par rapport à la moyenne nationale ainsi que leur poids dans le *numerus clausus* 2020 par rapport à leur poids dans la population la même année (cf. graphique 4 quadrants). En rouge: subdivisions sous-dotées en NC et sous-denses (quadrant 3). En vert: sous-dotées en NC et sur-denses en professionnels (quadrant 1). En bleu: sur-dotées en NC et sur-denses (quadrant 2) et en jaune: sur-dotées en NC et sous-denses (quadrant 4).

Lecture: Lille représente 7,6 % du NC principal cumulé sur 2011-2013 et 7 % des chirurgiens-dentistes en activité en 2021, ayant un diplôme français de 2017, 2018 ou 2019.

Champ: *Numerus clausus* (NC) principal en odontologie 2011 à 2013 et chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité au 1^{er} janvier 2021 à diplôme français acquis entre 2017 et 2019.

Sources: Arrêtés ministériels; RPPS 2021 - Traitement ON DPS.



31. Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux plurianuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025.

32. Le taux d'évolution est rapporté au numerus clausus principal des 5 années précédentes (quinquennal 2016-2020).

Les objectifs arrêtés de professionnels à former sont volontaristes pour les subdivisions sans UFR

Pour la plupart des territoires sans UFR d'odontologie, la dynamique actuelle de densité n'est pas infléchie par une augmentation du nombre de places ouvertes de formation.

C'est la raison pour laquelle les subdivisions concernées ont fait part à l'ONDPS, lors des travaux préparant la conférence nationale de mars 2021, de leur objectif d'ouvrir une UFR dans leur subdivision. Leur objectif est double: accueillir davantage d'étudiants sur leur territoire et bénéficier du phénomène de fidélisation.

Les objectifs nationaux plurianuels de professionnels à former arrêtés³¹ tiennent compte de cette perspective et consistent à augmenter très fortement le nombre de chirurgiens-dentistes dans les territoires sous-dotés. Si l'objectif d'augmentation nationale pour la période 2021-2025 est de 14 %³², l'augmentation n'est volontairement pas répartie de manière uniforme selon les subdivisions. Dans certains territoires particulièrement sous-denses, les effectifs de professionnels à former sont presque doublés (Antilles-Guyane, Amiens, Tours) voire plus que doublés (Océan Indien, Angers, Caen, Poitiers). Un tel niveau d'augmentation semble indispensable pour améliorer l'accès aux soins rapidement, mais il y aura forcément un impact sur le système de formation, qui actuellement semble être au maximum des capacités d'accueil au sein des 16 UFR d'odontologie (Voir partie 2.3).

3.7. Les comportements d'installation limitent le potentiel de répartition territoriale

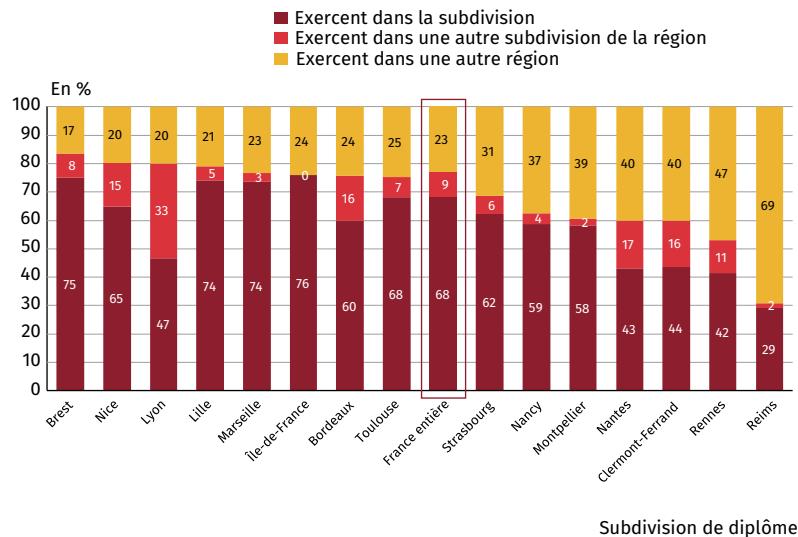
L'attachement des chirurgiens-dentistes à leur lieu de formation est massif. Dès lors que les lieux de formation ne sont pas répartis uniformément sur le territoire, ce comportement ne peut que conforter les inégalités territoriales existantes, d'autant plus que la mobilité en cours de carrière semble faible. Ce phénomène est amplifié par la préférence grandissante des chirurgiens-dentistes primo-inscrits formés à l'étranger pour les territoires avec UFR d'odontologie, alors qu'ils ont été dans le passé un facteur d'atténuation des inégalités de répartition.

La fidélité des chirurgiens-dentistes à leur région de formation est forte

Lors de l'installation, la « fidélité » à la région de formation est forte: 77 % des chirurgiens-dentistes exercent dans la région de leur subdivision de formation. En moyenne, les praticiens formés en France sont 68 % à exercer dans la zone géographique de la subdivision où ils ont obtenu leur diplôme, 9 % dans une autre subdivision de la même région et 23 % dans une autre région (Figure 20). Le taux de fidélité peut être moins élevé quand la subdivision accueille les étudiants dans le cadre d'un partenariat (Voir Partie 2). Les cas de Brest et de Rennes (qui accueille les étudiants de Caen) illustrent ces différences.

Une fois installés, la fidélité à la région d'exercice se maintient et la mobilité des chirurgiens-dentistes semble faible. L'observation du lieu d'exercice sur 9 ans montre qu'en 2021, 95 % des chirurgiens-dentistes exercent toujours là où ils exerçaient en 2013 (Figure 21).

FIGURE 20 Lieu d'exercice des chirurgiens-dentistes en fonction de leur subdivision de diplôme

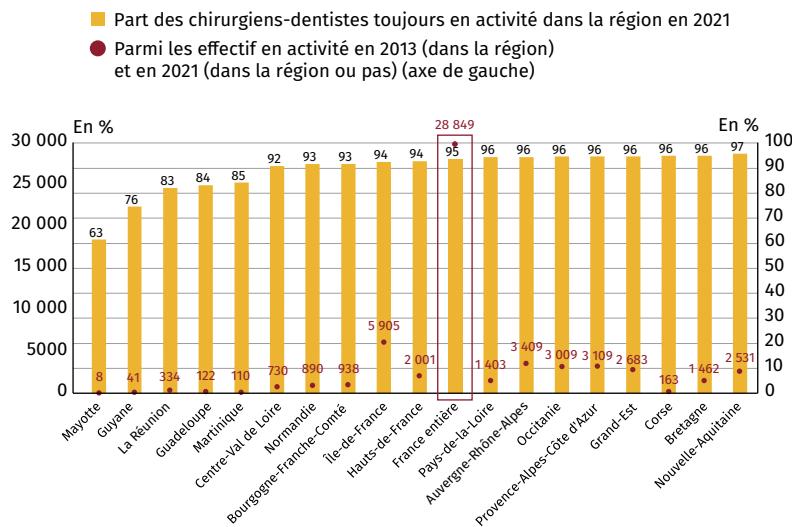


Lecture: 75 % des chirurgiens-dentistes en activité au 1^{er} janvier 2021 ayant eu leur diplôme dans la subdivision de Brest exercent dans cette subdivision, 8 % dans une autre subdivision de Bretagne et 17 % dans une autre région.

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 21 Fidélité à la région d'exercice: part des chirurgiens-dentistes encore en activité au 1^{er} janvier 2021 dans la région où ils exerçaient en 2013, en pourcentage



Lecture: 163 chirurgiens-dentistes en activité en 2013 en Corse sont encore en activité en 2021 ; parmi eux, 96 % sont toujours en activité en Corse en 2021 (les 4 % restant exercent ailleurs qu'en Corse).

Champ: Chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité au 1^{er} janvier 2021 en France qui étaient déjà en activité au 1^{er} janvier 2013.

Source: RPPS - Traitement ONDPS.

Les nouveaux inscrits s'installent dans les régions avec UFR

Les chirurgiens-dentistes primo-inscrits à l'Ordre s'installent essentiellement dans les subdivisions avec UFR d'odontologie. En 2021, seuls 22 % d'entre eux s'installent dans une région sans UFR, alors que ces régions représentent 30 % de la population. Selon l'ONCD, il y aurait un effet génération: les jeunes des régions sans faculté dentaire, contraints de se former dans des subdivisions d'accueil, ne reviendraient plus aussi souvent dans leur région d'origine que les générations précédentes.

Ceux qui ont un diplôme étranger ont modifié leur comportement d'installation

En 2013, 24 % des chirurgiens-dentistes primo-inscrits à l'Ordre s'installaient dans des régions sans UFR (Tableau 4). Mais parmi ces primo-inscrits,



ceux formés à l'étranger s'installaient davantage dans les régions sans UFR (45 %) que leurs homologues formés en France (17 %). C'est ce qui explique que sur la période 2013-2021, la part des chirurgiens-dentistes formés à l'étranger parmi les primo-inscrits est deux fois plus importante dans les subdivisions sans UFR (45 %) que dans les subdivisions accueillant une UFR (24 %) (Figure 22). Les départements et régions d'Outre-mer sont les seuls territoires sans UFR à se situer en dessous de la moyenne nationale (34 %).

Pour les subdivisions sans UFR, cet effet a pu constituer un léger contre-poids à la perte d'installation due à la fidélité des professionnels pour leur région de formation, dans la limite de la question de la qualité de formation (Encadré 1).

**TABLEAU 4 Installation des chirurgiens-dentistes primo-inscrits -
Évolution 2013-2021**

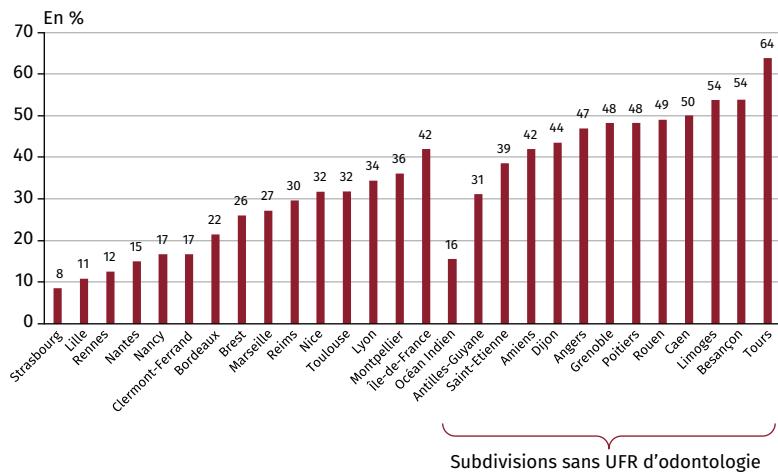
	2013			2021		
	Nationalité française	Nationalité étrangère	Total	Nationalité française	Nationalité étrangère	Total
Ensemble des chirurgiens-dentistes primo-inscrits qui	841	261	1 102	1 354	311	1 665
s'installent dans une subdivision avec UFR	83 %	54 %	76 %	81 %	63 %	78 %
s'installent dans une subdivision sans UFR	17 %	46 %	24 %	19 %	37 %	22 %
Avec un diplôme français	813	21	834	986	18	1 004
s'installent dans une subdivision avec UFR	83 %	71 %	83 %	80 %	89 %	80 %
s'installent dans une subdivision sans UFR	17 %	29 %	17 %	20 %	11 %	20 %
Avec un diplôme étranger	28	240	268	368	293	661
s'installent dans une subdivision avec UFR	79 %	53 %	55 %	85 %	61 %	74 %
s'installent dans une subdivision sans UFR	21 %	48 %	45 %	15 %	39 %	26 %

Lecture: En 2013, parmi les 841 primo-inscrits à l'Ordre de nationalité française, 83 % se sont installés dans une subdivision avec une UFR d'odontologie.

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

Sources: RPPS 2013-2021 - Traitement ONDPS.

FIGURE 22 Part des chirurgiens-dentistes avec diplôme étranger parmi les nouveaux inscrits dans les subdivisions (période 2013-2021)



Lecture: Parmi les chirurgiens-dentistes actifs entre 2013 et 2020, inscrits depuis moins d'1 an à l'Ordre des chirurgiens-dentistes qui se sont installés à Tours, 64 % ont un diplôme étranger.

Champ: Chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en France au 1^{er} janvier (années 2013 à 2021) et inscrits à l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au cours de l'année précédente (nouveaux inscrits, première inscription).

Sources: RPPS 2013-2021 - Traitement ONDPS.

Au vu de ce comportement spécifique et avec l'augmentation des primo-inscrits formés à l'étranger, une amélioration de la répartition des installations aurait pu s'opérer au profit des régions sans UFR. Or, c'est l'inverse qui s'est produit. Les installations dans les régions sans UFR ont continué de décroître.

L'explication tient au fait que le comportement spécifique d'installation des primo-inscrits diplômés à l'étranger s'estompe. En 2021, ils s'installent moins dans les subdivisions sans UFR (26 %) qu'en 2013 (45 %). L'ONCD estime que leur comportement d'installation de manière générale se rapproche de plus en plus de celui des professionnels formés en France. En Île-de-France par exemple, leur installation ne vient pas réduire les déserts dentaires car, comme les diplômés en France, ils s'installent plutôt dans les centres urbains.

Cette évolution est le résultat d'un double phénomène parmi les primo-inscrits diplômés à l'étranger. une part croissante de professionnels de nationalité française parmi eux (dont le comportement est proche des diplômés à l'étranger) d'une part et une tendance nouvelle des diplômés de



nationalité étrangère à s'installer dans les régions avec UFR. Parmi ces derniers, 48 % s'installaient dans des subdivisions sans UFR en 2013, ils ne sont plus que 39 % en 2021.

4. Une évolution du profil des chirurgiens-dentistes

4.1. Leur population rajeunit et se féminise

Le rajeunissement de la population des chirurgiens-dentistes est un phénomène assez récent (Tableau 5 et Figure 23). Avec le resserrement du *numerus clausus* sur les décennies 80 et 90, la population de professionnels vieillissait. L'âge moyen de 42 ans en 1990 est passé à 47 ans en 2006 et 48 ans en 2012. Mais depuis 2013, l'âge moyen a un peu diminué. Il est de moins de 46 ans en 2021.

Ce rajeunissement s'explique par l'arrivée de nombreux jeunes professionnels. Ainsi, la part de chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans augmente, passant de 16 à 27 % entre 2012 et 2021. Celle des plus de 55 ans est revenue en 2021 à son niveau de 2012 (30 %).

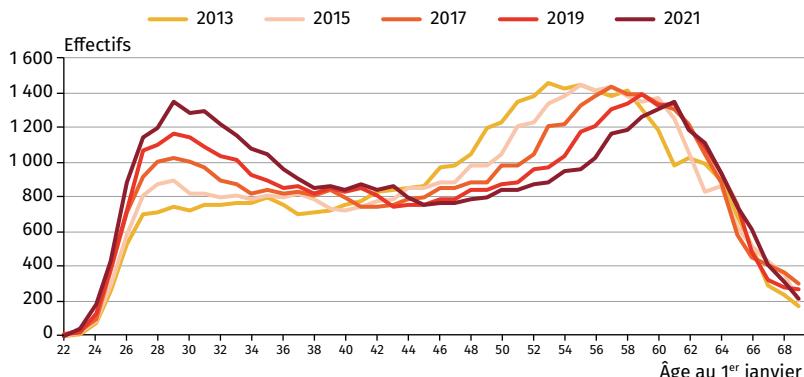
La profession se féminise, la part des femmes passant de 29 % en 1990, 35 % en 2006, 40 % en 2012 et près de 48 % en 2021. Ce mouvement devrait se poursuivre car les femmes sont majoritaires dans la jeune génération (59 % dans la classe d'âge 25-29 ans). Elles représentent également la majorité des nouveaux diplômés en France (56 %) ou à l'étranger (53 %).

TABLEAU 5 Caractéristiques démographiques des chirurgiens-dentistes en exercice entre 2012 et 2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Effectif de chirurgiens-dentistes	40 102	40 272	40 651	40 649	40 859	41 118	41 105	41 141	41 758	42 031
Densité pour 100 000 habitants	61,5	61,2	61,5	61,2	61,3	61,6	61,4	61,3	62,1	62,3
Âge moyen	48,1	48,1	48	47,8	47,6	47,3	47	46,6	46,3	45,8
Part des moins de 35 ans	16,0 %	16,8 %	17,8 %	18,6 %	19,9 %	21,1 %	22,4 %	23,8 %	25,3 %	26,7 %
Part des plus de 55 ans	30,1 %	30,9 %	31,7 %	32,1 %	32,5 %	32,8 %	32,7 %	32,1 %	31,6 %	30,4 %
Part de femmes	39,7 %	40,6 %	41,5 %	42,6 %	43,6 %	44,6 %	45,3 %	46,3 %	47,1 %	47,8 %
Part de diplômés à l'étranger	3,7 %	4,4 %	5,1 %	6,1 %	7,1 %	8,3 %	9,5 %	10,8 %	12,1 %	13,6 %

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

Sources : INSEE, RPPS 2012-2021 - Traitement ONDPS.

FIGURE 23 Pyramides des âges des chirurgiens-dentistes de 2013 à 2021

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

Sources: RPPS 2013-2021 - Traitement ONDPs.

4.2. La pratique reste très majoritairement celle d'omnipraticiens libéraux

Parmi les chirurgiens-dentistes, les omnipraticiens sont ultra-majoritaires puisqu'ils représentent 94 % des effectifs (Tableau 6).

TABLEAU 6 Effectifs des chirurgiens-dentistes selon la spécialité en 2021

	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: RPPS 2021 - Traitement ONDPs.

33. La chirurgie orale est une spécialité chirurgicale jeune dans sa qualification mais pratiquée depuis longtemps. Avant sa création en 2011, elle se partageait entre les stomatologues et la chirurgie maxillo-faciale - côté médecine -, et les chirurgiens-dentistes spécialisés en chirurgie orale du côté odontologie. L'internat est accessible par les deux filières et dure 4 ans, dont 3 semestres en service d'odontologie, 3 en service de chirurgie maxillo-faciale et 2 stages libres.

34. Enquête « Votre installation, parlons-en ! » par l'Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD).

Trois spécialités sont reconnues en odontologie; leurs effectifs restent faibles:

- l'orthopédie dento-faciale (ODF) est la spécialité la plus importante, représentant 5,7 % des chirurgiens-dentistes. La CNAM estime cependant que l'offre d'ODF est majorée par celle des omnipraticiens qui ont la possibilité de formations complémentaires, dispensées par des établissements publics et privés qui pourrait augmenter la part des ODF de plus de 1 %, diminuant d'autant celle de l'omnipraticité;
- la chirurgie orale (CO) représente 0,5 % des professionnels; l'offre de soins de chirurgie orale est augmentée par celle des médecins ayant choisi cette nouvelle spécialité d'exercice (70)³³ ;
- la médecine bucco-dentaire (MBD) n'en représente que 0,2 %.

La part des diplômés à l'étranger est plus faible parmi ces trois spécialités que pour l'omnipraticité (14 %): 7 % pour l'ODF, 3 % pour la MBD et 8 % pour la CO.

L'exercice libéral reste la norme, 79 % des chirurgiens-dentistes exercent en tant que libéral exclusif en 2021 (Tableau 7).

Une enquête de l'UNECD en 2019 auprès des étudiants en odontologie montre qu'une majorité d'étudiants se projettent en libéral via une association dans un cabinet ou la création d'un cabinet: 66 % des étudiants jugent la création d'un cabinet comme étant le plus envisageable après 10 ans d'exercice³⁴.

Les femmes sont surreprésentées dans le salariat, mais c'est dans l'exercice libéral exclusif que la part des femmes a le plus augmenté entre 2013 et 2021 (de 39 % en 2013 à 46 %).

TABLEAU 7 Effectifs et répartition des chirurgiens-dentistes en fonction des modes d'exercice et taux de féminisation - Évolution 2013 -2021

2013		2021	
Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage

Mode d'exercice - Ensemble des chirurgiens-dentistes (*)

Libéral	34 590	86 %	33 194	79 %
Mixte	1 817	5 %	2 830	7 %
Salarié hospitalier exclusif	298	1 %	397	1 %
Salarié hospitalier non exclusif	103	0 %	330	1 %
Salarié non hospitalier	3 464	9 %	5 280	13 %
Ensemble	40 272	100 %	42 031	100 %

Mode d'exercice - Effectifs et part des femmes dans l'ensemble des chirurgiens-dentistes ()**

Libéral	13 336	39 %	15 244	46 %
Mixte	675	37 %	1 177	42 %
Salarié hospitalier exclusif	157	53 %	213	54 %
Salarié hospitalier non exclusif	58	56 %	193	58 %
Salarié non hospitalier	2 107	61 %	3 280	62 %
Ensemble	16 333	41 %	20 107	48 %

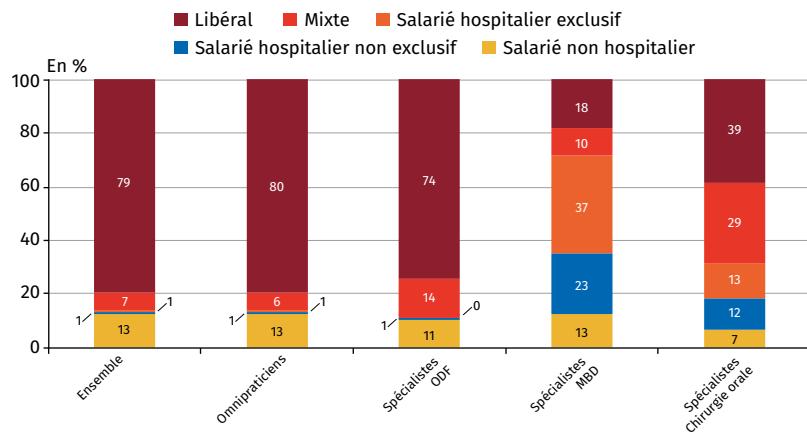
Lecture: (*) En 2021, 46 % des chirurgiens-dentistes exerçant en libéral sont des femmes, contre 39 % en 2013. (**) En 2021, 79 % des chirurgiens-dentistes exercent en libéral, contre 86 % en 2013.

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

Source: RPPS 2013-2021 - Traitement ONDP.

4.3. La percée du salariat se poursuit

Sur l'ensemble des chirurgiens-dentistes en exercice, la part des libéraux exclusifs bien que très majoritaire, diminue progressivement de 91 % en 2006, 86 % en 2013 à 79 % en 2021. Cette évolution se fait au profit de l'exercice mixte et de l'exercice salarié notamment en centre de santé. L'exercice hospitalier exclusif reste marginal, moins de 1 %. Les spécialistes en médecine bucco-dentaire ou en chirurgie orale présentent un profil différent, avec un exercice salarié et hospitalier plus important (Figure 24).

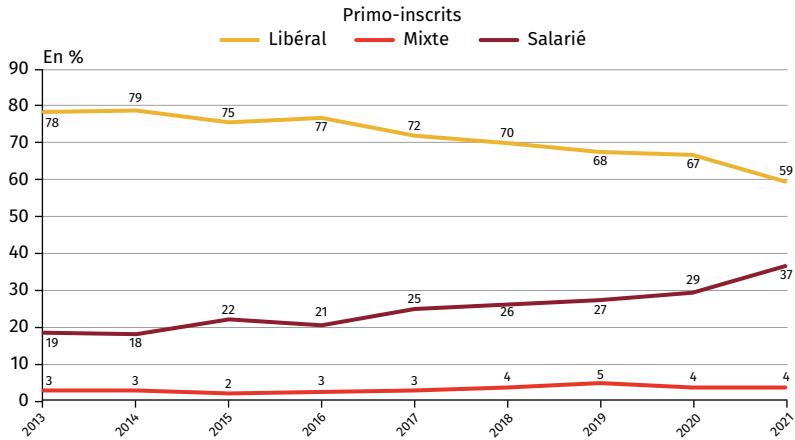
FIGURE 24 Mode d'exercice des chirurgiens-dentistes, par spécialité en 2021

Lecture: Au 1^{er} janvier 2021, 79 % des chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité exercent dans le libéral.

Champ: Ensemble des chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité au 1^{er} janvier 2021.
Source: RPPS – Traitement ONDPS 2021.

L'arrivée des primo-inscrits renforce la tendance au salariat. En 2021, les nouveaux chirurgiens-dentistes exercent moins souvent en libéral (59 %) qu'en 2013 (78 %), au profit du choix de l'exercice salarié, qui augmente de 19 % à 37 % (Figure 25). L'analyse de cette évolution en fonction de l'origine du diplôme montre que ce sont essentiellement les primo-inscrits avec un diplôme étranger qui portent cette tendance au salariat (28 % en 2013 et 58 % en 2020).

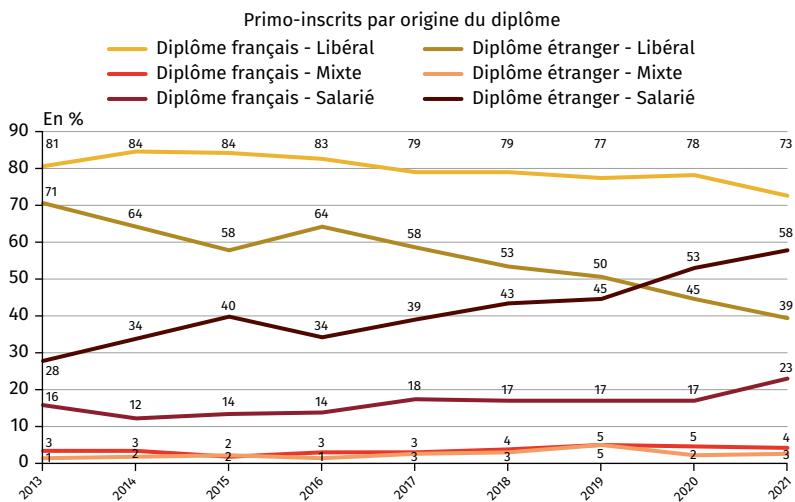
FIGURE 25 Évolution de la répartition des modes d'exercice des chirurgiens-dentistes primo-inscrits



Lecture: 59 % des chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité au 1^{er} janvier 2021, et inscrits à l'Ordre national des chirurgiens-dentistes en 2020, exercent en libéral.

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

Source: RPPS - Traitement ONDPS.



Lecture: Parmi les chirurgiens-dentistes en activité au 1^{er} janvier 2021, inscrits en 2020 à l'Ordre des chirurgiens-dentistes et ayant un diplôme français, 73 % exercent en libéral, contre 39 % de ceux ayant un diplôme étranger.

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

Source: RPPS - Traitement ONDPS.



35. En 2018, la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) change de nom. Elle devient Les Chirurgiens-Dentistes de France (CDF).

4.4. Les structures d'exercice évoluent

La percée du salariat s'illustre dans l'évolution des structures d'exercice : 12 % des chirurgiens-dentistes exercent désormais dans les centres de santé, ils étaient 7 % en 2013 (Tableau 8). L'arrivée des primo-inscrits renforce aussi cette tendance 31 % d'entre eux s'installent dans des centres de santé (12 % en 2013).

TABLEAU 8 Effectifs et répartition des chirurgiens-dentistes en fonction des structures d'exercice - Évolution 2013 - 2021

	2013		2021	
	Effectif	%	Effectif	%
Cabinet de groupe ou société	18 784	47 %	22 567	54 %
Cabinet individuel	17 260	43 %	12 762	30 %
Centre de santé	2 948	7 %	5 141	12 %
Autre	1 280	3 %	1 561	4 %
Ensemble	40 272	100 %	42 031	100 %

Lecture: En 2021, 30 % des chirurgiens-dentistes exercent en cabinet individuel, contre 43 % en 2013.

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

Source: RPPS – Traitement ONDPS.

Pour le syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France (CDF³⁵), « le développement exponentiel des centres de santé a un impact non négligeable sur la croissance du salariat. Nous constatons une tendance dans le choix d'exercice des jeunes chirurgiens-dentistes, à se désintéresser du statut libéral jugé trop contraignant. Les centres de santé leur ouvrent aujourd'hui ce statut, alors que dans le passé, il y avait très peu d'offres d'emplois salariés pour les chirurgiens-dentistes. La voie libérale était quasiment la seule possible. Aujourd'hui, certains centres de santé ont une politique de recrutement active dans les pays de l'UE. »

La tendance est enfin nettement au regroupement. Entre 2013 et 2021, l'activité en cabinet individuel a diminué au profit de l'activité en cabinet de groupe qui est désormais la structure majoritaire (54 %). Pour le syndicat les CDF, « cette tendance se confirme et peut être analysée comme relevant de plusieurs phénomènes : tendance à condenser le temps de travail sur des plages plus restreintes (3,5/4 jours en moyenne), tendance à la mutualisation des charges fixes, volonté des praticiens de pouvoir partager entre eux leurs expériences sur les cas cliniques... »

2. Perspectives

36. Évolutions n° 35,
juin 2016, résultat du
baromètre santé 2014,
INPES.

La demande de soins devrait augmenter avec le besoin de soins lié au vieillissement de la population et avec l'amélioration du système de la prise en charge financière. Pour y faire face, les projections démographiques montrent une augmentation à venir des effectifs de chirurgiens-dentistes, qui devrait être accélérée dans le cadre des objectifs de professionnels à former issus de la conférence nationale du 26 mars 2021 et arrêtés depuis septembre 2021. Cette perspective ouvre trois enjeux: celui de la capacité à former, celui de l'amélioration de la répartition territoriale et enfin celui de l'organisation des soins.

1. Une demande de soins bucco-dentaires soutenue

L'existence de besoins mal couverts pour les populations des territoires sous dotés d'une part, et pour une partie des populations en situation de perte d'autonomie, maladies rares, handicap, précarité d'autre part, illustrent le besoin actuel de soins bucco-dentaires.

Le besoin de soins devrait augmenter avec le vieillissement de la population. Les politiques publiques d'amélioration de la prise en charge financière des soins et de reste à charge zéro devraient contribuer à soutenir la demande de soins bucco-dentaires liés à la prévention et à des besoins jusqu'alors non satisfaits, notamment pour les populations ayant besoin de soins spécifiques.

1.1. La demande de soins liée au vieillissement de la population

Avec le vieillissement de la population, les besoins de soins bucco-dentaires devraient augmenter. La présence de problèmes dentaires augmente de façon linéaire avec l'âge³⁶: de 29,6 % parmi les 15-24 ans à 47,9 % chez les 65-75 ans. Les données épidémiologiques ne sont pas nombreuses mais soulignent le besoin de soins des personnes âgées.

Les enquêtes de consommation de soins montrent pourtant que le recours aux soins recule avec l'âge (Tableau 9). Le besoin de soins n'étant pas toujours perçu, il ne se traduit pas toujours en demande de soins. Mais les patients des générations à venir pourraient avoir une perception plus nette de leur besoin de soins. Ayant gardé leurs propres dents plus longtemps, ils pourraient être davantage sensibilisés à l'intérêt de la restauration ou



37. UFSBD La prévention bucco-dentaire, un tournant à prendre, novembre 2012.

38. Mélanie Janin. L'Hypominéralisation des Molaires et des Incisives (HMI): données actuelles et enquête dans deux services d'odontologie pédiatrique du CHU de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. fthal-01931840f et Elena Cedarry. Étude de prévalence des hypominéralisations molaires et incisives au sein d'un échantillon d'enfants basques: influence(s) génétique et/ou épigénétique ? Chirurgie. 2017. ffdumas-01671720.

du maintien d'une cavité bucco-dentaire saine et fonctionnelle. Pour le syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, « *L'accès à des soins bucco-dentaires adaptés est important à tous les âges de la vie, et plus encore chez les personnes âgées, car cela leur permet de vieillir en bonne santé et d'améliorer leur qualité de vie.* »

L'UFSBD résume l'enjeu de soins liés au vieillissement: « *L'état du parodonte s'altère avec l'âge. Les maladies parodontales aggravent en retour l'état de santé général souvent fragilisé à ces âges avancés, et renforcent les phénomènes de dépendance et de mauvais vieillissement. Les personnes âgées ont des besoins de santé orale différents de ceux de la population générale, qui ne sont par ailleurs plus les mêmes que ceux des générations précédentes: les personnes âgées gardent leurs dents plus longtemps. Le vieillissement en bonne santé est devenu un objectif pour tous et chacun souhaite préserver le plus longtemps possible ses propres dents. La santé bucco-dentaire est importante pour lutter contre la dénutrition des personnes âgées et aider, malgré l'avance en âge, à garder une bonne estime de soi.* »³⁷

TABLEAU 9 Proportion d'adultes par tranche d'âge ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2014

	20-44 ans	45-64 ans	65-84 ans	85 ans et plus	Total
France entière	41,4 %	47 %	43,3 %	26,2 %	43,1 %

Note: Données 2014 en date de soins, taux bruts.

Champ: France entière, régime général y compris sections locales mutualistes, population âgée de 20 ans et plus.

Source: SNIIRAM (CNAMTS) - Exploitation DREES.

1.2. L'émergence de nouvelles pathologies ?

De nouvelles pathologies pourraient émerger l'instar de l'hypominéralisation des molaires et des incisives (HMI), une pathologie qui concerneait de plus en plus d'enfants (15 % aujourd'hui) et qui se manifeste par des taches brunes sur les dents et rend les enfants qui en sont porteurs plus vulnérables aux caries. L'évaluation de l'impact est difficile car l'HMI correspond à une anomalie de structure de l'émail dont l'origine systémique n'a pas encore été clairement élucidée. Plusieurs facteurs favorisants sont évoqués, certains environnementaux (perturbateurs endocriniens, dioxines), sans que l'origine de l'augmentation des cas observée ces dernières années ne soit clairement établie³⁸.

1.3. L'essor de la prévention

Le domaine bucco-dentaire a longtemps été absent des politiques de santé publique. Le plan national de prévention de 2006-2011, pour la première fois, reconnaissait que « *la grande fréquence des affections bucco-dentaires, leur retentissement sur l'état général et sur la qualité de vie, ainsi que leur répartition très inégale dans la population, en font une question de santé publique à part entière.* »

Depuis, la santé bucco-dentaire est davantage prise en compte. Le plan national de santé publique promu dans le cadre de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 intègre des mesures relatives à la santé bucco-dentaire (renforcement des Pass bucco-dentaires pour les familles en situation précaire, Instauration d'un dépistage bucco-dentaire à l'entrée des personnes dépendantes en établissements médico-sociaux...).

La convention nationale dentaire de 2018 constitue également un levier de développement de la prévention par l'amélioration de la prise en charge des soins dentaires, par certaines mesures spécifiques comme l'extension de la gratuité des examens de prévention au 18-24 ans et par des actions de prévention visant des populations à risques élevés dans le cadre d'une démarche intégrée de prévention des maladies chroniques ([Voir ci-dessous](#)). Pour le syndicat les CDF notamment: « *Une expérimentation construite par Les CDF et actée conventionnellement est actuellement en voie de finalisation (Article 51) afin de mettre en place des forfaits de prévention, variables selon le risque identifié chez les patients. Cette expérimentation a vocation à être étendue à tout le territoire, mais ne pourra pas réussir s'il n'y a pas de praticiens pour la mettre en œuvre ! Il faut enfin noter des évolutions fondamentales dans la dernière convention, permettant une meilleure prise en charge des malades chroniques (diabétiques ou patients sous AVK/AOD) ou des patients handicapés.* »

Les professionnels auditionnés estiment que la quasi-totalité des pathologies dentaires pourraient être évitées par une prévention efficace. Pour Laurence Lupi, directrice de l'UFR d'odontologie de Nice: « *Pour le moment, il y a une absence de besoin ressenti de la part des patients. Pourtant l'odontologie est un des domaines où la prévention est faisable et efficace. Il faut mieux rembourser les séances d'éducation à la santé.* ». La création du métier d'assistant-e dentaire de niveau 2 pourrait également participer à l'essor de la prévention dans les cabinets dentaires.



39. « *Évaluation des pratiques et de l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste* », *Rapport IGAS Juin 2013*.

40. « *Propositions pour la Stratégie nationale de santé* », *CNSD, 2014*.

41. *La part d'actes prothétiques dans les revenus des chirurgiens-dentistes est devenue prépondérante (64 %) alors qu'ils ne représentent que 11 % du volume de leur activité.*

42. *Voir le dossier de presse de juin 2018, « Accord avec les chirurgiens-dentistes au service d'une meilleure santé bucco-dentaire en France ».*

1.4. L'amélioration du système de la prise en charge financière

Des dysfonctionnements du modèle de soins bucco-dentaires

Le modèle économique des cabinets dentaires repose depuis 1978 sur l'autorisation d'un espace de liberté tarifaire sur les actes dit à entente directe dont font partie les prothèses dentaires, en contrepartie d'une faible revalorisation des soins courants conservateurs.

Ce modèle « prothèse dépendant » et la situation qui en découle quant à l'accès financier aux soins dentaires et le reste à charge pour les ménages (Encadré 3) est résumé par l'IGAS dans son rapport de 2013³⁹: « *la prise en charge de la dépense en soins dentaires est fonction des moyens des patients et non de leurs besoins contrairement au principe de la Sécurité sociale. [...] La dépense qui pèse sur les ménages s'alourdit avec la dérive sur certains actes et les choix thérapeutiques des professionnels: ceux-ci peuvent en effet être orientés par la politique conventionnelle encourageant les actes librement tarifés, en tout ou partie. Ainsi l'état de santé bucco-dentaire des patients est-il le reflet de leur situation économique et le coût des soins bucco-dentaire est le premier motif de renoncement aux soins.* ».

Un syndicat dentaire appelait à une réforme de fond déjà en 2014⁴⁰, « *La déstructuration de l'exercice des chirurgiens-dentistes est un long processus débuté peu après la dernière grande réforme dentaire de 1977 [...]. Elle est caractérisée par un désengagement constant de l'Assurance Maladie obligatoire en données relatives et le blocage des revalorisations des soins conservateurs et chirurgicaux opposables [...]. Tous les acteurs [...] s'accordent sur la nécessité d'une réforme structurelle de l'exercice des chirurgiens-dentistes. [...] Objectif: un cabinet dentaire doit pouvoir fonctionner et assumer ses responsabilités d'entreprise de santé, quels que soient les actes effectués et, en particulier, les actes de prévention, chirurgicaux ou conservateurs. Et un chirurgien-dentiste doit pouvoir vivre de tous ses soins.* ».

Pour les partenaires conventionnels, le modèle « prothèse dépendant »⁴¹ semble avoir « *atteint ses limites* »⁴², conduisant les praticiens à accroître leurs tarifs sur les soins prothétiques et à déséquilibrer leur activité aux dépens de la prévention et du soin.

L'Assurance Maladie, deux syndicats dentaires et les organismes de complémentaires santé ont signé le 21 juin 2018 une nouvelle convention, changement de paradigme, se donnant comme objectif « *de remettre le soin et la*

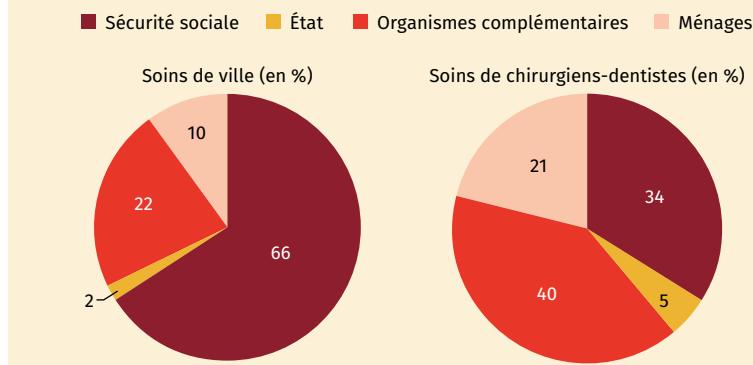
prévention au cœur de l'exercice en rééquilibrant le modèle économique des cabinets dentaires. »

ENCADRÉ 3 Spécificité du reste à charge en dentaire

Sources: données DREES, Comptes de la santé 2019

Le reste à charge en soins dentaires est bien supérieur à la moyenne des autres soins. Pour l'ensemble des soins de ville, le reste à charge n'est que de 10 %, la Sécurité sociale intervenant pour plus de 60 %. Mais pour les soins dentaires, les proportions sont quasiment inversées. En 2019, la Sécurité sociale intervenait pour 34 % de la dépense dentaire, les organismes de complémentaire santé pour plus de 40 %; il restait 21 % de la dépense dentaire à la charge des ménages (Figure 26). Pour les soins prothétiques, la Sécurité sociale n'intervenait que pour 14 %, les organismes de complémentaire santé pour 45 %; il restait à la charge des ménages 41 % de la dépense.

FIGURE 26 Structure du financement des soins de ville et soins dentaires



Sources: DREES, Comptes de la santé, 2019.

Un nouveau dispositif conventionnel favorisant une meilleure prise en charge

Pour améliorer la prise en charge des soins et réduire le reste à charge pour les patients, la convention dentaire de 2018 met en place un système de revalorisation significative des soins conservateurs en contrepartie du principe de plafonnement des tarifs pour certains actes prothétiques:

43. La mise en œuvre s'est échelonnée d'avril 2019 pour les tarifs maîtrisés à janvier 2021 pour le reste à charge 0 de l'ensemble des prothèses visées.

44. Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 adapte le cahier des charges des contrats responsables : les garanties des contrats responsables courent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit « 100 % Santé » notamment pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie.

- création de plafonds de prix opposables pour 70 % des actes prothétiques réalisés ;
 - une large partie de ces actes (45 %) seront remboursés intégralement, sans aucun reste à charge pour l'assuré dans le cadre du panier dit « 100 % Santé » ;
- revalorisation des soins courants entre 40 et 60 % pour encourager les traitements qui visent à conserver et soigner les dents ;
- mise en place de nombreuses mesures destinées à préserver la santé bucco-dentaire, notamment chez les enfants ou les jeunes ;
- amélioration de la prise en charge des populations plus fragiles, comme les patients diabétiques, sous traitement anticoagulants ou en situation de handicap mental (voir infra).

Ces dispositions s'inscrivent dans le plan « 100 % Santé » de juin 2018, qui vise à réduire le reste à charge de dispositifs médicaux essentiels (prothèses dentaires, lunettes de vue et aides auditives) mais coûteux pour les ménages.

Les dispositions tarifaires de la convention ont permis la mise en place progressive de trois paniers⁴³ :

- un panier « 100 % Santé à reste à charge 0 » : prévu pour concerner 45 % des actes prothétiques réalisés (couronnes céramo-métalliques et bridge pour les dents du sourire, couronnes métalliques pour toutes les dents et appareils amovibles en résine) ;
- un panier à reste à charge maîtrisé : les honoraires de facturation des actes prothétiques sont plafonnés (couronnes céramo-métalliques pour les dents intermédiaires, bridges pour les dents postérieures, appareils amovibles en stellite) ;
- un panier aux tarifs libres pour les techniques et les matériaux plus sophistiqués.

Ces dispositions se sont concrétisées dans l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2019 qui permet à tous les assurés bénéficiant de contrats de complémentaire santé responsables et solidaires d'accéder aux paniers de soins du « 100 % Santé », notamment dans le domaine des prothèses dentaires⁴⁴.

L'investissement financier prévu était important de la part de l'Assurance Maladie obligatoire et des organismes complémentaires, de 1,2 milliard d'euros sur 5 ans :

45. *Rapport d'information de la commission des affaires sociales, n° 4243, du 11 juin 2021.*

46. *Avenant n°3 signé le 26 novembre 2019, et publié au Journal Officiel le 7 février 2020.*

47. *Échelle APECS évalue le « comportement et la coopération » des patients au cours de la séance de soins.*

- 704 millions d'euros pour les revalorisations des soins courants;
- 371 millions d'amélioration des remboursements des assurés (y compris 51 millions consacrés à la prise en charge nouvelle de soins jusqu'à présent non remboursés – comme le coiffage pulinaire qui permet d'éviter la dévitalisation de la dent – ou les bilans et les traitements parodontaux pour les patients diabétiques);
- 108 millions consacrés au renforcement des actions de prévention en direction des enfants et des jeunes.

Les premières évaluations de ce dispositif par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale montrent que sur l'année 2020, le panier « 100 % Santé » a représenté 52 % des actes réalisés et le panier avec reste à charge modéré 20 %⁴⁵. La Commission note que « *ces chiffres, supérieurs à l'objectif initial de 40 %, sont d'autant plus prometteurs que les chirurgiens-dentistes n'ont pas la même obligation que les opticiens ou les audioprothésistes, à savoir de réaliser l'offre 100 % Santé qu'ils proposent* ». En effet, si les chirurgiens-dentistes sont dans l'obligation de proposer une offre 100 % Santé dans leur devis lorsque cela leur est possible, ils ne sont pas tenus de la réaliser (auquel cas ils doivent réorienter le patient vers un confrère la pratiquant).

La réforme est encore trop récente pour estimer l'impact sur la consommation de soins dentaires, d'autant plus que la crise sanitaire a fait chuter le recours aux soins dentaires (-10 % en volume en 2020) mais la Commission indique que la CNAM note une diminution, entre 2019 et 2020, du nombre de renoncements aux soins pour les assurés fragiles bénéficiaires du service d'accompagnement personnalisé en santé proposé par les caisses primaires d'Assurance Maladie, « Mission d'accompagnement santé ».

Les conditions tarifaires de la prise en charge des personnes en situation de handicap ont été améliorées

La convention dentaire de 2018 instaure des mesures tarifaires pour les soins sur des personnes aux besoins spécifiques. L'article 12 de la convention crée une « *majoration spécifique pour les séances de soins dispensés aux patients en situation de handicap lourd* ». Un nouvel avenant à la convention nationale⁴⁶ a fait évoluer les conditions tarifaires et le public visé a été élargi: il s'étend à tous les patients atteints « *de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap et possédant au moins un score modéré ou majeur lors du remplissage de l'échelle des Adaptations pour une prise en charge spécifique en odontologie*⁴⁷ (Échelle APECS) ».



48. *Pujade Céline, Kheng Roddy, Bracconi Marianne et al., « Soins bucco-dentaires pour les patients handicapés », Santé Publique, 2017/5 (Vol. 29), p. 677-684. DOI: 10.3917/spub.175.0677. URL: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-5-page-677.htm>*

49. *Cette partie est issue de la publication de la DREES : Marie Anguis, Maxime Bergeat, Jacques Pisarik, Noémie Vergier, Hélène Chaput (2021, mars). Synthèse - Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques. Les dossiers de la DREES, 76.*

50. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf

Ainsi, la prise en compte de la spécificité de la prise en charge d'un patient en situation de handicap s'est traduite par la création de mesures tarifaires:

- la consultation bucco-dentaire complexe à 46 euros;
- un supplément de 23 euros sur les examens bucco-dentaires;
- un supplément de 100 euros facturable une fois par séance, avec ou sans techniques de sédation consciente;
- un supplément de 200 euros pour certains actes techniques (hors radio notamment) réalisés en 2 séances ou plus (facturable une fois).

La reconnaissance financière de la spécificité de la prise en charge est « légitimée par l'augmentation de la durée et de la complexité des actes de soins dentaires, par l'aménagement du plateau technique, et par le recours à des praticiens séniors formés à des compétences spécifiques. »⁴⁸ L'accès aux soins des personnes en situation de handicap devrait s'améliorer sous l'effet de ces mesures tarifaires destinées à faciliter leur prise en charge par les chirurgiens-dentistes.

2. une démographie en croissance

2.1. Les projections démographiques de la DREES

Les projections démographiques de la DREES⁴⁹ ont été présentées lors des travaux préparatoires de la conférence nationale de mars 2021. Elles ont permis d'affiner les objectifs quinquennaux de professionnels à former proposés par la conférence⁵⁰.

Les projections démographiques visent à modéliser l'évolution des populations de professionnels de santé de moins de 70 ans en activité, en se basant sur la reproduction des comportements et des choix politiques observés sur la période récente. L'une des contraintes est de supposer figés aux valeurs courantes des paramètres qui peuvent évoluer au cours de la période. Il s'agit d'un exercice prospectif qui n'est pas une prévision mais qui illustre l'impact des comportements observés sur la période récente et des choix politiques récents effectués en matière de démographie des professions de santé, par exemple pour les entrées en formation.

Dans le modèle relatif aux chirurgiens-dentistes, les tendances actuelles y sont projetées de 2021 jusqu'à l'horizon 2050. Il intègre les données disponibles jusqu'à 2020.

Il s'agit d'un modèle par composante dont l'unité de calcul correspond à des groupes d'individus ayant les mêmes caractéristiques. Les probabilités d'évolution ne sont alors pas appliquées individuellement en tant que probabilités, mais déterminent le pourcentage d'individus d'un groupe changeant de situation entre N et N+1. Les effectifs des professions concernées et l'historique des modèles sont à l'origine de ce choix.

Les principales hypothèses sont:

- nombre d'entrants en formation par an: 1 280 sur la période;
- nombre de diplômés à l'étranger entrants en activité chaque année: 665;
- comportements des chirurgiens-dentistes: constants par rapport aux observations récentes.

D'après les hypothèses retenues dans le scénario tendanciel et compte tenu de leurs dynamiques démographiques propres, les effectifs de chirurgiens-dentistes connaissent une croissance soutenue sur l'ensemble de la période de projection, s'accélérant après 2030. Les cessations d'activité sont assez nombreuses dans la première partie de période, du fait du départ en retraite de cohortes nombreuses, correspondant à la période antérieure au resserrement des *numerus clausus*. S'il y a 41 800 chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en 2020, il y en aurait, dans le scénario tendanciel, près de 45 900 en 2030, un peu plus de 53 900 en 2040, et près de 61 800 en 2050. Dans l'ensemble, les effectifs progressent ainsi de 48 % entre 2020 et 2050 (courbe jaune [Figure 27](#)).

2.2. Les effets d'une variation du nombre d'entrants en formation

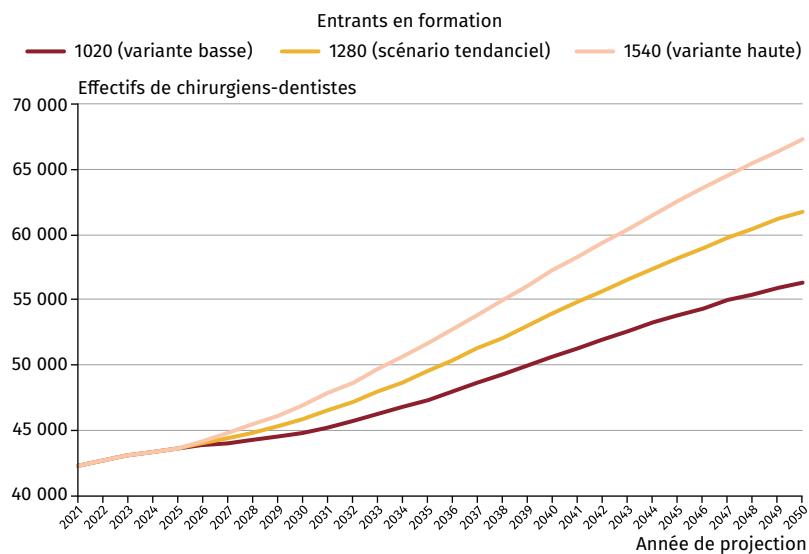
Des variantes au modèle tendanciel sont présentées ([Figure 27](#)). Elles consistent à faire varier à la hausse ou à la baisse ce flux entrant de 20 % dès le début de la période de projection et de le maintenir constant sur la période. Les effets commencent à être visibles après un temps correspondant à la durée de formation.

Pour les chirurgiens-dentistes, l'impact d'une variation du flux de 260 entrants ($\pm 20\%$) est décelé après 5 années de projection, et la modulation du flux entrant influence le rythme de croissance des effectifs ([Figure 27](#)). En 2030, il y a $\pm 1\,100$ chirurgiens-dentistes en activité par rapport au scénario tendanciel (soit $\pm 2\%$ par rapport aux effectifs du scénario tendanciel). En 2040, les effectifs s'éloignent du scénario tendanciel de 3 300 en valeur absolue

(soit $\pm 6\%$). En 2050, l'écart atteint 5 500 en valeur absolue, soit $\pm 9\%$ des effectifs du scénario tendanciel. Dans la variante haute (1 540 entrants en formation), la croissance des effectifs sur la période est de 61 % par rapport à 2020, contre +48 % dans le scénario tendanciel. Dans la variante basse (1 020 entrants en formation), elle est de 35 %.

La variante haute est particulièrement intéressante puisqu'elle se rapproche de l'objectif national pluriannuel de professionnels d'odontologie à former qui a été proposé lors de la conférence nationale du 26 mars 2021.

FIGURE 27 Scénario tendanciel de la DREES et avec variante ($\pm 20\%$ des flux d'entrée en formation)



Champ: Chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en France.

Sources: Modèles de projection DREES, alimentés par les données sur les professionnels de santé inscrits à l'Ordre (RPPS) et sur les études médicales pour les médecins (SISE, ECN).

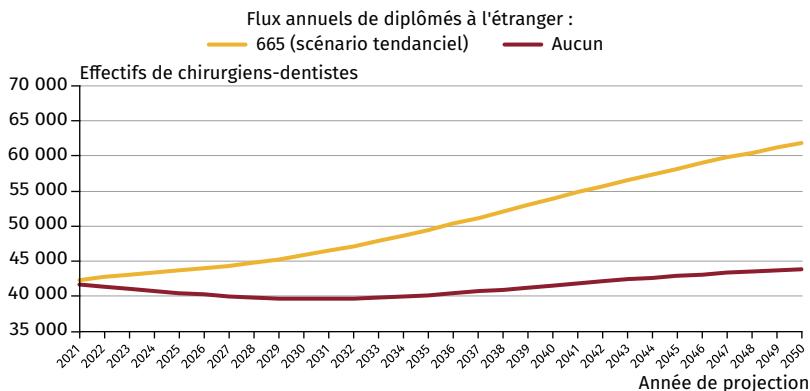
2.3. L'impact des arrivées de professionnels diplômés à l'étranger

La DREES a également étudié l'impact des flux de professionnels diplômés à l'étranger dans les évolutions projetées de la démographie médicale. Un tarissement du flux d'arrivée en France de professionnels diplômés à l'étranger aurait un impact immédiat. L'ampleur de la diminution du

nombre de professionnels occasionnée par l'absence d'arrivée des diplômés à l'étranger révèle l'importance pour la profession de ce flux.

L'impact est majeur pour les chirurgiens-dentistes (Figure 28). Sans ce flux de diplômés à l'étranger, le nombre de chirurgiens-dentistes diminuerait légèrement jusqu'en 2030 (avec 39 500 chirurgiens-dentistes en activité à ce point), puis croîtrait modérément, retrouvant le niveau de 2020 autour de 2040. Sous ces hypothèses, il y aurait, en 2050, 5 % de chirurgiens-dentistes de plus qu'aujourd'hui en activité. L'écart par rapport aux effectifs du scénario tendanciel se creuse au cours de la période : il est de 6 200 en 2030 (14 % de moins), de 12 300 en 2040 (23 % de moins), de 18 000 en 2050 (29 % de moins). En miroir, cette variante établit que, dans le scénario tendanciel, les entrées de diplômés à l'étranger compensent, en particulier en début de période, un solde négatif entre cessations d'activité et entrées en activité de diplômés en France.

FIGURE 28 Scénario tendanciel de la DREES et avec variante absence de flux de diplômés à l'étranger



Champ : Chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en France.

Sources : Modèles de projection DREES, alimentés par les données sur les professionnels de santé inscrits à l'Ordre (RPPS) et sur les études médicales pour les médecins (SISE, ECN).



51. *L'augmentation de l'objectif national pluriannuel (2021-2025) correspond à une augmentation de 14 % par rapport au numerus clausus total moyen observé sur les cinq années qui précédent l'objectif national, soit 2016-2020.*

52. *Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025.*

53. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf

3. Les enjeux à venir

Le premier enjeu est celui de la formation, nécessitant de trouver les leviers pour accueillir davantage d'étudiants et pouvoir leur proposer une formation de qualité. Le deuxième enjeu est entièrement corrélé au premier: améliorer la répartition territoriale, au risque sinon d'aggraver le déséquilibre de démographie dentaire entre région. L'organisation des soins pourrait à l'avenir contribuer à l'augmentation de l'offre de soins, de sa qualité et de sa répartition: développement de l'exercice collectif, mise en place d'un modèle économique plus équilibré, essor de l'utilisation de nouvelles technologies telles que la téléconsultation... La perspective de création du métier d'assistant·e dentaire de niveau 2 contribuerait également à l'essor de la prévention.

3.1. La capacité à former davantage

La conférence nationale qui s'est réunie le 26 mars 2021 a proposé une augmentation significative (+14 %) du nombre d'étudiants à admettre dans les études d'odontologie⁵¹. Cette proposition a été suivie par les pouvoirs publics⁵². L'augmentation peut sembler importante, mais elle permettrait simplement d'accélérer un peu l'amélioration de la situation démographique de la chirurgie dentaire en France à partir de 2027 et d'atteindre la densité européenne 2 ans plus tôt⁵³.

Les régions et subdivisions n'ayant pas de formation en odontologie établissent des conventions avec des UFR d'odontologie d'autres régions ou subdivisions dans lesquelles sont définis le nombre d'étudiants admis à l'issue d'une PACES (jusqu'en 2020) et le nombre d'étudiants qui reviennent en stage de 6^e année (voire 5^e année pour certaines subdivisions). Ceci aboutit à un maillage territorial très complexe (Figure 29) et que les régions ou subdivisions sans formation n'ont que très peu de moyens de faire évoluer. Le constat est que cette organisation est malheureusement insuffisante pour corriger les inégalités territoriales (Encadré 4).

54. *Source : la Lettre de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes, n° 151, octobre 2016.*

ENCADRÉ 4 | Les stages déconcentrés

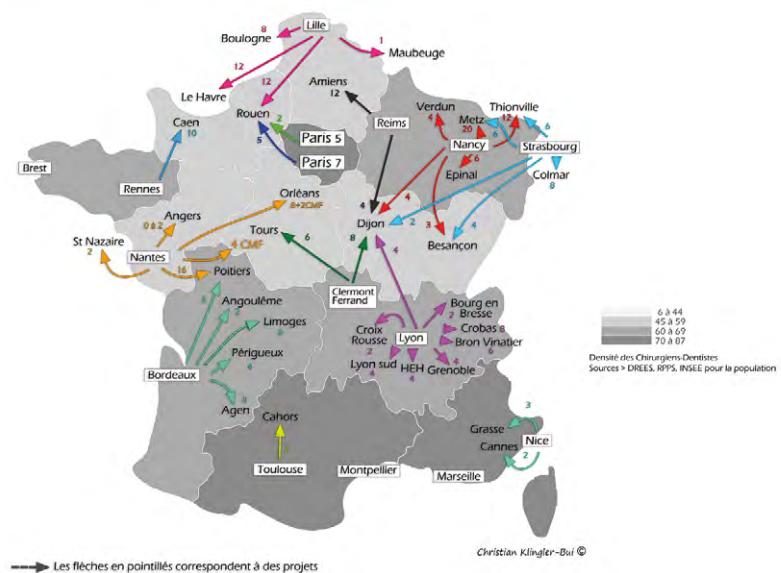
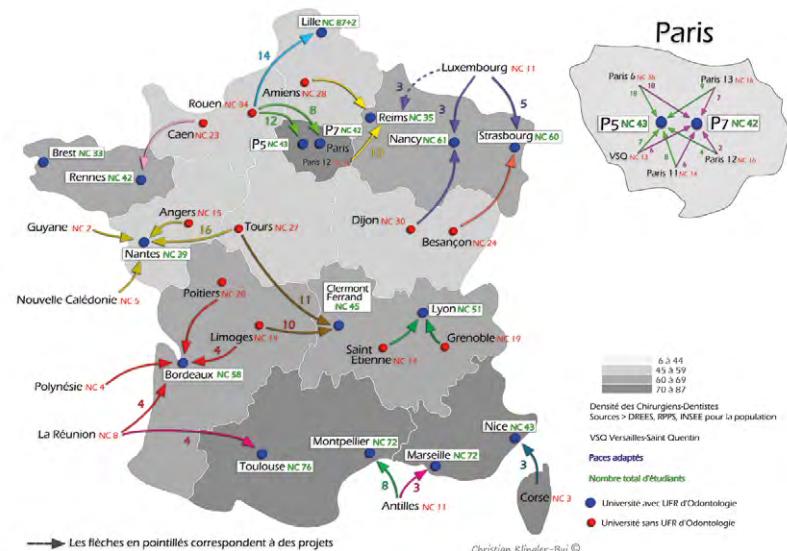
La création, depuis 2008, d'antennes d'odontologie dans des villes dont les CHU sont dépourvus de faculté de chirurgie dentaire repose sur l'hypothèse que les stages déconcentrés pourraient contribuer à l'installation de jeunes chirurgiens-dentistes dans ces territoires

Les données sur le suivi de l'installation des étudiants issus de ces dispositifs restent parcellaires :

- en 2016, à partir de données de l'ONCD⁵⁰, il y aurait eu 50 étudiants sur 80 ayant réalisé leur stage au CHU de Dijon qui seraient restés pour s'installer dans la région Bourgogne Franche-Comté. La même année, en Normandie, sur 23 étudiants formés au Havre, 12 d'entre eux, tous natifs de Normandie, seraient restés dans la région.
- en 2020, selon l'URPS du Centre-Val de Loire auditionné par l'ONDPS, l'ouverture d'une antenne à Orléans a entraîné l'installation de 2 chirurgiens-dentistes sur une promotion de 6 étudiants, et sur l'antenne de Tours, 5 installations sur une promotion de 12. L'ARS de Normandie auditionnée également estime que les trois quarts des promotions d'étudiants au Havre et à Rouen s'installeraient ensuite en Normandie.

Ces dispositifs de stages déconcentrés permettent l'installation d'une partie des étudiants dans le territoire d'accueil. Ils restent insuffisants pour assurer l'installation dans ces territoires de l'ensemble des étudiants partis se former dans une autre subdivision, laissant ainsi s'amplifier la distorsion entre le nombre de places ouvertes pour ces territoires et les effectifs de professionnels en activité dont la région a besoin.

FIGURE 29 Maillage territorial des étudiants admis en 2^e année des études d'odontologie (haut) et qui reviennent en stage (bas)



Source : Conférence des doyens des facultés d'odontologie.



55. Source:
enquête annuelle
de l'ONDPS auprès
des correspondants
en ARS : Recueil
« Odontologie ».

56. Un équipement
est composé d'un
fauteuil, d'une unité
dentaire avec moteur
et instruments, d'une
aspiration et du
matériel autour des
soins...

57. Nombre
estimé à partir du
nombre d'étudiants
actuellement en
1^{er} cycle.

La conférence des doyens des facultés d'odontologie indique que les capacités de formation des 16 UFR d'odontologie sont quasiment saturées.

La formation en odontologie est caractérisée par un temps d'apprentissage en simulation procédurale très important (800 heures en 1^{er} cycle, 150 heures en 2^e cycle). Cette formation est réalisée par groupe de 25 à 50 étudiants selon les organisations locales, et généralement encadrée par 2 enseignants (juniors le plus souvent, assistants hospitalo-universitaires). Selon l'enquête de l'ONDPS, le ratio nombre d'étudiants en 1^{er} cycle/ nombre de simulateurs varie de 1,3 à 6,8 selon les facultés (médiane=3,3)⁵⁵. Les salles de travaux pratiques ont un coût d'acquisition et de maintenance élevé (consommables, instrumentations, ...).

Les étudiants sont en stage clinique en 4^e et 5^e années, très majoritairement en CHU (moyenne=95 % ; médiane=100 %). Ces stages nécessitent des équipements⁵⁶ dentaires hospitaliers. Le ratio d'étudiants actuellement estimés en 2^e cycle⁵⁷/nombre d'équipements varie de 1,3 à 4,5 selon les centres de soins (médiane=2,7). Ces équipements sont bien sûr partagés, dans des proportions variables d'un site à l'autre, avec les étudiants de 3^e cycle ou en formation continue et d'autres professionnels, ce qui peut rendre l'interprétation des ratios difficile. Les lieux d'accueil en dehors de la subdivision de formation ne sont pas pris en compte dans ces calculs car les étudiants de 2^e cycle ne sont que très rarement envoyés dans des CHU de villes ne disposant pas d'UFR d'odontologie. Il n'y a pas de stage de 2^e cycle réalisé en structure libérale.

En 6^e année (3^e cycle court d'omnipratique concernant 90 % des étudiants), les étudiants peuvent être envoyés en stage hospitalier en dehors de leur subdivision de formation et doivent réaliser, en plus de leur stage hospitalier, un stage dit « actif » (en autonomie contrôlée) de 250 heures auprès d'un chirurgien-dentiste libéral maître de stage agréé. Les maîtres de stage en libéral sont identifiés par les conseils départementaux de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, puis agréés par les facultés. L'ONDPS ne dispose pas de données fiables à l'échelle nationale sur le nombre de lieux d'accueil d'étudiants pour les stages actifs.

Les principaux facteurs limitant une augmentation du nombre d'étudiants en formation mis en avant par les doyens d'odontologie sont: les espaces nécessaires pour installer de nouveaux simulateurs, le financement de simulateurs, les encadrants pour la simulation et les terrains de stages hospitaliers, c'est-à-dire les équipements. Les régions qui ne disposent pas de formation en odontologie peuvent accueillir des étudiants, mais en

58. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse _conclusions_segur_de_la_sante.pdf

pratique pas avant la 6^e année, ce qui rend la probabilité d'installation dans la subdivision d'accueil plus faible.

Les praticiens libéraux sont très peu mobilisés par le dispositif de formation, en dehors des stages de la 6^e année ou de praticiens libéraux qui viennent exercer en temps partiel hospitalier. La création d'un véritable statut de maître de stage universitaire en odontologie (formation, suivi, rémunération, reconnaissance, ...) est indispensable pour faire évoluer cette situation. Le manque d'attractivité de la carrière hospitalo-universitaire et l'insuffisance en postes de professeurs des universités-praticiens hospitaliers, PU-PH (30 % des postes) relativement aux postes de maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers, MCU-PH, expliquent en partie le déficit en encadrement. De plus, il existe encore une proportion importante de MCU-PH à temps partiel.

L'ouverture de postes de maîtres de conférences ou de professeurs associés à mi-temps, proposés à des praticiens libéraux ou salariés doit être envisagée pour augmenter les capacités d'encadrement universitaire, notamment en dehors des facultés d'odontologie. En effet, les praticiens ayant occupé un poste d'assistant hospitalo-universitaire (AHU) ou ayant eu une formation à la pédagogie seraient certainement enclins à poursuivre des activités universitaires d'encadrement et de recherche en sus de leur pratique clinique. Ce modèle existe en médecine, notamment en médecine générale et a fait ses preuves. Les postes universitaires en dehors des centres hospitaliers universitaires (CHU) constituent une mesure du Ségur de la santé⁵⁸.

3.2. L'amélioration de la répartition territoriale

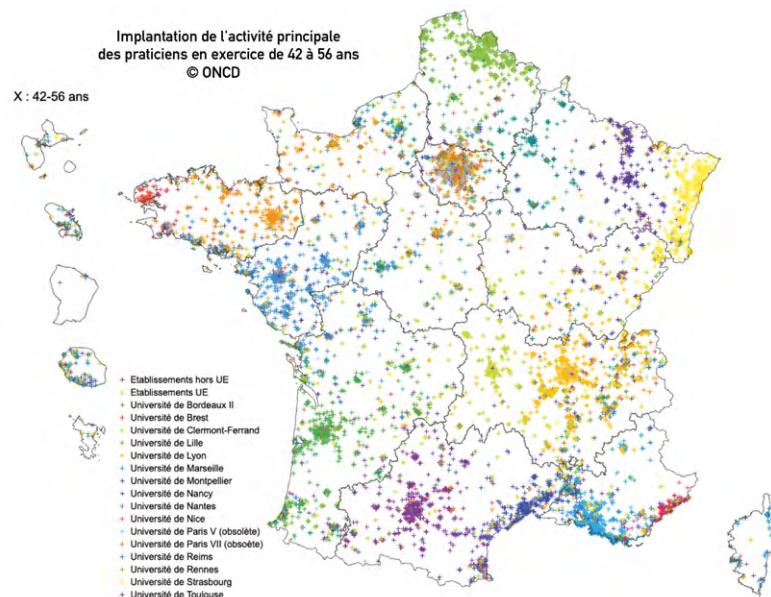
Les inégalités territoriales constatées justifient des mesures de rééquilibrage. Ces mesures sont d'autant plus nécessaires que les objectifs de formation sont en croissance. Sans rééquilibrage, la croissance des effectifs de professionnels pourrait ne conduire qu'à l'aggravation des inégalités régionales d'offre de soins dentaires existantes. Plusieurs leviers doivent être envisagés pour améliorer la répartition territoriale des chirurgiens-dentistes: la formation et la question des nouveaux sites de formation, les incitations à l'installation et les dispositions conventionnelles promouvant un modèle économique plus équilibré pour les professionnels, voire reconSIDérant le système de zonage.

Le levier de la formation

Les étudiants s'installent très préférentiellement dans la zone géographique de leur formation initiale (Figure 30). Le défaut d'installation des jeunes chirurgiens-dentistes dans les zones dépourvues de formation ne peut pas être attribué à un manque d'attractivité de ces territoires puisque les étudiants en médecine formés dans les UFR de médecine de ces territoires s'installent majoritairement localement.

La nécessité d'augmenter fortement le nombre de chirurgiens-dentistes, la saturation des capacités de formation des UFR et l'inefficacité de l'organisation actuelle des flux d'étudiants sur la démographie, pourraient inciter à créer de nouveaux sites de formation. La création de nouvelles UFR d'odontologie est complexe, notamment parce qu'il faut trouver la ressource humaine universitaire. Cependant, il peut y avoir une montée en charge progressive des cycles de formation, une mutualisation de certains enseignements entre universités et une mobilisation plus forte d'enseignants contractuels formés et agréés par les universitaires titulaires d'odontologie.

FIGURE 30 Implantation des chirurgiens-dentistes en fonction de leur lieu de formation



Source : Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) / Traitement ONCD.



Mieux répartir les installations: la piste des contrats incitatifs

Plusieurs types d'aides sont mis en œuvre pour inciter les jeunes chirurgiens-dentistes à s'installer dans les zones à faible densité professionnelle. Mais le bilan en termes d'installation n'est pas bien connu.

Les collectivités territoriales ont développé des dispositifs locaux, qui prennent différentes formes: prise en charge de frais de fonctionnement ou d'investissement liés à l'activité de soins, mise à disposition de locaux pour l'activité de soins ou d'un logement, versement d'une prime avec des modalités d'application variables selon les territoires.

Les dispositifs conventionnels évoluent avec les conventions nationales des chirurgiens-dentistes. L'article 3 de la convention d'août 2018 a mis en place deux dispositifs qui proposent des aides à l'installation et au maintien des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans des zones « très sous-dotées »:

- le CAICD, contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes propose une aide financière forfaitaire de 25 000 euros pour faire face aux frais d'investissement du début d'activité (locaux, équipements, charges diverses...). La contrepartie consiste pour le chirurgien-dentiste à s'engager à s'installer dans la zone et y exercer pendant 5 ans ;
- le CAMCD, contrat pour l'aide au maintien de l'activité dans une zone « très sous-dotée » propose une aide financière annuelle de 3 000 €. Le chirurgien-dentiste s'engage à maintenir son activité dans la zone du contrat pour une durée de 3 ans (durée du contrat, renouvelable) et à remplir les conditions lui permettant de recevoir le forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet professionnel (490 € annuel) ;
- les ARS peuvent également moduler ces dispositifs conventionnels, accorder des aides bonifiées ou mettre en place leurs propres aides à l'installation, qui peuvent être versées en sus d'un CAICD.

L'ONDPS ne dispose pas de données sur un bilan de ces dispositifs, ni sur celui qu'ils ont remplacé. Les incitations financières à l'implantation des praticiens dans des zones sous-dotées mises en œuvre depuis 2012 n'ont pas d'effet notable.

Le contrat d'engagement de service public (CESP) est un dispositif incitatif créé par la Loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 à destination des étudiants en médecine et élargi depuis 2013 à l'odontologie. C'est un engagement qui permet aux étudiants de recevoir



59. Centre national de gestion (2021) : Bilan CESP 2021. Données sur les contrats d'engagements de service public conclus avec les étudiants et les internes en médecine et en odontologie. Campagnes des années universitaires 2010-2011 et 2019-2020. L'étude statistique est disponible à l'adresse suivante : https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques.%20%C3%A9tudes%20et%20publications/Synth%C3%A8se_CESP_2018_VDT.pdf

une allocation mensuelle pendant une période donnée, en l'échange de quoi ils s'engagent à s'installer dans une zone sous-dotée proposée par l'ARS pendant une période équivalente à l'issu de leur diplôme. Les zones sous-dotées sont définies sur la base du conventionnement.

Le décret n° 2020-268 du 17 mars 2020 a modifié les dispositions relatives aux CESP qui désormais ne sont plus ouverts aux étudiants de 1^{er} cycle d'odontologie d'une part et est étendu aux praticiens à diplômes étrangers hors Union Européenne d'autre part.

En pratique, les étudiants, à partir de la deuxième année, peuvent percevoir une allocation brute mensuelle de 1 200 euros en échange de leur engagement à s'installer (en libéral ou salarié) dans une zone sous-dotée (de leur choix). L'étudiant ayant signé le contrat bénéficie d'un accompagnement personnalisé de la part de l'ARS. La durée minimale de l'engagement est de deux ans. Si l'engagement n'est pas respecté, l'étudiant devra s'acquitter d'une indemnité correspondant au temps d'exercice non accompli et d'une pénalité proportionnelle au nombre de mois de perception de l'allocation (ou forfaitaire si le manquement intervient après la fin de la formation).

Le nombre de CESP a presque augmenté depuis sa création en 2013 (50 CESP offerts) et 2020 (142) mais ne concerne qu'un nombre limité d'étudiants. En 2020, le CNG comptabilise⁵⁹ :

- un cumul de 781 CESP offerts en odontologie depuis 2013, soit environ 8 % des étudiants entrés en études d'odontologie;
- 64 contrats signés en 2019-2020, soit 43 % seulement des contrats offerts (142) alors que le nombre de contrats signés atteignait jusqu'alors le nombre de contrats offerts. L'explication vient de la réduction du champ du dispositif (les contrats ne sont plus ouverts aux étudiants de 1^{er} cycle). De plus les postes ouverts aux internes d'odontologie, pour la première fois en 2020, n'ont pas trouvé preneurs (22 postes concernés);
- 495 contrats en cours au 31 décembre 2020; les étudiants perçoivent une allocation depuis en moyenne 3,3 ans; les allocataires se concentrent sur la région Grand Est (26,3 % des contrats en cours), l'Île-de-France (13,7 %) et les Hauts de France (13,1 %).

La question du zonage conventionnel, sur lequel est basée la définition des zones sous-dotées, revient souvent lors des entretiens avec les professionnels, qui le considèrent pour beaucoup d'entre eux obsolète (il date de 2013) et inadapté (calqué sur celui des médecins sans prise en compte des spécificités de la profession).

60. « *Renforcer l'accès aux soins en Île-de-France - Point d'étape fin 2018* », ARS Île-de-France.

61. *Cour des comptes, Rappor sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale pour 2016.*

Les professionnels du secteur regrettent la disponibilité des CESP uniquement à partir de la 4^e année d'étude. Pour la conférence des doyens des facultés d'odontologie, l'accès au CESP est proposé trop tard dans ce cursus. La durée d'engagement se limite alors à 3 ans maximum et compromet l'intérêt et l'objectif du dispositif. La conférence des doyens soutient la proposition de création d'une bourse pré-CESP destinée au premier cycle des études en Odontologie (DFGSO2 et DFGSO3) sur la base d'une somme mensuelle à déterminer avec un engagement à exercer en zone sous-dotée et pouvant donner un accès ultérieur à un CESP.

Le syndicat étudiant UNECD regrette également cette évolution du dispositif: « *Le CESP contribue à la réduction de la précarité étudiante, et constitue pour certains étudiants une aide financière indispensable à la réalisation d'études supérieures dans des conditions décentes* ». L'UNECD défend également la création d'une bourse pré-CESP afin de lutter contre la précarité étudiante tout en motivant les étudiants à s'installer en zone en manque de chirurgiens-dentistes.

Le dispositif de CESP « fonctionne bien » selon les étudiants, universitaires et ARS et constitue l'un des outils d'incitation à l'exercice dans des zones où la continuité des soins est fragile.

Cependant, l'outil a été insuffisamment évalué et n'apparaît pas être un levier puissant. Le CNG ne fait pas encore de bilan des installations, mais celui qu'avait fait l'ARS Île-de-France en 2018 interroge le dispositif: sur 65 CESP signés en Île-de-France, l'ARS recense 11 installations, une fois la période due accomplie dans la région⁶⁰.

La Cour des comptes concluait en 2016, concernant les chirurgiens-dentistes, que « *les incitations financières à l'implantation des praticiens dans des zones sous-dotées mises en œuvre depuis 2012 n'ont pas d'effet notable.* »⁶¹

Autres pistes conventionnelles

Actuellement, seules les zones très sous-dotées font l'objet d'une politique d'incitation à l'installation. Les zones sur-dotées ne font pas l'objet de régulation à l'installation.

Les dispositions tarifaires de la convention nationale dentaire de 2018, en visant un modèle économique plus équilibré, participent à l'objectif

62. *Portrait statistique des cabinets dentaires en 2019, OMPL.*

de meilleure répartition en réduisant l'intérêt d'une installation dans des « lieux à fort pouvoir d'achat » (Voir Partie 1.3.1).

Une autre piste est ouverte par l'article 3.2 de la convention « Instauration de mesures de régulation de conventionnement ». La convention prévoit de mettre en place un groupe de travail afin d'élaborer un mécanisme de régulation démographique dans les zones sur-dotées. Ces travaux sont conditionnés à la possibilité d'intégrer l'offre libérale et celle des centres de santé et, à la définition de rénover des zones à réguler (révision du zonage).

Pour certains interlocuteurs de l'ONDPS, la régulation de l'installation dans les zones les plus denses est la seule piste efficace pour améliorer la répartition de l'offre de soins dentaires.

3.3. L'organisation des soins

Une des tendances fortes venant impacter l'organisation des soins est celle d'un exercice plus collectif. Notre étude révèle qu'entre 2013 et 2021, la part de praticiens exerçant en cabinet de groupe ou société a grimpé de 7 points et est désormais majoritaire (54 %), tandis que la part d'exercice en cabinet individuel a diminué de 13 points. Cette tendance est également relevée par l'Observatoire des métiers de professions libérales (OMPL), qui note que « *La part des praticiens exerçant en groupement ou en société ne cesse de gagner du terrain [...] Les ressorts de cette tendance résident principalement dans la recherche d'une mutualisation des coûts de fonctionnement et des équipements associée à une optimisation de la valeur ajoutée générée par les praticiens. En effet, l'exercice en groupement ou en société facilite le recours à de la main-d'œuvre salariée et permet de développer des stratégies de redistribution des tâches dans lesquelles le chirurgien-dentiste peut privilégier les actes constitutifs de son cœur de métier. Le volume et la qualité des tâches à haute valeur ajoutée sont ainsi favorisés.* ⁶² ».

L'UNECD, dans son enquête démographique, présente les caractéristiques de l'exercice idéal des praticiens de demain :

- Cadre de vie choisi, liberté d'horaires, indépendance thérapeutique, plateau technique et exercice de groupe ;
- 14 % des étudiants uniquement envisagent un exercice individuel ;
- Proximité avec la faculté sans influence ;
- Temps de travail estimé à 3 ou 4 jours maximum pour 62 % des étudiants.

La croissance du salariat pourrait se poursuivre, même si les chirurgiens-dentistes auditionnés ne croient pas à une « explosion » du salariat dans les prochaines années.

Les professionnels constatent une autre tendance, celle du développement des activités exclusives. Les omnipraticiens se spécialisant dans une discipline particulière (implantologie, parodontologie, ODF) seraient de plus en plus nombreux, sans que cette tendance soit visible dans les fichiers statistiques (RPPS). Des formations privées sont accessibles pour ces praticiens. Seules les spécialités liées à des actes à forte valeur ajoutée donc économiquement viables pourraient s'y prêter. L'odontologie pédiatrique, qui nécessite un temps clinique important, et donc les actes sont considérés peu rémunérateurs, en est un contre-exemple.

Les professionnels auditionnés rappellent que le cœur de métier des chirurgiens-dentistes reste l'omnipratique et alertent sur le risque de favoriser l'hyperspecialisation. Sur la tendance pour les années à venir, le syndicat des CDF précise: « *les apports de la technologie, notamment dans le domaine du numérique, ont tendance à simplifier les gestes cliniques complexes (ODF et Implantologie). De plus en plus d'omnipraticiens pourront intégrer dans leur quotidien, ces disciplines « spécialisées », souvent à forte valeur ajoutée, ce qui risque fort d'impacter à la baisse les activités exclusives. Ex. en ODF, les cas simples représentant 90 % des cas seront à l'avenir de plus en plus assurés par les omnipraticiens.* »

L'essor de l'utilisation de nouvelles technologies devrait aussi avoir un impact sur l'organisation des soins. La chirurgie-dentaire, au même titre que d'autres professions médicales, a connu de grandes évolutions technologiques lors des dernières décennies. Ces évolutions, amenées à se poursuivre, pourraient avoir des effets sur l'exercice de la chirurgie dentaire, sans que ces effets soient faciles à prévoir :

- Des expérimentations de télémédecine se développent dans les établissements médicaux sociaux. L'UFSBD a développé une application qui permet de proposer aux établissements un programme de suivi à distance de la santé orale de leurs résidents (personnes âgées ou personnes en situation de handicap). Via des vidéos de la sphère orale enregistrées sur smartphone, des télé-expertises peuvent être réalisées. Les données sont analysées par un algorithme et une équipe de chirurgiens-dentistes valide les résultats, avant qu'ils soient adressés à l'EHPAD. Dès réception du compte rend, le personnel soignant de l'EHPAD pourra adapter la prise en charge bucco-dentaire. D'autres types de consultations pourraient

63. Cf. *Contribution (2.2 en annexes) du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France (CDF)*.

64. *Les assistant-e-s dentaires ont obtenu le statut de professionnel de santé en 2016.*

se prêter à la téléconsultation, par exemple le suivi après une chirurgie dentaire ;

- Les prothèses peuvent d'ores et déjà être fabriquées sur place au cabinet: « les technologies de conception fabrication assistée par ordinateur (CFAO) des dispositifs médicaux sont désormais largement intégrées tant dans les cabinets dentaires que dans les laboratoires de prothèses dentaires. Ils sont néanmoins sans effet positif sur le temps médical du chirurgien-dentiste. »⁶³ ;
- Autre domaine concerné, celui des aligneurs invisibles en orthopédie dentofaciale. Ce sont des appareils orthodontiques destinés aux adolescents et adultes, fabriqués en thermoplastiques transparents et qui évitent l'utilisation de bagues. Le chirurgien-dentiste prend les mesures du patient et les envoie au prestataire qui établit le plan de traitement et fait fabriquer les aligneurs (le patient en change toutes les 2 semaines environ, le spécialiste en orthopédie dento-faciale s'assure du bon déroulement du protocole). Cette technologie est onéreuse (3 500 à 5 000 euros pour un traitement complet) mais les coûts pourraient venir à baisser ;
- Le diagnostic de certaines pathologies pourrait être facilité, avec l'amélioration de la performance diagnostique et l'arrivée de l'intelligence artificielle dans les cabinets (exemple des logiciels d'aide à la décision clinique, ou applications en radiologie).

La robotique susceptible de permettre un gain de temps médical ne semble pas encore prête à entrer dans les cabinets. Pour le syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, « *On est encore loin des télésiens avec un praticien à distance qui pilote un robot pour les soins. L'amélioration des techniques améliore avant tout la qualité des soins* ».

La perspective de création du métier d'assistant-e dentaire⁶⁴ qualifié-e, parfois appelée « de niveau 2 » ou assistant-e hygiéniste dentaire, pourrait contribuer également, grâce à la délégation de certaines tâches à dégager du temps médical pour le chirurgien-dentiste, au même titre que l'infirmière de pratique avancée en médecine. L'objectif recherché est l'optimisation du temps médical et le développement de la prévention dans les cabinets dentaires.

L'assistant-e dentaire qualifié-e travaillerait en cabinet dentaire privé ou public uniquement sous la supervision du chirurgien-dentiste. Le titre serait obtenu à l'issu serait obtenu après trois ans passés dans un cabinet dentaire et après avoir suivi une formation de deux années et environ 800 heures au sein d'un organisme de formation agréé. Un renforcement

de la formation à l'hygiène, à l'éducation thérapeutique et à la nutrition permettrait des missions en EHPAD ou en milieu scolaire. Ils pourraient aussi, sous la responsabilité et le contrôle du chirurgien-dentiste, réaliser des actes non invasifs sur des organes définis comme sains par le praticien : détartrage supragingival, pose de scellement des sillons, prise d'empreintes d'études, application de fluor, éclaircissement, dépose de sutures, mais aussi réalisation de clichés radiographiques et de photographies...

Selon le syndicat les CDF, « *le dossier fait l'objet d'un consensus tant du côté des employeurs que des salariés.* ». Cependant les négociations semblent à l'arrêt.

ENCADRÉ 5 Les assistants dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas

Publication DREES, Document de travail, Série « études et recherche », n°136, février 2018

Extraits

L'exercice des soins dentaires évolue progressivement dans les trois pays vers un exercice pluriprofessionnel et salarié : les dentistes libéraux déléguent la réalisation des soins de base à des assistants dentaires spécialisés ou des hygiénistes qualifiés, dans le but de se concentrer sur les soins plus complexes et sur la gestion de leur cabinet [...]

Allemagne

Les cabinets dentaires allemands fonctionnent avec un fort soutien des auxiliaires dentaires. Ils dépassent les 3 auxiliaires par dentiste en moyenne, en équivalent temps plein. Au total, on dénombre 182 600 auxiliaires (incluant assistants spécialisés ou non, et hygiénistes), et 58 000 techniciens dentaires (CED, 2015). Les hygiénistes en Allemagne sont principalement des assistants dentaires spécialisés en hygiène bucco-dentaire. Une formation certifiante permettant d'être diplômé comme « hygiéniste » vient d'être mise en place en 2016, sous l'impulsion de l'association des hygiénistes allemands Deutscher Dental Hygienikerinnen Verband (DDHV). De manière plus générale, la chambre fédérale des dentistes propose des formations supplémentaires pour les assistants [...]. Grâce à ces formations supplémentaires, les dentistes ont la possibilité de déléguer plus de tâches à leurs assistants, comme par exemple le détartrage des dents (au-dessus des gencives uniquement) ou la prophylaxie, réalisés sous contrôle du dentiste.

L'Allemagne comptait déjà plus de 15 000 assistants spécialisés en 2014 (Ziller *et al.*, 2015).

Suède

Au global en Suède, on recense près de 2,2 auxiliaires par dentiste en équivalent temps plein. Ces auxiliaires incluent 12 000 assistants dentaires et 3 989 hygiénistes. En particulier, 4 800 assistants dentaires et près de 1 490 hygiénistes sont salariés de cabinets dentaires privés, ramenant la densité d'auxiliaires par dentiste à plus de 1,8 (CED, 2015 et Sveriges Tandläkarförbund, 2015). Les assistants dentaires ont pour fonction principale d'aider les dentistes aux activités administratives et à la facturation. La préparation des outils et de la salle, et la stérilisation, font également partie de leurs missions. [...] Une évolution de carrière est possible dans les cabinets dentaires dès lors que le dentiste forme son assistant dentaire en vue d'une délégation de certaines tâches au fauteuil du patient. Ainsi, certains assistants dentaires ont la possibilité d'effectuer des actes de type diagnostic, radios, éducation du patient, nettoyage / traitement des gencives et soins bucco-dentaires cosmétiques. [...] Contrairement aux assistants dentaires, les hygiénistes suivent une formation certifiante de 2 à 3 ans en collège universitaire. Au même titre que les dentistes, les hygiénistes reçoivent une licence du National Board of Health and Welfare Unit (NBHWU) et sont donc inscrits au registre. Cette particularité leur permet de créer leur propre entreprise. Ainsi, bien que la majorité des hygiénistes du secteur privé soit salariée d'un cabinet dentaire privé, 225 hygiénistes sont des autoentrepreneurs indépendants (Sveriges Tandhygienistförening). Grâce aux hygiénistes, les dentistes ont donc la possibilité de déléguer des tâches au fauteuil du patient. Cela couvre la consultation, le détartrage, le diagnostic de salivation/infection, l'éducation à la prévention (comprenant le régime alimentaire), les radios, les anesthésies et les soins conservateurs. Il semblerait néanmoins que dans la pratique les hygiénistes ne soient confinés qu'aux consultations et actes liés à la prévention.

Pays-Bas

Les cabinets dentaires néerlandais fonctionnent avec un fort soutien des auxiliaires dentaires. Ces cabinets dépassent en moyenne les 2,5 auxiliaires par dentiste, en équivalent temps plein. Ces auxiliaires incluent 18 000 assistants dentaires, 3 200 hygiénistes et plus de 5 500 techniciens dentaires (CED, 2015). De manière générale, on constate une hausse de l'emploi des hygiénistes et des assistants permettant au dentiste de s'affranchir de tâches peu génératrices de valeur et de se focaliser sur des traitements plus complexes. La délégation des tâches suit certaines règles. En effet, certaines procédures

sont réservées au seul périmètre d'action des chirurgiens-dentistes et ne peuvent être déléguées: actes chirurgicaux dont l'extraction et le forage de dents, injections de substances dont anesthésie locale, radiographie et prescription de médicaments. Les autres soins peuvent être réalisés par des auxiliaires qualifiés. Les assistants dentaires, pivot d'un cabinet dentaire, réalisent des tâches autant administratives que techniques, sous la supervision d'un dentiste. Cette profession peut se spécialiser dans la prévention afin de former les patients à l'hygiène bucco-dentaire mais également réaliser des soins spécifiques (détartrage, blanchiment, etc.). Aujourd'hui cette spécialité est faiblement représentée, avec 2 000 assistants spécialisés en prévention. Cependant les prévisions tablent sur un doublement de l'effectif dans les prochaines années. Selon la Société royale néerlandaise pour la promotion de l'art dentaire, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), 53 % des dentistes délégueraient leurs tâches aux assistants dentaires [...]. Les hygiénistes, après quatre ans d'études spécialisées, peuvent soit exercer en tant que salariés au sein d'un cabinet dentaire soit être indépendants. Ces auxiliaires ont pour rôle de prévenir l'apparition de caries et maladies bucco-dentaires en prodiguant conseils en hygiène bucco-dentaire, plan de traitement adapté et soins préventifs (détartrage, polissage), certains soins étant prescrits par le dentiste, tels que l'obturation de petites cavités.

Conclusion

La démographie des chirurgiens-dentistes en 2021 se caractérise par une faible densité par rapport aux autres pays européens, de fortes inégalités territoriales dans la répartition des professionnels, dont la tendance est à l'aggravation, sans perspective de se corriger tant que des mesures de fond ne sont pas prises, et une forte dépendance aux chirurgiens-dentistes formés dans d'autres pays européens. Sans annonce d'évolution technologique qui induirait un gain majeur de productivité des chirurgiens-dentistes et dans un contexte où les nouvelles générations souhaitent un exercice plus équilibré entre vie professionnelle et vie personnelle, l'ONDPS estime indispensable d'augmenter les effectifs en formation.

Le besoin de former davantage de chirurgiens-dentistes répond d'abord à la volonté d'améliorer l'accès aux soins et la prévention. Les besoins non satisfaits sont aujourd'hui très importants. En population générale, le recours aux soins est plus faible que chez nos voisins européens. Les populations à besoins spécifiques (petite enfance, situation de handicap, personnes dépendantes en institution ou non, ...) qui représentent 10 à 15 % de la population française, ont un accès aux soins très insuffisant. Les dispositifs réglementaires pour améliorer l'accès aux soins de ces publics sont en place, mais il faudra une ressource humaine importante pour répondre aux besoins. La demande de soins pourrait augmenter encore avec le développement d'actions de prévention et de dépistage auprès de publics actuellement non pris en charge (dispositifs conventionnels, évolutions attendues du métier d'assistant dentaire, aspiration à une approche intégrée de la santé orale). Enfin, les ARS ont globalement exprimé pour leur territoire des besoins supérieurs à leur offre de soins actuelle.

Former davantage de chirurgiens-dentistes répond aussi à la volonté de réinternaliser la formation en odontologie, au vu de la proportion croissante de chirurgiens-dentistes à diplôme étranger qui s'installent en France chaque année (40 % en 2021). L'objectif est d'en contrôler la qualité et de réduire la dépendance aux chirurgiens-dentistes formés dans d'autres pays européens et les risques qui s'ensuivent pour la démographie (sans flux de professionnels formés à l'étranger, la démographie en France de chirurgiens-dentistes aurait une période de décroissance et ne retrouverait les effectifs de 2020 qu'après 2040).

L'objectif proposé lors de la conférence nationale de mars 2021, après concertation de l'ensemble des acteurs, notamment le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes et la conférence des doyens des facultés d'odontologie, correspond à une augmentation d'environ 14 % par rapport au *numerus clausus* total cumulé 2016-2020. Cet objectif de plus de 7 000 chirurgiens-dentistes à former dans les 5 ans est supérieur au scénario tendanciel de la DREES (6 400). L'augmentation est volontairement répartie de manière non uniforme mais ciblée sur les territoires ayant une faible densité, qui s'avèrent être ceux dépourvus de faculté d'odontologie. Le rapport présente des pistes pour agir sur les principaux facteurs limitant actuellement une augmentation du nombre d'étudiants en formation.

L'augmentation du nombre de chirurgiens-dentistes est une condition nécessaire mais non suffisante à une amélioration de l'accès aux soins. En parallèle, il est indispensable de veiller à une meilleure répartition des chirurgiens-dentistes en s'appuyant sur un modèle économique plus équilibré, un système d'organisation et de formation favorable. Des travaux complémentaires sont nécessaires pour suivre l'impact des évolutions organisationnelles et des nouvelles technologies sur l'activité des professionnels, des évolutions du système de formation et des mesures incitatives sur l'installation en zones déficitaires, des dispositions conventionnelles sur la prise en charge des populations spécifiques...



Annexes générales

1. Listes des membres du groupe de travail 2019, des personnes auditionnées et des personnes associées au travail

Liste des membres du groupe de travail 2019

Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD)

Dr Serge Fournier - Président

Dr Myriam Garnier - Vice-Présidente

Dr Steve Toupenay - Secrétaire général

Dr Brigitte Ehrgott - Présidente de la commission de démographie -
Présidente du Conseil départemental de Paris de l'Ordre

Conférence des doyens des facultés d'odontologie

Pr Corinne Taddei-Gross - Présidente

Pr Louis Maman - Vice-Président

Pr Reza Arbab-Chirani - Vice-Président

Pr Laurence Lupi-Pégurier - Membre - Directrice de l'UFR Odontologie de Nice

Pr Caroline Bertrand - Secrétaire générale

Centre hospitalier universitaire de Strasbourg

Pr Anne-Marie Musset - Cheffe du Pôle de médecine et de chirurgie bucco-dentaires - Épidémiologie et Santé publique en médecine et chirurgie bucco-dentaire - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France (CDF)

Dr Thierry Soulié - Président

Dr Catherine Mojaisky - Conseillère technique

Dr Marco Mazevet - Membre

Union régionale des professionnels de santé (URPS)

Dr Pierre-Olivier Donnat - Secrétaire général des CDF et président de l'URPS

Dr Jean-Claude Calixte - Membre URPS de Martinique (Fort-de France)

Dr François Corbeau - Membre URPS de Normandie

Dr Bruno Meymandi-Nejad - Membre URPS du Centre-Val de Loire

**Représentation étudiante:****Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD)**

M. Ewen Le Drast - Président

M. Jules Rose - Vice-Président en charge de l'actualité professionnelle
M^{me} Rébecca Reys - Chargée des affaires académiques

Syndicat national des internes en odontologie (SNIO)

M^{me} Mathilde Oyallon - Présidente

Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)

M. Franck de Rabaudy - Responsable du département des professions de santé (DPROF) au sein de la Direction déléguée à la gestion et à l'organisation de soins

Listes des personnes auditionnées entre 2019 et 2021**■ Parmi les professionnels de santé****Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD)**

Dr Serge Fournier – Président

Dr Myriam Garnier - Vice-Présidente

Dr Steve Toupenay - Secrétaire général

Dr Brigitte Ehrgott - Présidente de la commission de démographie -
Présidente du Conseil départemental de Paris de l'Ordre

Conférence des doyens des facultés d'odontologie

Pr Corinne Taddei-Gross - Présidente

Pr Louis Maman - Vice-Président

Pr Reza Arbab-Chirani - Vice-Président

Pr Laurence Lupi-Pégurier - Membre - Directrice de l'UFR Odontologie de Nice

Pr Caroline Bertrand - Secrétaire générale

Centre hospitalier universitaire de Strasbourg

Pr Anne-Marie Musset - Cheffe du Pôle de médecine et de chirurgie bucco-dentaires - Épidémiologie et Santé publique en médecine et chirurgie bucco-dentaire - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France (CDF)

Dr Thierry Soulié - Président

Dr Catherine Mojaisky - Conseillère technique

Dr Marco Mazevet - Membre

**Union régionale des professionnels de santé (URPS)**

Dr Pierre-Olivier Donnat - Secrétaire général des CDF et président de l'URPS

Dr Jean-Claude Calixte - Membre URPS de Martinique (Fort-de France)

Dr François Corbeau - Membre URPS de Normandie

Dr Bruno Meymandi-Nejad - Membre URPS du Centre-Val de Loire

Union nationale des étudiants en chirurgie-dentaire (UNECD)

M. Ewen Le Drast - Président

Hôpital Charles-Foix à Ivry-sur-Seine

Dr François Jussiaux - Chirurgien-dentiste - Service de médecine bucco-dentaire/odontologie à l'Hôpital Charles-Foix à Ivry-sur-Seine (94)

■ Parmi les Agences régionales de santé (ARS)**ARS Bourgogne Franche-Comté**

M^{me} Céline Laurent - Coordonnateur du comité régional ONDPS (Bourgogne)

Dr Françoise Jandin - Coordonnateur du comité régional ONDPS (Franche-Comté)

M. Frédéric Cirillo - Adjoint à la directrice de l'organisation des soins (DOS)

M. Didier Carel - Chef du département Études et statistiques de la Direction de l'innovation et de la stratégie (DIS)

M. Mostafa Hazmoun - Direction de l'innovation et de la stratégie (DIS)

ARS Grand Est

Dr Thomas Mercier - Conseiller médical

ARS des Hauts de France

M^{me} Laurence Bancquart - Coordonnateur du comité régional ONDPS (Hauts de France)

ARS Île-de-France

M. Eric Bongrand - Coordonnateur du comité régional ONDPS (IDF)

Dr Edmée Bert - Chirurgien-dentiste - Référente bucco-dentaire

M. David Lepine - Chargé d'études

M^{me} Gwenaelle Le Breton - Conseillère spéciale démographie des professionnels de santé - OSMS/Pôle Ambulatoire - FSPS

M^{me} Leyla Kayaoglu - Gestionnaire - OSMS/Pôle Ambulatoire - FSPS



M^{me} Dominique Chareyre - Responsable du service « personnel médical hospitalier » OSMS/Pôle-Etabstante-Gep

M^{me} Peggy Lambourde - Référente contrat d'engagement de service public (CESP)

ARS Normandie

M. Yann Lequet - Coordonnateur du comité régional ONDPS

ARS Pays de la Loire

M. Stéphane Guerraud - Coordonnateur du comité régional ONDPS

■ Centre national de gestion (CNG)

M. Benoît Magrez - Gestionnaire expert HU-CESP

La Cellule Statistique du CNG

Liste des personnes associées au travail

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

M^{me} Muriel Barlet - Sous-directrice de « l'Observation de la santé et de l'Assurance Maladie »

M^{me} Hélène Chaput - Cheffe du bureau « Professions de santé »

M. Jacques Pisarik - Chargé d'études

Équipe ONDPS

Pr Patrice Diot - Président de l'Observatoire de juillet 2017 à avril 2020

M^{me} Valérie Evans - Chargée d'études documentaires

M^{me} Cléo Lhermet - Chargée de mission statistique jusqu'en mai 2020

M. Théo Funck-Brentano - Stagiaire interne de santé publique à l'ONDPS en 2020

M^{me} Mathilde Pichot-Utrera - Chargée de mission statistique

M. Rodolphe Charrier - Vacataire en 2020

2. Contributions des membres du groupe de travail

2.1 Contribution de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD)

OBSERVATOIRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES



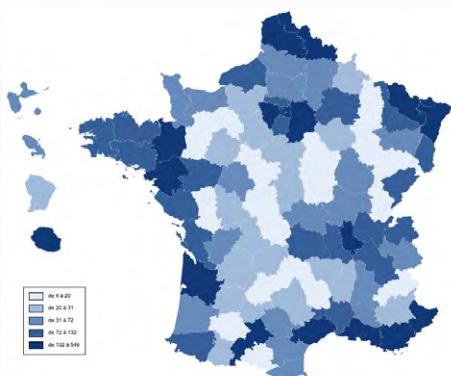
03/12/2020

Copyright © mai 2020
Conseil national de l'ordre
des chirurgiens-dentistes

Diplômes 2020



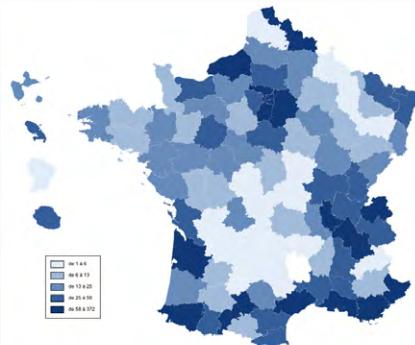
Nombre de praticiens diplômés en France de 25 à 35 ans en activité par département



Diplômes 2020



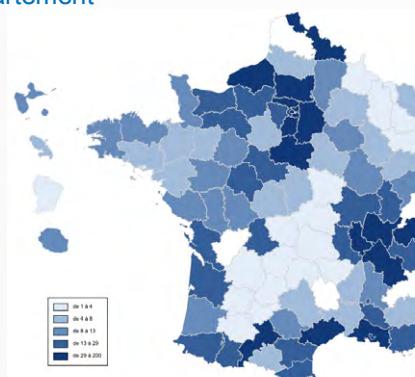
Nombre de praticiens diplômés à l'étranger de 25 à 35 ans en activité par département



Diplômes 2020



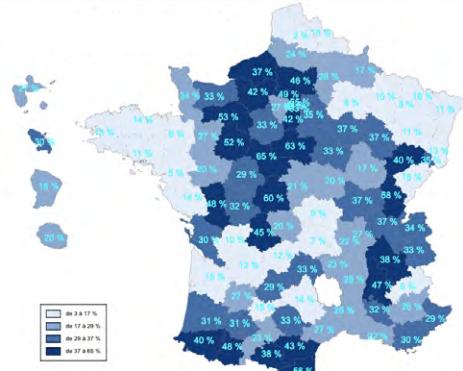
Nombre de praticiens étrangers diplômés à l'étranger de 25 à 35 ans en activité par département



Diplômes 2020



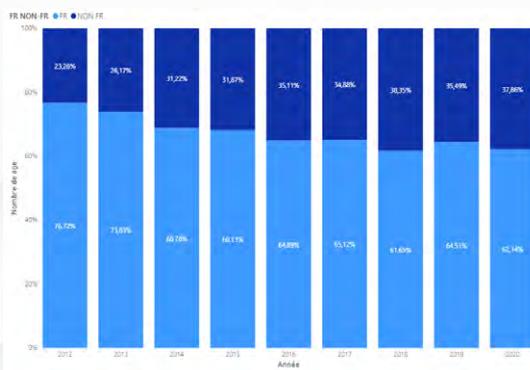
Proportion de praticiens diplômés à l'étranger de 25 à 35 ans en activité par département



Diplômes 2020



Proportions de diplômés étrangers parmi les primo-inscrits

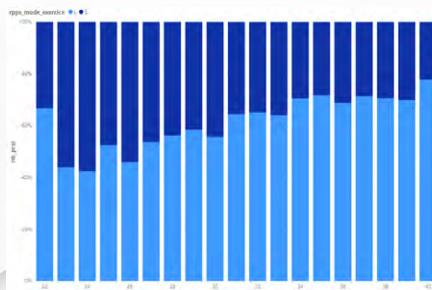


Augmentation de la proportion de diplômés étrangers
Stabilisation en cours ?

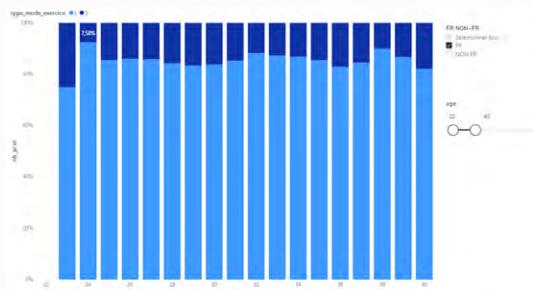
Diplômes 2020



Proportions de salariés et libéraux parmi les primo-inscrits



Diplômés à l'étranger



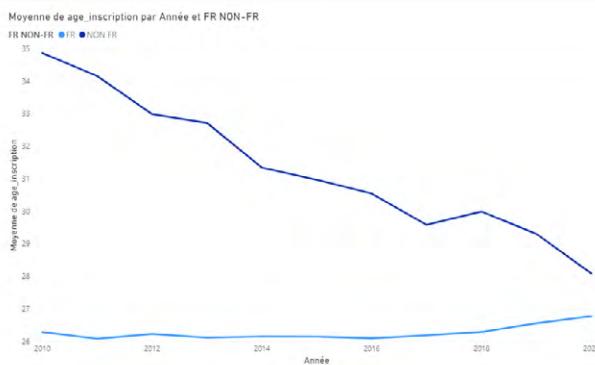
Diplômés en France

On note une augmentation rapide de la proportion de libéraux chez les diplômés à l'étranger avec l'âge
La proportion L/S chez les diplômés français ne varie pas avec l'âge

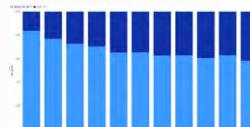
Diplômes 2020



Age moyen d'inscription des primo-inscrits



Diminution de l'âge des diplômés à l'étranger
Explicable par l'augmentation de la proportion de français parmi les diplômés à l'étranger ?



Proportion de diplômés à l'étranger parmi les Français



Diplômes 2020



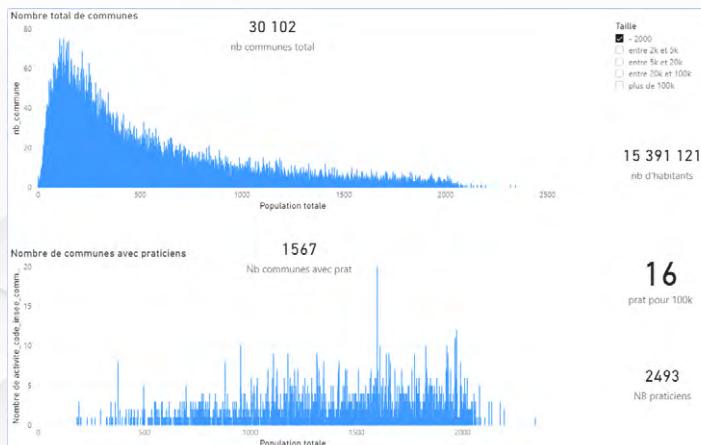
Implantation dans les villes



Diplômes 2020

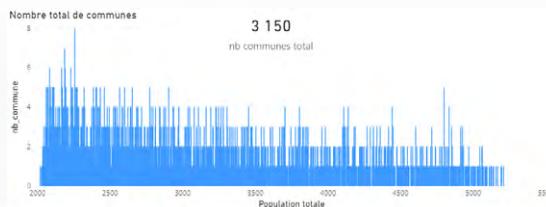


Implantation dans les villes



Diplômes 2020

Implantation dans les villes



Taille
■ 2,000
■ entre 2k et 5k
■ entre 5k et 20k
■ entre 20k et 100k
■ plus de 100k

9 729 316 nb d'habitants

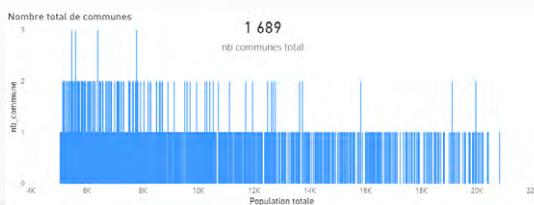


58 prat pour 100k

5 656 NB praticiens

Diplômes 2020

Implantation dans les villes



Taille
■ 2,000
■ entre 2k et 5k
■ entre 5k et 20k
■ entre 20k et 100k
■ plus de 100k

15 287 797 nb d'habitants



75 prat pour 100k

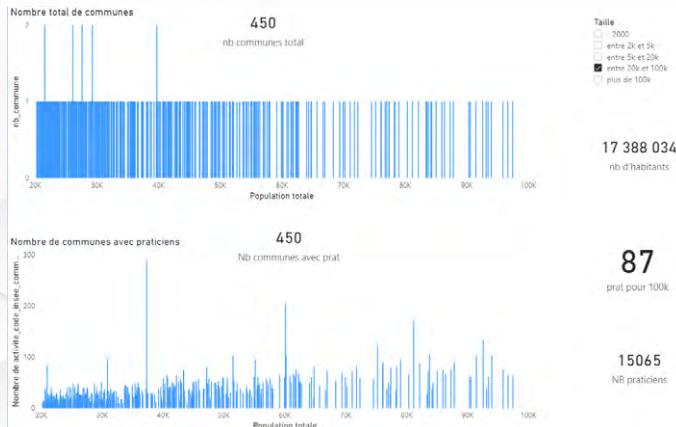
11 413 NB praticiens



Diplômes 2020



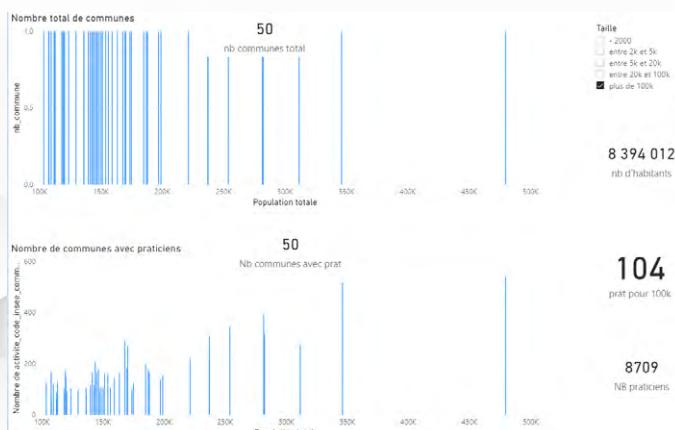
Implantation dans les villes



Diplômes 2020



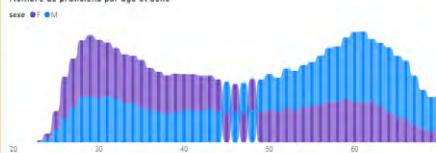
Implantation dans les villes



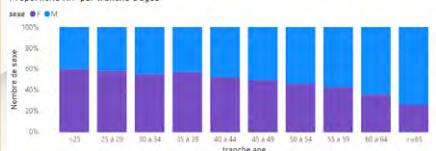
Féminisation 2020

Proportion Femmes/Hommes

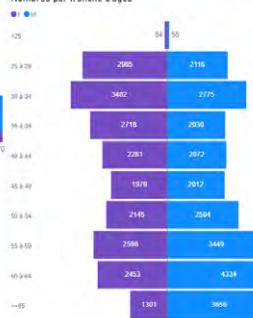
Nombre de praticiens par age et sexe



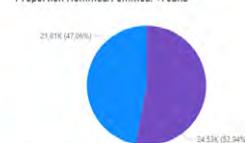
Proportions H/F par tranche d'âges



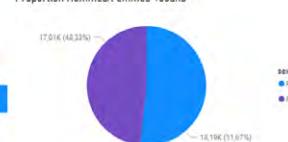
Nombres par tranche d'âges



Proportion Hommes/Femmes <70ans



Proportion Hommes/Femmes <60ans

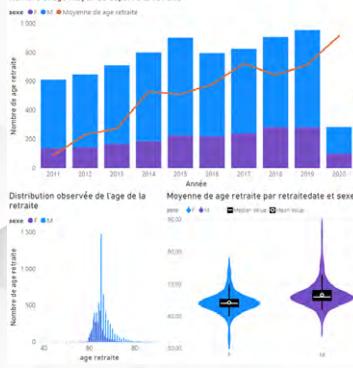


- > Prévoir une inversion rapide de la tendance avec le départ des populations âgées majoritairement composés d'hommes
- > Étude de l'impact et actions à prendre

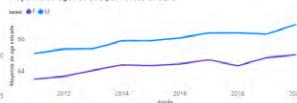
Féminisation 2020

Dans les observations, les femmes exercent en moyenne 1 an de moins que les hommes, commencent plus tôt (6 mois constaté en 2019) et terminent plus tôt (1,5 an en 2019)

Nombre et âge moyen de départ à la retraite



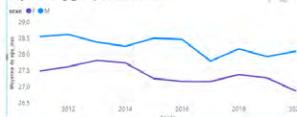
Moyenne d'âge retraite par Année et sexe



Moyenne de durée ex par Année et sexe



Moyenne de âge_insc par Année et sexe



Féminisation 2020

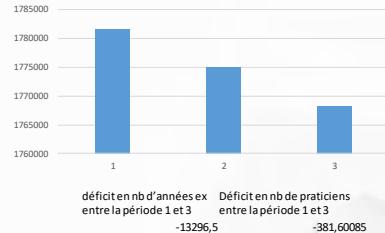


Projection de la couverture en nombre d'années d'exercice

	Proportion	Population	Moy durée ex	Total Années ex
F	0,4	20300	34,32	696696
H	0,6	30450	35,63	1084933,5
		50750	35,106	1781629,5
F	0,5	25375	34,32	870870
H	0,5	25375	35,63	904111,25
		50750	34,975	1774981,25
F	0,6	30450	34,32	1045044
H	0,4	20300	35,63	723289
		50750	34,844	1768333

Champs modifiables

Indicateur du nombre d'année d'exercices de la population
-> permet d'estimer une couverture



déficit en nb d'années ex entre la période 1 et 3
-13296,5

Déficit en nb de praticiens entre la période 1 et 3

-381,60085

-> La durée entre les périodes peut-être estimée à 10 ans
-> Une augmentation annuelle d'env 38 du nb d'inscriptions par an permettrait de lisser l'effet de la féminisation sur la couverture (en années d'exercice) par rapport à l'existant

2.2 Contribution du Syndicat Les Chirurgiens-Dentistes de France (CDF)



**Réponse au guide d'entretien de l'ONDPS
Groupe de travail Odontologie
Mars 2020**

État des lieux

La déstructuration de l'exercice des chirurgiens-dentistes est un long processus débuté peu après la grande réforme dentaire de 1977, poursuivi au fil des décennies, ponctué par quelques velléités de réforme comme en 1997 et 2006. Elle a été caractérisée par un désengagement constant de l'Assurance Maladie obligatoire en données relatives et le blocage des revalorisations des soins conservateurs et chirurgicaux opposables. L'exemple le plus prégnant est l'absence de revalorisation des bases de remboursement des actes prothétiques et orthodontiques depuis mars 1988 !

La Convention nationale des chirurgiens-dentistes définit un seul secteur d'activité intégrant à la fois des actes à honoraires opposables et d'autres à honoraires libres. C'est à la fois le secteur 1 des médecins pour les soins conservateurs et chirurgicaux et un secteur libre pour la prothèse et l'orthodontie. Mais avec une différence de taille, les cabinets dentaires ne peuvent vivre de leur seul secteur 1. Un cercle infernal s'est dès lors créé qui impacte fortement la démographie professionnelle, la carte du niveau des honoraires libres se superposant à celle de la démographie: plus les zones sont dotées, plus l'activité est faible, et plus il est nécessaire de compenser par des honoraires élevés. Honoraires rendus possibles par le niveau de revenus plus élevés des patients, qui ont aussi une meilleure couverture complémentaire. On peut même constater, à l'instar des études menées par la DREES chez les médecins secteur 2, une augmentation du volume d'actes par patient. Cet état de fait est aggravé depuis quelques années par les installations massives de centres de santé dans les mêmes zones très dotées, créant une concurrence sur les seuls actes à forte valeur ajoutée, fragilisant la délivrance des soins dits de base préventifs, précoces, conservateurs et chirurgicaux, moins rémunérateurs.

1. <https://www.thelancet.com/series/oral-health>

La Convention dentaire de 2018, négociée entre les chirurgiens-dentistes, l'Assurance Maladie obligatoire et l'Assurance Maladie complémentaire marque la volonté de corriger cette tendance en engageant un rééquilibrage de l'activité prothétique (mise en place de plafonds) vers les soins précoces et conservateurs. Néanmoins, l'investissement sur les 5 ans de la Convention reste insuffisant pour permettre de redonner une cohérence économique à toute l'activité.

Par ailleurs, la mise en place de plafonds de prothèse pénalise lourdement les 30 % de praticiens dont les honoraires étaient très supérieurs à ceux des nouveaux plafonds, et qui ne pourront bénéficier du rééquilibrage faute de volume suffisant de soins.

D'un point de vue plus général, la Chirurgie-Dentaire est en phase de transition entre une dentisterie « opérationnelle » et une dentisterie « comportementale ». Cette dernière semble être reconnue par les experts internationaux comme la priorité afin de diminuer les facteurs de risque dans la population, qui entraînent, en l'absence de leur gestion, un remplacement cyclique des restaurations sans jamais traiter leur(s) cause(s). Cette dentisterie comportementale passe par des politiques de santé dites « upstream » telles que la taxation des produits sucrés, jusqu'à la valorisation des actes de prévention primaire en cabinet, tout en impliquant l'ensemble des professionnels de santé dans le parcours du patient¹.

Tendances constatées

Selon vous, les tendances suivantes vont-elles se poursuivre :

Sur le mode d'exercice :

■ Tendance à la croissance du salariat

Le développement exponentiel des centres de santé a un impact non négligeable sur la croissance du salariat. Nous constatons une tendance dans le choix d'exercice des jeunes chirurgiens-dentistes, à se désintéresser du statut libéral jugé trop contraignant. Les centres de santé leur ouvrent aujourd'hui ce statut, alors que dans le passé, il y avait très peu d'offre d'emplois salariés pour les chirurgiens-dentistes. La voie libérale était quasiment la seule possible.

Il faut souligner qu'au fil des années, les avantages du statut libéral (et notamment le différentiel de revenus) se sont estompés et les contraintes se sont renforcées avec des exigences administratives, des responsabilités de plus en plus lourdes, ainsi que des charges sociales pour les libéraux de plus en plus proches de celles des salariés (avec une protection sociale plus faible, notamment concernant les risques maternité et AT).

Par ailleurs, le développement de l'exercice en société (notamment par nécessité de regroupement et de mutualisation) pourra favoriser le salariat avec le développement des associés minoritaires (et donc salariés) et des associés de SELAS (salariés également, sur le modèle des laboratoires d'analyses biologiques).

■ **Tendance au développement des centres de santé**

Malgré les alertes multiples et les mises en garde sur le mode de fonctionnement de certains modèles de centres de santé, les pouvoirs publics (gouvernements et administrations centrales) y voyant un outil favorable à l'accès aux soins, font tout pour faciliter leur multiplication.

La majorité des nouveaux centres sont créés sous la forme d'associations loi 1901 (ou de SEL dans quelques cas) derrière lesquels sont souvent présentes des sociétés commerciales de support, facturant des prestations de gestion et de conseils. Ces sociétés absorbent ainsi le résultat des associations, et, étant le plus souvent basées à l'étranger (Luxembourg par ex.), ne s'acquittent pas d'impôts sur les sociétés en France. Ce développement représente donc une perte de recettes fiscales et sociales pour notre pays, alors qu'elles tirent leur financement de ce dernier au travers des subventions des ARS, des réductions sur les cotisations sociales et de la solvabilisation par l'Assurance Maladie (obligatoire et complémentaire) des soins dentaires.

Globalement, quelle que soit la forme de l'exercice, hors exercices restreints à certains actes (ODF, implantologie), la marge d'exploitation sur les soins dentaires est la même si la qualité est constante. Soit cette marge est exclusivement à destination du chirurgien-dentiste sous forme de rémunération ou de dividendes (libéral dans ce cas, BNC ou SELARL), soit elle est partagée entre le chirurgien-dentiste et un tiers (le plus souvent un financier se cachant derrière une société de prestation fournisseur du centre de santé).

On peut donc émettre deux hypothèses sur le développement des CSD :

- soit ce développement va entraîner une paupérisation des chirurgiens-dentistes affectés par la concurrence (et donc une baisse de recettes fiscales et sociales pour l'État) ;
- soit le modèle des centres de santé ne tiendra pas sur la durée (et l'État investit à perte en ce moment via les aides de l'ARS).

■ **Tendance à la croissance de l'activité en cabinets de groupe**

Cette tendance se confirme et peut être analysée comme relevant de plusieurs phénomènes :

- Tendance à condenser le temps de travail sur des plages plus restreintes (3,5/4 jours en moyenne) avec pour conséquence un regroupement de praticiens pour assurer une accessibilité au cabinet le plus large possible.
- Tendance à la mutualisation des charges fixes afin d'améliorer le résultat de chaque praticien et/ou de diminuer le poids des charges, tout en améliorant l'investissement. Le taux de charge des cabinets dentaires est le plus élevé de toutes les professions de santé, en raison notamment des coûts de l'équipement et du consommable, et des surfaces nécessaires à un fonctionnement optimal en termes de sécurité sanitaire, de respect de la réglementation, et de la masse salariale de l'équipe dentaire (assistante, aide dentaire, réceptionniste et beaucoup plus rarement prothésiste salarié) qui reste de plus assujettie à la taxe sur les salaires.
- Volonté des praticiens de pouvoir partager entre eux leurs expériences sur les cas cliniques, mais également de développer des pratiques particulières, dans des structures regroupant diverses compétences.

Sur l'activité omnipraticienne ?

■ **Part de plus en plus grande prise par l'activité exclusive (mono activité telle que l'ODF) ?**

Les praticiens ayant un diplôme de spécialiste (ODF, chirurgie orale, médecine bucco-dentaire) sont limités par l'Ordre dans leur pratique aux seuls actes liés à leur spécialité: en effet, ils ne peuvent pas demander de rémunération pour les actes et thérapeutiques hors champ de leur spécialité.

En ce qui concerne les autres compétences particulières, certaines liées à des actes à forte valeur ajoutée (implantologie, parodontologie, ODF, pas ou peu pris en charge, et dont les honoraires sont totalement libres) peuvent amener à une pratique exclusive, car économiquement viable. Ce qui n'est pas le cas pour ceux pour lesquels la pratique exclusive ne concernerait que des actes à tarif opposable, toujours sous valorisés: l'odontologie pédiatrique en est le meilleur exemple.

Cette sous valorisation de certains actes pousse même certains praticiens à ne plus les réaliser: nombre de praticiens aujourd'hui renoncent à soigner des enfants ou à faire de la chirurgie.

Cependant, de nouveaux types d'exercices, tel que « l'endodontiste exclusif », déconventionné, sont en train d'émerger: le praticien déconventionné est adressé pour cet acte spécifique au sein d'un réseau de correspondants ou d'une structure, ce qui permet de « lever » l'opposabilité sur cet acte chronophage, tout en bénéficiant d'une prise en charge SS pour le reste du parcours de soins.

Mais les apports de la technologie, notamment dans le domaine du numérique, ont tendance à simplifier les gestes cliniques complexes (ODF et Implantologie). De plus en plus d'omnipraticiens pourront intégrer dans leur quotidien, ces disciplines « spécialisées », souvent à forte valeur ajoutée, ce qui risque fort d'impacter à la baisse les activités exclusives. *Ex. en ODF, les cas simples représentant 90 % des cas seront à l'avenir de plus en plus assurés par les omnipraticiens.*

Évolutions à venir

Selon vous, le métier de chirurgien-dentiste est-il amené à connaître à connaître des évolutions majeures de nature à avoir un impact sur son activité:

- **Quelle perspective pour l'interprofessionnalité: création de nouveaux métiers (une forme de pratiques avancées ?), de nouvelles spécialités, coopération (si oui, lesquelles ? de quel type ?), délégation de certaines tâches (des expérimentations dans vos régions/dans vos UFR ou certains cabinets) ?**

2. Christophe Le Barbu.
Optimisation
de la gestion
des dispositifs
instrumentaux.
Sciences du Vivant
[q-bio]. 2005. hal-
01733333.

Optimisation du temps médical

Woehler² a fait une étude portant sur la rentabilité du travail en cabinet dentaire en fonction de la présence ou non d'une assistante au fauteuil et du nombre de postes de travail par unité opératoire. Cette étude porte sur une période de huit heures de travail. Voici un résumé succinct des résultats de cette étude:

- un poste de travail et aucune assistante; sur huit heures: temps productif 3h30 et temps improductif 4h30
- un poste de travail et une assistante; sur huit heures: temps productif 5h45 et temps improductif 2h45
- deux postes de travail et une assistante; sur huit heures: temps productif 6h30 et temps improductif 1h30.

La conséquence immédiate de l'emploi de personnel qualifié ajouté à la délégation de certains actes à l'assistant: un gain de temps médical important, une diminution significative de la fatigue ressentie en fin de journée, et une amélioration perceptible de la qualité du travail. Les études statistiques réalisées sur ce sujet sont unanimes: un assistant efficace et compétent entraîne un gain horaire d'environ 15 %, ce qui représente environ une heure et demie sur une journée moyenne de travail. Pour l'assistant dentaire de niveau 2 les études ne sont pas encore finalisées mais par comparaison la productivité ne pourra qu'être améliorée ainsi que la disponibilité pour le temps médical

Assistant Dentaire de Niveau 2: le point

S'il est un dossier que Les CDF portent depuis plusieurs années, c'est celui de l'évolution de l'assistant dentaire vers un niveau 2, dossier actuellement en stand-by, par immobilisme gouvernemental. Portant, il fait consensus auprès des membres de la branche professionnelle, tant du côté des employeurs que des salariés. Il est également conforme à la stratégie nationale de santé et les délégations de tâches observées dans d'autres professions médicales.

La création de ce nouveau profil doit répondre aux enjeux actuels de santé publique, de favoriser et développer la prévention, tout en considérant son insertion dans le monde économique et de l'emploi.

En effet, l'assistant de niveau 2 de par sa formation sera en capacité de développer et de réaliser des actes de prévention bucco-dentaire synonyme de réduction à court et moyen terme de techniques thérapeutiques, invasives et coûteuses. Ces actes, couplés à une gestion du risque du patient, permettront également d'intervenir sur les facteurs de risques communs entre les pathologies orales et les maladies chroniques telles que le diabète, l'obésité ou encore les maladies cardiovasculaires. Le chirurgien-dentiste pourra, sous conditions, déléguer des actes à l'assistant de niveau 2 ce qui lui permettra de se consacrer sur des thérapeutiques et plan de traitement plus complexes. Enfin, ce profil d'assistant de niveau 2 sera un élément majeur du parcours professionnel du personnel des cabinets dentaires, avec une évolution possible de carrière professionnelle, de maintien et création d'emploi.

L'assistant dentaire de niveau 2 travaillera en cabinet dentaire privé ou public uniquement sous la supervision du chirurgien-dentiste. Il assistera le chirurgien-dentiste dans les tâches administratives et dans la préparation, l'exécution et le suivi des traitements dentaires.

Le rôle et les responsabilités de tous les membres de l'équipe dentaire doivent être spécifiés et définis par les organismes de réglementation et les organismes dentaires professionnels.

Outre les compétences et les connaissances de l'assistant dentaire au fauteuil, l'assistant dentaire de niveau 2 devra acquérir les compétences et connaissances pour les actes énumérés ci-dessous. La liste est celle validée par les partenaires sociaux lors de la Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNE-FP) en date du 25 octobre 2018.

Il est important de rappeler que tout ce qui concerne la création de ce nouveau métier, l'amélioration de l'emploi ou des parcours professionnel, relève des partenaires sociaux et des commissions paritaires dédiés. Les avis des autres organismes tel que l'Association Dentaire Française, le Conseil national de l'Ordre ou autres sont indispensables mais ne peuvent être que consultatifs.

1. Réalisation sous contrôle du praticien d'examens automatisés et soins prescrits

Examens automatisés

- Anamnèse médicale et renseignement du dossier médical
- Anamnèse dentaire: ouverture de dossier avec renseignement du schéma dentaire
- Bilan Hygiène (contrôle de plaque dentaire, test salivaire PST)
- S'assurer du consentement éclairé du patient ou de son représentant

Actes prescrits par le praticien et réalisés par l'Assistant Dentaire de Niveau 2:

Actes diagnostiques

- Réalisations de radiographies:
 - Intrabuccales de diagnostic
 - Extrabuccales (panoramique, téléradiographie)
- Photographies intra et extra orales

Actes prophylactiques

- Participation au Détartrage supragingival et polissage Les membres de la CPNE-FP n'ayant pas validé (arbitré ?) entre réalisation du détartrage et participation au détartrage
- Applications topiques de gels ou de vernis fluorés sur tissus sains
- Scellement de sillons
- Aéropolissage

Actes prothétiques et orthodontiques

- Nettoyage extra oral des prothèses
- Remplacement de pansement provisoire
- Préparation de modèles d'études en plâtre (coulée, taille) + réalisation des gouttières
- Explications sur la mise en place et l'entretien des prothèses amovibles, **suite à la mise en place du praticien**

Pour les collages:

- Essayage de gouttières de transfert (pour collage indirect) avant la préparation du collage
- Après mise en place et stabilisation de la gouttière de transfert **par le praticien**, continuité de la polymérisation par l'assistante

Pour les dispositifs fixes:

- Pose de séparateurs



- Dépose d'un arc orthodontique ou de ligatures élastomériques ou métalliques
- Pose d'une protection sur un bracket en cas de blessure (cire ou résine composite fluide)
- Démonstration de l'activation d'un vérin disjoncteur + explication **en 2^e intention** »

Pour les contentions:

- Essayage de gouttières passives, recommandations
- Contrôle de l'intégrité des attelles + recollage éventuel d'un point de colle

Soins cosmétiques

- Éclaircissement externe

2. Assistance opératoire

- Préparation et accompagnement du patient avant/après l'acte opératoire
- Asepsie intra et extra orale
- Surveillance post chirurgicale

Chirurgie

- Surveillance de l'hémostase post-chirurgicale
- Ablation des fils de sutures

3. Suivi du parcours de soins du patient

- Conseils pré, per et post opératoires
- Présentation au patient des plans de traitements définis par le praticien
- Renseignements des devis (après définition des plans de traitement par le Praticien)

Les membres de la CPNE-FP (Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle) précisent que les deux derniers points représentent un renforcement des connaissances.

4. Éducation à la santé bucco-dentaire et prophylaxie

Participation à l'éducation à la santé bucco-dentaire (individuelle et collective)

- Au cabinet
- En externe possibilité d'intervenir dans les EHPAD par exemple et autres foyers d'accueil médicalisés
- Formation des aidants
- Éducation à la santé (liée à une formation et spécialisation du praticien). Ex: addictions et maladies chroniques, obésité
- Suivi, contrôle et évaluation des séances éducatives

Formation

La formation envisagée est sur le même principe que celle pour l'obtention d'un titre d'Assistant-Dentaire conforme à l'arrêté du 8 juin 2018, sur la base de la formation alternée. Avec une période de formation de 2 ans, comportant des heures d'enseignement dont certaines seront des heures de formation théorique dans un centre de formation et une UFR d'odontologie agréés par la CPNE-FP.

Cet enseignement comprendra des unités d'enseignement, dispensées sous forme de cours magistraux, de travaux dirigés et de travaux pratiques. Concomitamment l'élève stagiaire suivra des heures de formation pratique au sein de la structure de l'employeur ainsi des heures de stage pratique hors les murs de la structure de l'employeur. La formation pratique pourra être réalisée dans les cabinets dentaires ou stomatologiques libéraux ou dans les centres de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles de santé, les établissements de santé ou centres de soins assurant un service d'odontologie ou de stomatologie ou de chirurgie maxillo-faciale.

Coopération interprofessionnelle

Les chirurgiens-dentistes ont vocation à prendre toute leur place dans les structures de coopération interprofessionnelles (MSP ou CPTS), dès lors que leurs spécificités et leurs besoins particuliers sont respectés: ainsi, dans les MSP, les besoins en surface sont plus importants que d'autres professions de santé. Or ce critère est souvent méconnu lorsque la MSP est construite

sans participation des chirurgiens-dentistes, rendant leur intégration a posteriori très difficile. A fortiori quand les locaux destinés à accueillir le cabinet dentaire sont pré-installés par d'autres acteurs de la MSP que des chirurgiens-dentistes (Municipalité, autres professionnels médicaux), l'inadaptation du plateau technique aux contraintes de l'exercice peut conduire à un échec du projet.

Les praticiens exerçant aujourd'hui dans les MSP dont ils ont été les moteurs, revendiquent un exercice facilité et épanouissant.

En ce qui concerne les CPTS, ce sont les moyens accordés à la coordination de la permanence des soins qui sont la première motivation des chirurgiens-dentistes à s'engager, de façon encore très confidentielle, dans ces structures.

■ Quelle perspective pour la prévention bucco-dentaire : comment la promouvoir ? Quels professionnels sont concernés ?

La cavité buccale joue un rôle essentiel dans la mastication, la digestion, la respiration, la phonation, la posture, l'expression faciale et la perception sensorielle. Elle constitue à la fois un miroir de la santé générale et l'une des premières étapes de défense de l'organisme vis-à-vis des agressions extérieures (comme certaines bactéries par exemple). Certaines maladies générales favorisent l'apparition, la progression ou la gravité des maladies bucco-dentaires. Inversement, certaines maladies bucco-dentaires peuvent avoir des conséquences à distance et favoriser l'apparition, la progression ou la gravité de certaines maladies générales.

La préservation d'un bon état bucco-dentaire est donc capitale, et les moyens de prévention pour y parvenir devraient être prioritaires ([voir Annexe](#)).

Les causes de la maladie carieuse et des autres pathologies bucco-dentaires sont multifactorielles, la principale étant le comportement des patients, tant en termes de recours au chirurgien-dentiste que d'hygiène ou d'habitudes alimentaires. Si ces pathologies bucco-dentaires touchent toutes les couches de la population à des degrés divers, c'est en majorité dans les classes sociales défavorisées et fragilisées que l'on retrouve un état de santé dentaire déficient. Or les zones où se trouve cette population à risque sont aujourd'hui particulièrement fragilisées par une faible densité professionnelle. Si le taux de renoncement à certains soins bucco-dentaires coûteux a vocation à diminuer avec la mise en œuvre du 100 % Santé, on



3. FDI World Dental Federation. Achieving a healthy ageing society.
2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.fdiworlddental.org/achieving-healthy-ageing-society>

est loin d'une politique de prévention ambitieuse, visant à conserver les dents dès le plus jeune âge.

Les dispositifs conventionnels M'T Dents concernent aujourd'hui les tranches d'âge allant de 3 à 24 ans, ainsi que les femmes enceintes, mais leur suivi demeure encore trop faible, tout comme les soins de suite pourtant pris en charge à 100 %. Les actes de prévention restent encore peu ou pas valorisés, et limités à certaines tranches d'âge (vernis fluoré) ou certaines dents (scellement des sillons). L'éducation thérapeutique demeure une action réalisée à titre gracieux.

Alors que l'on s'accorde à dire que la quasi-totalité des pathologies bucco-dentaires peuvent être prévenues, **Il existe une absence totale d'attractivité pour les praticiens qui économiquement ne peuvent envisager une forte activité de prévention, ni de la déléguer.**

Une expérimentation construite par Les CDF et actée conventionnellement est actuellement en voie de finalisation (article 51) afin de mettre en place des forfaits de prévention, variables selon le risque identifié chez les patients. Cette expérimentation a vocation à être étendue à tout le territoire, mais ne pourra pas réussir s'il n'y a pas de praticiens pour la mettre en œuvre !

Il faut enfin noter des évolutions fondamentales dans la dernière convention, permettant une meilleure prise en charge des malades chroniques (diabétiques ou patients sous AVK/AOD) ou des patients handicapés.

■ **Le vieillissement de la population a-t-il déjà/aura-t-il un impact sur les besoins de santé de la population et la demande de soins ? sur l'exercice de la profession de chirurgiens-dentistes ? sur la répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire ?**

Durant ces dernières décennies, la population âgée a augmenté partout dans le monde, du fait des progrès de la science et de la médecine et de la mise en place de politiques de santé publique efficaces ayant permis d'augmenter l'espérance de vie. Actuellement, la prévalence des maladies carieuses et parodontales, de la perte de dents, de la sécheresse buccale et des cancers buccaux reste très élevée dans le monde, tout particulièrement chez les populations âgées³. Ces états entraînent des problèmes de mastication, un déséquilibre des apports nutritionnels, une détérioration de la qualité de vie et même parfois la mort. Une mauvaise santé bucco-dentaire peut affecter la capacité d'un individu à fonctionner et à interagir

socialement, et l'augmentation de l'inflammation peut se traduire par une aggravation des maladies cardiovasculaires, du diabète et de la démence. Le déclin des fonctions bucco-dentaires diminue la durée pendant laquelle une personne âgée peut espérer rester en bonne santé, et peut donc exercer une pression considérable sur les dépenses publiques.

L'accès à des soins bucco-dentaires adaptés est important à tous les âges de la vie, et plus encore chez les personnes âgées, car cela leur permet de vieillir en bonne santé et d'améliorer leur qualité de vie. En mettant en place des pratiques permettant de surveiller et réduire les facteurs de risque les plus courants, les professionnels de la médecine dentaire jouent un rôle essentiel dans la prévention des maladies bucco-dentaires et de la perte des dents naturelles, contribuant ainsi à réduire le risque de maladies non transmissibles.

Il est nécessaire de développer une démarche préventive pour une bonne santé bucco-dentaire dans les principaux environnements communautaires tels que les maisons de retraite, et les maisons de retraite médicalisées.

Il est essentiel de sensibiliser et de former les soignants ou proches qui accompagnent les malades lors des soins quotidiens d'hygiène bucco-dentaire. Des missions spécifiques de formation, l'éducation à la santé ou de dépistage pourront être déléguées aux assistants dentaires de niveau 2.

Le vieillissement de la population n'aura que peu d'impact sur la répartition des chirurgiens-dentistes (peu de mouvement de population dû au vieillissement), mais une modification des besoins, notamment avec la nécessité de se déplacer vers les lieux de vie des personnes âgées ou de les amener au cabinet dentaire, car les actes de soins doivent être réalisés dans un environnement sanitaire sécurisé.

■ Dans quelle mesure l'utilisation de technologies de pointe peut avoir un impact sur l'activité ? pourrait-elle favoriser une libération de temps de travail ? pourrait-elle apporter des formes de solution pour améliorer la répartition des praticiens sur le territoire ?

On est encore loin des télésiens avec un praticien à distance qui pilote un robot pour les soins. L'amélioration des techniques améliore avant tout la qualité des soins et peut favoriser une augmentation de la productivité des cabinets. Mais l'inflation administrative compense largement le gain de temps médical que l'on obtient avec les progrès technologiques.

4. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/ile-de-france/article/la-telemedecine-bucco-dentaire-a-destination-des-personnes-handicapees>

5. Voir dans la Partie « Objectifs », le chapitre intitulé « Affections bucco-dentaires - Santé bucco-dentaire des enfants. Objectif 91 : Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans » du rapport de la DREES de 2011 de « L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique ». Disponible à l'adresse suivante : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/etat_sante_2011.pdf

6. Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder. Sécurité sociale 2016, septembre 2016.

Cependant, plusieurs initiatives de télémédecine ont vu le jour ces dernières années, telle que le diagnostic à distance pour les personnes handicapées et dans les EHPAD⁴.

Par ailleurs les technologies de conception-fabrication assistée par ordinateur (CFAO) des dispositifs médicaux sont désormais largement intégrées tant dans les cabinets dentaires que dans les laboratoires de prothèses dentaires. Ils sont néanmoins sans effet positif sur le temps médical du chirurgien-dentiste.

Adéquation aux besoins

De manière générale, diriez-vous que ces évolutions conduisent à :

■ à une augmentation tendancielle des besoins de soins ?

Il est difficile d'évaluer le besoin de soins, ainsi que de le définir. Toutefois, certains pays mènent régulièrement des enquêtes épidémiologiques qui permettent de « suivre » l'état de santé orale de la population. Une évaluation de cet état de santé semble être une priorité pour les CDF, la dernière enquête ayant eu lieu en 2006, sur les enfants seulement⁵.

L'absence d'indicateurs fins peut amener la planification de l'offre à des conclusions erronées, telle que l'a fait la Cour des comptes en 2016 en utilisant un indice non fiable à des périodes différentes⁶.

Une des seules certitudes est que le besoin est largement corrélé au niveau socio-économique de la population et lié à d'autres déterminants de santé. On constate par ailleurs que la demande de soins n'est pas en accord avec les besoins constatés et varie géographiquement selon les habitudes de la population, et les politiques de santé mises en œuvre. La disponibilité des professionnels de santé est essentielle : il est évident que des disponibilités de rendez-vous à plusieurs mois démotivent les patients et les fait renoncer aux soins. Par contre, il est vrai qu'une minorité de la population accumule à elle seule la majorité des problèmes de santé dentaire (par ailleurs parfaitement superposables à d'autres problèmes sanitaires et sociaux). Par conséquent, et pour arriver à un processus rationnel de planification de la démographie professionnelle des CD, il faut donc reconnaître la nécessité de continuer à collecter régulièrement des informations de qualité via des études nationales, afin de pouvoir définir avec objectivité les besoins et

la demande en soins bucco-dentaires, tout en analysant symétriquement, temps de travail et productivité des chirurgiens-dentistes.

Pour ce faire, plusieurs scenarii devront être évalués selon différents critères:

- les objectifs de santé bucco-dentaire nationaux: à l'aide des enquêtes réalisées dans d'autres pays européens ou à l'échelle mondiale: le Danemark, le Royaume Uni ou encore la Colombie ont développé des modèles tout à fait intéressants, et adaptés à la planification ;
- le pourcentage de la population ayant recours aux « services » dentaires: *via l'analyse du système national des données de santé* ;
- le temps de travail annuel des chirurgiens-dentistes et leur productivité par acte ;
- le taux de remplacement (durée moyenne) des obturations coronaires et prothèses dentaires *via une analyse du SNIIRAM*.

Ces informations devraient être accessibles à tous les décideurs ainsi qu'aux chercheurs en santé publique.

Les objectifs de cette planification professionnelle, adaptés aux objectifs de santé bucco-dentaires, pourront alors être validés et/ ou pondérés par un processus politique tenant compte de l'accessibilité de ces services sur le territoire national.

Toutefois, il ne saurait être question d'accepter de superposer à notre profession le schéma politique proposé aux médecins, car nous ne partageons pas la même problématique. Si les médecins généralistes sont confrontés à des besoins renouvelables (les pathologies infectieuses transmissibles et les accidents du quotidien), il n'en est pas de même en santé bucco-dentaire où le marché, qui se traduit par les besoins liés plus ou moins directement à la carie ou certainement à ses conséquences, après avoir atteint un pic dans les années 70 est désormais voué à se réduire de façon drastique.

D'évidence il apparaît que l'analyse des besoins actuels et futurs en soins bucco-dentaires (pondérés par l'analyse de la demande, l'orientation et choix des politiques de santé à venir et la capacité de financement de l'État), peut être prioritairement fondée à influencer la planification à moyen terme des effectifs professionnels.

■ à une augmentation tendancielle de gains de « temps de soins » pour les chirurgiens-dentistes ?

Les seules évolutions qui permettraient de gagner du temps de soins sont la délégation de tâches administratives, médicales et la mutualisation des moyens. Les outils informatiques permettant une bonne tenue du dossier du patient sont essentiels, d'autant que la complexité des dernières dispositions conventionnelles rend impossible la gestion du codage et de la facturation sans logiciel efficace.

Or les logiciels ont parfois du mal à suivre les évolutions, et les praticiens sont agacés par la multiplication des mises à jour et les apprentissages nouveaux chronophages qui en résultent.

Le développement du salariat n'augmente pas le temps de soins, car aujourd'hui les libéraux consacrent autant (sinon plus) de temps aux soins, les tâches administratives étant réalisées en sus.

Installation en zones sous dotées et aides à l'installation

Afin d'inciter les praticiens à s'installer dans des zones sous dotées, des aides existent, tant conventionnelles, que locales.

Il apparaît d'après les retours des représentants ordinaires locaux, que ces aides sont parfois dévoyées: des praticiens, majoritairement à diplôme étranger, très bien informés sur les différentes dispositions, bénéficient de ces aides, mais disparaissent très vite, voire ne s'installent jamais sans rendre les aides perçues.

Annexe 1

Approche intégrée des maladies chroniques

Considérant qu'une minorité de la population accumule à elle seule la majorité des problèmes de santé dentaire, par ailleurs parfaitement superposables à d'autres problèmes sanitaires et sociaux, et que de plus, les affections bucco-dentaires ont en commun avec les quatre principales catégories de maladies chroniques (pathologies cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabète) plusieurs facteurs de risque (mauvaise alimentation, tabagisme et usage nocif d'alcool), les actions de santé publique visant à combattre les affections bucco-dentaires sont plus efficaces lorsqu'elles s'intègrent parmi les activités de lutte contre d'autres maladies chroniques, notamment inscrites parmi les grands programmes nationaux de santé publique.

Propositions de la CNSD pour la Stratégie nationale de santé (SNS) – Avril 2014 - 3

Alors que le champ d'action des politiques publiques en matière de santé bucco-dentaire s'est jusqu'alors à peu près cantonné à la seule gestion du système de soins (formation initiale des chirurgiens-dentistes et financement du système au travers des régimes obligatoires et complémentaires d'Assurance Maladie), une évolution vers un véritable programme national de santé publique bucco-dentaire ne pourra se fonder que sur la prévention et la promotion de la santé.

Un grand nombre de publications scientifiques ont ainsi confirmé qu'il existe des liens entre les affections bucco-dentaires et les pathologies chroniques non transmissibles. Dans ces conditions, une approche intégrée et fondée sur les facteurs communs de risque, apparaît donc comme une solution efficiente d'aborder la prévention et le contrôle des maladies bucco-dentaires.

Dans le cadre d'une nouvelle politique publique pour une approche intégrée de la santé bucco-dentaire, les populations ou groupes à risques élevés notamment, devront bénéficier d'actions de prévention bucco-dentaires intégrées à une démarche simultanée de prévention des maladies chroniques, s'inscrivant dans une véritable initiative d'Éducation et de promotion de la santé.



Annexe 2

Zonage conventionnel & zonage ARS

Le zonage est un élément clé de la politique incitative démographique. Il apparaît à ce jour inadapté aux objectifs souhaités, tant en raison de son défaut d'actualisation, que de sa cohérence.

L'actualisation des zones éligibles aux aides à l'installation et au maintien de l'activité, dont les travaux non pas encore débutés concernant les chirurgiens-dentistes, pose le problème de la méthodologie à utiliser.

En effet, le nouveau zonage conventionnel des médecins, dont la transmission de la méthodologie a été annoncée pour les autres professions de santé interpelle les CDF, qui contestent sa pertinence s'agissant des spécificités de leur profession et de la santé orale.

Quelle différence ce nouveau zonage fondé sur l'« Accessibilité Potentielle Localisée » fait-il par rapport au précédent, décrit à l'avenant 2 de la Convention nationale des chirurgiens-dentistes de 2012 ?

Le précédent zonage visait à apprécier la répartition des praticiens sur le territoire en se reposant sur un indicateur de densité en divisant simplement l'offre par la demande, où l'offre est représentée le nombre de praticiens sur un territoire, et la demande par la population du territoire. L'échelle d'analyse retenue était le BVPCT (bassin de vie pseudo-canton), découpage composite du territoire, par commune et groupes de communes.

Le nouveau zonage, méthode « Accessibilité Potentielle Localisée (ALD) » développé par la DREES, se veut plus précis. Si le principe « offre/demande » demeure, ces variables ne sont plus prises en compte de la même manière.

L'offre de soins est toujours bien représentée par le nombre de praticiens, mais ce nombre est désormais exprimé en ETP (équivalent temps plein). La demande, quant à elle, reste la population, mais dont on a tenu compte de la structure par âge: chaque habitant est pondéré par le rapport entre le taux de recours de sa tranche d'âge et le taux de recours moyen de la population.

Si *a priori*, la nouvelle méthode semble plus pertinente que la première, en réalité, pour les chirurgiens-dentistes, cela ne semble pas être le cas.

En effet les variables prises en compte dans le calcul de l'APL semblent plus adaptées aux médecins généralistes qu'aux autres professions de santé. D'une manière générale, il n'apparaît pas pertinent de considérer l'offre de soins dentaire préexistante sur un territoire pour déterminer son « degré de vulnérabilité » pour les raisons suivantes :

En premier lieu, côté offre de soins, le choix de l'ETP est contestable pour les chirurgiens-dentistes. Certes, l'effectif exprimé en ETP donne une estimation plus précise que l'effectif total brut de la profession car il tient compte du volume d'activité du praticien. Mais l'activité est mesurée au travers du SNIIRAM c'est-à-dire des soins consommés ! On exprime donc une offre de soins corrigée de sa consommation. Parle-t-on encore d'offre de soins ? En d'autres termes est-il vraiment judicieux de supposer que la consommation est une représentation fidèle de l'offre de soins ?

Ensuite, si l'activité des médecins généralistes est relativement homogène, il n'en est rien pour les chirurgiens-dentistes, car l'activité diffère fortement d'un cabinet dentaire à l'autre. Ainsi dans certaines régions 20 % des chirurgiens-dentistes déclarent un exercice exclusif en endodontie, chirurgie, parodontologie, implantologie... il est donc inexact de considérer l'hypothèse qu'un cabinet dentaire produit les mêmes soins qu'un autre.

En second lieu, du côté de la demande de soins, l'âge n'apparaît pas comme la variable à prendre pour exprimer les besoins, pondérés par la demande, en soins dentaires.

Si pour les médecins généralistes, la demande de soins peut être directement corrélée à l'âge, c'est nettement moins vrai pour les chirurgiens-dentistes, car le gradient social est de manière indiscutable un déterminant plus prégnant en termes de santé orale.

Par ailleurs, les taux de recours aux soins par classe d'âge dans le calcul de l'APL sont, comme pour l'activité, issus des données de l'Assurance Maladie, lesquelles sont des données de consommation, et non de besoin.



7. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/219-recours-aux-soins-ambulatoires-et-distances-parcourues-par-les-patients.pdf>

L'APL inapte à déterminer les zones vulnérables et prioritaires en soins dentaires; une affirmation confirmée par une étude de l'IRDES

Dans le « Questions d'économie de la santé (QES) » n°219 de juin 2016⁷, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) indique en tête de chapitre que « Le recours aux chirurgiens-dentistes est déterminé par des caractéristiques socio-économiques plutôt que par l'offre ».

Selon cette étude, « on observe surtout que, toutes choses égales par ailleurs, les variables d'offre semblent avoir peu d'influence sur le recours aux chirurgiens-dentistes en comparaison des variables socio-économiques qui apparaissent déterminantes (revenu, catégorie socio-professionnelle, couverture complémentaire...) ».

L'IRDES met en relation le taux de recours aux soins dentaires selon le niveau d'APL du territoire et observe que le taux de recours (au moins une fois dans l'année) au chirurgien-dentiste, qui s'élève à 39 % en moyenne, est relativement stable quel que soit le niveau de l'APL de la commune et des différents types d'espaces.

Cela signifie que, quel que soit le niveau de dotation en chirurgiens-dentistes du territoire en termes d'APL, la tendance à recourir au chirurgien-dentiste ne change pas. Autrement dit, si on installe un chirurgien-dentiste dans un territoire à niveau d'APL bas et désigné comme prioritaire, les résidents du territoire n'auront ni plus ni moins recours aux soins dentaires.

Il apparaît donc qu'il convient prioritairement de tenir compte des caractéristiques socio-économiques de la population pour fonder une méthodologie pertinente concernant le zonage des chirurgiens-dentistes.

2.3. Contribution de l'Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD)



Le cursus des études en odontologie

Les études de Chirurgie Dentaire ou d'Odontologie durent entre 6 et 9-10 ans, et sont organisées en 3 cycles. À l'issue de ces études, les étudiants doivent présenter une thèse, qui leur conférera le titre de Docteur d'État en Chirurgie Dentaire. Durant ces études, l'étudiant sera amené à travailler de nombreuses disciplines fondamentales (Biochimie, Biophysique, Statistiques, Immunologie, Hématologie, Histologie, Microbiologie, Virologie, Pharmacologie...), mais aussi des disciplines odontologiques (Dentisterie Restauratrice et Endodontie, Prothèse Adjointe et Conjointes, Implantologie, Imagerie, Anatomie dentaire, Parodontologie, Chirurgie Orale...) et réaliser de nombreux travaux pratiques pour maîtriser les gestes et protocoles élémentaires en dentisterie.

Diplôme de Formation Générale en Sciences Odontologiques (DFGSO) - 3 ans

Le premier cycle, d'une durée de 3 ans, est accessible directement après le baccalauréat via Parcours Sup.

■ La PACES

Contenu: Théorie des sciences médicales et fondamentales

Jusqu'à la rentrée 2020, les études commençaient par la PACES ou Première Année Commune aux Études de Santé. Au cours de cette année, l'étudiant choisissait de passer le concours d'odontologie, qui autorisait un nombre strict d'étudiants à continuer en deuxième année. S'il y parvenait, il devait participer à un stage d'initiation aux soins infirmiers à l'hôpital d'une durée de 2 à 4 semaines. Le nombre d'inscriptions en PACES était limité à deux, sauf dérogation.

Depuis septembre 2020, la PACES est supprimée et remplacée par le PASS (Parcours Spécifique Accès Santé) et la LAS (Licence Accès Santé) pour permettre différentes voies d'accès aux études de santé. Les capacités d'accueil des études de santé sont définies par les universités.

■ **DFGSO2 et DFGSO3**

Contenu: Formation préclinique théorique et pratique

Les deuxième et troisième années de chirurgie dentaire sont ce que l'on qualifie d'années « pré-cliniques ». Ainsi, l'emploi du temps des étudiants oscille entre enseignements théoriques et pratiques.

Les enseignements pratiques vont être effectués dans des salles dédiées à cet effet, comprenant des mannequins permettant de mimer un patient. Les apprentis dentistes pourront alors utiliser l'ensemble des instruments qu'ils utiliseront dans leur métier, afin d'apprendre à les manier.

Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Odontologiques (DFASO) – 2 ans

Contenu: Formation clinique théorique et pratique, Stages cliniques en CHU, Certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT)

Les étudiants acquièrent le statut d'étudiants stagiaires hospitaliers et sont rémunérés entre 150 et 200 euros par mois.

Une spécificité importante des études de chirurgie dentaire est cette partie clinique très importante. Les étudiants vont réaliser de nombreux actes cliniques sur leurs premiers patients (soins conservateurs, prothèses, chirurgie...) sous la supervision et les conseils des enseignants.

À l'issue de la cinquième année, les étudiants doivent valider le **CSCT (Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique)**, attestant de leur capacité à gérer des cas cliniques complexes.



Troisième cycle: 2 voies possibles

Le troisième cycle est accessible aux étudiants ayant validé la 5^e année ainsi que le CSCT. Il se divise en deux voies: le cycle court et que le cycle long.

■ 3^e cycle court – 1 année

Contenu: Stages cliniques en CHU – Stage actif chez un praticien – Préparation à l'exercice autonome de la profession – Apports théoriques avancés

Le troisième cycle court est constitué d'une seule année, et prépare à l'exercice autonome de la profession. Les étudiants sont encore externes salariés des hôpitaux (environ 250 euros par mois), et abordent à côté des notions de comptabilité ou d'économie de la santé.

Un stage actif, d'une durée de 250 heures, doit être effectué chez un chirurgien-dentiste qualifié de maître de stage agréé. Ce stage doit permettre à l'étudiant de mettre en application, dans le cadre d'une autonomie contrôlée, les connaissances théoriques, pratiques et cliniques acquises au cours des études.

Le cycle court mène à la profession de chirurgien-dentiste omnipraticien (qui pratique l'ensemble des disciplines odontologiques).

À la fin du troisième cycle, les étudiants présentent une thèse d'exercice, leur donnant le titre de Docteur d'État. Inspirée par un sujet choisi par l'étudiant, cette thèse devra constituer un travail de recherche.

■ 3^e cycle long – 3 ou 4 ans

Le troisième cycle long représente ce que l'on appelle l'internat. Les étudiants sont alors internes salariés de l'hôpital (environ 1200 euros par mois), et y travaillent 10 demi-journées par semaine. Au terme de ce troisième cycle long, les étudiants obtiennent le diplôme de spécialiste, après la soutenance d'un mémoire en plus de la thèse d'exercice.

Afin d'y accéder, il est nécessaire d'être classé en rang utile au concours de l'internat, que l'on peut présenter en cinquième et/ou sixième année (sans dépasser deux présentations).

Trois filières (ou DES – diplômes d'études spécialisées) sont proposées:

■ Orthopédie Dento-Faciale (ODF)

Spécialité permettant de corriger les dysharmonies dento-maxillo-faciales, les problèmes de positionnement dento-maxillaires et les problèmes d'occlusion. Il est composé de cours théoriques organisés en séminaires nationaux, et de 6 semestres (3 ans) de stages cliniques.

■ Chirurgie Orale (CO)

Spécialité permettant de pratiquer des actes de chirurgie orale et maxillo-faciale plus lourds. Cet internat est commun à la filière dentaire et médecine, il y a donc une remise à niveau en dentaire pour les étudiants issus de médecine et une remise à niveau en médecine pour les étudiants issus de l'odontologie. En plus de ces cours de mise à niveau et de cours théorique dispensés sous forme de séminaires nationaux, il se compose de 8 semestres (4 ans) de stages cliniques dont trois au moins doivent s'effectuer en service de maxillo-faciale, trois en odontologie et les deux derniers sont au choix du candidat.

■ Médecine Bucco-Dentaire (MBD)

Spécialité permettant la prise en charge des patients à risque, porteurs d'une ou plusieurs pathologie(s) lourde(s), de diagnostiquer des pathologies bucco-dentaires et de gérer les conséquences de pathologies générales sur la sphère oro-faciale. Il est composé de cours théoriques organisés en séminaires nationaux, et de 6 semestres (3 ans) de stages cliniques.



3. Sigles et acronymes utilisés

A

- **ADEE** Association for Dental Education in Europe (association d'enseignants universitaires qui vise à contribuer à l'amélioration de l'enseignement en chirurgie dentaire en Europe en donnant un cadre global des compétences majeures à acquérir tout en laissant une liberté aux écoles sur la manière d'enseigner)
- **ADELI** Automatisation des listes de professions de santé
- **ADF** Association dentaire française
- **ADQ2** Assistant·e dentaire qualifié·e de niveau 2
- **AHU** Assistant hospitalier universitaire
- **ALD** Accessibilité potentielle localisée
- **AP-HP** Assistance publique – Hôpitaux de Paris
- **ARS** Agence régionale de santé

B

- **BVPCT** Bassin de vie pseudo-canton

C

- **CD** Chirurgiens-dentistes
- **CDF** Syndicat Les Chirurgiens-Dentistes de France (ex-Confédération nationale des syndicats dentaires)

- **CFAO** Conception-fabrication assistée par ordinateur
- **CED** Council of European Dentists (conseil européen des dentistes)
- **CEE** Communauté économique européenne
- **CES** Certificat d'études spéciales
- **CESMO** Certificat d'études cliniques spéciales mention orthodontie (remplacé aujourd'hui par le DES d'Orthopédie dento-faciale)
- **CESP** Contrat d'engagement de service public
- **CH** Centre hospitalier
- **CHU** Centre hospitalier universitaire
- **CHG** Centre hospitalier général
- **CHR** Centre hospitalier régional
- **CHU** Centre hospitalo-universitaire
- **CNAM(TS)** Caisse nationale de l'Assurance Maladie (des travailleurs salariés)
- **CNG** Centre national de gestion
- **CNSD** Confédération nationale des syndicats dentaires, depuis 2018 elle a changé de nom et est devenue le Syndicat Les Chirurgiens-Dentistes de France
- **CO** Chirurgie orale
- **COM** Collectivité d'Outre-mer: Wallis et Futuna, Corse, Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin
- **CPAM** Caisse primaire d'Assurance Maladie
- **CPNE-FP** Commission paritaire nationale pour l'emploi et la formation professionnelle



- CPTS** Communautés professionnelles territoriales de santé
- CSCT** Certificat de synthèse clinique et thérapeutique

D

- DE** Diplôme d'État
- DES** Diplôme d'études spécialisées
- DESC** Diplôme d'études spécialisées complémentaire
- DFASO** Diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques
- DFGSO** Diplôme de formation générale en sciences odontologiques
- DGESIP** Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
- DGOS** Direction générale de l'offre de soins
- DGS** Direction générale de la santé
- DIU** Diplôme inter-universitaire
- DREES** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DROM** Départements et régions d'Outre-mer: Guyane française, Guadeloupe, La Réunion et Martinique
- DU** Diplôme universitaire

E

- EEAP** Etablissement pour enfants et adolescents poly-handicapés
- EHPAD** Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EBD** Examen bucco-dentaire

F

- FFO** Fédération française d'orthodontie
- (La) Fedcar** Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens
- FNPS** Fichier national des professionnels de santé

H

- HMI** Hypominéralisation des molaires et des incisives
- HPST** Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

I

- IME** Institut médico-éducatif
- INSEE** Institut national de la statistique et des études économiques
- IIRSO** Institut inter-régions de la santé orale

L

- LAS** Licence Accès Santé

M

- MBD** Médecine bucco-dentaire
- MCU-PH** Maître de conférences des universités-Praticien hospitalier
- MSP** Maison de santé pluriprofessionnelle

N

- NC** Numerus clausus



O

- **OCDE** Organisation de coopération et de développement économique
- **ODF** Orthopédie dento-faciale
- **OMPL** Observatoire des métiers dans les professions libérales
- **ONCD** Ordre national des chirurgiens-dentistes
- **ONDPS** Observatoire national de la démographie des professions de santé

P

- **PACA** Provence-Alpes-Côte d'Azur
- **PACES** Première année commune aux études de la santé
- **PASS** Parcours Spécifique Accès Santé
- **PCR** Personne compétente en radioprotection
- **PH** Praticien hospitalier
- **POM** Pays d'Outre-Mer : Polynésie française et Nouvelle-Calédonie
- **PU** Professeur universitaire
- **PU-PH** Professeur universitaire- Praticien hospitalier

R

- **RPPS** Répertoire partagé des professionnels de santé

S

- **SCM** Société civile de moyens
- **SCP** Société civile professionnelle
- **SELarl** Société d'exercice libéral
- **SELAS** Société d'exercice libéral par actions simplifiées
- **SNIIRAM** Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie
- **SNS** Stratégie nationale de santé
- **SOSS** Association « Santé Orale et Soins Spécifiques »

U

- **UFR** Unité de formation et de recherche
- **UE** Union européenne
- **UFSBD** Union française pour la santé bucco-dentaire
- **UNECD** Union nationale des étudiants en chirurgie-dentaire
- **URPS** Union régionale des professionnels de santé



4. Lettre de mission triennale pour l'ONDPS



MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

*La Ministre**Paris, le 28.1.2017*

Cab/AB/LC/IT/Pég D17-018147

Monsieur le Président,

Je tiens tout d'abord à vous faire part de l'intérêt que le Gouvernement porte aux travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS).

Depuis sa création en 2003, l'ONDPS a su engager des études très utiles pour le pilotage de la politique nationale de santé. Les rapports publiés sont de qualité et la concertation qu'il mène chaque année, pour faire au Gouvernement des propositions sur le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision, est largement saluée par l'ensemble des acteurs concernés.

Ainsi, dans le cadre de la Grande Conférence de la Santé qui s'est tenue le 11 février 2016 sous la Présidence du Premier ministre, il a été décidé d'élargir les missions de l'Observatoire pour qu'il développe les travaux et études permettant d'évaluer, en lien avec les besoins de santé de chaque région, les perspectives en matière démographique et de formation propres à chaque territoire afin d'améliorer l'accès aux soins.

Dans sa mesure n°1, il est précisé que cet Observatoire doit en particulier formuler des propositions sur le *numerus clausus* des médecins. Bien que le décret n°2010-804, modifié, relatif aux missions et à la composition de l'ONDPS et de ses comités régionaux rattachés, permet théoriquement à l'Observatoire de formuler des propositions au Gouvernement sur le *numerus clausus* des médecins, il n'en a pas été saisi à ce jour et ne formule de propositions que sur les *numerus clausus* des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, et sur le nombre de postes d'internes à ouvrir pour les étudiants en médecine, pharmacie et odontologie.

Aussi, pour se mettre en conformité avec les décisions prises lors de la tenue de la Grande Conférence de la Santé, je vous demande de me faire également des propositions sur le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine. L'intégration dans votre programme de travail de l'examen du *numerus clausus* des médecins, que nous vous demandons de prendre en charge dès cette année, doit s'accompagner de propositions sur les modalités même de cette régulation pour l'ensemble des *numerus clausus* de médecine, pharmacie, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

Professeur Patrice DIOT
Président de l'ONDPS
14, avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP



Comme cela a été précisé dans la Grande conférence de la santé, celle-ci doit s'appuyer sur un dialogue renforcé au niveau régional afin que les propositions qui vous sont remontées par vos comités régionaux tiennent compte à la fois des besoins en santé de leur territoire et des capacités de formation présentes ou à développer pour atteindre les objectifs fixés en termes de santé publique. Cette démarche pourrait probablement reposer sur une évolution du fonctionnement des Comités régionaux, et des groupes de travail qui peuvent y être rattachés, visant à associer de manière plus large les spécialités aux travaux d'évaluation prospective des besoins. Je souhaiterais disposer dès cette fin d'année de vos premières propositions relatives à ces évolutions.

De même, je vous demande de me faire des propositions, méthodologiques dans un premier temps, permettant la détermination du nombre de postes à ouvrir par subdivision, à compter de 2019, pour les options et les formations spécialisées transversales proposées dans le cadre du 3^{ème} cycle des études médicales. L'entrée en vigueur à compter de 2021 du dispositif dit de 2^{ème} DES, autorisant des médecins en exercice à se réorienter vers une nouvelle spécialité, nécessitera également de disposer d'une méthodologie permettant d'anticiper et d'accompagner le déploiement de cette nouvelle mesure, en lien avec les autres dispositifs de régulation existant.

Il paraît souhaitable que l'articulation sur ces différentes procédures soit réfléchie en amont, et je vous y invite.

En outre, afin d'enrichir les réflexions actuelles sur les besoins futurs de santé en lien avec les évolutions des modes de prise en charge, des techniques, des pratiques et des coopérations entre professionnels, je vous invite à développer au cours de ces trois prochaines années des travaux et des études permettant d'avoir un diagnostic éclairé sur certaines professions pour lesquelles les activités se modifient et peuvent relever d'exercice pluri-professionnel.

Parmi les thèmes d'études que vous pourriez engager avec l'ensemble de vos partenaires, il me semble important que vous m'apportiez des éléments d'analyse sur :

- En lien avec la mise en œuvre de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, et de l'ouverture de postes dans les nouveaux DES, la réalisation de monographies permettant de disposer d'une vision fine de l'évolution des besoins tenant compte en particulier de la démographie des professionnels exerçant dans les spécialités, à l'instar des travaux menés début 2017 pour l'anesthésie réanimation et la médecine intensive de la réanimation. Cette approche pourrait concerner en priorité des spécialités telles que :
 - o la gériatrie,
 - o la médecine interne,
 - o la médecine d'urgence,
 - o les spécialités chirurgicales
 - o la psychiatrie et la pédopsychiatrie
 - o les chirurgiens-dentistes
 - o les masseurs-kinésithérapeutes.
- La prise en charge de la santé des femmes par les différents professionnels de santé, médecin généraliste, sage-femme, gynécologue et masseur-kinésithérapeute, pourra par ailleurs faire l'objet d'une démarche spécifique et multi professionnelle.



Vos travaux pourront s'appuyer sur les données démographiques disponibles concernant ces différentes spécialités et prendre en compte également les évolutions en cours ou envisagées dans la prise en charge des patients et l'exercice des professions ou spécialités concernées.

L'association à ces travaux des ressources des bureaux métiers de la DGOS ou de la DGS mais également des représentants des professions elles-mêmes, par l'intermédiaire de leurs Conseils nationaux professionnels par exemple, sera de nature à éclairer les réflexions conduites.

Je vous prie d'agrérer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



Agnès BUZYN



Ce rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) présente un nouvel état des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes en France, dans la suite de celui de 2013-2014. Il a bénéficié des analyses, de l'expertise et de la contribution des membres du groupe de travail dédié ainsi que des travaux de la Conférence nationale du 26 mars 2021. Cet état des lieux montre que la démographie des chirurgiens-dentistes a été très atone sur les trente dernières années et que leur densité stagne sur la période récente. La situation actuelle des inégalités territoriales d'offre de soins dentaires diffère peu de celle observée en 2013. La mise en perspective de la démographie des chirurgiens-dentistes pose la question de l'adéquation de l'offre aux besoins et du flux des professionnels à former en France, ainsi que des leviers d'action sur la formation initiale des étudiants en odontologie et sur la répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire.



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ONDPS

Ministère des Solidarités et de la Santé
14, avenue Duquesne
75 350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 89 36
Courriel : drees-ondps@sante.gouv.fr