

État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes

Décembre 2013

Introduction

Fixer le nombre et la répartition des professionnels de santé à former participe à la régulation en amont de leur démographie avec un double objectif, quantitatif et géographique :

- vu la durée des études, anticiper la situation de l'offre et de la demande en soins, pour appréhender les besoins en formation susceptibles d'y répondre au mieux ;
- vu les disparités géographiques persistantes en matière de réponse à la demande de soins, tenter de les réduire en tenant compte des spécificités régionales, objectivées par des indicateurs harmonisés.

Cette démarche doit également tenir compte des capacités de formation de chaque subdivision.

Depuis 2010, l'ONDPS s'est vu confier par décret¹ la mission de formuler des propositions. Une démarche a progressivement été mise en place pour les étudiants en médecine (postes d'internes), en pharmacie (numerus clausus et postes d'internes), les sages-femmes (places en écoles).

Cette démarche présente des caractéristiques communes, même si l'organisation différente des études de chaque profession conduit à l'adapter à chacune d'elles. Ainsi :

- elle est ascendante, puisque les comités régionaux de l'ONDPS formulent des propositions pour leur région avant que celles-ci ne soient comparées, analysées et éventuellement infléchies au niveau national par le conseil d'orientation de l'Observatoire ;
- elle intervient chaque année, mais formule des propositions pluriannuelles, l'évolution du nombre d'étudiants à former ne pouvant raisonnablement s'envisager que sur une période au moins quinquennale ;
- elle est éclairée par l'observation d'informations et d'indicateurs harmonisés qui permettent, tant au plan national que dans chaque région, d'anticiper les besoins et l'offre de soins à moyen terme d'une part, de cerner la capacité actuelle de formation d'autre part.

¹ Décret n°2010-804 du 13 juillet 2010 relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) : article 1, 2° « Il propose 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 ».

Sommaire

Introduction	2
1 Constat au plan national	4
1.1 La démographie des chirurgiens-dentistes en activité en 2013 au niveau national.....	4
1.1.1. Effectifs et densité de chirurgiens-dentistes.....	4
1.1.2. L'âge et le sexe des chirurgiens-dentistes.....	5
1.1.3. Mode et lieu d'exercice des chirurgiens-dentistes	6
1.2 Deux facteurs d'évolution de la démographie : le numerus clausus et les flux de praticiens formés à l'étranger (c'est-à-dire hors numerus clausus)	7
1.2.1 Le dispositif du numerus clausus.....	7
1.2.2 L'évolution du numerus clausus.....	10
1.2.3 Une projection de la démographie des dentistes non avérée	12
1.2.4 Les professionnels ayant obtenu leur diplôme à l'étranger	14
2 Constat au plan régional	17
2.1 L'évolution de la démographie régionale.....	17
2.1.1 Les disparités régionales de densité	17
2.1.2 Les inégalités régionales de structure d'âge des praticiens.....	19
2.2 L'impact des lieux de formation.....	21
2.2.1 Une inégale répartition des places au concours de la PACES	21
2.2.2 Le rôle déterminant de l'inégale répartition des facultés dentaires	22
2.2.3 Apport des praticiens diplômés à l'étranger par région	26
2.3 Profil des dynamiques régionales	27
2.4 Les capacités de formation des régions	29
2.4.1 Les capacités de formation	29
2.4.2 Historique du numerus clausus par région	30
2.4.3 L'internat.....	31
3 La consommation des soins dentaires en 2012	32
3.1 Un suivi statistique limité à l'activité remboursée.....	32
3.2 L'impact de la densité de dentistes.....	32
3.2.1 sur l'activité des dentistes selon les régions	32
3.2.2 sur la consommation par habitant selon les régions	33
3.3 La structure de consommation des soins dentaires.....	35
3.3.1 Par catégorie d'actes	35
3.3.2 Par classe d'âge	35
4 Perspectives.....	37
4.1 L'impossibilité d'évaluer précisément la qualité de la prise en charge des besoins de soins dentaires.....	37
4.2 Une projection « mécanique » de la consommation jusqu'en 2040	38
4.3 Des questions prospectives à peine ébauchées.....	39
Annexe 1 – Régions et lieux de formation en odontologie	40

1 Constat au plan national

Depuis 1999, malgré une augmentation du NC (x 1.60), les effectifs des dentistes en activité stagnent (x 1.05) et leur densité diminue.

Néanmoins, cette diminution est inférieure à celle que présentait la projection de la DREES de 2007 qui n'intégrait pas, notamment, les flux entrants de diplômés à l'étranger dont la part augmente ces dernières années.

1.1 La démographie des chirurgiens-dentistes en activité en 2013 au niveau national²

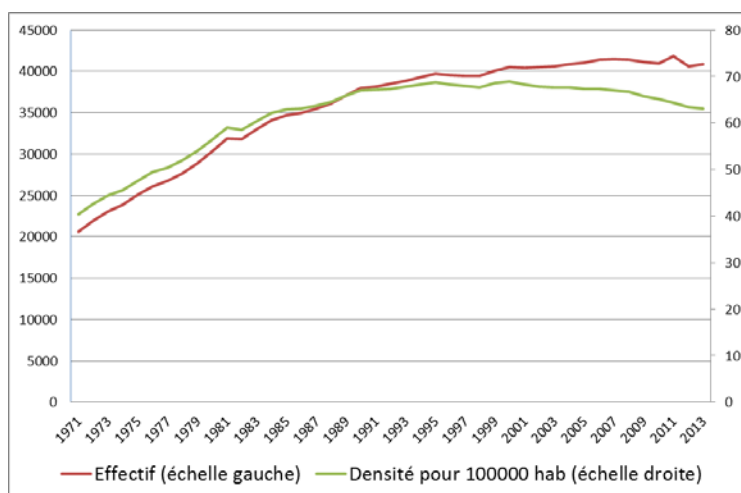
- Les effectifs nationaux ont doublé depuis 1970, avec un passage au-dessus des 40 000 depuis 1999 et une relative stabilité depuis, mais la densité de chirurgiens-dentistes, elle, diminue lentement depuis 2001.
- La moyenne d'âge est élevée (48,4 ans) et la profession demeure majoritairement masculine (60 % d'hommes) avec une féminisation néanmoins très importante pour les jeunes générations.
- L'exercice est principalement effectué en secteur ambulatoire (98,2 %) en exercice libéral ou mixte (90,4 %) et en cabinet.

1.1.1. Effectifs et densité de chirurgiens-dentistes

Au 1^{er} janvier 2013, les chirurgiens-dentistes étaient 40 000 en France métropolitaine, et 40 833 en France entière. Passés de 20 000 environ en 1970, à plus de 40 000 en 1999, leur effectif est ensuite assez stable (graphique 1), même si depuis 2007 leur effectif diminue très légèrement.

La densité moyenne en France métropolitaine est en 2013 de **63,1 dentistes pour 100 000 habitants** (62 en France entière). Elle atteint un maximum en 2000, avec près de 69/100 000 et décroît lentement depuis lors.

Graphique 1 – Effectifs et densité de chirurgiens-dentistes depuis 1971



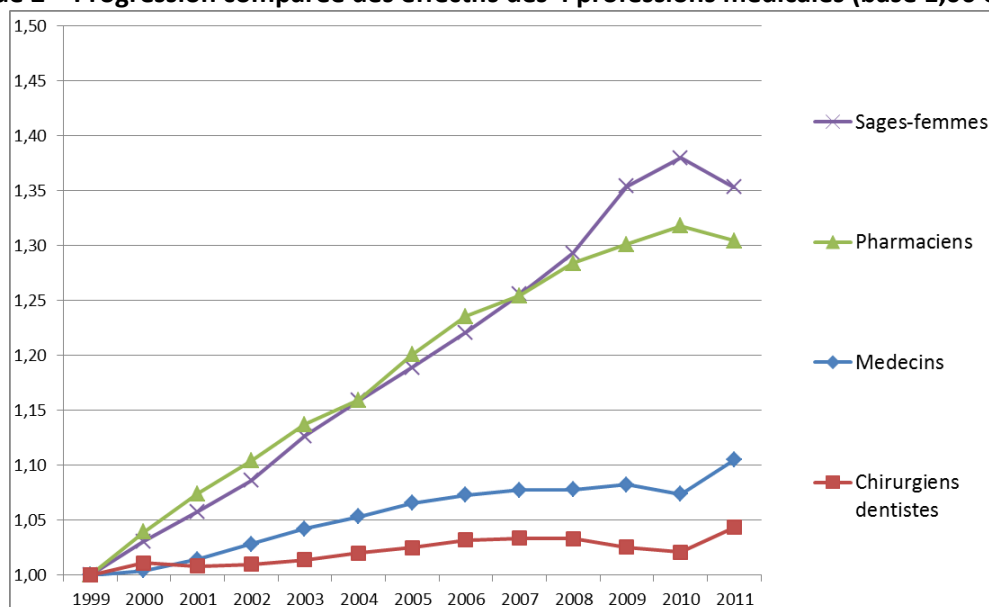
Source : Éco-santé, mise à jour mars 2013 : DREES, données ADELI jusqu'en 2010, rupture de série : RPPS à partir de 2011

² Sauf mention contraire, les données utilisées pour caractériser la population des chirurgiens-dentistes en activité sont issues du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) au 1^{er} janvier 2013.

Depuis 1999, l'évolution des effectifs des quatre professions médicales (est différente. La comparaison en base 1,00 (1999) reportée ci-dessous montre un très fort décalage entre les médecins et les dentistes d'une part (croissance très modérée), les autres professions d'autre part (croissance très soutenue).

L'effectif des dentistes est celui qui a connu le taux de croissance le plus faible.

Graphique 2 – Progression comparée des effectifs des 4 professions médicales (base 1,00 en 1999)



Source : Eco-santé IRDES, données Adeli France entière (rupture de série en 2010)

1.1.2. L'âge et le sexe des chirurgiens-dentistes

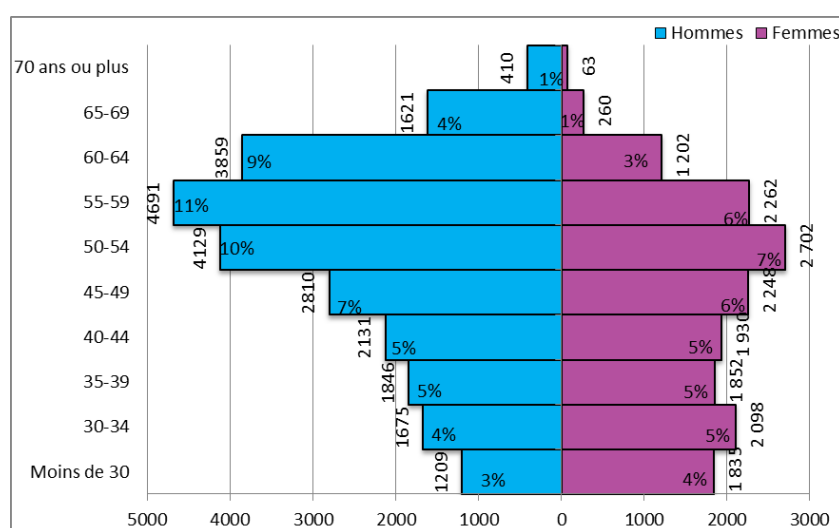
L'âge moyen des chirurgiens-dentistes est de 48,4 ans en 2013 ; celui des médecins à la même date est de 51,3 ans, celui des pharmaciens de 46,5 ans et les sages-femmes, plus jeunes, ont 40,1 ans en moyenne.

La pyramide des âges des chirurgiens-dentistes en activité (graphique 3) montre que la classe d'âge la plus nombreuse est celle des 50-60 ans. Au total, 17 % des dentistes ont moins de 35 ans, 48 % ont entre 35 et 55 ans et 34 % ont plus de 55 ans.

Au 1^{er} janvier 2013, la profession est majoritairement masculine (40,4 % de femmes en France métropolitaine et 40,3 % France entière). C'est une proportion similaire à celle observée chez les médecins ; la part des femmes y est de 42 % environ, tant pour les médecins généralistes que pour les spécialistes, ces deux professions étant moins féminisées que celle des pharmaciens (67 %) ou des sages-femmes (98 %).

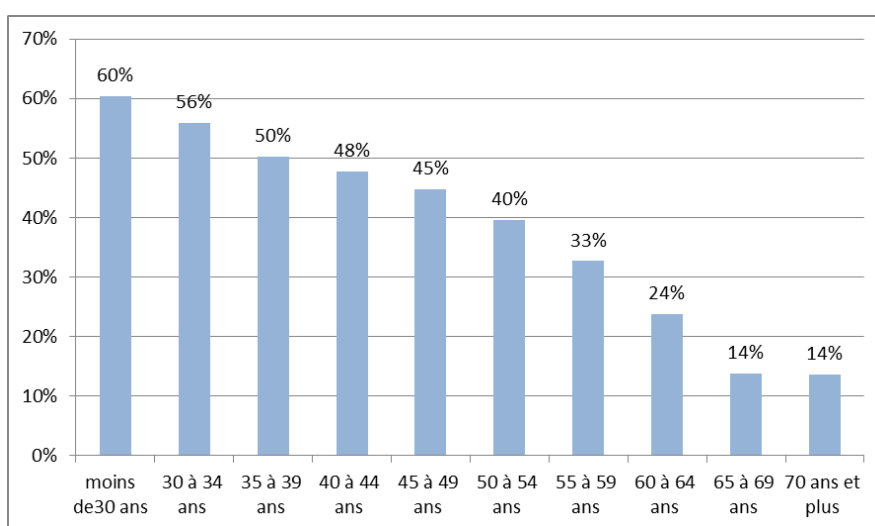
Toutefois, la profession se féminise : la part des dentistes femmes a augmenté de 8 points en 14 ans. Les plus jeunes générations sont majoritairement féminines (graphique 4).

Graphique 3 – Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes en activité en 2013



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

Graphique 4 – Part des chirurgiens-dentistes femmes par tranche d'âge



Champ : France métropolitaine

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

1.1.3. Mode et lieu d'exercice des chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes exercent principalement en secteur ambulatoire (98,2 %) en exercice libéral ou mixte (90,4 %) et en cabinet (tableau 1). Le taux de féminisation est beaucoup plus important chez les salariés (59 %) que chez les libéraux ou mixtes (38 %). Parmi les salariés, qui forment 9,6 % du total des chirurgiens-dentistes, seuls 10,3 % sont des salariés hospitaliers.

La répartition des chirurgiens-dentistes par âge et lieu d'exercice montre que les plus jeunes (moins de 35 ans) exercent davantage en cabinet de groupe ou en société qu'en cabinet individuel, contrairement aux seniors de 55 ans et plus (50 % en cabinet individuel).

Tableau 1 – Tableau récapitulatif des modes et lieux d'exercice au 1^{er} janvier 2013

Lieu d'exercice	Libéral		Mixte		Salarié hospitalier		Autres salariés		Total		
	% F	H + F	% F	H + F	% F	H + F	% F	H + F	H	F	H + F
Hôpital public	32%	25	26%	348	52%	318	50%	2	428	265	693
ESPIC		0	21%	19	58%	12		0	20	11	31
Etab. privé	50%	2	0%	8	100%	1		0	9	2	11
Autres	46%	41	42%	568	57%	58	60%	3021	1597	2 091	3 688
Cabinet	38%	35039	40%	856	50%	14	63%	501	22327	14 083	36 410
Total	38%	35107	38%	1799	53%	403	60%	3524	24381	16 452	40 833

Champ : France entière

Source : RPPS, traitement DREES, 1er janvier 2013.

1.2 Deux facteurs d'évolution de la démographie : le numerus clausus et les flux de praticiens formés à l'étranger (c'est-à-dire. hors numerus clausus)

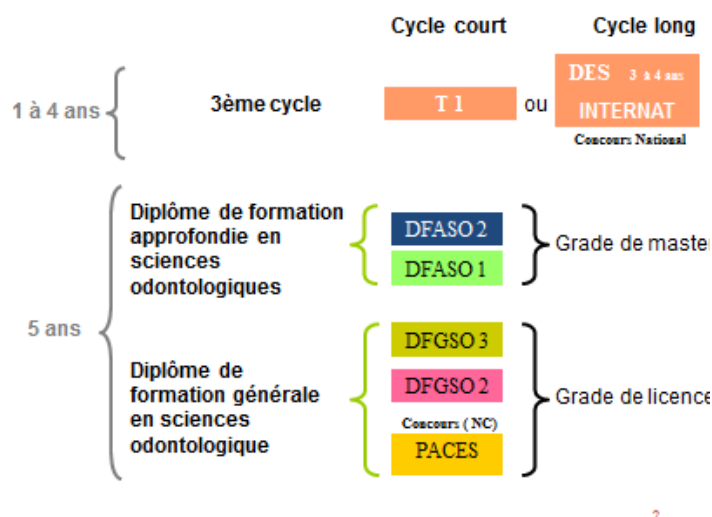
Les effectifs des professionnels en activité sont la résultante de deux flux, les entrants (entrée dans la vie active, c'est à dire fin des études, inscription à l'ordre et installation) et les sortants (départs dont les retraites principalement).

Les flux entrants sont impactés par deux facteurs : l'un, volontariste, découle du mécanisme de régulation du numerus clausus (NC dans la suite du texte), l'autre constaté, réside dans l'installation de professionnels n'ayant pas été comptabilisés dans le NC, c'est-à-dire les diplômés à l'étranger (parmi lesquels se trouvent des personnes de nationalité étrangère, mais aussi de nationalité française).

1.2.1 Le dispositif du numerus clausus

Le numerus clausus d'odontologie fixe le nombre d'étudiants admis à entrer en faculté de chirurgie-dentaire à l'issue du concours de la première année commune d'étude en santé (PACES) aux 4 professions médicales, entrée en vigueur depuis 2010 seulement. Le cursus compte ensuite 5 années (ou 7 années d'études dans le cas d'un troisième cycle long d'internat).

Figure 1 – Schéma du cursus de formation des chirurgiens-dentistes



2

Avant la réforme de la PACES, l'existence d'un concours commun à la médecine, l'odontologie et la maïeutique rendait difficile³ la mesure des taux d'échec respectifs pour chaque filière. Néanmoins, les informations disponibles montrent que le taux d'intégration en 2^{ème} année d'odontologie était beaucoup plus faible qu'en médecine.

3 Commission Jean-François BACH. RAPPORT FINAL. Réflexions et propositions sur la première année des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme. L1 Santé, Rapport remis le 21 février 2008 à Madame la Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (lien <http://www.gerhnu.fr/telechargt/rapport-jf-bach21-02-08.pdf>).

Tableau 2 – Statistiques relatives à l'accès en deuxième année des différentes filières d'études médicales avant et après PACES

Année universitaire	Nombre d'inscrits en PCEM1	NC médecine	Taux d'intégration en 2 ^e année de médecine	NC odontologie	Taux d'intégration en 2 ^e année d'odontologie	NC sages-femmes	Taux d'intégration en école de sages-femmes	Nombre d'inscrits pharmacie	NC pharmacie	Taux d'intégration en 2 ^e année de pharmacie
2005-2006	41 490	7 013	16,9 %	977	2,4 %	1 000	2,4 %	-	-	-
2006-2007	44 222	7 100	16,1 %	977	2,2 %	1 007	2,3 %	-	-	-
2007-2008	45 759	7 300	16,0 %	1 047	2,3 %	1 015	2,2 %	11 202	3 090	27,6%

Année universitaire	Nombre de candidats à la PACES	NC médecine	Taux d'intégration ** en 2 ^e année de médecine	NC odontologie	Taux d'intégration en 2 ^e année d'odontologie	NC sages-femmes	Taux d'intégration en école de sages-femmes		NC pharmacie	Taux d'intégration en 2 ^e année de pharmacie
2011-2012	44 568 *	7 400	19,4 %	1 154	9,2 %	1 015	9,5 %		3 095	27,4%

Enquête DGSIP-MFS

* 44568 candidats effectifs sur 49870 inscrits (3 609 candidats ne se sont pas inscrits en temps utile et 1 032 étudiants ont été réorientés à l'issue du premier semestre, soit un total de 5 302 « éliminés »).

** Taux d'intégration potentiel car certains étudiants ne se sont pas présentés à toutes les filières où ils étaient inscrits

Les passerelles : Au numerus clausus principal s'ajoutent des postes complémentaires et ceux des passerelles en 2^{ème} année, 2^{ème} année droit au remords et 3^{ème} année.

Toutefois, l'analyse des données récemment transmises par la Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP) montre que les postes ouverts ne sont pourvus que partiellement et que les trois quarts des candidats ne sont pas retenus au final.

Tableau 3 – Bilan des passerelles en odontologie sur les 3 exercices 2010, 2011 et 2012

Évolution odontologie	Rentrée 2011	2012	2013
NC	1 154	1 200	1 200
Postes ouverts	37	51	100
Candidats	131	218	270
Admis	27	39	66
Admis/postes ouverts	73%	76%	66%
Admis/candidats	21%	18%	24%

Tableau 4 – Les passerelles des 4 professions médicales

Rentrée 2013 4 professions médicales	Nombre de places autorisées	Part du NC principal	Admis	Part du NC principal
Médecine	508	6,78%	398	5,31 %
Pharmacie	86	2,78 %	48	1,55 %
Odontologie	100	8,23%	66	5,50 %
Maïeutique	35	3,4%	23	2,26 %

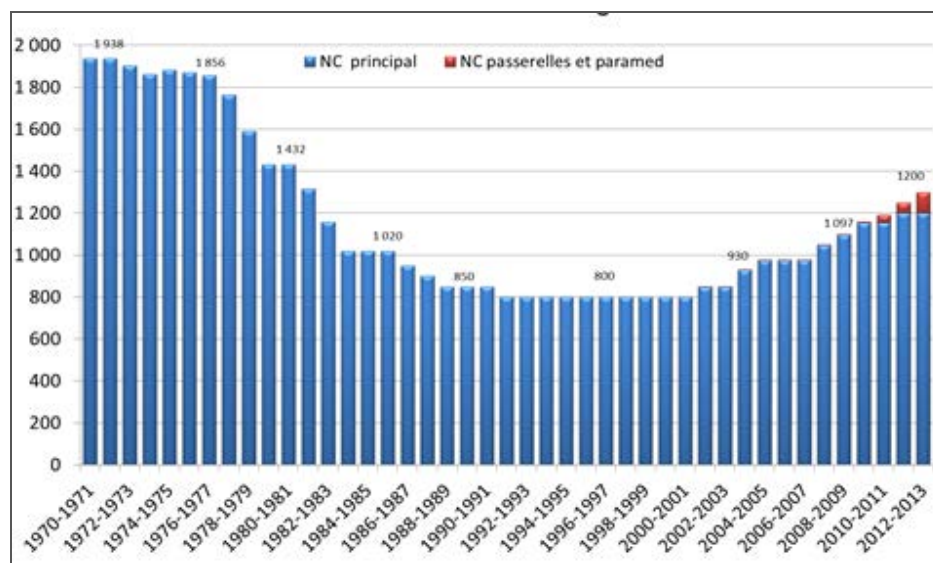
Source : enquête DGESIP 2013

1.2.2 L'évolution du numerus clausus

A partir du milieu des années 70, le NC des dentistes a connu un fort recul : divisé par deux en 10 ans, il a ensuite continué de décroître plus lentement jusqu'en 1992 pour connaître ensuite un long palier proche de 800 jusqu'en 2001.

Depuis lors, il a augmenté, particulièrement depuis 2007 pour atteindre 1 200 en 2013 (graphique 5).

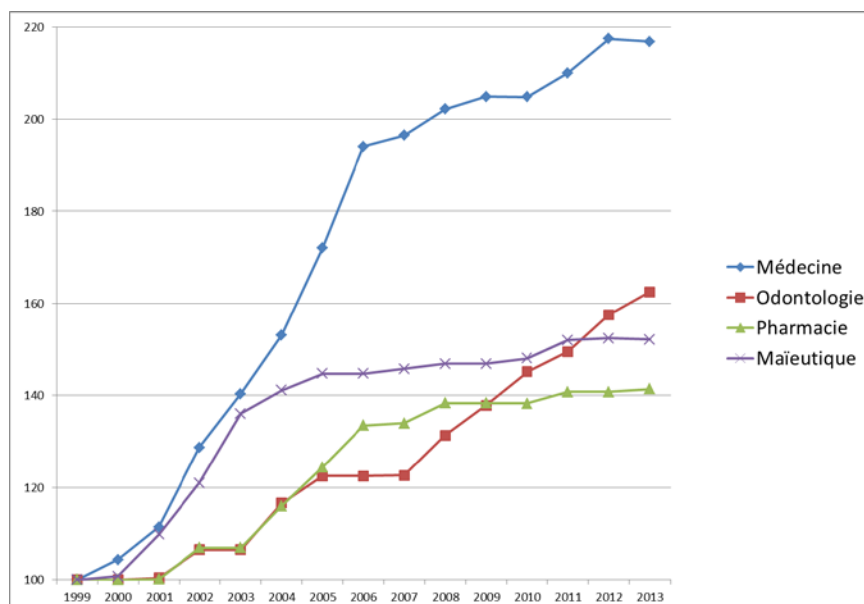
Graphique 5 – Évolution du numerus clausus des études en odontologie depuis 1971



Source : ONDPS 2013

La comparaison avec les autres professions médicales montre que la réouverture du NC des dentistes s'est produite plus tardivement et que son taux d'augmentation, s'il a été supérieur à celui des sages-femmes et des pharmaciens sur la période 1999-2013, est très inférieur à celui du NC des médecins (graphique 6).

Graphique 6 – Progression en niveau du numerus clausus des professions médicales depuis 1999



Source : ONDPS 2013

1.2.3 Une projection de la démographie des dentistes non avérée

Une projection nationale⁴ à horizon 2030 de la démographie des dentistes (effectifs et densité) a été publiée par la Drees en 2007 (sur la base des chiffres connus de 2005) : elle comporte plusieurs scénarios reposant, en réalité, sur les hypothèses d'évolutions différenciées du NC à partir de 2006, rappelées ci-dessous.

Tableau 5 – Données de référence des scénarios DREES 2007 et NC effectif (fixé par arrêté)

	Scénario tendanciel NC = 977	NC = 1100	NC= 1200	NC = 1500	NC tel que densité stable à partir de 2010	NC fixé par arrêté
2006	977	1100	1200	1500	2950	977
2007	977	1100	1200	1500	2950	977
2008	977	1100	1200	1500	2950	1047
2009	977	1100	1200	1500	2950	1097
2010	977	1100	1200	1500	1850	1154
2011	977	1100	1200	1500	1850	1154
2012	977	1100	1200	1500	1850	1200
2013	977	1100	1200	1500	1850	1200

La durée minimale d'études étant de 5 ans après l'entrée en 2^e année (fin de PACES et NC), les effets des hypothèses de NC à partir de 2006 ne se font sentir qu'à partir de 2011-2012.

Or, un décalage important se dessine dès 2006 entre les projections et le constaté en effectifs d'actifs et densité (graphiques 7 et 8).

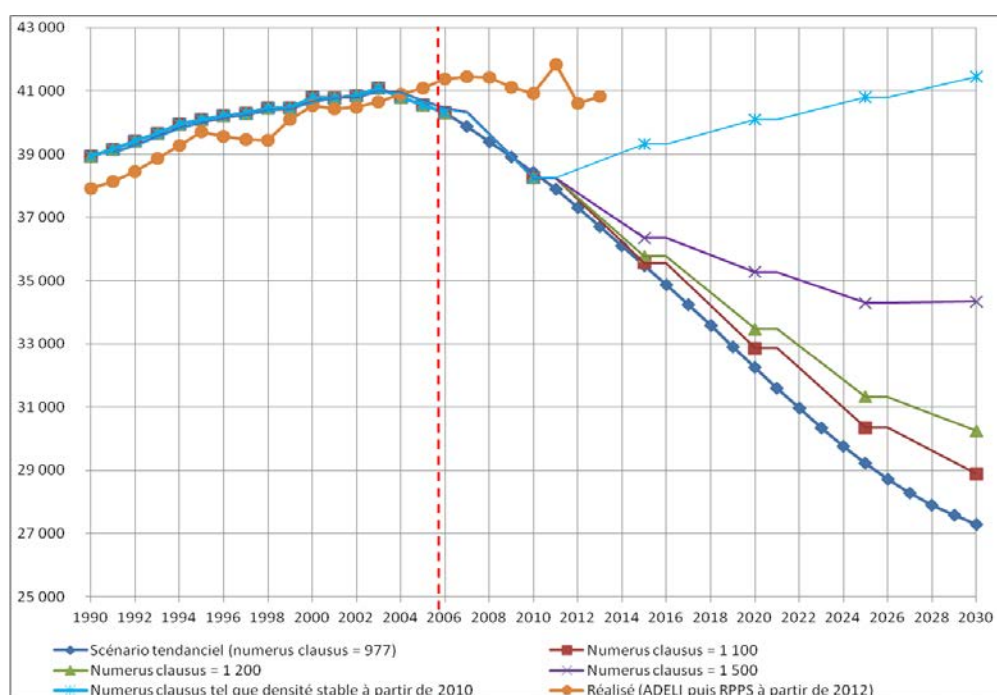
Malgré ces difficultés méthodologiques, il apparaît clairement que les effectifs et densité constatés sont supérieurs aux projections, et ce, indépendamment ou presque des variations de NC qui porteront leurs effets plus tard.

En 2013, alors que l'effectif constaté est environ de 40 000 et la densité de 63, les projections avec NC à 1 100 puis 1 200 conduisent à une prévision d'effectif d'environ 37 000 et de densité inférieure à 60.

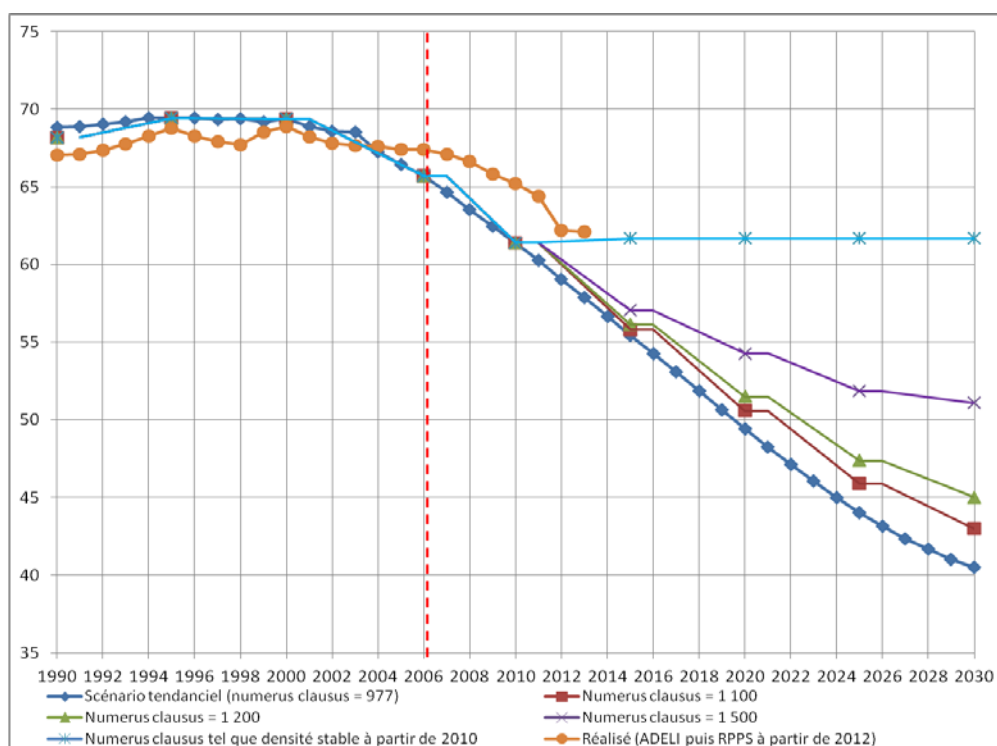
Deux phénomènes principaux peuvent expliquer ce décalage : un recul de l'âge moyen de cessation d'activité et l'augmentation du nombre de praticiens installés en France avec un diplôme étranger (flux entrants hors NC). Aucun élément n'éclaire ici le premier phénomène, mais le second, étudié infra, semble expliquer une partie de l'écart entre l'effectif projeté et constaté en 2013.

⁴ Il n'existe pas de projection régionale.

Graphique 7 – Comparaison des scénarios projetés et du constaté en effectifs



Graphique 8 – Comparaison des scénarios projetés et du constaté en densité



NB : avant 2006, les effectifs et densité devraient être identiques, mais les effectifs retenus dans les projections par la DREES (source, fichier national de l'ordre au 31 décembre) diffèrent des effectifs relevés dans ADELI : d'abord supérieurs, puis inférieurs à partir de 2004 (en 2006, 40 325 contre 41 374). En outre, le passage d'ADELI au RPPS à partir de 2012 a engendré une rupture de série.

1.2.4 Les professionnels ayant obtenu leur diplôme à l'étranger

Grâce aux statistiques de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD), une double observation peut être menée :

- sur la nationalité des primo-inscrits au tableau de l'ordre entre 2010 et 2012 (tableau 5) ;
- sur le pays d'obtention des diplômes dans l'effectif total des actifs (tableau 6) : seule cette seconde observation peut permettre de cerner en quoi l'apport de l'immigration professionnelle peut infléchir les effets du seul NC principal.

Les dentistes de nationalité étrangère, quel que soit le lieu d'obtention de leur diplôme, représentent 3,9 % du total des actifs (1 615 sur 41 418), alors qu'ils représentent le quart des primo-inscrits en 2012 (306 sur 1 386). Cette part est donc en forte augmentation.

Ainsi, sur les derniers exercices, c'est-à-dire entre 2010 et 2012, l'augmentation des primo-inscrits est de 30 % (+ 306) et s'accompagne d'une part croissante des étrangers qui passe en gros de 15 à 26 % des flux entrants.

Tableau 6 – Nationalité des primo-inscrits au tableau d'ordre

	effectifs			répartition		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Primo inscrits	1080	1249	1386	100,0%	100,0%	100,0%
Français	921	980	1022	85,3%	78,5%	73,7%
Roumains	57	139	182	5,3%	11,1%	13,1%
Espagnols	21	38	76	1,9%	3,0%	5,5%
Portugais	7	12	18	0,6%	1,0%	1,3%
Italiens	4	6	10	0,4%	0,5%	0,7%
Marocains	6	5	9	0,6%	0,4%	0,6%
Allemands	6	7	9	0,6%	0,6%	0,6%
Belges	13	12	8	1,2%	1,0%	0,6%
<i>Autres</i>	<i>45</i>	<i>50</i>	<i>52</i>	<i>4,2%</i>	<i>4,0%</i>	<i>3,8%</i>

Source : ONCD

Par ailleurs, en ce qui concerne les dentistes ayant obtenu un diplôme à l'étranger dans l'effectif total des dentistes en activité :

- les diplômes obtenus à l'étranger (1 786) ne représentent que **4,3 % des dentistes en activité** (41 418), alors que cette part est de 8,6% pour les médecins ;
- un tiers des praticiens étrangers exerçant en France ont été formés dans une faculté française (523 sur 1 615) ;
- à l'inverse, près de 40 % des diplômés à l'étranger (694 sur 1 786) sont de nationalité française, même si le pourcentage de dentistes français formés à l'étranger est faible par rapport aux dentistes français en activité (694 sur 39 803, soit 1,7 %).

Tableau 7 – Nationalité et lieu d'obtention du diplôme

	formés en France	formés à l'étranger	total
Français	39109	694	39803
Étrangers	523	1092	1615
Français	98,3%	1,7%	100%
Étrangers	32,4%	67,6%	100%

Source : ONCD juillet 2013

Les praticiens étrangers les plus jeunes sont diplômés à l'étranger plus souvent que leurs aînés (tableau 8).

Tableau 8 – Lieu d'obtention du diplôme pour les praticiens non français, selon l'âge

<i>Étrangers</i>	moins de 35 ans	35 ans et plus	total
formés en France	19%	38%	32%
formés à l'étranger	81%	62%	68%
	100%	100%	100%

Source : ONCD – juillet 2013

Au total, près de 1800 praticiens exerçant en 2013 ont un diplôme obtenu à l'étranger, soit 4,3 % du total des actifs à cette date : 3,4 % ont passé leur diplôme en Europe, majoritairement en Europe de l'Ouest (2,1 %), une partie en Europe de l'Est (1,3 %) et 0,4 % l'ont obtenu dans un pays du Maghreb, ainsi que 0,4 % dans un pays du Moyen Orient (tableau 8). Les praticiens formés à l'étranger sont en proportion plus nombreux dans les classes d'âge les plus jeunes (tableau 9).

Tableau 9 – Zone d'obtention du diplôme des praticiens formés à l'étranger

Zone d'obtention du diplôme	Poids parmi les praticiens formés à l'étranger	Poids parmi le total des praticiens exerçant en France
Europe de l'Ouest	48,2%	2,1%
Europe de l'Est	29,2%	1,3%
Moyen Orient	8,3%	0,4%
Maghreb	8,3%	0,4%
Amérique latine	2,7%	0,1%
Asie	1,4%	0,1%
Afrique	0,9%	0,0%
Amérique Nord	0,6%	0,0%
Russie-Ukraine	0,4%	0,0%
Total formés à l'étranger	100,0%	4,3%

Définition des zones :

Afrique: Afrique du Sud, Côte d'Ivoire, République de Madagascar, Sénégal, Zaïre

Amérique latine: Argentine, Brésil, Chili, Colombie, Mexique, Pérou, Salvador, Venezuela

Amérique Nord: Canada, États-Unis, Cuba, République Dominicaine

Asie/Océanie : Cambodge, Chine, Inde, Indonésie, Laos, Nouvelle Zélande, Philippines, Thaïlande, Vietnam

Europe de l'Est : Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Moldavie, Pologne, Roumanie, Serbie, Slovaquie, Tchécoslovaquie, Yougoslavie

Europe de l'Ouest : Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède, Suisse

Maghreb: Algérie, Tunisie, Maroc

Moyen Orient : Egypte, Iran, Iraq, Jordanie, Liban, Syrie, Turquie.

Tableau 10 – Part des praticiens formés à l'étranger par âge

Age	Nb de praticiens formés à l'étranger	Poids dans le total des praticiens de la classe d'âge
20 à 29 ans	235	8,4%
30 à 39 ans	580	7,7%
40 à 49 ans	425	4,7%
50 à 59 ans	357	2,6%
60 ans et plus	189	2,3%
Total	1786	4,3%

Source : ONCD juillet 2013

2 Constat au plan régional

La démographie des chirurgiens-dentistes connaît de grandes disparités régionales tant en structure qu'en terme d'évolution. L'appareil de formation qui a pour spécificité de ne pas disposer de facultés dentaires dans toutes les régions paraît avoir un effet déterminant sur ces inégalités. En l'état du *numerus clausus* par région et des comportements d'installation, les dynamiques régionales semblent le plus souvent devoir conduire à un accroissement de ces inégalités régionales.

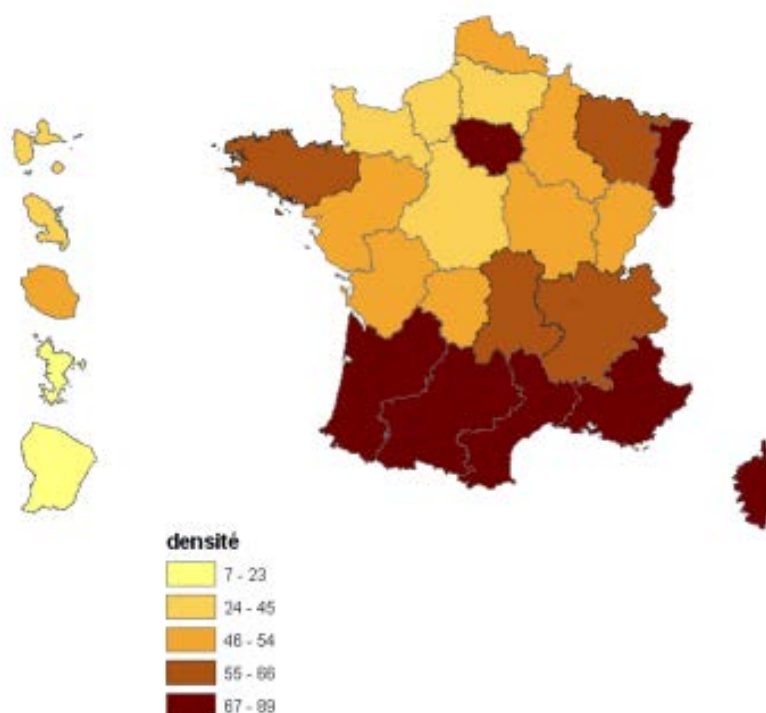
2.1 L'évolution de la démographie régionale

2.1.1 Les disparités régionales de densité

Par rapport à la densité de praticiens en moyenne nationale (63,1 pour 100 000 habitants en 2013), douze régions ont une densité inférieure. Les moins dotées étant la Haute-Normandie, la Picardie et la Basse-Normandie. La Bretagne a une densité égale à la moyenne nationale. Neuf régions ont une densité supérieure à cette moyenne, dont 7 avec une densité supérieure à 70/100 000, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) se distingue avec une densité maximale à 89/100 000 (figure 2).

Au sein des régions, il existe bien sûr d'autres inégalités territoriales : de façon générale, les communes rurales ont une densité de chirurgiens-dentistes d'un peu plus de 20/100 000 (données 2007), alors qu'elle est proche de 80/100 000 dans tous les types d'unités urbaines et dépasse 90/100 000 dans les unités de plus de 200 000 habitants. Au sein de ces unités, ce sont les communes pôles qui sont beaucoup plus dotées aux dépens des communes périphériques.

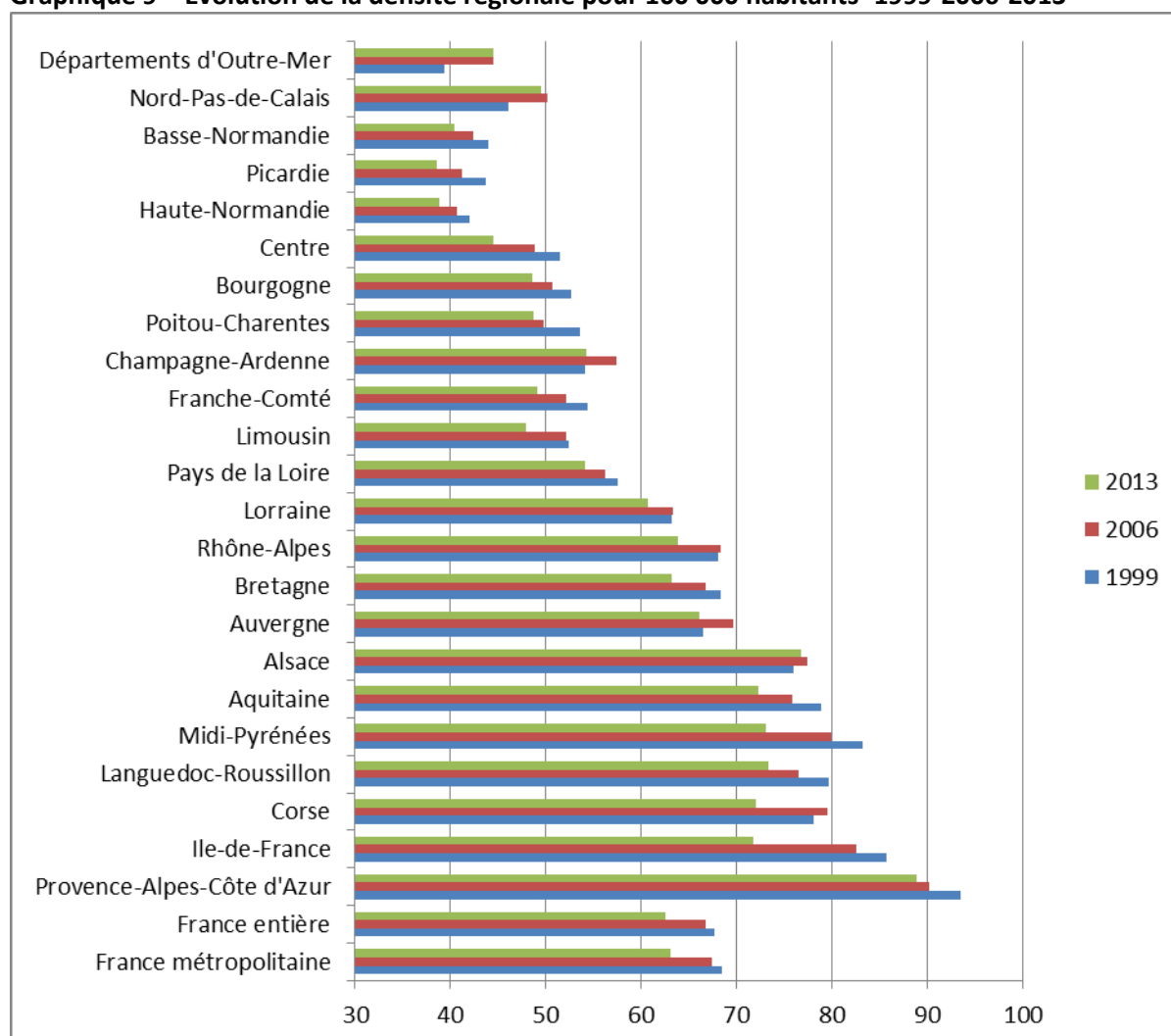
Figure 2 - Densité de chirurgiens-dentistes par région au 1^{er} janvier 2013



Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants.

Sur les 15 dernières années, si toutes les régions n'ont pas connu uniformément le recul de leur densité comme au niveau national, ces dynamiques régionales n'ont pas conduit à un rééquilibrage réel des disparités géographiques entre régions. La comparaison des densités en 1999, 2006 et 2013 (graphique 9), permet d'observer un certain rééquilibrage à la baisse sur les régions qui étaient en 1999 les plus richement dotées : à l'exception de PACA dont la densité n'a que très faiblement reculé, les régions du Sud (Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Aquitaine) mais aussi et surtout l'Île de France, restent plus dotées que la moyenne nationale mais dans une proportion bien moindre. En revanche, ce rééquilibrage « par le haut » n'a pas produit symétriquement une augmentation de la densité des régions les moins dotées dont la géographie n'a pas évolué, à l'exception du Nord Pas de Calais et des DOM qui ont connu un regain d'attractivité. L'Alsace et la Champagne-Ardenne sont des régions qui ont globalement maintenu leur densité sur la période.

Graphique 9 – Évolution de la densité régionale pour 100 000 habitants -1999-2006-2013

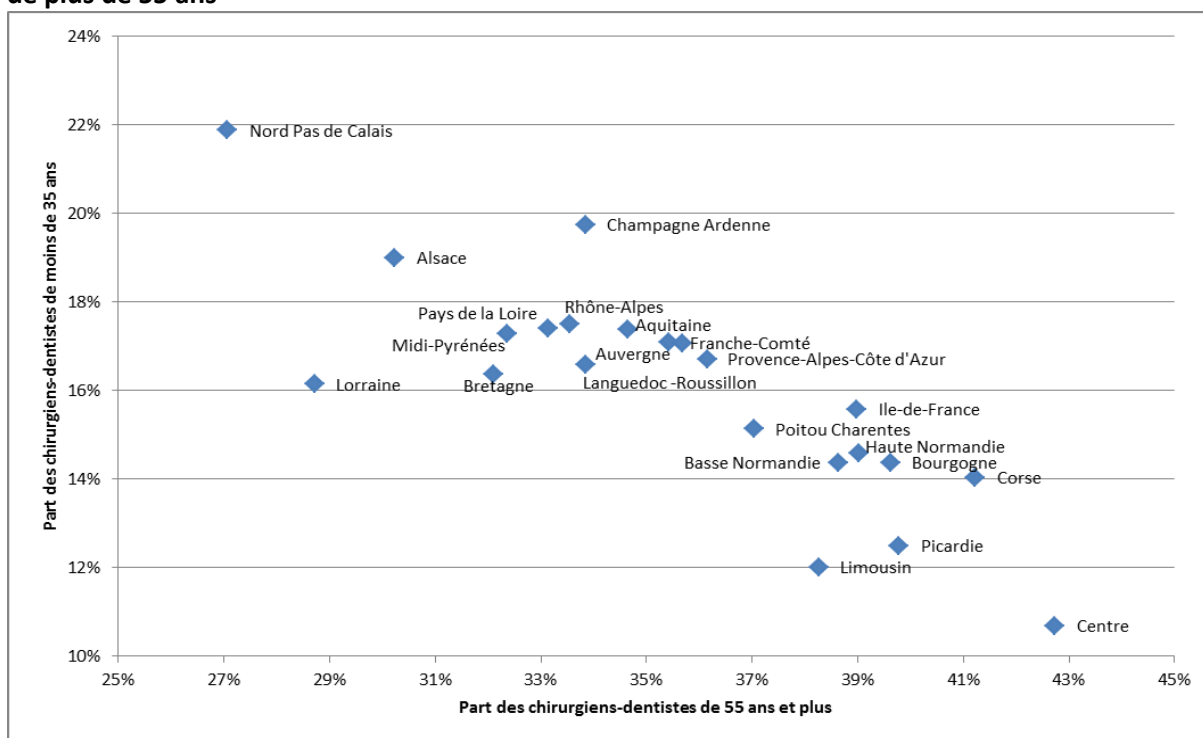


Source : Eco-santé, IRDES, rupture de série en 2011, source ADELI avant 2011, RPPS ensuite.

2.1.2 Les inégalités régionales de structure d'âge des praticiens

Selon les régions, la structure par âge est très variable (graphique 10). La part des chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans varie d'un peu moins de 11 % (Centre) à près de 22 % (Nord-Pas de Calais) et la part des 55 ans et plus varie de moins de 27 % (Nord-Pas-de-Calais) à près de 43 % (Centre).

Graphique 10 – Situation des régions selon la part de chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans et de plus de 55 ans



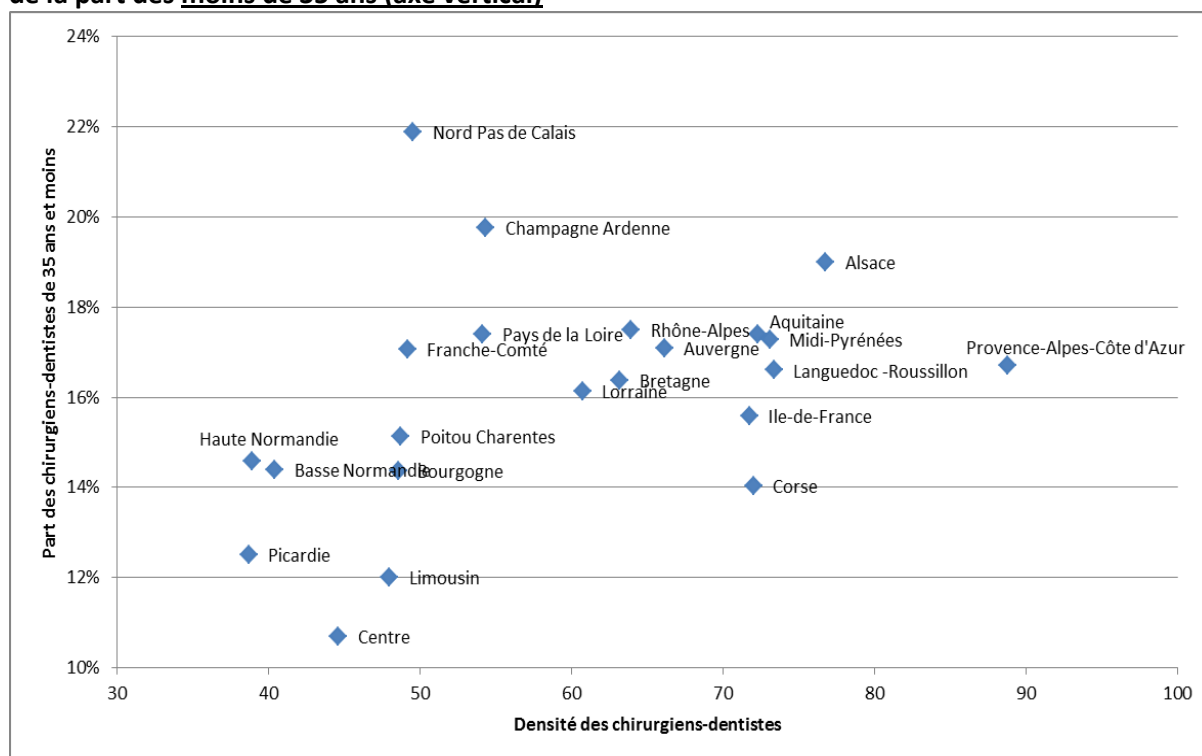
Champ : France métropolitaine

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

Le graphique 11 donnant à voir la part de jeunes (moins de 35 ans soit 16,6 % des dentistes au niveau national) croisée avec la densité montre que, **plus la densité est faible, plus la part des jeunes (moins de 35 ans) est faible** : les régions qui ont de faibles densité souffrent d'un manque d'attractivité à l'exception du Nord-Pas-de-Calais et de Champagne-Ardenne.

Le graphique 12 qui donne à voir le lien entre la densité et la part des plus de 55 ans est presque symétrique du graphique 11 ; il indique très nettement que **les régions les moins denses sont des régions où la population des chirurgiens-dentistes est également vieillissante**.

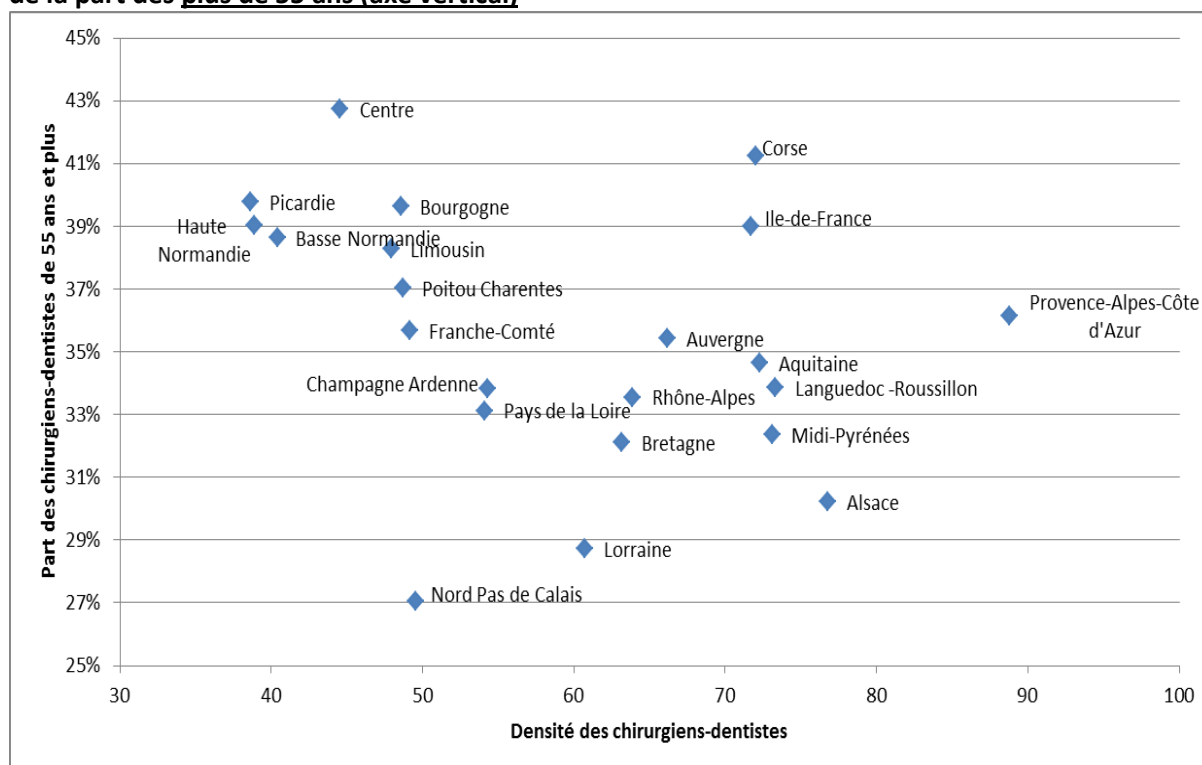
Graphique 11 – Situation des régions en fonction de la densité de praticiens et de la part des moins de 35 ans (axe vertical)



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

Densité : nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

Graphique 12 – Situation des régions en fonction de la densité de praticiens et de la part des plus de 55 ans (axe vertical)



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

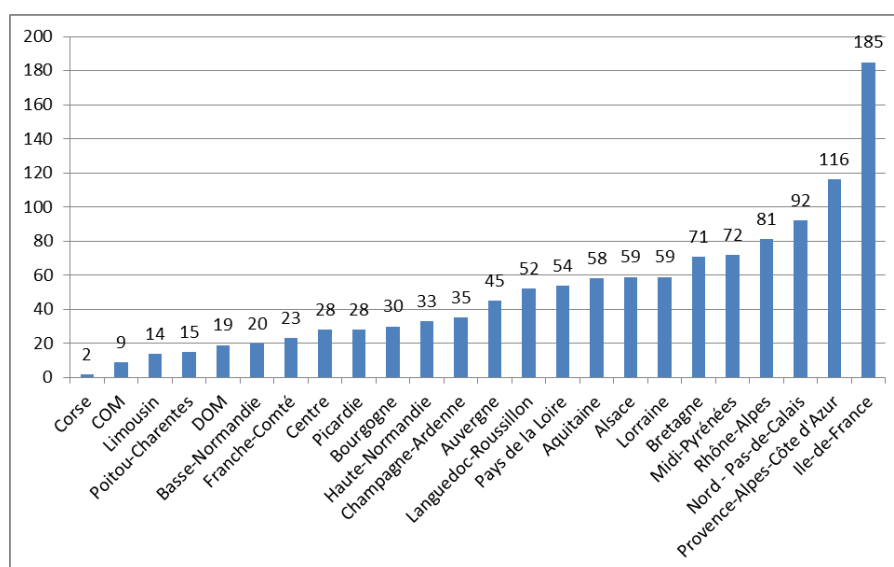
Densité : nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

2.2 L'impact des lieux de formation

2.2.1 Une inégale répartition des places au concours de la PACES

Le numerus clausus national est réparti sur les 22 régions et les DOM et un nombre de places en odontologie est affecté à chaque université ayant une Paces. Le graphique 13 présente cette répartition par région pour les 1 200 places ouvertes au national pour l'année universitaire 2012/2013.

Graphique 13 – Répartition des places en odontologie par région pour le concours de la Paces 2012/2013



Source : Conférence nationale des doyens des facultés de chirurgie-dentaire

La comparaison entre le nombre de places par région et le poids de chaque région dans la population générale montre que la répartition est très inégale. Le ratio entre le poids de la région dans le NC rapporté à son poids dans la population générale varie ainsi de près de 1,8 pour l'Alsace et l'Auvergne qui ont donc des places en proportion bien plus grandes que ce qu'elles représentent dans la population générale, contre 0,3 pour la Corse ou 0,4 pour Poitou-Charentes.

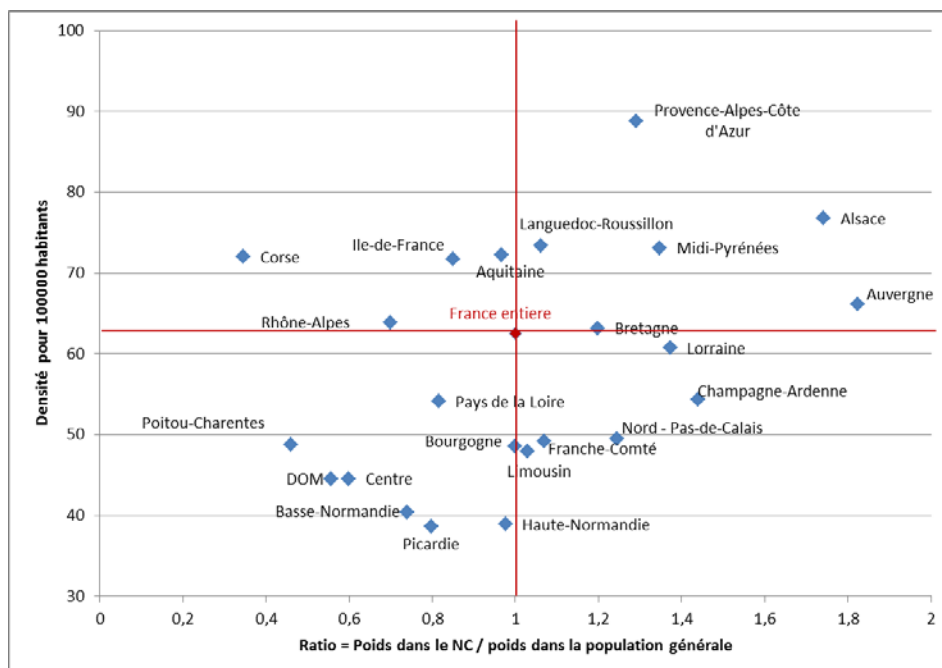
Par ailleurs, cette inégalité de répartition ne vient pas compenser les inégalités constatées de densité. Le graphique 14 croise cet indicateur d'inégalité de répartition des places et la densité. Il en ressort une typologie des régions selon quatre groupes :

- Quadrant supérieur droit : régions sur-dotées en places en Paces qui ont déjà une densité de chirurgiens-dentistes supérieure à la moyenne nationale, notamment PACA, l'Alsace et Midi Pyrénées.
- Quadrant supérieur gauche : région sous-dotées mais ayant une densité de praticiens supérieure à la moyenne nationale : Ile de France et Corse
- Quadrant inférieur gauche : région sous-dotées alors qu'elles ont déjà une densité faible de praticiens : Poitou-Charentes, Dom, Centre, Picardie et Basse Normandie.
- Quadrant inférieur droit : régions sur-dotées en place en Paces mais ayant une densité faible : Nord-Pas de Calais et Champagne-Ardenne.

Ainsi la répartition au Paces n'obéit ni à une logique démographique en termes de population (attribution du nombre de places en fonction du poids de la région dans la population générale), ni

à un objectif strict de rééquilibrage de la répartition des praticiens (sur-dotation dans régions à faible densité de dentiste et sous-dotation dans les régions à forte densité).

Graphique 14 – Position des régions selon leur densité de chirurgiens-dentistes en 2013 (axe vertical) et le rapport du poids dans le NC au poids dans la population (axe horizontal)

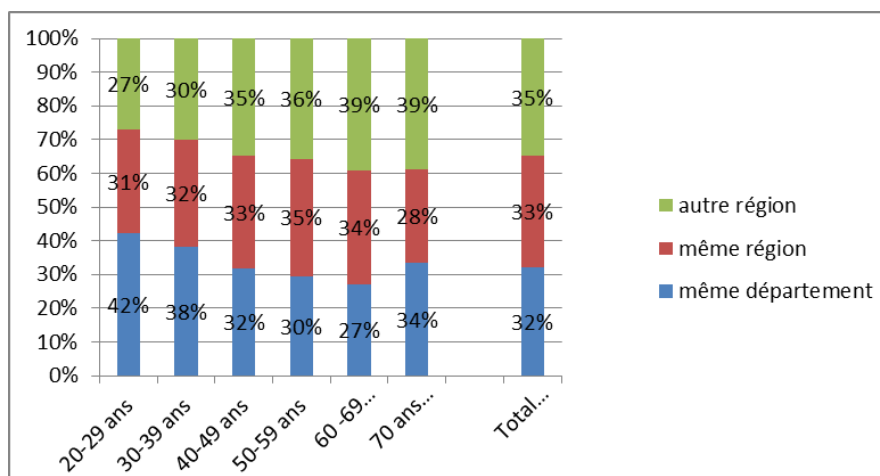


Source : RPPS DREES, données Insee 2012 de population estimée.

2.2.2 Le rôle déterminant de l'inégale répartition des facultés dentaires

Pour les praticiens formés en France, la corrélation est très nette entre région de formation et région d'exercice. En moyenne, les praticiens formés en France sont 32 % à exercer dans le département où ils ont obtenu leur diplôme, 32% dans un autre département de la même région et 35 % dans une autre région. Sans que l'on puisse distinguer s'il s'agit d'un effet d'âge ou de cohorte (lié à l'évolution de la répartition géographique du numerus clausus), on observe que plus le praticien est jeune, plus il exerce en proximité de son lieu de formation (graphique 15).

Graphique 15 – Région de formation par rapport à la région d'exercice en fonction de l'âge



Source : ONCD juillet 2013 - Champ : praticiens formés en France

Lecture : 42% des praticiens de moins de 30 ans exercent dans le département où ils ont été formés.

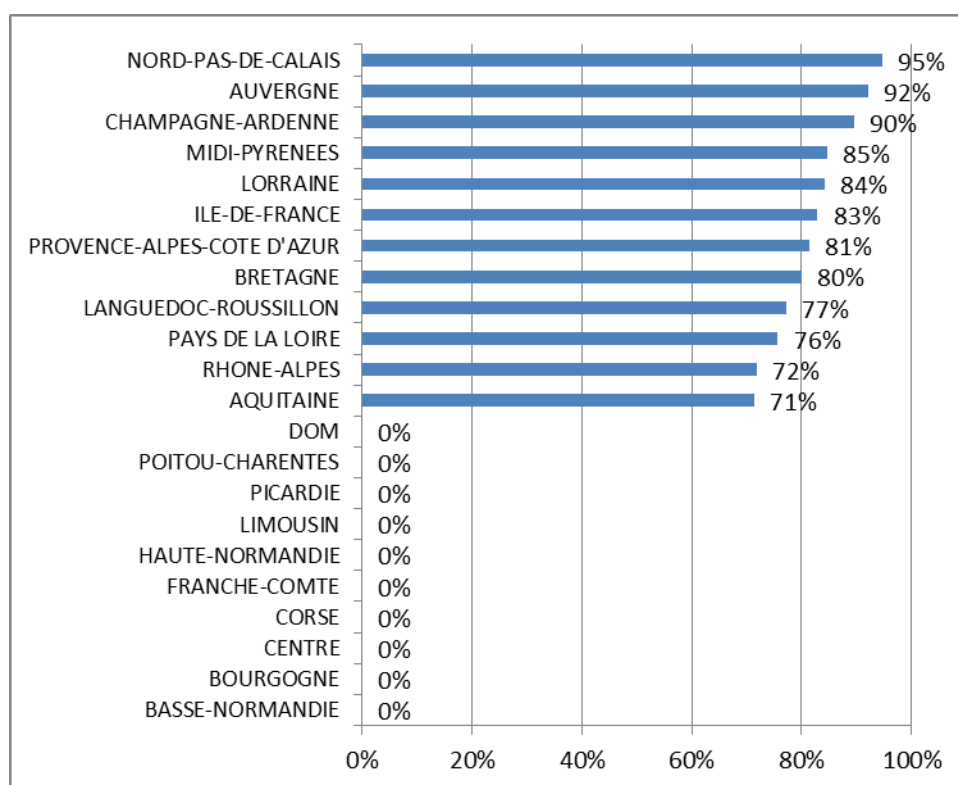
Cependant l'analyse des correspondances entre lieu d'exercice et lieu de formation est complexe car elles conjuguent :

- l'impact de l'implantation des facultés et de l'origine des étudiants par faculté ;
- la plus ou moins grande dispersion des lieux d'installation selon la région de formation.

Ainsi, la formation des chirurgiens-dentistes se déroule aujourd'hui dans seulement 16 facultés de chirurgie dentaire : Bordeaux, Brest, Clermont-Ferrand, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris V et Paris VII, Reims, Rennes, Strasbourg et Toulouse. **Au total 9 des 22 régions et les DOM ne comptent donc aucun lieu de formation en odontologie** : 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.**

Dans les régions dotées d'une faculté, la majorité des praticiens exerçant dans cette région ont été formés dans cette même région (graphique 16). Cette proportion varie cependant assez notablement et il apparaît que des régions comme l'Aquitaine ou Rhône-Alpes, mais aussi les Pays de la Loire, le Languedoc-Roussillon ou la Bretagne attirent des praticiens formés dans d'autres régions.

Graphique 16 – Proportion de jeunes praticiens exerçant dans une région et formés dans cette même région



Source : ONCD juillet 2013 - Champ : praticiens formés en France, moins de 35 ans

Lecture : 95 % des praticiens de moins de 35 ans exerçant en Nord-Pas de Calais ont fait leurs études en Nord-Pas-de-Calais.

Nous ne disposons pas de la donnée relative au lieu de la Paces dans les fichiers de l'Ordre. Il n'est donc pas possible d'établir directement le lien entre région de Paces et région d'exercice. Toutefois, l'analyse de la répartition des lieux d'exercice en fonction de la région de formation donne des indications.

Le tableau 11 présente les lieux d'étude en odontologie en fonction du lieu d'admission au concours de la Paces. Les étudiants admis en dentaire des régions qui n'ont pas de faculté sont orientés vers une, deux ou trois régions limitrophes ou non de leur région de concours.

Tableau 11 – Correspondance entre région de Paces et région d'études en chirurgie-dentaire/concours 2012/2013

NC UFR (ligne) / PACES (colonne)	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Haute-Normandie	Ile-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Midi-Pyrénées	Nord - Pas-de-Calais	Pays de la Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Rhône-Alpes	DOM	COM	TOTAL
Alsace	59				6					8															73
Aquitaine		58											7							5			19	4	93
Auvergne			45		10		8						7												70
Bretagne				20		71																			91
Champagne-Ardenne								35			10								28						73
Ile-de-France									1		1	185												5	192
Languedoc-Roussillon							8				2		52												62
Lorraine					8					15					59										82
Midi-Pyrénées																72									72
Nord - Pas-de-Calais											20						92								112
Pays de la Loire							12											54		10					76
Provence-Alpes-Côte d'Azur									1												116				117
Rhône-Alpes					6																	81			87
TOTAL	59	58	45	20	30	71	28	35	2	23	33	185	52	14	59	72	92	54	28	15	116	81	19	9	1200

Source : conférence des doyens des facultés de chirurgie-dentaire - Les colonnes grisées indiquent les régions avec faculté.

Les fichiers du Conseil national de l'ordre permettent d'analyser la répartition des régions d'exercice en fonction de la région de formation. Compte tenu de l'évolution des NC, il est préférable de ne retenir qu'une période récente, les calculs présentés concernent donc les praticiens les plus jeunes (moins de 35 ans).

La répartition des lieux d'installation en fonction de la région de formation est mise en regard de l'origine des étudiants à la Paces pour cette région (tableau 11). **L'impact déterminant de la région de formation sur la région d'exercice est très net.** Dans la plupart des régions ayant une faculté dentaire, entre 60 % et 80 % des étudiants formés dans une région exercent dans cette même région. Les deux exceptions sont l'Auvergne et la Champagne-Ardenne qui sont toutefois des régions dont une majorité d'étudiants en odontologie sont originaires d'une autre région.

Il semble que le taux de « retour » dans une région de Paces sans faculté dentaire soit assez faible.

Ainsi la proportion des praticiens formés dans une région et qui exercent dans une région mère jumelée pour la Paces mais sans faculté est toujours beaucoup plus faible que la proportion d'étudiants originaires de la région mère. Par exemple, 18 % des étudiants de la faculté de Lille sont originaire de la Paces de Caen mais seulement 0,4% des étudiants diplômés à Lille exercent en Haute-Normandie.

Certaines régions cumulent donc deux handicaps : elles ont une dotation au Paces faible au regard de leur population, et les étudiants devant se former dans une autre région, ils sont peu nombreux à revenir.

Toutefois, les régions ayant des facultés connaissent aussi une mobilité extrarégionale et selon les régions ce sont entre 12 % et 36 % des personnes formées qui vont aller exercer dans une région sans lien au niveau du dispositif de formation.

Tableau 12 – Région d'exercice en fonction de la région de formation pour les praticiens de moins de 35 ans

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

Sources :

Répartition par région d'exercice en fonction de la région de formation (lignes grisées) : ONCD, base juillet 2013

Champ : praticiens de moins de 35 ans

Origine des places en PACES en 2013 : conférence nationale des doyens des facultés de chirurgie dentaire

Lecture :

Sur 100 praticiens de moins de 35 ans formés en Alsace : 69,2 % exercent en Alsace, 1,9 % en Bourgogne etc. Au total 12,3 % exercent dans une région qui oriente vers l'Alsace à l'issue de la Paces et 18,5 % exercent dans une autre région, sans lien avec l'Alsace dans le dispositif de formation.

Les étudiants formés en Alsace (ligne blanche) sont 80,8 % à avoir passé la Paces en Alsace et 19,2 % dans une région qui oriente vers l'Alsace (en l'occurrence, Bourgogne et Franche-Comté).

2.2.3 Apport des praticiens diplômés à l'étranger par région

Les praticiens diplômés à l'étranger et venus exercer en France ne s'installent pas indifféremment dans toutes les régions (tableau 12). Ils exercent pour près d'un tiers d'entre eux en Ile-de-France (31 %), pour 10 % en Rhône-Alpes, 9 % en PACA, 5 % en Haute Normandie, et 4 % respectivement en Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et en région Centre.

La part des diplômés à l'étranger est ainsi très variable d'une région à l'autre : particulièrement élevée en Haute (11,2 %) et Basse-Normandie (8,3 %) et dans une moindre mesure en Ile-de-France (6,5 %), elle n'excède pas 3% dans une dizaine de régions (tableau 13).

Tableau 13 – Origine des praticiens formés à l'étranger selon les régions

	Formés à l'étranger	% colonne	Poids dans l'effectif régional	Europe O	Europe E	Russie-Ukraine	Maghreb	Amérique latine	Asie	Moyen Orient	Afrique	Amérique Nord	Total formés à l'étranger
ALSACE	44	2%	3,1%	34%	59%			2%	2%	2%			100%
AQUITAINE	57	3%	2,4%	58%	18%		5%	9%		4%	7%		100%
AUVERGNE	11	1%	1,2%	45%	45%					9%			100%
BASSE-NORMANDIE	49	3%	8,3%	31%	55%		6%	4%	2%			2%	100%
BOURGOGNE	48	3%	6,0%	46%	44%	2%	4%		2%	2%			100%
BRETAGNE	49	3%	2,4%	31%	49%		10%		4%	2%	4%		100%
CENTRE	66	4%	5,8%	41%	38%		12%	3%		6%			100%
CHAMPAGNE-ARDENNE	37	2%	5,0%	54%	32%		3%	3%		5%	3%		100%
CORSE	3	0%	1,3%	67%	33%								100%
FRANCHE-COMTE	35	2%	6,0%	66%	31%				3%				100%
HAUTE-NORMANDIE	81	5%	11,3%	59%	33%		4%	1%	1%	1%			100%
ILE-DE-FRANCE	555	31%	6,5%	36%	18%	1%	17%	5%	3%	18%	1%	1%	100%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	77	4%	3,8%	69%	19%		3%	1%		5%		3%	100%
LIMOUSIN	15	1%	4,1%	73%	27%								100%
LORRAINE	42	2%	2,9%	67%	31%				2%				100%
MIDI-PYRENEES	65	4%	3,0%	54%	31%		8%	3%		5%			100%
NORD-PAS-DE-CALAIS	55	3%	2,7%	60%	31%		4%	2%		4%			100%
PAYS DE LA LOIRE	49	3%	2,5%	24%	51%		4%	4%		16%			100%
PICARDIE	27	2%	3,7%	63%	22%		4%			11%			100%
POITOU-CHARENTES	54	3%	6,2%	35%	52%		2%	2%		7%	2%		100%
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	158	9%	3,6%	62%	25%	1%	8%	1%	1%	3%			100%
RHONE-ALPES	171	10%	4,2%	57%	36%		3%	1%		2%	2%		100%
													0%
GUADELOUPE	11	1%	5,9%	82%				9%		9%			100%
GUYANE	1	0%	2,0%	100%									100%
MARTINIQUE	9	1%	5,9%	78%	22%								100%
LA REUNION	13	1%	2,9%	100%									100%
COM	4	0%	1,6%	75%	25%								100%
Total général	1786	100%	4,3%	48%	29%	0%	8%	3%	1%	8%	1%	1%	100%

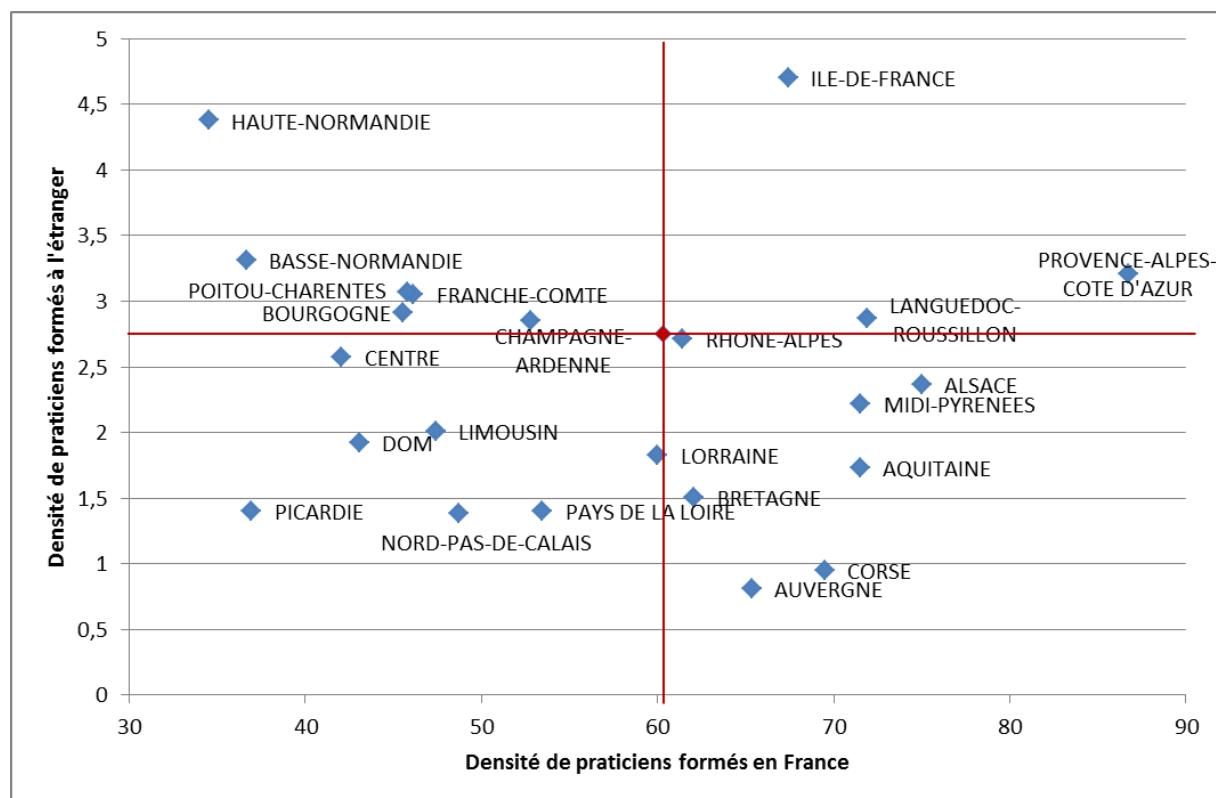
Source : ONCD juillet 2013 – calcul Plein Sens

Définition des zones : cf. légende du tableau 9 p. 16.

Ainsi, l'apport des praticiens formés à l'étranger n'est pas particulièrement orienté vers les régions les moins dotées en praticiens. Le graphique 17 qui croise la densité de praticiens formés à l'étranger et celle des praticiens formés en France montre que toutes les situations existent : une région déjà sur-dotée à laquelle viennent s'ajouter des flux importants de praticiens formés à l'étranger (l'Ile-de-France) et à l'inverse des régions sous-dotées pour certaines pas du tout attractives (Picardie, Nord-Pas-de-Calais) et pour d'autres spécifiquement attractives pour des

personnes formées à l'étranger (Haute-Normandie en particulier et, dans une moindre mesure, Basse-Normandie, Poitou-Charentes, Franche-Comté et Bourgogne).

Graphique 17 – Situation des régions en fonction de leur densité de praticiens formés à l'étranger et de praticiens formés en France



Source : ONCD juillet 2013 – densités pour 100 000 habitants, population Insee 2012 – Calcul Plein Sens

2.3 Profil des dynamiques régionales

Pour caractériser les évolutions en cours et attendues de la démographie des régions, chaque région est située en fonction de 7 indicateurs qui sont présentés ici en synthèse (tableau 14) :

1. La densité actuelle de chirurgiens-dentistes ;
2. La part de praticiens de plus de 55 ans ;
3. Le ratio entre le nombre de places au concours de la Paces dans la région rapporté au poids de la région dans la population générale. Un ratio supérieur à 1 correspond à une région sur-dotée : sous l'hypothèse (fausse) où les personnes s'installeraient dans leur région d'origine, une région sur-dotée voit sa densité augmenter en valeur relative par rapport aux autres régions toutes choses égales par ailleurs.

Pour les régions dotées d'une faculté dentaire :

4. La part des formés dans la région exerçant dans la région rapportée à la part des formés originaires de la région au Paces. Un ratio faible indique une forte évacuation des étudiants hors de leur région de formation, un ratio fort indique que des étudiants non originaires de la région y demeurent après leurs études.
5. La part des personnes formées dans la région et parties s'installer dans une région autre que leur région d'origine potentielle (la région de formation ou la région d'origine Paces). Si cet indicateur est élevé, cela signifie que la région forme « pour d'autres régions » que celles dont sont originaires les étudiants.

6. Un ratio d'attractivité interrégionale : on ne retient que les mobilités interrégionales qui ne s'expliquent pas par la structure de formation, donc on ne retient que les flux interrégionaux de la formation à l'installation entre régions qui sont sans lien entre Paces et UFR d'odontologie. On regarde si la région attire en proportion de ce flux inter-régional plus ou moins que son poids en termes de population. Un ratio supérieur à 1 indique que la densité de la région est renforcée par des flux d'installation venant de régions qui ne sont ni région d'origine, ni région de formation.

7. Un ratio d'attractivité des praticiens étrangers : poids de la région dans la population des praticiens étrangers rapportée au poids de la population générale. Un ratio supérieur à 1 indique que les flux de praticiens étrangers contribuent à augmenter la densité de praticiens au-delà de la moyenne nationale.

Tableau 14 – Profil des régions – synthèse

	Densité 1er janvier 2013 (l)		% plus de 55 ans		ratio poids dans NC au paces/poids de la région en nb d'habitants		ratio (part des formés dans la région y restant en exercice / part des formés originaires de la région)		part des formés installés dans une région autre que la région d'origine (UFR ou PACES)		ratio % mobiles inter-region / poids de la région en nb d'habitants		ratio %étrangers exerçant dans la région / poids de la région en nb d'habitants	
Regions avec faculté														
ALSACE	77	+	30,2%	-	1,7	++	0,9		18%		0,2	--	0,9	
AQUITAINE	72	+	34,7%		1,0		1,0		12%		2,0	++	0,6	-
AUVERGNE	66		35,4%		1,8	++	0,6	--	35%	++	0,4	--	0,3	--
BRETAGNE	63		32,1%	-	1,2	+	0,8	-	25%	+	1,1		0,6	-
CHAMPAGNE-ARDENNE	54	-	33,8%		1,4	+	0,8	-	34%	++	0,6	-	1,0	
ILE-DE-FRANCE	72	+	39,0%	+	0,9		0,9		16%		1,0		1,7	++
LANGUEDOC-ROUSSILLON	73	+	33,9%		1,1		0,8	-	32%	++	1,5	+	1,1	
LORRAINE	61		28,7%	--	1,4	+	0,9		23%	+	0,9		0,7	-
MIDI-PYRENEES	73	+	32,4%	-	1,3	+	0,7	--	33%	++	1,0		0,8	-
NORD-PAS-DE-CALAIS	50	-	27,1%	--	1,2	+	1,1	+	12%		0,3	--	0,5	--
PAYS DE LA LOIRE	54	-	33,1%		0,8	-	0,9		20%	+	1,2	+	0,5	--
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	89	++	36,1%		1,3	+	0,8	-	14%		1,4	+	1,2	+
RHONE-ALPES	64		33,6%		0,7	-	0,9		15%		1,5	+	1,0	
Regions sans faculté														
BASSE-NORMANDIE	40	--	38,6%	+	0,7	--					1,1		1,2	+
BOURGOGNE	49	-	39,6%	+	1,0						0,1	--	1,1	
CENTRE	45	--	42,7%	++	0,6	--					0,8	-	0,9	
CORSE	72	+	41,2%	++	0,3	--					0,3	--	0,3	--
FRANCHE-COMTE	49	-	35,7%		1,1						0,5	-	1,1	
HAUTE-NORMANDIE	39	--	39,0%	+	1,0						0,3	--	1,6	++
LIMOUSIN	48	-	38,3%	+	1,0						0,5	-	0,7	-
PICARDIE	39	--	39,8%	+	0,8	-					0,7	-	0,5	--
POITOU-CHARENTES	49	-	37,0%		0,5	--					0,8	-	1,1	
DOM	45	-	33,9%		0,6	--					3,7	++	0,7	-

Il est difficile d'identifier une typologie des régions car les dynamiques régionales sont la résultante d'effets propres à chaque région. A titre d'exemple :

- L'Alsace est une région à très forte densité de dentistes, avec une population de praticiens beaucoup plus jeune que la moyenne. Le NC attribué à la Paces aux étudiants de la région est très favorable. Globalement, les étudiants de la région restent pour y exercer, et la part des étudiants formés en Alsace qui quittent la région n'est pas très élevée. En revanche, peu de personnes formées dans d'autres régions viennent s'installer en Alsace, et la région a un niveau d'attractivité dans la moyenne pour les étrangers.
- Le Nord Pas de Calais a une densité très faible et une population de chirurgiens-dentistes jeunes. Le NC est légèrement favorable. Les personnes formées dans la région y restent ainsi qu'une part de ceux qui n'en sont pas originaires. En revanche, la région n'attire pas du tout les personnes formées ailleurs dans une autre région ou à l'étranger.
- La région Centre a une très faible densité de chirurgiens-dentistes et une très forte part d'entre eux a plus de 45 ans. La région offre au Paces un nombre de places particulièrement faible au

regard de sa taille. Elle attire moins que la moyenne des flux de praticiens venus de régions sans lien au niveau de l'appareil de formation et une proportion moyenne d'étrangers.

Chacune des 22 régions a ainsi un profil singulier.

2.4 Les capacités de formation des régions

En 2006, lors d'une mission d'audit sur l'appareil de formation en odontologie⁵, l'IGAS mettait au jour les contraintes liées aux facultés dentaires qui pouvaient entraver tout projet d'évolution du *numerus clausus*. **Les principales contraintes qui dimensionnent les capacités de formation sont les fauteuils et les capacités enseignantes.**

L'historique du NC par région de formation révèle de très faibles ajustements dans la répartition interrégionale du NC national. Tout semble se passer comme si les capacités de formation étaient effectivement le principal facteur de dimensionnement des flux de formations par région.

2.4.1 Les capacités de formation

Les capacités de formation des facultés de chirurgie dentaire ne sont pas immédiatement flexibles. Toute variation de *numerus clausus* doit donner lieu à une étude des capacités d'accueil d'étudiants supplémentaires dans chaque établissement, en tenant compte à la fois :

- des contraintes matérielles (nombre de fauteuils) ;
- des contraintes humaines (nombre d'enseignants).

Tableau 15 – Répartition des fauteuils par étudiant et interne en odontologie en 2009

CHU / CHR	Nb de fauteuils 2009	Nb d'internes et étudiants 2009	Nb d'étudiants ou internes par fauteuil 2009
Bordeaux	45	261	5,8
Brest	27	62	2,3
Clermont-Ferrand	49	158	3,2
Lille	64	225	3,5
Lyon	89	259	2,9
Marseille	100	203	2,0
Montpellier	63	172	2,7
Nancy	57	166	2,9
Nantes	70	197	2,8
Nice	33	107	3,2
Reims	69	167	2,4
Rennes	56	152	2,7
Strasbourg	80	180	2,3
Toulouse	71	202	2,8
Paris Ile-de-France	227	584	2,6
TOTAL	1 100	3 095	2,8

Source : Gérard Decour, *Rapport sur l'augmentation du numerus clausus des étudiants en odontologie*, DHOS, octobre 2009.

⁵ V. Guillocheau, et al., *Audit de l'appareil de formation odontologique*, IGAS, décembre 2006.

Tableau 16 – Répartition des fauteuils par étudiant et interne en odontologie en 2013

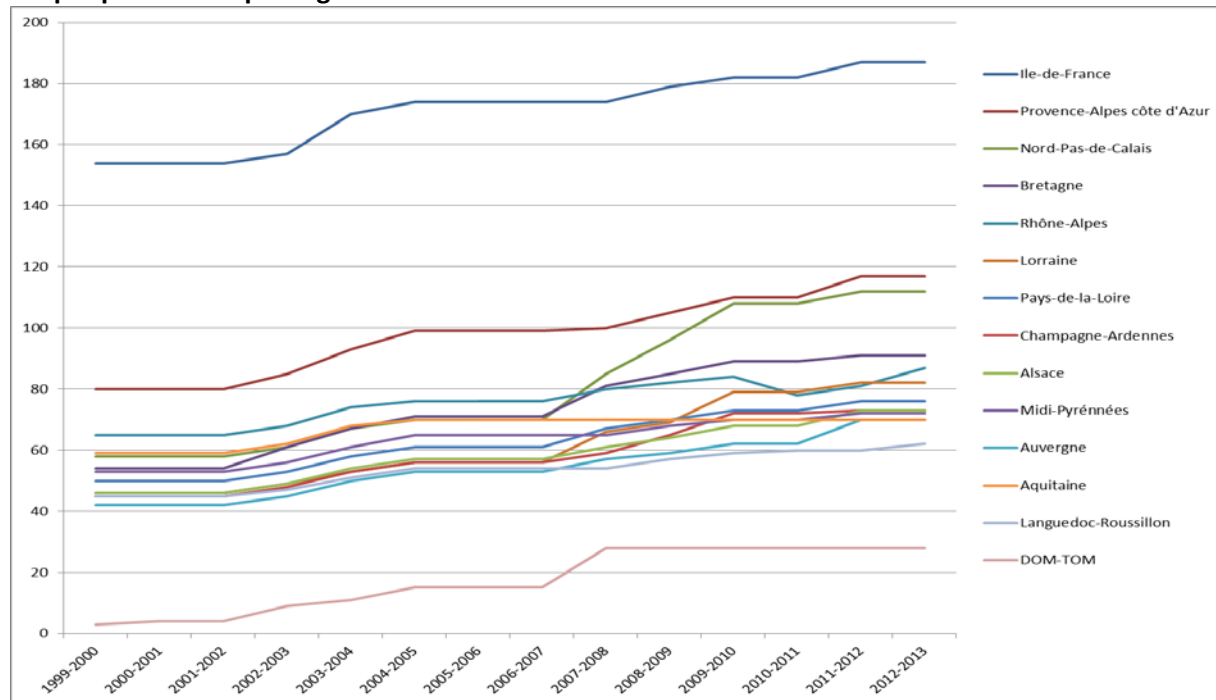
CHU / CHR	Nb de fauteuils 2013	Progression Nb de fauteuils 2009-2013	Nb d'étudiants	Nb d'étudiants par fauteuil
Bordeaux	52	7	291	5,6
Brest	29	2	80	2,8
Clermont-Ferrand	62	13	184	3
Lille	86	22	320	3,7
Lyon	89	-	267	3
Marseille	104	4	229	2,2
Montpellier	63	-	188	3
Nancy	57	-	256	4,5
Nantes	73	3	218	3
Nice	34	1	131	3,9
Reims	67	-2	226	3,4
Rennes	59	3	201	3,4
Strasbourg	96	16	211	2,2
Toulouse	72	1	222	3,1
Paris Ile-de-France	269	42	612	2,3
TOTAL	1 212	112	3 636	3

Source : Conférence nationale des doyens des facultés de chirurgie dentaire

2.4.2 Historique du numerus clausus par région

L'historique du NC par région de formation depuis 2000 (graphique 18) montre que la stratégie de répartition du NC n'a pas notablement évolué à l'exception du Nord-Pas-de-Calais (et de la Lorraine dans une moindre mesure). Le poids relatif des régions n'a pas changé de manière importante.

Graphique 18 – NC par région de formation et NC DOM – 2000-2013



Source : ONDPS

2.4.3 L'internat

Réformé par la loi du 21 juillet 2009, l'internat ou 3ème cycle long des études en odontologie est un cycle de formation accessible par concours interrégional (sur 7 inter-régions) au terme de la validation du 2^{ème} cycle. Il existe aujourd'hui 3 formations qualifiantes réalisées en qualité d'interne :

- diplôme d'études spécialisées de chirurgie orale, formation commune à la médecine et à l'odontologie,
- diplôme d'études spécialisées d'orthopédie dentofaciale,
- diplôme d'études spécialisées de médecine bucco-dentaire.

Le choix de la formation et du centre hospitalier universitaire de rattachement est subordonné au rang de classement aux épreuves de l'internat.

Les chirurgiens-dentistes qualifiés (anciens internes) appliquent des tarifs de spécialistes mais ils n'ont aucune exclusivité d'acte⁶.

Les postes offerts au concours national d'internat en odontologie s'élèvent à 102 à la rentrée 2013⁷. Ces postes concernent la cohorte du numerus clausus 2009 (NC=1 097), ce qui constitue un rapport de 9,3 % entre le numerus clausus et les postes d'internes (la même année ce rapport s'élève à 15,5 % pour les pharmaciens et 108,3 % pour les médecins).

⁶ Tous les chirurgiens-dentistes diplômés et thésés peuvent en théorie pratiquer l'ensemble des soins conservateurs ou préventifs. Il n'y a pas d'autorisation spécifique liée à la détention de tel ou tel titre complémentaire ou spécialisé (internat). Mais il faut distinguer la notion de capacité (le titre de Docteur) et la compétence qui pourra-t-elle, sur des actes de pointe, être éventuellement contestée en cas de litige à un praticien qui n'aurait aucune formation dédiée.

⁷ Arrêté du 27 mai 2013 modifiant l'arrêté du 5 mars 2013 portant répartition des postes offerts au titre de l'année 2013-2014 au concours national d'internat donnant accès au troisième cycle long des études odontologiques.

3 La consommation des soins dentaires en 2012

3.1 Un suivi statistique limité à l'activité remboursée

Les praticiens libéraux sont presque tous conventionnés⁸, mais seule l'activité remboursable (actes inscrits à la nomenclature) et présentée au remboursement est suivie statistiquement par l'assurance maladie: elle constitue donc un indicateur « biaisé » en niveau et en structure de l'activité effectivement produite et consommée. En effet, jusqu'en 2004, aucun texte législatif ne précisait si les actes hors nomenclature devaient figurer ou non sur les feuilles de soins. En 2004, la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) a exclu la mention des actes médicaux non-remboursables sur les feuilles de soins, et la disposition a été reprise par la convention nationale des chirurgiens-dentistes de 2006.

Conformément à la convention, les consultations, soins conservateurs et chirurgicaux sont remboursés sur la base du tarif opposable figurant à la convention ; les prothèses et l'orthodontie font l'objet d'une entente directe.

En dehors des enfants (programme de prévention conventionnel), les actes de prévention et d'éducation à l'hygiène dentaire ne sont pas cotés, en dehors du détartrage, les actes de parodontologie pourtant essentiels à la prévention de la perte de dents, ne sont pas inscrits à la nomenclature.

Au total, le Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) enregistre l'activité de la presque totalité des praticiens, mais est limité à la partie des actes inscrits à la nomenclature présentés au remboursement.

3.2 L'impact de la densité de dentistes

3.2.1 sur l'activité des dentistes selon les régions

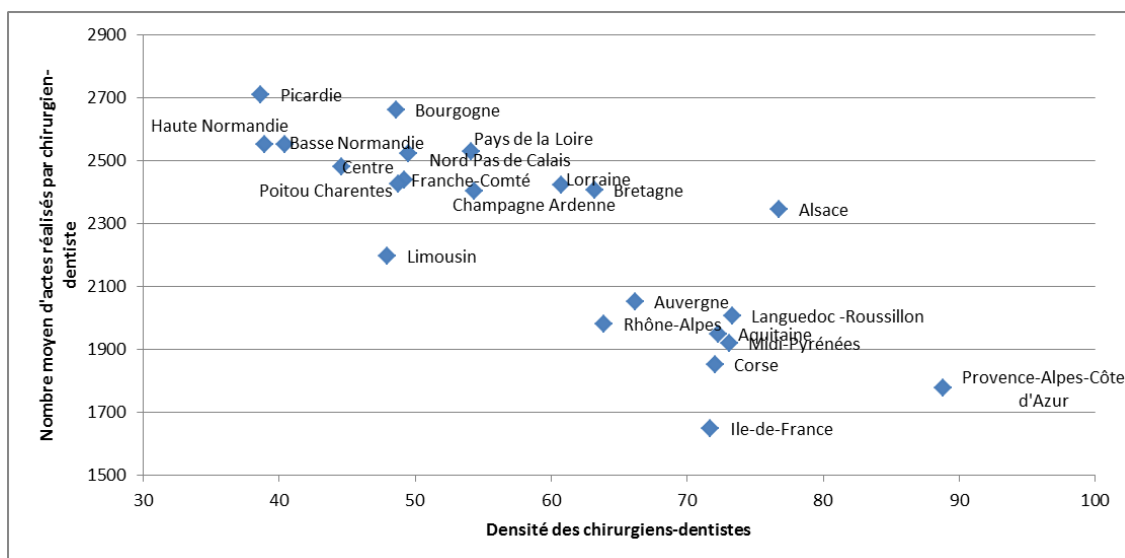
Le nombre moyen d'actes recensés par l'Assurance maladie par chirurgien-dentiste décroît presque linéairement avec la densité, l'Alsace présentant une situation atypique avec un niveau d'activité élevé au regard de sa densité.

La moyenne nationale de cet indicateur d'activité par chirurgien-dentiste est de 2 066 en 2012.

Ce chiffre connaît encore de grandes variations régionales, avec 1650 actes réalisés annuellement par chirurgien-dentiste en Ile-de-France contre 2 711 en Picardie. Le nombre d'actes effectués est à mettre en regard avec la densité (Graphique 19).

⁸ Sur 35 935 praticiens recensés au 1^{er} janvier 2012 par le SNIR, seuls 236 sont en dépassement permanent et 110 non conventionnés, ce qui signifie que seuls 0,96 % ne sont pas conventionnés (Source : DREES, Série Documents de travail, *Comptes nationaux de la santé 2011*, septembre 2012.).

Graphique 19 – Situation des régions en fonction de la densité de praticiens et de leur niveau d'activité conventionnelle



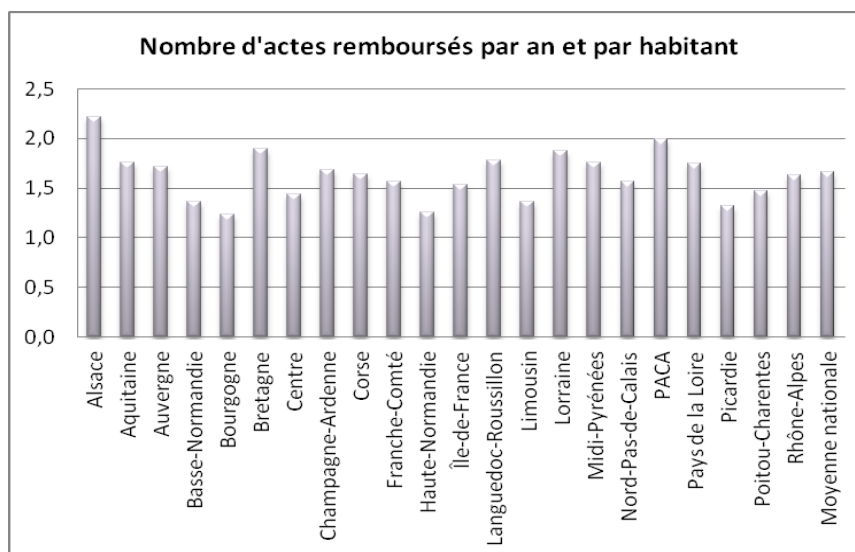
Le nombre d'actes est mesuré par la somme des actes suivants : **consultations, actes de chirurgie dentaire, soins conservateurs, actes de prothèses et les actes d'orthopédie dentofaciale**. La radiologie n'est pas comptabilisée.

Source : données d'actes CNAMTS, SNIIRAM 2012 ; Densité : nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, effectifs de praticiens issus du RPPS 2012 et estimations Insee de population générale 2012.

3.2.2 sur la consommation par habitant selon les régions

Toutefois, le surcroît d'activité par praticien observé dans les régions les moins denses ne permet pas de rétablir un équilibre dans le nombre d'actes réalisés par habitant. Les régions dans lesquelles les dentistes sont en proportion les moins nombreux sont aussi celles où les habitants bénéficient en moyenne du plus faible niveau d'actes. L'Alsace se distingue par un niveau d'actes remboursables particulièrement élevé par habitant.

Graphiques 20 et 21 – Nombre d'actes remboursés par an et par habitant



Régions	nbre actes/hab/2012	densité dentiste
Alsace	2,2	77
Aquitaine	1,8	72
Auvergne	1,7	66
Basse-Normandie	1,4	40
Bourgogne	1,2	49
Bretagne	1,9	63
Centre	1,4	45
Champagne-Ardenne	1,7	54
Corse	1,6	72
Franche-Comté	1,6	49
Haute-Normandie	1,3	39
Île-de-France	1,5	72
Languedoc-Roussillon	1,8	73
Limousin	1,4	48
Lorraine	1,9	61
Midi-Pyrénées	1,8	73
Nord-Pas-de-Calais	1,6	50
PACA	2,0	89
Pays de la Loire	1,7	54
Picardie	1,3	39
Poitou-Charentes	1,5	49
Rhône-Alpes	1,6	64
Moyenne nationale	1,7	63

Cette seconde approche a été réalisée sur le total des actes remboursés en 2012 (108 millions d'actes) correspondant aux lettres-clefs suivantes :

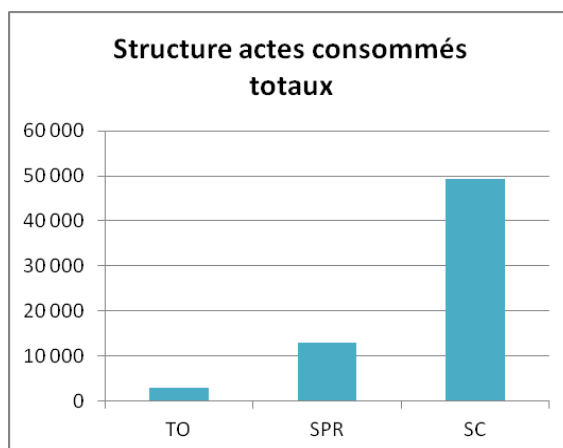
Lettres-Clés utilisées	
BDC	Prévention bucco-dentaire: consultation
BR2	Prévention bucco-dentaire: radio deux clichés
BR4	Prévention bucco-dentaire: radio quatre clichés
C	Consultation cotée C
CS	Consultation cotée CS
D	Actes en D (actes chirurgicaux)
DC	Actes en DC (actes chirurgicaux)
SC	Actes en SC (soins conservateurs)
SPR	Actes en SPR (soins prothétiques)
TO	Actes en TO (traitements orthodontiques)
V	Visite cotée V
VS	Visite cotée VS
Z	Actes de radiologie

3.3 La structure de consommation des soins dentaires

3.3.1 Par catégorie d'actes

Les soins conservateurs représentent près de la moitié (45,6 %) de la consommation totale remboursée, les soins prothétiques 12,1 % et les traitements orthodontiques 2,8 %.

Graphique 22 – Actes consommés totaux

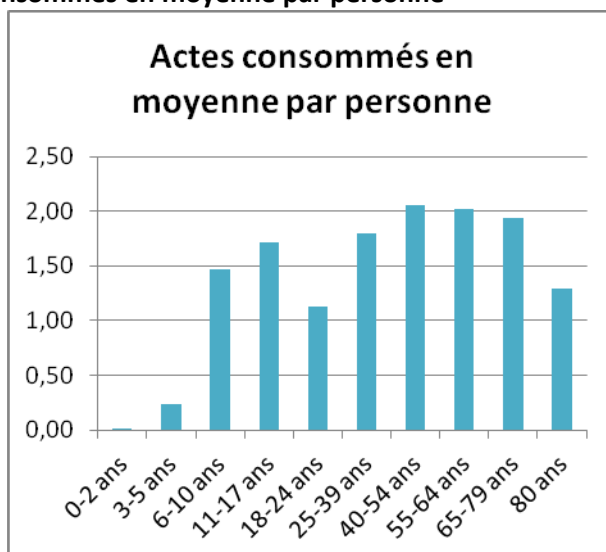


3.3.2 Par classe d'âge

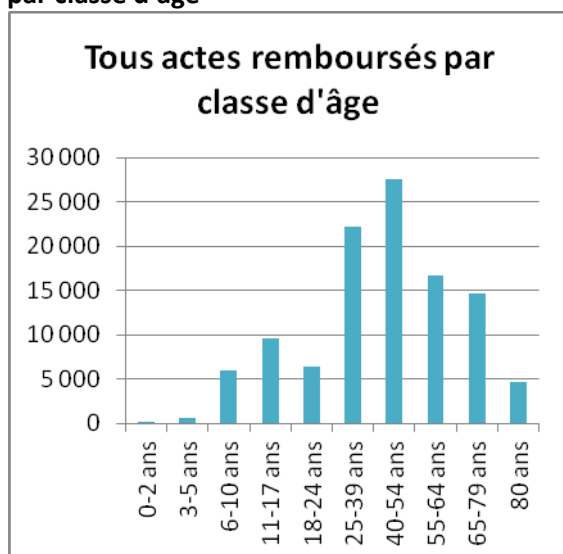
Compte tenu de l'importance numérique relative de chaque classe d'âge dans la pyramide des âges en 2012, le total d'actes consommés (108 millions) se concentre entre 25 et 79 ans.

En ce qui concerne les soins conservateurs (près de 50 % de la consommation), leur distribution par classe d'âge est un peu différente. Complémentairement, la consommation des soins prothétiques et des traitements orthodontiques remboursés est concentrée sur quelques classes d'âge.

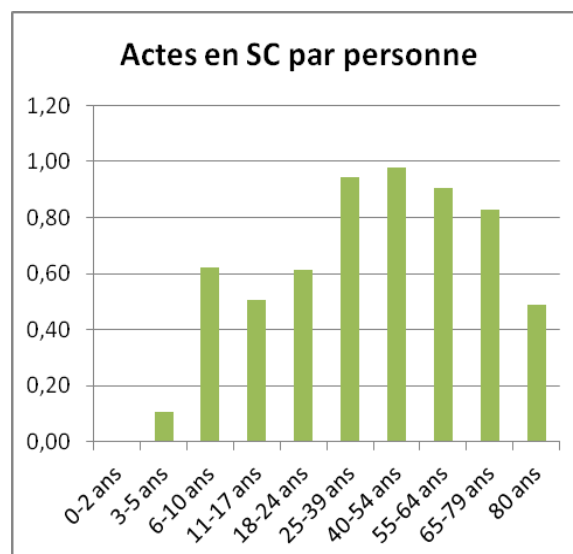
Graphique 23 – Actes consommés en moyenne par personne



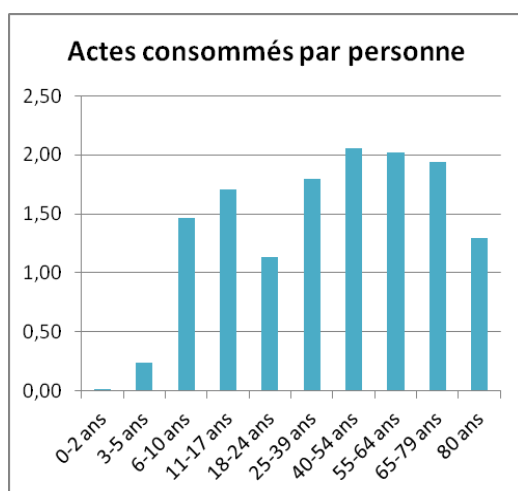
Graphique 24 – Tous les Actes remboursés par classe d'âge



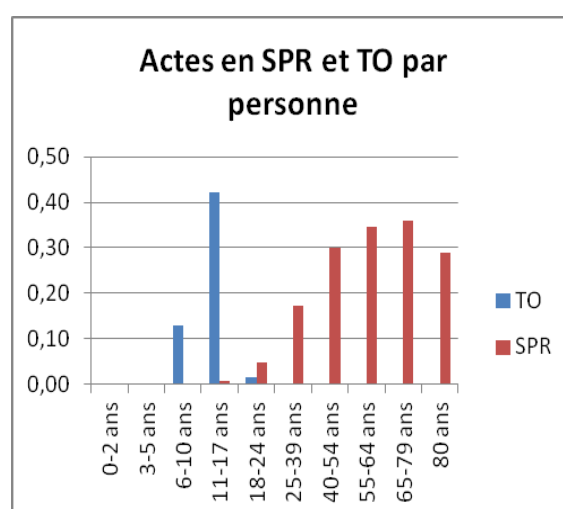
Graphique 26 – Actes en SC par personne



Graphique 25 – Actes consommés par personne



Graphique 27 – Actes en SPR et TO par personne



4 Perspectives

Les informations disponibles mettent en évidence certaines caractéristiques de la consommation actuelle de soins dentaires. Elles sont néanmoins insuffisantes pour apprécier l'adéquation de l'offre de soins dentaires aux besoins de la population.

A fortiori, est-il difficile d'étayer la fixation du *numerus clausus* sur des scénarios prospectifs modélisant l'impact de l'évolution probable des techniques de soins et de prise en charge.

4.1 L'impossibilité d'évaluer précisément la qualité de la prise en charge des besoins de soins dentaires

L'état de santé bucco-dentaire des français est peu documenté et, par ailleurs, il y a peu d'éléments pour évaluer les éventuelles difficultés d'accès aux soins.

Concernant la santé bucco-dentaire, il y a peu de données hormis celles concernant les enfants. Le seul indicateur de la loi de santé publique qui concerne la santé bucco-dentaire est l'indice CAO pour les enfants. L'effort de prévention porte d'ailleurs essentiellement sur les enfants avec le programme national *M'T dents* de l'assurance maladie. En 20 ans l'indice CAO⁹ a été divisé par trois. En 2006, l'indice CAO mixte moyen était estimé à 1,38 chez les enfants de 6 ans et à 1,23 chez les enfants de 12 ans¹⁰. Ces évolutions très favorables résultent probablement de nombreux facteurs dont l'analyse fine reste à faire (progrès de l'hygiène bucco-dentaire, effet préventif des fluorures, habitudes alimentaires, dispositifs de prévention, etc.).

Malgré cette amélioration d'ensemble qui concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, les inégalités de santé bucco-dentaire restaient marquées en 2006. Les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en Zone d'éducation prioritaire (ZEP) ou en zone rurale étaient significativement plus atteints. Par ailleurs, si l'état dentaire des enfants s'améliore, celui des enfants les plus atteints a plus de mal à progresser.

Dans sa revue de littérature réalisée pour établir ses recommandations 2010 sur la prise en charge de la carie¹¹, la Haute autorité de santé (HAS) constate l'absence de données épidémiologiques nationales représentatives pour les adultes. **Les observations partielles convergent toutes pour établir un gradient social dans les indicateurs de santé dentaire.** Des travaux plus spécifiques sur les personnes âgées (en particulier ceux de la MSA), rendent compte d'un faible recours aux soins des personnes âgées vivant tant à leur domicile qu'en institution, alors que les besoins de soins sont avérés (besoin en soins conservateurs, maladies parodontales non traitées et besoin prothétique). Selon cette même recension de la HAS, les personnes handicapées souffrent également d'un défaut de soins dentaires.

Le défaut de soins peut avoir de multiples causes :

- une non prise de conscience du besoin de soins,
- un renoncement aux soins,

⁹ L'indice CAO moyen est le nombre moyen de dents cariées (C), absentes (A), ou obturées (O) par enfant. L'indice CAO est la somme des trois composantes C, A et O qui ont été recueillies de façon distincte par un chirurgien-dentiste. À 12 ans, on ne prend en compte que les dents permanentes pour mesurer le CAO. À 6 ans, on utilise l'indice CAO mixte (ou CAO) qui, outre les dents permanentes, prend aussi en compte les dents temporaires (« dents de lait »). Le pourcentage d'enfants indemnes de toute carie correspond au pourcentage d'enfants dont le CAO est égal à zéro.

¹⁰ Source des données de ce paragraphe : l'Etat de santé de la population en France - rapport 2011, DREES.

¹¹ HAS, Stratégie de prévention de la carie dentaire, synthèse et recommandation, mars 2010.

- un défaut d'offre de soins : éloignement, délai d'attente, refus de soins.

Le renoncement aux soins pour des raisons financières est régulièrement établi par les enquêtes sur la santé et la protection sociale de l'IRDES. Ainsi en 2010, 15,1 % de la population âgée de 18 ans et plus déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois en 2010 et le renoncement à des soins dentaires est le plus fréquemment cité. Il concerne près de 10 % de la population, devant la lunetterie (3,5 %) et les consultations de médecins. **L'absence de complémentaire santé est un obstacle largement documenté à l'accès aux services de santé en France**¹² (Caussat 2004). De fait, les personnes sans complémentaire renoncent deux fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire et donc aux soins dentaires. **Enfin, les testings sur la prise en charge des patients CMU**¹³ **continuent de révéler des taux de refus élevés de ces patients par les chirurgiens-dentistes**, ces taux étant sans doute plus important à Paris qu'en région et en zone rurale.

Si tous ces résultats sont importants et doivent être pris en compte dans l'analyse des inégalités d'accès aux soins, il reste que pour l'exercice de prospective sur les besoins de soins, ce sont les facteurs d'offre qui sont à analyser. Or **il n'y a pas de données sur les délais d'attente pour les chirurgiens-dentistes et donc pas d'indicateur qui puisse révéler un problème d'accès aux soins lié à la densité de chirurgiens-dentistes.**

Au total, **s'il est clair que tous les besoins de soins ne sont pas couverts, pour des raisons économiques, sociales, peut-être aussi générationnelles, rien ne permet d'établir si l'offre actuelle de soins permettrait ou non de prendre en charge ces soins non couverts. Le rôle de la démographie comme levier de l'amélioration de la santé dentaire n'est pas établi. En particulier, à population équivalente (âge, CSP), aucune donnée ne permet de dire que la santé bucco-dentaire est meilleure dans les régions où l'offre de soins dentaires est plus dense (ce qui ne signifie pas qu'elle ne l'est pas, mais qu'il n'est pas possible de savoir si elle l'est).**

4.2 Une projection « mécanique » de la consommation jusqu'en 2040

La population française passe de 65,5 à 73,2 millions de 2012 à 2040, soit + 11,8%, mais la structure des classes d'âge se modifie (vieillessement).

A consommation inchangée par classe d'âge, la consommation a été projetée mécaniquement pour cerner les effets quantité et structure du vieillissement de la population à moyen et long terme.

L'effet de structure lié au vieillissement existe puisque le poids relatif des catégories de soins consommés se modifie au profit des soins prothétiques et au détriment des orthodontiques, avec une légère baisse de la part des soins conservateurs.

Toutefois, malgré cette déformation, le total des actes consommés croît proportionnellement à la population : +12 %.

¹² Caussat L., Raynaud D. (2004). « La régulation de la demande de soins : le rôle de l'Assurance maladie dans la formation de la consommation de biens et services de santé », Revue d'économie financière, n°76, La régulation des dépenses de santé.

¹³ Cf. Le Refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris, Desprès C., Guillaume S. et Couralet P.E., IRDES, 2009. Ou encore : Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre, Desprès C., Renaud T., Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., Dely R. et Wiechert M., IRDES, 2012.

Tableau 17 – Croissance de 2012 à 2040

Population croissance / 2012	TO croissance / 2012	SPR croissance / 2012	SC croissance / 2012	Total actes croissance / 2012
+12%	+2%	+18%	+10%	+12%

Néanmoins, cette projection ne permet nullement de tirer des conclusions en termes de besoins à couvrir et d'évolution souhaitable du nombre de dentistes, puisque plusieurs éléments essentiels font défaut:

- Le temps passé par le dentiste pour chaque type de soins et catégorie d'actes puisque leur part se modifie
- L'évolution des techniques
- Les perspectives sur les conséquences à moyen et long termes de la prévention chez les jeunes
- D'une manière plus générale, l'évolution prévisible ou vraisemblable de la consommation de soins par tranche d'âge dans 10, 20 ou 30 ans.

4.3 Des questions prospectives à peine ébauchées

Idéalement, pour définir un niveau de besoins en chirurgiens-dentistes à venir, il faudrait :

- Connaître l'évolution des besoins de soins ;
- Evaluer l'impact de ces besoins sur le nombre ou la qualité (en termes de spécialisation) des praticiens.

Il y a peu de travaux pour réfléchir à ces aspects prospectifs. L'amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants doit-elle laisser prévoir une diminution de la demande en soins dentaires ? Peut-on faire l'hypothèse qu'un enfant sans carie est un adulte sans problème dentaire ? En raison de la meilleure hygiène bucco-dentaire parmi les jeunes générations, la demande en dentisterie pourrait s'affaïsser ; cette hypothèse justifierait la baisse du *numerus clausus* et du nombre de praticiens.

En réalité, il faut d'abord souligner que l'amélioration de la santé dentaire des enfants reste inégale et que des efforts doivent continuer à être réalisés pour leur prévention. Ensuite, il n'est pas certain que les habitudes d'hygiène dentaires se maintiennent avec l'âge et en tout état de cause, le vieillissement de la population crée des besoins en parodontie, en implantologie et en prothèses à ce jour non couverts (en partie pour des questions de non recours), mais l'on ne sait rien de l'évolution des habitudes de recours pour de nouvelles cohortes de personnes âgées.

Dans son rapport 2010 sur la sécurité sociale, la Cour des Comptes consacrait une partie aux soins dentaires et constatait que la prévision des besoins était chose difficile :

« L'analyse des besoins en soins est difficile et les éléments d'appréciation qualitatifs sur leur évolution future sont contradictoires. D'une part, le vieillissement de la population pourrait entraîner un accroissement des besoins, principalement parodontaux, implantaires ou prothétiques. Les besoins des personnes âgées sont d'ores et déjà importants. Les personnes âgées dépendantes, en particulier, n'ont pas bénéficié des progrès sanitaires continus. La proportion de personnes édentées de plus de 65 ans atteint, dans notre pays, un niveau élevé (plus de 35 %), seuls la Pologne, l'Irlande, la Belgique, la Finlande et le Portugal faisant moins bien. De plus, il faut prendre en compte une plus grande exigence sanitaire et esthétique, c'est-à-dire une moindre tolérance à l'égard de problèmes

dentaires, concomitamment à de nouvelles possibilités techniques permettant la préservation ainsi que le remplacement des dents tout en concourant à réduire la « crainte du dentiste ».

En sens inverse, l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire de la population, en particulier des plus jeunes, devrait limiter le recours aux soins dans les années à venir. Le nombre de dents cariées, absentes ou obturées (indice CAO) a fortement reculé chez les enfants de 12 ans, passant de 4,2 en 1987 à 1,9 à la fin des années 1990 puis à 1,2 en 2006. En outre, une denture plus saine et mieux entretenue pourrait avoir peu à subir les effets du vieillissement et ce, jusqu'à un âge avancé. Enfin, les soins auxquels on doit avoir recours en vieillissant sont plus chers et moins bien remboursés, ce qui en limite la demande ».

Déduire de ces considérations qualitatives une indication sur le besoin quantitatif de praticiens est donc chose impossible. **Par ailleurs, à moyen ou long-terme, on ne peut exclure des évolutions structurelles de l'offre de soins. D'une part, les modalités de prise en charge par l'Assurance maladie et par les complémentaires Santé des soins dentaires peuvent évoluer, impactant le taux de recours et le taux de renoncement aux soins, globalement ou pour certaines catégories de soins. D'autre part, la reconnaissance du métier d'assistante dentaire comme profession de santé préconisée par la mission de l'IGAS réalisée en 2010¹⁴, pourrait conduire à réévaluer qualitativement et quantitativement le besoin de praticiens tant pour des actes de base (hygiène) que pour des actions de prévention aujourd'hui insuffisamment mises en œuvre.**

Ces considérations devraient engager à des travaux prospectifs, c'est-à-dire à l'élaboration d'hypothèses d'évolution qualitatives traduites en estimations d'impact quantitatifs. Mais dans l'immédiat, en l'état des connaissances et des réflexions, ce travail est hors de portée.

¹⁴ Inspection générale des affaires sociales RM2010-110P, Dr G. Duhamel, Rapport sur l'opportunité et les modalités d'inscription des assistantes dentaires dans le Code de la santé publique, juillet 2010.

Annexe 1 – Régions et lieux de formation en odontologie

Région	Université de PACES	Université avec UFR d'odontologie	Centre d'examen passerelles odontologie
Alsace	X	X	
Antilles-Guyane	X		
Aquitaine	X	X	X
Auvergne	X	X	
Basse-Normandie	X		
Bourgogne	X		
Bretagne	X	X	X
Centre	X		
Champagne-Ardenne	X	X	
Corse	X		
Franche-Comté	X		
Haute-Normandie	X		
Ile-de-France	X	X	X
Languedoc-Roussillon	X	X	X
Limousin	X		
Lorraine	X	X	X
Midi-Pyrénées	X	X	
Nord-Pas-de-Calais	X	X	X
Océan Indien	X		
PACA	X	X	
Pays-de-la-Loire	X	X	
Picardie	X		
Poitou-Charentes	X		
Rhône-Alpes	X	X	X
TOM	X		
TOTAL	37	15	7