

TOME 3

ANALYSE DES PROFESSIONS Chirurgien-dentiste, les métiers de la périnatalité

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



TOME 3

ANALYSE
DES PROFESSIONS
Chirurgien-dentiste,
les métiers de la périnatalité

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



© ONDPS, 2008
ISBN : 978-2-11-097349-8
DICOM : 08.037
Réalisation : www.lasouris.org

TABLE DES MATIÈRES

7 INTRODUCTION

LA PROFESSION DE CHIRURGIEN-DENTISTE

13 DÉMOGRAPHIE DES CHIRURGIENS-DENTISTES : SITUATION EN 2006 ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

MARC COLLET, DANIEL SICART (DREES)

- 14 La situation démographique des chirurgiens-dentistes
- 14 *Entre 1990 et 2006, le taux de croissance annuel moyen des effectifs de chirurgiens-dentistes a été le plus faible de toutes les professions de santé*
- 16 *Une timide percée du salariat en lien avec la féminisation de la profession, mais un exercice encore essentiellement libéral*
- 18 *Des inégalités territoriales fortes entre Nord et Sud et entre communes rurales et grands pôles urbains qui s'expliqueraient davantage par des choix personnels ou professionnels que par la recherche de rentabilité économique*
- 20 Les trajectoires professionnelles actuellement observées
- 20 *Le nombre de diplômés s'inscrivant à l'Ordre a fluctué avec la mise en place du numerus clausus*
- 23 *Les diplômés exercent l'« art dentaire » et entrent rapidement dans la vie active mais de manière différenciée selon le sexe*
- 24 *Des interruptions d'activité prématurées chez les salariés et des fins de carrière tardives chez les hommes*
- 24 *Le passage à l'exercice libéral concerne principalement les jeunes salariés*
- 26 La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national
- 27 *La densité de chirurgiens-dentistes en activité en France diminuerait continûment jusqu'en 2030, à numerus clausus et comportements constants*
- 28 *Le nombre de sorties d'activité continuerait d'augmenter pour atteindre son maximum autour de 2020*
- 29 *La profession continuerait à vieillir jusqu'en 2015, avant de retrouver en 2030 l'âge moyen de 2006*
- 31 *À comportements inchangés, la répartition entre libéraux et salariés demeurerait constante, avec une féminisation accrue du secteur libéral*
- 32 *Examen des impacts possibles des variations du numerus clausus et des comportements d'entrée et de mobilité professionnelle*
- 33 *Un relèvement du numerus clausus de 100 étudiants atténuerait de trois points la diminution de la densité à l'horizon 2030*
- 35 *L'accroissement de la féminisation parmi les diplômés aurait à l'horizon 2030 un impact marginal sur la densité de la profession*
- 35 En conclusion

LE MÉTIER DE CHIRURGIEN-DENTISTE : COMMENT LES PRATICIENS LE VIVENT

JULIE MICHEAU, ELSA RIGAL (PLEIN SENS)

- 38** Introduction
- 38** *Une profession libérale...*
- 39** *... mais une profession très isolée et qui semble en marge de la santé publique*
- 41** Le métier raconté par les hommes et les femmes qui l'exercent
- 41** *Des histoires plutôt que des carrières : entrée, sorties et moments clés de la vie professionnelle*
- 44** *Les conditions d'exercice : entre choix et opportunités*
- 48** *Les évolutions de l'exercice*
- 50** *Territoires, patients et réponse à la demande de soins*
- 52** *L'art, l'introuvable norme et la pratique*
- 56** *Les références identitaires de la profession*
- 56** *Une responsabilité qui se limite à la patientèle existante*
- 57** *L'attrait et les désagréments du métier*
- 60** En guise de conclusion, des perspectives

LES MÉTIERS DE LA PÉRINATALITÉ

DOCTEUR ÉVELYNE JOUBERT (ONDPS)

65 INTRODUCTION

68 LES EFFECTIFS SELON LES SOURCES ADMINISTRATIVES

- 68** Présentation de la méthode
- 68** *Effectifs au 1^{er} janvier 2006*
- 68** *Estimation du nombre de sorties de janvier 2006 à janvier 2011*
- 68** *Estimation du nombre d'entrées de 2006 à 2011*
- 69** *Estimation du nombre de professionnels au 1^{er} janvier 2011*
- 69** *Densités régionales*
- 70** *Offre de soins*

71 LES ÉQUIPEMENTS ET LES EFFECTIFS EN OBSTÉTRIQUE

- 71** Les équipements
- 71** Les gynéco-obstétriciens
- 73** Les sages-femmes
- 74** Les anesthésistes
- 75** Les gynécologues médicaux
- 76** Les médecins généralistes

77 LES ÉQUIPEMENTS ET LES EFFECTIFS EN NÉONATOLOGIE

- 77** Les équipements
- 77** *Lits de néonatalogie et lits de soins intensifs*
- 79** *Lits de réanimation néonatale*
- 78** Les professionnels

- 78 *Les pédiatres*
- 79 *Les puéricultrices*
- 80 LES CONTRASTES DES SITUATIONS RÉGIONALES**
- 81 Synthèse par région

ANNEXES

- 97 ANNEXE 1**
- 97 Une approche régionale de l'offre et de la consommation de soins menée en Provence-Alpes-Côte d'Azur
- 101 ANNEXE 2**
- 101 Audition des spécialistes en gynécologie médicale

CONTRIBUTION : LES MÉTIERS DES SERVICES DU BLOC OPÉRATOIRE

- 111 DIVERSITÉ DES PRATIQUES ET DES ARTICULATIONS AVEC LES AUTRES SERVICES**
RÉGINE BERCOT (UMR CNRS 7183 ET IRIS CONSEIL SANTÉ)
- 111 Introduction
- 113 Les enjeux d'un bon fonctionnement du bloc opératoire
- 113 *Éviter les attentes des patients*
- 114 *Améliorer le temps d'occupation et la productivité des installations*
- 114 *Permettre la disponibilité du personnel et la préparation des outils*
- 115 La gestion du bloc
- 115 *Les ambiguïtés*
- 117 *Les éléments clés d'une réussite de la régulation*
- 119 Les relations avec les autres services médicaux
- 119 *Les relations avec les services d'hospitalisation*
- 120 *Quels liens avec les services médicaux périphériques?*
- 121 Les relations avec les services non médicaux
- 121 *Première configuration : le bloc, un usager comme un autre*
- 121 *Deuxième configuration : le bloc, un usager spécifique*
- 122 Adaptabilité : changement dans les pratiques et évolution des procédures
- 123 En conclusion

I

Introduction

Plusieurs professions ont été analysées, selon des approches différentes. Les résultats sont successivement présentés dans ce tome. Dans une première partie, les résultats du travail mené par la DREES sur les chirurgiens-dentistes correspondent à un état des lieux, tel que l'ONDPS le poursuit, chaque année, sur des professions particulières¹. Cette contribution permet donc, à l'instar de ce qui a été réalisé en 2004 pour les infirmiers, les sages-femmes et les manipulateurs en électroradiologie, puis en 2005 pour les pharmaciens, d'approfondir la connaissance particulière d'une profession, sous l'angle à la fois de sa démographie, de son activité et des évolutions qu'elle sera appelée à connaître.

Plusieurs éclairages sont mobilisés. En premier lieu, les données statistiques du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes permettent de faire un point précis sur la situation démographique actuelle et sur la répartition des chirurgiens-dentistes.

Un peu plus de 40 000 praticiens actifs ont été recensés par l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2006. Les effectifs ont crû régulièrement au cours des quinze dernières années, mais de manière plus modérée que la population française. La densité de chirurgiens-dentistes est ainsi passée de 67 à 65 pour 100 000 habitants entre 1990 et 2006. Le ralentissement de la croissance démographique (voire sa diminution à compter de 2004) ainsi que le vieillissement marqué de la profession sont consécutifs à la mise en place d'un *numerus clausus* depuis 1971 et à la réduction drastique du nombre de places ouvertes en deuxième année d'odontologie entre 1985 et 1995.

Avec plus de 90 % des chirurgiens-dentistes exerçant en cabinet individuel ou en tant qu'associés, la profession demeure très majoritairement libérale. En début de carrière, les femmes s'orientent davantage vers un exercice salarié que leurs homologues masculins. Avec une femme pour deux hommes actifs, elle reste aussi la moins féminisée des professions de santé réglementées en raison d'un mouvement de féminisation plus tardif et un peu moins marqué. Dans un contexte de libre installation des libéraux sur le territoire national, on observe une disparité importante des densités entre le nord et le sud du pays, d'une part, et une concentration des chirurgiens-dentistes dans les grandes agglomérations au détriment des zones rurales, d'autre part.

1. Cf. rapport 2004, tome 3, pour les sages-femmes, les infirmières et les manipulateurs en électroradiologie et rapport 2005, tome 2, pour les pharmaciens.

La mise en œuvre d'un scénario prospectif permet ensuite de dessiner les évolutions démographiques des chirurgiens-dentistes en activité à l'horizon 2030, sous l'hypothèse de comportements inchangés en termes de flux de formation, d'entrée dans la vie active, de mobilité professionnelle et de cessation d'activité. Si le *numerus clausus* était maintenu à 977 étudiants, la densité des chirurgiens-dentistes en France diminuerait encore sensiblement, passant de 65 pour 100 000 habitants en 2006 à 40 en 2030. Les entrées dans la vie active devraient s'accroître pour se stabiliser à partir de 2010-2015. En revanche, les cessations d'activité seraient toujours plus nombreuses, et le solde avec les entrées projetées devrait se creuser au cours des quinze prochaines années.

La profession continuerait de vieillir jusqu'en 2015, avant de rajeunir et de retrouver en 2030 le même niveau qu'en 2006 (48 ans). La proportion de femmes au sein de la profession serait toujours plus importante, pour atteindre 45 % en 2030. À comportements identiques, la diminution du nombre de chirurgiens-dentistes affecterait autant les libéraux que les salariés, d'où une répartition stable entre les deux modes d'exercice à l'horizon 2030. Deux scénarios alternatifs viennent compléter cette projection, l'un étudiant les effets d'un changement du *numerus clausus* et l'autre l'impact de modifications concernant l'entrée dans la vie active ou la mobilité sur les effectifs et la structure (par sexe et mode d'exercice) de la profession.

Le fait que ces projections soient réalisées sous certaines hypothèses de comportement rend particulièrement utile la confrontation avec la vision du métier et les préoccupations relatives à son évolution que développent les praticiens en exercice. C'est l'objet de l'étude qualitative, dont la synthèse est également présentée dans cette partie.

Dans le chapitre suivant, les professions intervenant dans le domaine de la périnatalité sont examinées dans le cadre d'une approche plus exploratoire, constituant une tentative de prise en compte du caractère collectif de la prise en charge des soins et des patients.

Des coopérations et des complémentarités sont en effet nécessaires entre différents professionnels pour assurer la prise en charge des patients. Mais l'appréciation de cette réalité se heurte au fait que les approches démographiques sont, de façon très exclusive, monoprofessionnelles. Le dénombrement des effectifs spécialité par spécialité et profession par profession constitue une limite très forte à la connaissance de l'état de l'offre de soins, et donc à l'appréciation de la qualité de la prise en charge des patients.

Le recensement des effectifs soignants concernés par la prise en charge de la périnatalité et celui des équipements ont été réalisés dans l'optique d'une prise en compte conjointe des professions intervenant dans ce domaine de santé qui a été défini comme l'ensemble des prestations et actes médicaux relatifs à la grossesse, à l'accouchement et aux premiers jours de la vie des nouveau-nés. Un descriptif régional harmonisé présente la situation relative des professions qui sont généralement considérées comme impliquées dans la périnatalité : gynéco-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, puéricultrices, anesthésistes, gynécologues médicaux. Ont également été inclus dans le cadre de cet état des lieux les effectifs des médecins généralistes en raison de leur rôle dans le suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés.

L'état des lieux prend en compte l'âge des professionnels, ainsi que les prévisions de renouvellement des effectifs basées sur les effectifs en formation susceptibles d'exercer dans les trois à cinq prochaines années. Les professionnels sont recensés de façon exhaustive, mais sans que l'on puisse cerner la part de ceux dont la totalité, ou une partie, de l'activité est réellement dédiée à la prise en charge de la périnatalité. La disponibilité actuelle des données ne permet pas en effet de mettre en regard les professionnels et le contenu de leur activité. Cela constitue une limite pour tous ceux qui s'attachent, au niveau national, à la question de l'état de la prise en charge d'une pathologie ou d'une population données². A un niveau plus localisé³, il est en revanche possible d'initier une telle analyse.

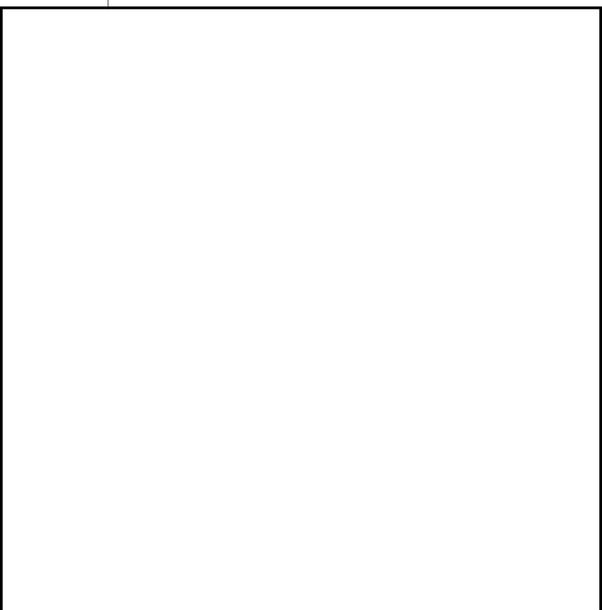
Enfin la contribution consacrée aux métiers et aux services mobilisés pour assurer le fonctionnement du bloc opératoire synthétise les résultats d'un travail de recherche. Il a porté sur l'analyse et le fonctionnement des blocs chirurgicaux hospitaliers sous l'angle de leurs relations avec leurs utilisateurs (chirurgiens, anesthésistes, etc.) et avec les unités connexes (pharmacie, laboratoires, stérilisation, maintenance, etc.)⁴. Il s'appuie essentiellement sur des entretiens effectués auprès des personnels impliqués (cadres de santé, IBODE, IADE, pharmaciens, etc.) dans trois établissements de nature différente : un centre hospitalier, un hôpital de l'AP-HP, une clinique privée. Le regard porté ici sur les métiers du « back office » attire l'attention sur l'importance de l'organisation du travail autour du bloc, des modalités de coopération entre le bloc et les différents services dont l'activité sert le bloc. Il met également en exergue l'importance des relations informelles, des ajustements mutuels et de la communication orale.

2. Cf. notamment D. SOMMELET, *L'Enfant et l'Adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 28 octobre 2006.

3. Cf. tome 4, *Les Métiers de la cancérologie*. Grâce aux informations et aux données dont dispose l'INCA sur l'activité et les structures, un état des lieux plus précis a pu être réalisé.

4. R. Bercot, *Le Bloc chirurgical : diversité des pratiques et des articulations avec les autres services*, rapport ONDPS, décembre 2006, <http://www.sante.gouv.fr/ondps>

**LA PROFESSION
DE CHIRURGIEN-DENTISTE**



D

émographie des chirurgiens-dentistes : situation en 2006 et projections à l'horizon 2030¹

Après une présentation de la situation des chirurgiens-dentistes en France au 31 décembre 2006, une deuxième partie décrit leurs comportements d'entrée, de mobilité et de sortie de la vie active. Une telle analyse permet de mieux comprendre les trajectoires professionnelles des chirurgiens-dentistes, leurs évolutions dans le temps et leurs déterminants, autant d'éléments indispensables pour fonder les projections démographiques.

La dernière partie présente des projections à moyen terme de la démographie des chirurgiens-dentistes en activité à l'horizon 2030. Elles sont fondées sur la poursuite des comportements observés sur la période 2000-2004, tant pour les flux de formation que pour les comportements d'entrée dans la vie active, de mobilité professionnelle (au sens de changement de mode d'exercice) et de cessation d'activité. Elles retracent des évolutions tendanciennes sous l'hypothèse d'une réglementation inchangée. Aussi ne constituent-elles pas des prévisions mais des scénarios permettant d'apprécier l'impact potentiel de telle ou telle décision ou hypothèse de comportement. Cet exercice prospectif a été réalisé par la DREES à partir des effectifs recensés par les fichiers de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006. Il concerne les « chirurgiens-dentistes actifs », c'est-à-dire les diplômés exerçant en France une activité relevant de l'« art dentaire² » *stricto sensu* et tenus de s'inscrire à l'Ordre³.

1. Cf. M. Collet, D. Sicart, 2007, « Les chirurgiens-dentistes en France : situation démographique et analyse des comportements en 2006 », *Études et Résultats*, n° 594, septembre, DREES ; M. Collet, D. Sicart, 2007, « La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national », *Études et Résultats*, n° 595, septembre, DREES.

2. « La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, suivant les modalités fixées par le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes » (article L. 4141-1 du Code de la santé publique).

3. Cette définition exclut les diplômés d'odontologie qui n'exercent pas les métiers pour lesquels ils ont été formés ou les pratiquent à l'étranger. On peut considérer aujourd'hui que l'obligation de s'inscrire à l'Ordre est remplie par les chirurgiens-dentistes en activité en France, ce qui n'a probablement pas toujours été le cas par le passé.

La situation démographique des chirurgiens-dentistes

■ ■ Entre 1990 et 2006, le taux de croissance annuel moyen des effectifs de chirurgiens-dentistes a été le plus faible de toutes les professions de santé

Au 31 décembre 2006, l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) recense environ 40 300 chirurgiens-dentistes actifs, c'est-à-dire exerçant une activité relevant de l'« art dentaire » sur le territoire français et donnant donc lieu à une inscription à l'Ordre (encadré 1). La très forte croissance des effectifs dans les années 1970 (+50 % en 10 ans) s'est amenuisée au fil des décennies, passant de +20 % au cours de la décennie 1980 à +4 % dans les années 1990, et même à -1,2 % entre 2000 et 2007 (graphique 1). La population française ayant évolué plus rapidement au cours des quinze dernières années, la densité de chirurgiens-dentistes a diminué, passant de 67 praticiens pour 100 000 habitants en 1990 à 65 actuellement. La France se situe ainsi dans une position intermédiaire par rapport aux autres pays développés comparables en termes d'offre de soins bucco-dentaires⁴ : les données 2005 montrent en effet que la France présente une densité de chirurgiens-dentistes par habitant proche de celle de l'Allemagne, de la Belgique, des États-Unis et du Japon. Elle reste inférieure à celle observée dans les pays scandinaves mais nettement supérieure à celle du Royaume-Uni et des pays de l'Europe du Sud et de l'Est.

Entre 1990 et 2006, le taux de croissance annuel moyen des effectifs de chirurgiens-dentistes a été le plus faible de toutes les professions de santé (+0,5 % contre +1,2 % pour les médecins, +1,6 % pour les pharmaciens et même près de +3 % par an pour les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmières et les sages-femmes [Billaut, Breuil-Genier *et al.*, 2006]).

On assiste parallèlement à une hausse de l'âge moyen dans la profession : de 42 ans en 1990, il est passé à 47 ans en 2006, soit un âge moyen intermédiaire entre celui des pharmaciens (46 ans) et des médecins (49 ans). La diminution soutenue des entrées, consécutive au *numerus clausus* instauré depuis 1971, a en effet entraîné une réduction de la présence des jeunes générations (graphique 2) parmi l'ensemble des actifs et, par conséquent, un vieillissement marqué de la profession. Parallèlement, une plus grande représentation des femmes parmi les nouveaux entrants dans la vie active (aujourd'hui environ la moitié) est à l'origine d'une féminisation continue de la profession, qui compte actuellement 35 % de femmes contre 29 % en 1990. Par ailleurs, les femmes actives sont plus jeunes que leurs homologues masculins (44 ans contre 47 ans en moyenne). Pour autant, les chirurgiens-dentistes demeurent la profession de santé réglementée la moins féminisée en raison d'une progression plus tardive et un peu plus lente de la féminisation (Bessière, 2005).

4. Les conditions de formation et d'exercice des chirurgiens-dentistes ainsi que l'organisation de la prise en charge des soins bucco-dentaires sont très homogènes au sein des pays européens car régies par des textes de la Commission des Communautés européennes. Toutefois, la spécialisation en chirurgie buccale n'existe pas encore en France contrairement à d'autres pays européens.

ENCADRÉ 1

LES SOURCES STATISTIQUES RELATIVES AUX CHIRURGIENS-DENTISTES

- De quels dentistes parle-t-on ?

Les analyses réalisées, tant sur les évolutions démographiques que sur les trajectoires professionnelles, s'appuient principalement sur le fichier informatisé de données, rendues anonymes, des chirurgiens-dentistes inscrits à l'Ordre (extraits des fichiers actualisés aux 31 décembre de 2000 à 2004 et de 2006) mis à disposition de la DREES par l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD).

Le Code de la santé publique stipule que tout chirurgien-dentiste qui se propose d'exercer une activité relevant de l'« art dentaire » est tenu de faire une demande d'inscription au tableau du Conseil régional ou central dont relève cette activité (s'y affèrent les articles de loi 4112-1 à 4112-7). L'alinéa 6 de cet article stipule cependant que « l'inscription au tableau de l'Ordre ne s'applique pas aux chirurgiens-dentistes appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées. Elle ne s'applique pas non plus à ceux des chirurgiens-dentistes qui, ayant la qualité de fonctionnaire de l'État ou d'agent titulaire d'une collectivité locale, ne sont pas appelés dans l'exercice de leurs fonctions à exercer l'art dentaire ». Le champ des inscrits (ou cotisants) à l'Ordre est constitué, d'une part, des praticiens actifs (libéraux, salariés ou bénévoles) et, d'autre part, des praticiens « inscrits sans exercer » (ayant cessé provisoirement ou définitivement leur activité tout en continuant à cotiser à l'Ordre). Dans cette étude, seuls les professionnels inscrits à l'Ordre et exerçant une activité dentaire sont donc pris en compte (aussi désignés sous le terme de praticiens). Une personne diplômée en odontologie non inscrite à un tableau départemental de l'Ordre n'est donc pas considérée comme active.

- Les autres sources de données existantes

Pour exercer leur activité, les professionnels de santé réglementés – dont font partie les chirurgiens-dentistes – ont également l'obligation de faire enregistrer leur diplôme à la DDASS de leur résidence professionnelle (ces enregistrements constituant le répertoire national ADELI, géré par la DREES), et ce quel que soit leur mode d'exercice (*i.e.* y compris des chirurgiens-dentistes visés par l'alinéa 6 cité précédemment). Par conséquent, le champ est, en théorie, extrêmement proche de celui des chirurgiens-dentistes inscrits à l'Ordre.

En pratique, au 31 décembre 2006, l'Ordre national des chirurgiens-dentistes répertorie, sur la France entière, près de 2 000 praticiens en activité de moins qu'ADELI (40 325 contre 42 242), ce qui représente une différence globale de presque 5 % qui tend à se creuser au fil des années (tableau).

Une étude plus approfondie selon le mode d'exercice montre par ailleurs que des différences entre les deux sources existent. Au 1^{er} janvier 2007, le répertoire ADELI enregistre 5 % de libéraux de plus mais 4 % de salariés en moins par rapport au fichier de l'Ordre. L'« excédent » est plutôt dû à la tendance d'ADELI à ne pas enregistrer toutes les cessations d'activité des professionnels âgés (qui sont le plus souvent des libéraux) tandis que le « déficit » de salariés est à relier à une moindre propension de leur part à s'inscrire rapidement en DDASS. Pour autant, la structure par âge et sexe et la distribution des praticiens sur le territoire national demeurent proches.

Date	Effectifs ONCD	Effectifs ADELI	Écart
31/12/2000	40 812	41 104	-0,7 %
31/12/2002	40 854	41 375	-1,3 %
31/12/2004	40 806	41 857	-2,6 %
31/12/2006	40 325	42 242	-4,8 %

Champ : France entière.

Sources : Fichiers de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes aux 31 décembre 2000 à 2006, calculs DREES ; répertoire ADELI aux 1^{er} janvier 2001 à 2007.

- Méthode d'estimation du déroulement de carrière des chirurgiens-dentistes

À leur première inscription à l'Ordre, les professionnels se voient attribuer un identifiant unique et invariant au cours de leur vie professionnelle. Grâce à cet identifiant commun aux bases historiques consécutives de l'Ordre entre 2000

et 2004, il est possible de constituer un panel couvrant ces cinq années, c'est-à-dire de regrouper dans une seule base les informations disponibles pour chacun des professionnels sur les années considérées : âge, sexe, année de diplôme, année d'entrée dans la vie active, situation d'exercice (actif ou inactif, salarié ou libéral) . . . Ces données longitudinales, bien que partielles, autorisent ainsi à réaliser des estimations sur les trajectoires professionnelles des individus selon leur âge, leur sexe et leur mode d'exercice (comportements d'entrée dans la vie active, interruptions et reprises d'activité, passage d'un statut d'exercice à l'autre). La principale limite de ce type de données est d'imposer des hypothèses parfois simplificatrices (telles que des comportements inchangés dans le temps en fonction de l'âge, du sexe et du mode d'exercice).

■ ■ Une timide percée du salariat en lien avec la féminisation de la profession, mais un exercice encore essentiellement libéral

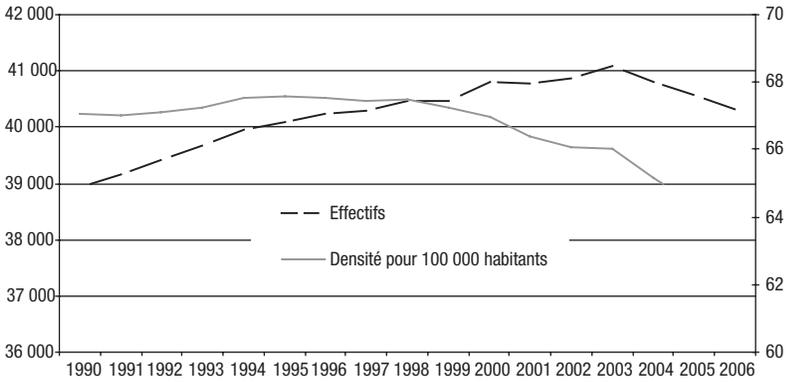
Après obtention de son diplôme, un chirurgien-dentiste peut choisir d'exercer en tant que libéral dans un cabinet individuel ou de groupe ou en tant que salarié dans un hôpital, un centre de santé (centres de santé dentaire, dispensaires polyvalents, centres de soins médicaux), un organisme de Sécurité sociale, dans l'enseignement et la recherche, ou encore comme collaborateur dans le cabinet d'un confrère.

À la fin de l'année 2006, 91,5 % des chirurgiens-dentistes exercent en libéral pour seulement 8,5 % de salariés. Les libéraux se répartissent de manière à peu près égale entre exercice individuel et exercice en groupe. Seuls deux praticiens sur trois emploient une assistante dentaire qualifiée, la moitié à temps plein et l'autre moitié à temps partiel. Bien que la part des salariés ait augmenté de deux points par rapport à 1990 (6,5 %), l'exercice de l'odontologie se fait donc encore essentiellement en cabinet libéral. Le faible taux de féminisation enregistré dans la profession peut donc aussi s'expliquer pour partie par le fait que les femmes ont été (et sont encore) beaucoup moins enclines à exercer en libéral (Evain, Amar, 2006 ; Aiach, Cèbe, Cresson, Philippe, 2001). D'autre part, l'apparition de techniques et d'outils modernes a récemment permis une réduction de la charge physique inhérente à l'exercice de la profession, charge probablement cause d'un moindre attrait pour les femmes dans le passé.

En ce qui concerne les salariés, plus de la moitié exerce soit en centres de santé (53 %), soit dans des structures de soins et de prévention (5 % dont 1 % au sein d'une entreprise [graphique 3]). Ils ne sont en revanche que 11 % à travailler au sein d'un établissement hospitalier et 2 % dans l'enseignement, soit, au total, autant que dans les organismes de la Sécurité sociale (13 %). Enfin, 10 % exercent comme salariés collaborateurs et 6 % dans un autre secteur. Les femmes sont fortement représentées dans le salariat (58 % de femmes pour 42 % d'hommes) alors qu'elles ne forment qu'un tiers des effectifs du secteur libéral. Néanmoins, depuis 1990, la part des femmes a augmenté de manière similaire dans le secteur libéral (+6 %) et dans le secteur salarié (+7 %). Les salariés sont un peu plus nombreux parmi les plus jeunes (10 % des moins de 40 ans contre 7 % des plus de 55 ans); cela résulte d'un choix de carrière personnel (lié aux conditions de vie et d'exercice, d'apprentissage de la profession...) qui peut être contraint par l'investissement financier initial mais ne résulte pas d'une saturation de l'offre libérale, comme en témoignent les fortes inégalités territoriales.

GRAPHIQUE 1

ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA DENSITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES ENTRE 1990 ET 2006

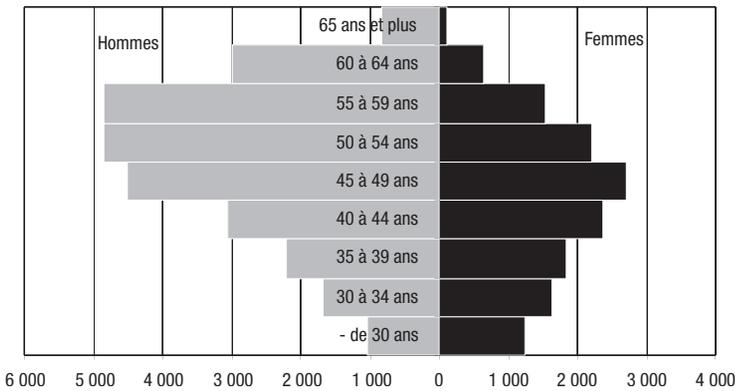


Champ : France entière.

Sources : Fichiers historiques de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes depuis 1990, estimations localisées de population de l'INSEE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 2

PYRAMIDE DES ÂGES DES CHIRURGIENS-DENTISTES ACTIFS AU 31 DÉCEMBRE 2006

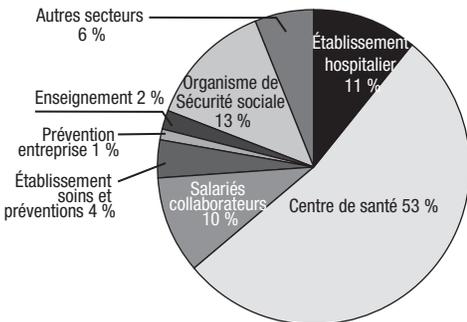


Champ : France entière.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2006, calculs DREES.

GRAPHIQUE 3

RÉPARTITION PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES SALARIÉS EN 2006



Champ : France entière.

Sources : Répertoire ADELI au 1^{er} janvier 2007, DREES.

Par ailleurs, la part des spécialistes en orthopédie dento-faciale (ODF) demeure relativement minoritaire (un peu moins de 5 % des praticiens actifs) en dépit d'un accroissement de 2 points par rapport à 1990. La part des femmes parmi les spécialistes est restée stable et relativement élevée à hauteur de 56 %.

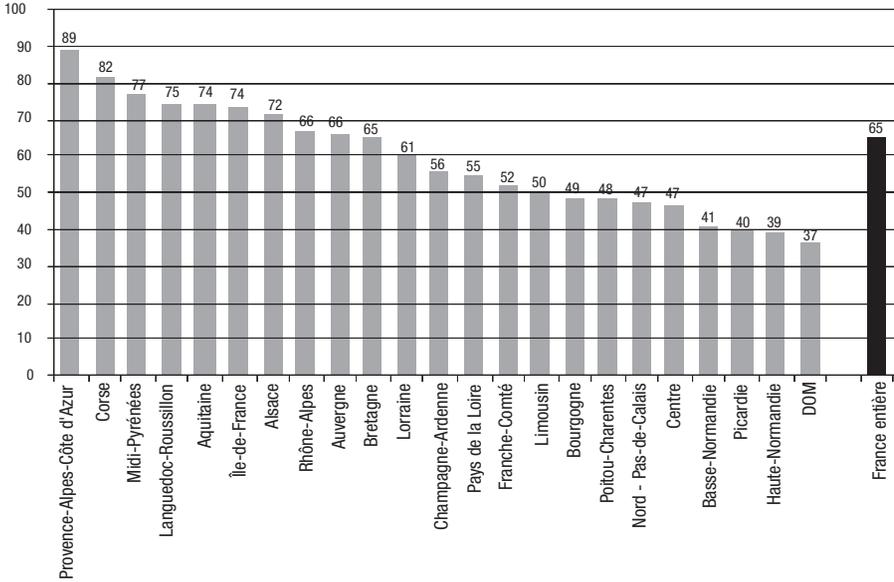
■ ■ Des inégalités territoriales fortes entre Nord et Sud et entre communes rurales et grands pôles urbains qui s'expliqueraient davantage par des choix personnels ou professionnels que par la recherche de rentabilité économique

La répartition des chirurgiens-dentistes (tous statuts d'exercice confondus) est marquée par des disparités interrégionales fortes entre le Nord et le Sud, à l'exception de l'Île-de-France, de l'Alsace et de la Bretagne (graphique 4). Cette répartition inégale est déjà largement connue pour les médecins omnipraticiens comme pour les spécialistes. À la fin de l'année 2006, les densités régionales variaient du simple au double entre les régions les mieux dotées (PACA, Corse, Midi-Pyrénées, avec 80 à 90 praticiens pour 100 000 habitants) et les moins bien pourvues (Haute et Basse-Normandie, Picardie et DOM, avec 40 dentistes pour 100 000 habitants). La densité départementale varie quant à elle de 1 à 4 entre le département le mieux doté (Paris, avec une densité extrêmement élevée de 136 pour 100 000 habitants) et les moins bien pourvus (Creuse, Orne, Somme, départements d'outre-mer, Haute-Saône, Manche, etc., avec 35 à 40 praticiens pour 100 000 habitants). Toutefois, au sein des régions, les départements se ressemblent davantage (carte 1). Une exception majeure cependant : de fortes disparités existent au sein de l'Île-de-France entre des départements extrêmement bien ou bien dotés (Paris, Hauts-de-Seine et Val-de-Marne), moyennement dotés (Yvelines et Essonne) ou relativement dépourvus (Seine-Saint-Denis, Val-d'Oise, Seine-et-Marne) par rapport à la moyenne nationale. Des écarts intrarégionaux existent également dans les régions du sud de la France dans des conditions cependant plus favorables puisqu'elles opposent des départements plutôt bien dotés à des départements très bien dotés (régions PACA, Aquitaine, Midi-Pyrénées).

À un niveau géographique plus fin, les densités varient selon la taille d'unité urbaine et le type de commune (urbaine, périurbaine, périphérique, rurale). Tout d'abord, la densité en chirurgiens-dentistes s'accroît avec la taille de la commune (graphique 5), avec trois grands profils. Ces professionnels sont peu implantés dans les communes rurales (un peu plus de 20 dentistes pour 100 000 habitants). Les densités observées sont en revanche uniformes autour de 80 pour 100 000 habitants dans les communes de moins de 200 000 habitants et proches de 90 pour 100 000 habitants dans les grandes agglomérations. Les chirurgiens-dentistes, à l'instar de nombreuses professions libérales, privilégient très nettement les « pôles urbains » au détriment des communes « périphériques » ou « multipolarisées » (graphique 5). Par ailleurs, des études ont montré que l'activité en soins dentaires varie fortement selon les caractéristiques des zones considérées : avec 50 % d'actes relevant de traitements orthodontiques (TO : séance de surveillance, prise d'empreinte...) en 2003 pour seulement un quart de soins conservateurs (SC : détartrage, plombage...) et un quart d'actes de prothèse dentaire (SPR), les praticiens

GRAPHIQUE 4

DENSITÉ RÉGIONALE DE CHIRURGIENS-DENTISTES (POUR 100 000 HABITANTS)



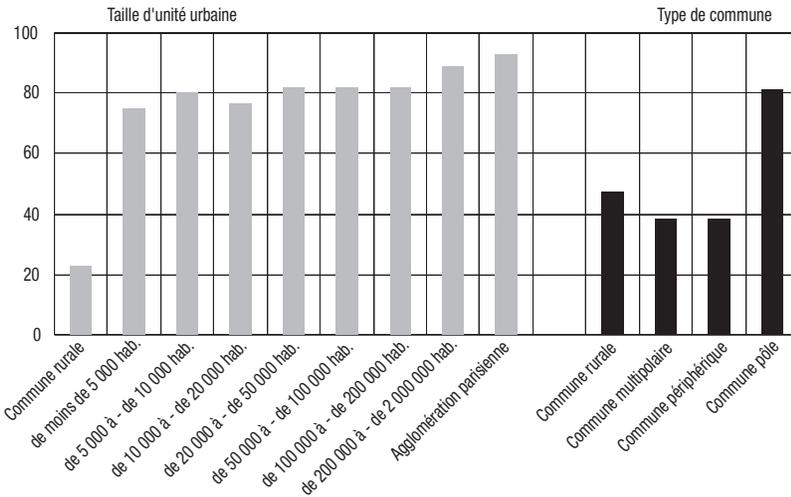
Champ : France entière.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2006, calculs DREES.

GRAPHIQUE 5

DENSITÉ MOYENNE DES CHIRURGIENS-DENTISTES AU 1^{ER} JANVIER 2007

SELON LA TAILLE DE L'UNITÉ URBAINE ET LE TYPE DE COMMUNE D'EXERCICE



Sources : Répertoire ADEL1 au 1^{er} janvier 2007, DREES.

des zones rurales se distinguent de leur confrères qui affichent en moyenne 48 % de SC, 40 % d'actes de prothèse dentaire pour seulement 12 % d'actes codés en TO (Bessière, Coldefy, Collet, 2006).

La nature et la teneur de ces disparités sont restées constantes depuis 2000. Outre les phénomènes classiques d'héliotropisme, d'attraction des villes (proximité des entreprises pour le conjoint ou encore des services et des loisirs pour la famille) et de réticence envers les zones urbaines difficiles, la non-prise en charge par les régimes d'assurance maladie de certaines techniques modernes (et donc réservées aux publics les plus aisés) contribuerait à décourager les praticiens de s'installer dans les milieux ruraux et plus modestes (CNAMTS, 2006). Il semblerait que les facteurs de choix de la zone d'implantation relèvent donc davantage de critères personnels, familiaux, de mode d'activité et d'exercice plutôt que de considérations économiques. Si, en 2004, on estime à 80 000 euros le revenu libéral perçu en moyenne par un dentiste (Legendre, 2006), on observe d'importantes disparités régionales, les revenus étant d'autant plus élevés que la densité en praticien est faible (i.e. dans le nord de la France, à l'exception de l'Île-de-France et de l'Ouest [carte 2]). L'écart atteint ainsi 50 % en moyenne entre les praticiens selon qu'ils exercent dans le Nord - Pas-de-Calais ou dans la région PACA.

■ Les trajectoires professionnelles actuellement observées

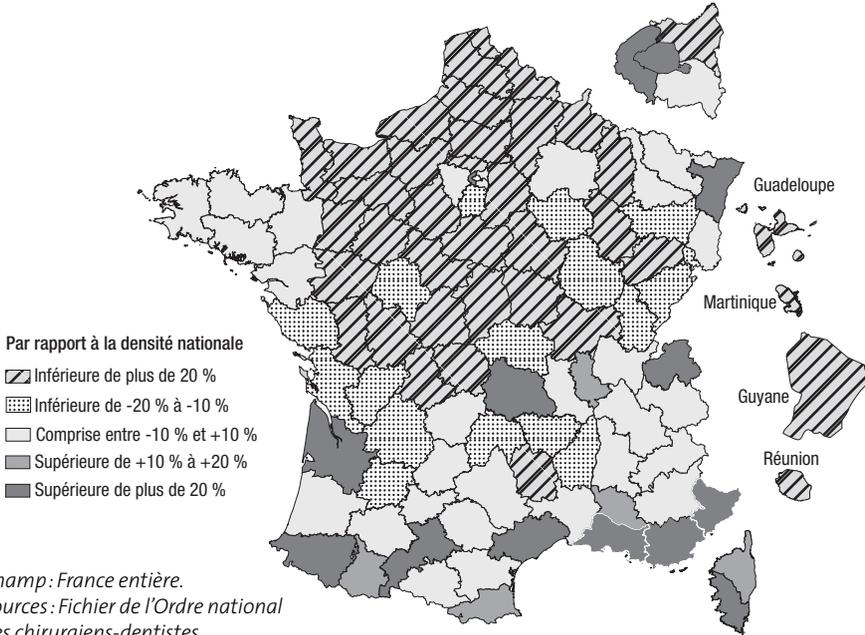
■ ■ Le nombre de diplômés s'inscrivant à l'Ordre a fluctué avec la mise en place du *numerus clausus*

Avant 1971, l'entrée dans les études d'odontologie était libre. Depuis cette date, l'accès à la profession de chirurgien-dentiste est soumis à quotas. Abstraction faite des cas (extrêmement marginaux) d'étudiants suivant la filière de l'internat, les études nécessaires à l'obtention du diplôme d'État comptent désormais six années.

Les *numerus clausus* (comme le nombre de postes ouverts à l'internat) dans le cursus d'odontologie sont, chaque année, fixés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ainsi que du ministre de la Santé. Depuis son instauration à 1 938 postes, le *numerus clausus* pour les étudiants en odontologie a connu plusieurs grands changements (graphique 6). Le nombre de places proposées en deuxième année s'est légèrement réduit d'une centaine d'unités pendant les six premières années d'existence du *numerus clausus* avant de connaître, au cours de la période 1977-1984, un mouvement de réduction drastique (de 1 850 à 1 020 places). Cette diminution s'est poursuivie jusqu'en 1992, mais de manière plus modérée, pour atteindre un niveau limité à 800 places. Ce quota est ensuite resté inchangé jusqu'en 2002, date à partir de laquelle il a été décidé d'un rehaussement continu de 850 places en 2002, à 930 en 2004 puis à 977 depuis 2005.

CARTE 1

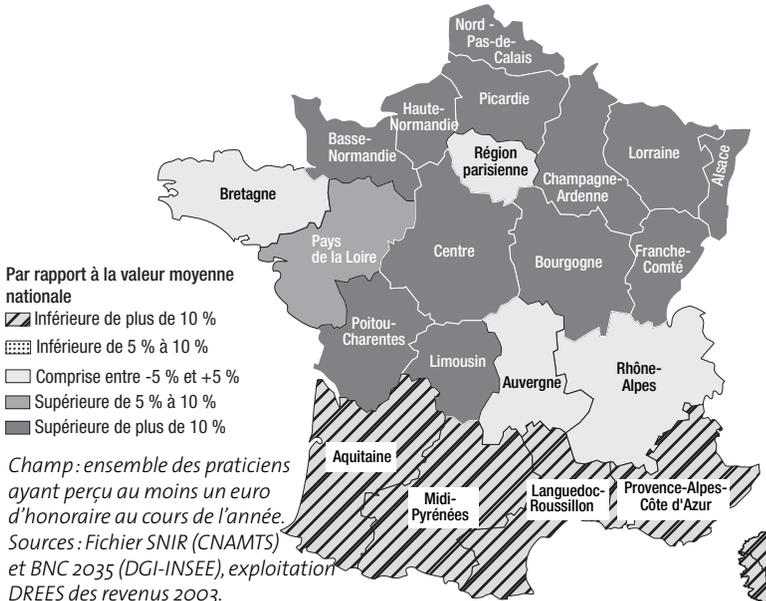
DENSITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES PAR DÉPARTEMENT



Champ : France entière.
 Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2006, calculs DREES.

CARTE 2

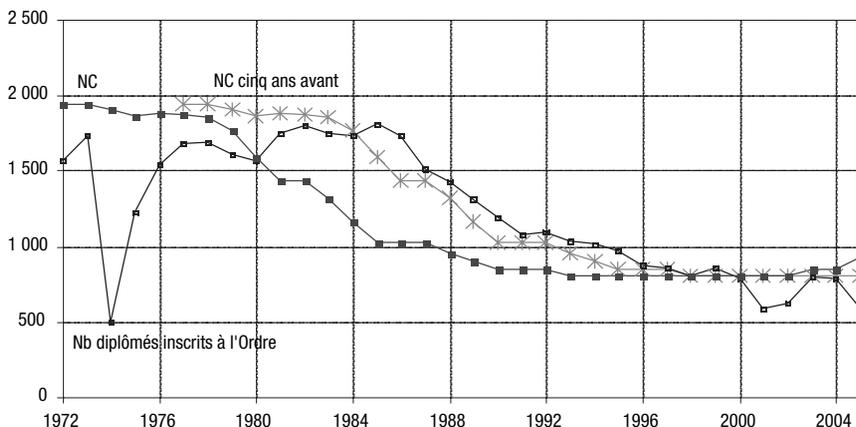
REVENU LIBÉRAL MOYEN DES CHIRURGIENS-DENTISTES PAR RÉGION



Champ : ensemble des praticiens ayant perçu au moins un euro d'honoraire au cours de l'année.
 Sources : Fichier SNIR (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES des revenus 2003.

GRAPHIQUE 6

ÉVOLUTION DU NUMERUS CLAUSUS (NC) EN ODONTOLOGIE ET DU NOMBRE DE PREMIÈRES INSCRIPTIONS À L'ORDRE

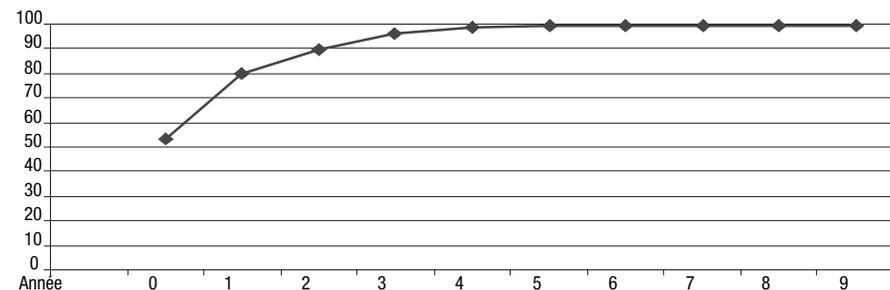


Note : Le très faible nombre de diplômés enregistré en 1974 est lié à la mise en place du numerus clausus. De même, le léger décrochage observé au début des années 2000 est lié à l'allongement d'un an des études en odontologie.

Sources : Direction générale de la santé; fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2004, calculs DREES.

GRAPHIQUE 7

DÉLAI (EN ANNÉES) ENTRE OBTENTION DU DIPLÔME ET ENTRÉE DANS LA VIE ACTIVE, ESTIMÉ SUR LES DIX DERNIÈRES PROMOTIONS DE DIPLÔMÉS



Lecture : La courbe présente la probabilité estimée des diplômés des dix dernières années qui sont entrés pour la première fois dans la vie active (i.e. première inscription à l'Ordre comme actif) au bout de x années. On en déduit également le pourcentage de diplômés qui ne sont toujours pas inscrits à compter de ce délai.

Champ : France entière.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2004, calculs DREES.

Le nombre de diplômés inscrits (ou ayant été inscrits) à l'Ordre selon l'année d'obtention du diplôme a suivi des tendances parallèles aux *numerus clausus* cinq ans auparavant, avec néanmoins quelques variations en fonction des périodes. En effet, entre 1985 et 1995, on observe un dépassement de 10 % du nombre de diplômés inscrits à l'Ordre par rapport aux *numerus clausus* cinq ans auparavant. Sur la période récente, le nombre de diplômés se rapproche des quotas (dépassement restreint à 1,9 %). La rupture observée dans cette tendance en 1999 et en 2000 s'explique par l'allongement d'un an, décidé en 1995, des études d'odontologie.

■ ■ Les diplômés exercent l'« art dentaire » et entrent rapidement dans la vie active mais de manière différenciée selon le sexe

La notion de « délai d'entrée dans la vie active » doit prendre en compte cumulativement les temps écoulés entre l'obtention du diplôme et la première inscription à l'Ordre, d'une part, puis entre la primo-inscription et le premier exercice professionnel, d'autre part. En effet, dans les données étudiées, la primo-inscription à l'Ordre ne saurait être assimilée à l'entrée dans la vie active : parmi les primo-entrants entre 2000 et 2004, plus d'un quart d'entre eux se déclaraient inactifs au moment de leur inscription.

Sur les dix dernières promotions de diplômés, on estime qu'un peu plus d'un diplômé sur deux commence(ra) à exercer l'année même de l'obtention de son diplôme, 80 % moins d'un an après (graphique 7). Près de 18 % entrent dans la vie active deux, trois ou quatre ans après avoir obtenu leur diplôme. Les entrées dans la vie active reportées à cinq ans ou plus s'avèrent extrêmement minoritaires. Sur la période récente, tout diplômé d'odontologie exerce(ra) à un moment donné sa profession sur le territoire français (*i.e.* sera inscrit à l'Ordre en tant qu'actif), même si ce peut être pendant une courte période. Autrement dit, contrairement à d'autres professions médicales (les pharmaciens notamment), le taux de non-utilisation du diplôme est pratiquement nul et les diplômés, hommes comme femmes, ont tendance à exercer rapidement leur profession.

Au-delà de la parité hommes-femmes observée actuellement dans les entrées dans la vie active, les caractéristiques au premier exercice varient selon le sexe. Si les hommes entrent dans la vie active à des âges plus avancés (19 % ont alors plus de 30 ans contre 12 % des femmes [tableau 1]), les différences sont surtout marquées en termes de première orientation professionnelle. Près d'une femme sur quatre débute en qualité de salariée contre seulement un homme sur sept.

TABLEAU 1

RÉPARTITION PAR CLASSE D'ÂGE ET PAR MODE D'EXERCICE DES ENTRÉES DANS LA VIE ACTIVE AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES SELON LE SEXE (EN %)

Classe d'âge	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Libéral	Salarié	Libéral	Salarié	Libéral	Salarié
Moins de 25 ans	2,5	0,1	3,4	0,7	2,9	0,4
25 à 29 ans	69,1	9,3	66,0	18,1	67,5	13,7
30 à 34 ans	9,4	2,1	4,7	1,8	7,1	2,0
35 à 39 ans	1,5	0,6	1,6	0,9	1,6	0,7
40 ans et plus	3,4	1,8	1,6	1,3	2,5	1,6
Ensemble	86,0	14,0	77,3	22,7	81,6	18,4

Champ : France entière.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2004, calculs DREES.

■ ■ Des interruptions d'activité prématurées chez les salariés et des fins de carrière tardives chez les hommes

Si l'ensemble des étudiants ayant obtenu leur diplôme au cours des dernières années est amené à exercer son activité, une partie non négligeable d'entre eux interrompt très vite sa carrière (encadré 1). Pour les générations des moins de 30 ans observées au cours des années récentes, le solde entre les interruptions et les reprises d'activité est estimé à 8 % des effectifs (graphique 8). À cet égard, les salariés ont davantage tendance à interrompre prématurément leur activité puisque l'on estime que c'est le cas de presque 25 % d'entre eux avant 30 ans et d'environ 8 % des 30-39 ans (contre respectivement 6 % et 0,5 % parmi les libéraux). Si les femmes sont nettement majoritaires parmi les salariés, notamment chez les plus jeunes, il faut souligner que les interruptions prématurées d'activité concernent également les hommes, et ce de manière aussi marquée que pour leurs homologues féminins (graphique 9).

Une fois passé cet âge, et jusqu'à 60 ans, le solde entre les sorties et les reprises d'activité devient très marginal (à hauteur de 1 %). Au-delà, les reprises d'activité demeurent négligeables, alors que les interruptions (qui peuvent dès lors s'interpréter comme des cessations) augmentent sensiblement. Les cessations d'activité des chirurgiens-dentistes ne sont toutefois pas concentrées à un âge précis et certains praticiens ont tendance à cesser tardivement leur exercice : on estime ainsi, sur la base des données 2000-2004, que l'effectif de ceux qui prennent leur retraite entre 60 et 64 ans est à peu près équivalent à l'effectif de ceux qui la prennent à partir de 65 ans (graphique 8). Pour autant, à compter de 75 ans, la quasi-totalité des praticiens a cessé toute activité.

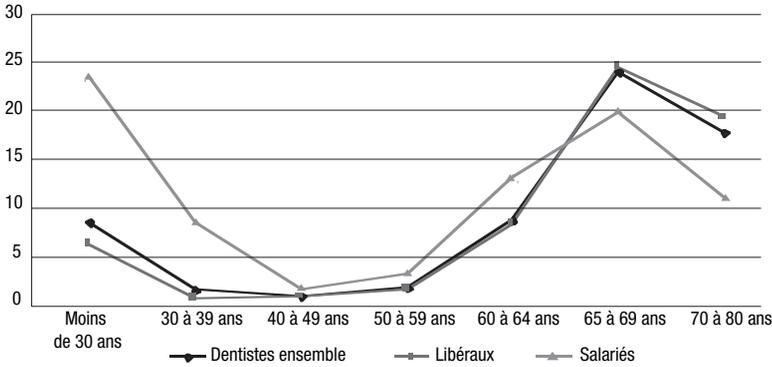
Les taux de cessation d'activité estimés (ou soldes des cessations et des reprises d'activité) varient naturellement selon le mode d'exercice : d'après nos simulations et à comportements constants, la moitié des libéraux exercerait encore à 65 ans contre 40 % des salariés. Mais, au contraire des jeunes actifs, on observe de fortes variations selon le sexe. Ainsi, les femmes présentent à l'heure actuelle une propension plus forte que les hommes à cesser leur activité entre 60 et 64 ans. Cette observation s'applique aussi bien pour les libéraux que pour les salariés (graphique 9).

■ ■ Le passage à l'exercice libéral concerne principalement les jeunes salariés

Le suivi individuel des chirurgiens-dentistes permet également d'étudier la mobilité professionnelle (au sens de changement de statut d'exercice). Celle des libéraux est quasiment nulle pour les hommes comme pour les femmes et quelle que soit la classe d'âge considérée (graphique 10). Une fois qu'ils sont installés en cabinet libéral, les praticiens s'y engagent pour longtemps, même si cela n'exclut nullement qu'ils changent d'implantation géographique ou de forme juridique d'entreprise. En revanche, la mobilité estimée se révèle beaucoup plus fréquente parmi les salariés, notamment en début de carrière. Ainsi, chaque année et tous sexes confondus, plus de 20 % des moins de 30 ans et 10 % des trentenaires salariés rejoignent le secteur libéral. À compter de 40 ans, la réorientation des salariés vers les cabinets libéraux

GRAPHIQUE 8

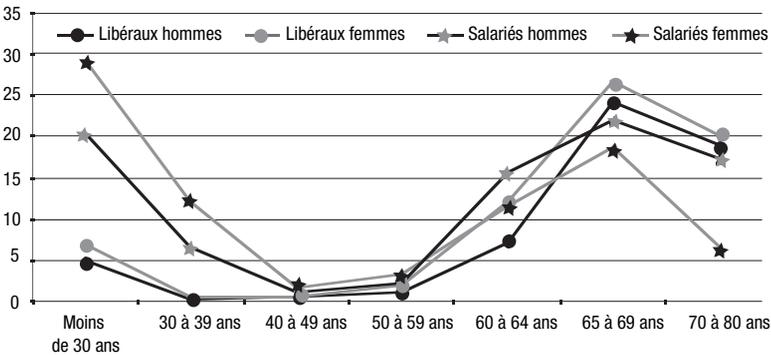
**TAUX DE SORTIE/ENTRÉE ESTIMÉS (SOLDES DES INTERRUPTIONS ET DES REPRISES D'ACTIVITÉ)
PAR CLASSE D'ÂGE, SELON LE MODE D'EXERCICE (MOYENNE SUR LES TROIS DERNIÈRES ANNÉES)**



*Lecture: Les courbes donnent, pour chaque classe d'âge et pour chacun des groupes de chirurgiens-dentistes, les taux de cessation d'activité « nets » estimés. Ils s'interprètent comme suit: pour une classe d'âge donnée, le taux de cessation « net » correspond au solde des praticiens actifs de cette tranche d'âge qui cessent leur activité d'une année sur l'autre et de ceux qui la reprennent (hors primo-entrants). Ce solde est calculé en moyenne à partir des transitions observées sur trois années, entre 2001 et 2004. Champ: France entière.
Sources: Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2004, calculs DREES.*

GRAPHIQUE 9

**TAUX DE SORTIE/ENTRÉE ESTIMÉS PAR CLASSE D'ÂGE ET MODE D'EXERCICE SELON LE SEXE
(MOYENNE SUR LES TROIS DERNIÈRES ANNÉES)**



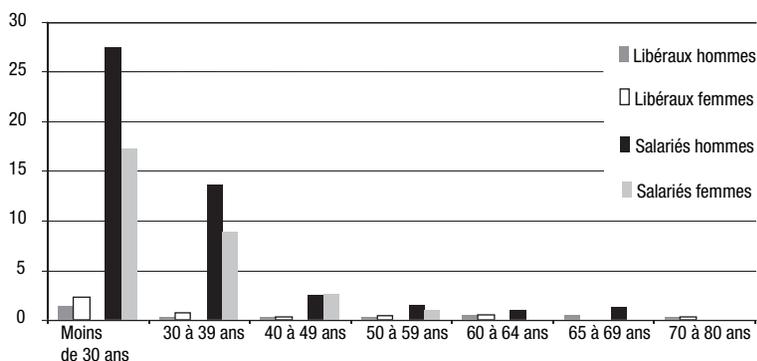
*Lecture: Idem que le graphique 8.
Champ: France entière.*

Sources: Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2004, calculs DREES.

devient marginale. Enfin, on observe que la mobilité des praticiens salariés diffère selon le sexe : en effet, les femmes se révèlent relativement moins enclines à se réorienter vers l'exercice en cabinet libéral que leurs homologues masculins.

GRAPHIQUE 10

TAUX DE MOBILITÉ PAR CLASSE D'ÂGE ET PAR SEXE ENTRE EXERCICE LIBÉRAL ET SALARIÉ



Lecture : Sur 100 hommes chirurgiens-dentistes salariés de moins de 30 ans qui ne cessent pas toute activité dentaire dans l'année, environ 27 deviennent libéraux, tandis que sur 100 femmes salariées de moins de 30 ans 17 deviennent libérales.

Champ : France entière.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2004, calculs DREES.

La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national

Le *numerus clausus* de 2005 ayant été maintenu pour l'année universitaire 2006-2007, le scénario tendanciel de projection démographique retient l'hypothèse d'un *numerus clausus* constant à 977 places dans les années à venir (encadré 2). Il fait également l'hypothèse que les caractéristiques et comportements des chirurgiens-dentistes actifs resteront identiques à ceux de la période récente et qu'ils varient par conséquent en fonction de la génération, du sexe et du mode d'exercice des praticiens (libéral ou salarié). Enfin, dans ce scénario, les migrations internationales demeurent stables⁵.

Deux scénarios alternatifs seront ensuite envisagés. Le premier analyse les effets d'un changement du niveau du *numerus clausus* et le second l'impact d'éventuelles limitations concernant les entrées dans la vie active ou les changements de mode d'exercice (salarié, libéral). Les résultats sont centrés sur le moyen terme (horizon 2030). Toutefois, certains prolongements à plus long terme (horizon 2050) permettent de mieux éclairer l'analyse.

5. Nous ne traitons pas ici de l'évolution des besoins, ce qui nécessiterait une analyse délicate tenant compte des effets d'âge (la population vieillit), mais aussi de génération (les générations futures de personnes âgées auront bénéficié d'une prise en charge dentaire plus précoce et de meilleure qualité que les personnes âgées actuelles).

ENCADRÉ 2

LE MODÈLE DE PROJECTION DÉMOGRAPHIQUE
MÉTHODE ET HYPOTHÈSES RETENUES

Le modèle de projection démographique des chirurgiens-dentistes élaboré par la DREES permet d'établir des projections d'effectifs de chirurgiens-dentistes actifs. Il simule l'évolution des effectifs année après année, à moyen terme jusqu'en 2030, et propose des résultats à plus long terme jusqu'en 2050. Il s'inspire principalement du modèle réalisé sur les pharmaciens mais aussi des exercices plus anciens effectués par la DREES sur les médecins ou les masseurs-kinésithérapeutes (Collet, 2005 ; Bessière *et al.*, 2004 ; Darriné, 2003).

Les projections sont réalisées à partir des données de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006. Elles sont détaillées selon le sexe, l'âge, le mode d'exercice (libéral ou salarié). Elles sont effectuées au niveau national (départements d'outre-mer compris), sans que le modèle ne permette de déclinaison régionale. Pour les diplômés en odontologie comme pour les chirurgiens-dentistes en activité, les projections sont effectuées « par composante », dans le sens où l'on observe des évolutions dans le temps et où l'on affecte des probabilités d'événements à des groupes d'individus ayant des caractéristiques identiques, et non à chaque individu pris isolément.

Les différents scénarios envisagés se fondent sur l'hypothèse de décisions publiques inchangées et/ou de maintien des comportements individuels observés entre 2000 et 2004.

Le scénario tendanciel pose ainsi pour hypothèses que :

- L'organisation du cursus d'odontologie reste inchangée et le *numerus clausus* fixé pour l'année 2006-2007 (977 places) tout comme le nombre de places mises au concours de l'internat (une trentaine) sont maintenues à ce niveau sur toute la période de projection.
- Partant des observations réalisées sur les fichiers de l'Ordre, le nombre de diplômés susceptibles de s'inscrire à l'Ordre est estimé comme étant égal à 101,9 % du *numerus clausus* cinq ans avant, et les caractéristiques d'âge, de sexe et de taux d'utilisation du diplôme sont considérées comme identiques à celles observées dans la période récente.
- Les comportements des chirurgiens-dentistes actifs (caractéristiques sociodémographiques et modalités d'entrée sur le marché du travail, sorties temporaires ou définitives d'activité, mobilité professionnelle¹) sont les mêmes que ceux observés entre 2000 et 2004. Ils sont calculés par génération, sexe et mode d'exercice.

1. L'ensemble de ces comportements sont décrits et analysés de manière détaillée dans la seconde partie de l'article.

■ La densité de chirurgiens-dentistes en activité en France diminuerait continûment jusqu'en 2030, à *numerus clausus* et comportements constants

À court terme, l'évolution du nombre de dentistes ne dépend quasiment que des comportements de cessation d'activité des praticiens en exercice⁶. En effet, une nouvelle modification du *numerus clausus* ne peut avoir d'impact sur la démographie de la profession avant 2013, compte tenu de la durée des études d'odontologie.

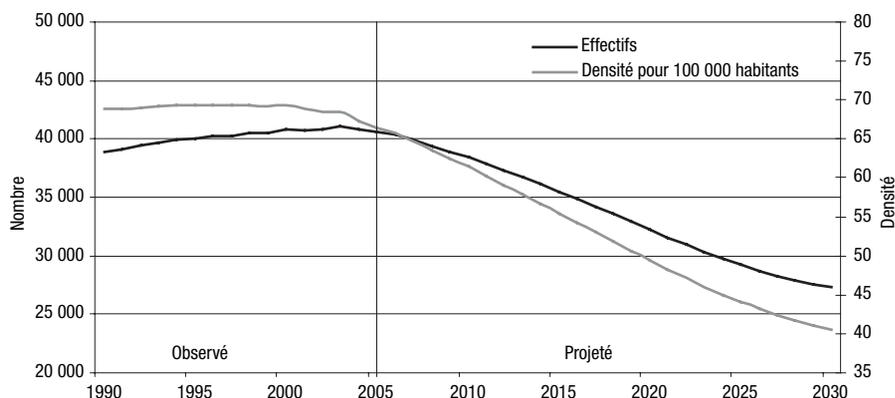
D'après le scénario tendanciel, le mouvement de repli des effectifs amorcé en 2004 se poursuivrait. Cette diminution s'amplifierait, de -1 % à près de -2 % par an au

6. Sources : INSEE, 2006, « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 », *INSEE Première*, n° 1089, juillet.

début des années 2020, avant de revenir à -1% à la fin de cette décennie avec environ 27 000 professionnels actifs (graphique 11). Ils seraient donc un tiers de moins qu'en 2006 (40 000) et retrouveraient un effectif similaire à celui de la fin des années 1970.

GRAPHIQUE 11

**ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA DENSITÉ DE CHIRURGIENS-DENTISTES ENTRE 1990 ET 2030
SELON LES HYPOTHÈSES DU SCÉNARIO TENDANCIEL**



Champ : France entière, chirurgiens-dentistes de moins de 80 ans.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006, projections DREES (numerus clausus = 977).

Le nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants (France entière) diminuerait continûment et plus rapidement au cours des vingt-cinq prochaines années, passant de 65 dentistes pour 100 000 habitants en 2006 à 55 en 2015 puis environ 40 en 2030. Cette tendance devrait toutefois s'atténuer à partir de 2030 et les effectifs devraient se maintenir au cours des vingt années suivantes. Du fait d'une possible stabilisation de la population française entre 2035 et 2050⁷, sous les hypothèses retenues, la densité de chirurgiens-dentistes cesserait de décroître pour se stabiliser à environ 37 pour 100 000 habitants.

■ ■ **Le nombre de sorties d'activité continuerait d'augmenter pour atteindre son maximum autour de 2020**

Ces évolutions démographiques futures sont liées à la fois aux entrées et aux sorties de la profession. À *numerus clausus* constant, les entrées se stabiliseraient à partir de 2010-2015, après un accroissement assez sensible entre 2005 et 2010, directement lié au relèvement du *numerus clausus* au cours des cinq dernières années. En effet, par hypothèse, le nombre d'entrées dépend directement du *numerus clausus* mis en œuvre cinq ans plus tôt.

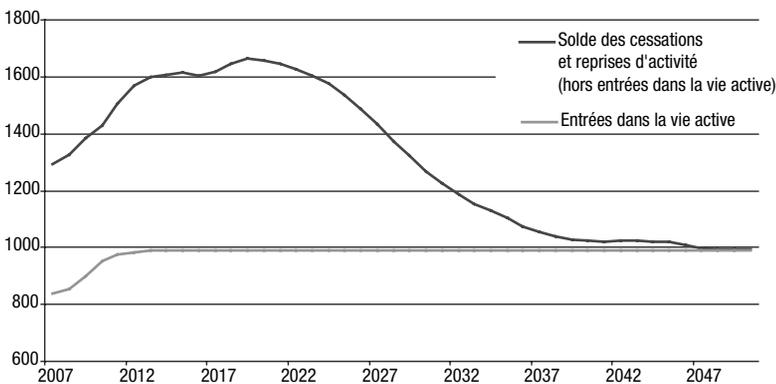
En revanche, le nombre de chirurgiens-dentistes qui cessent leur activité est appelé à fortement augmenter dans les quinze années à venir et devrait passer de

7. On ne tient pas compte ici des mesures prises dans le domaine des retraites (loi de 2003 portant réforme des retraites).

1300 en 2007 à 1650 par an au début des années 2020⁸ (graphique 12). Les promotions plus nombreuses de chirurgiens-dentistes entrées en faculté à la fin des années 1960 et au début des années 1970 (issues du baby-boom et n'ayant pas été soumises au *numerus clausus*) atteindront en effet l'âge de la retraite pendant cette période. L'écart entre le nombre de cessations et le nombre d'entrées dans la vie active projetées devrait donc se creuser, ce qui explique pourquoi l'on attend une diminution accentuée du nombre de chirurgiens-dentistes entre 2006 et 2020. Une fois ce mouvement massif de départs en retraite passé, le nombre de sorties s'infléchirait sensiblement jusqu'en 2040, date à partir de laquelle les diplômés issus des promotions plus nombreuses des années 2000 parviendront à leur tour à l'âge de la retraite.

GRAPHIQUE 12

**NOMBRE DES ENTRÉES ET SORTIES D'ACTIVITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES PRÉVUES D'ICI À 2050
(SCÉNARIO TENDANCIEL)**



Champ : France entière, chirurgiens-dentistes de moins de 80 ans.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006, projections DREES (numerus clausus = 977).

■ ■ La profession continuerait à vieillir jusqu'en 2015, avant de retrouver en 2030 l'âge moyen de 2006

Compte tenu de ces projections d'entrées et de sorties, la pyramide des âges des dentistes actifs suivrait deux tendances différentes entre 2006 et 2015 puis entre 2015 et 2030 (graphique 13).

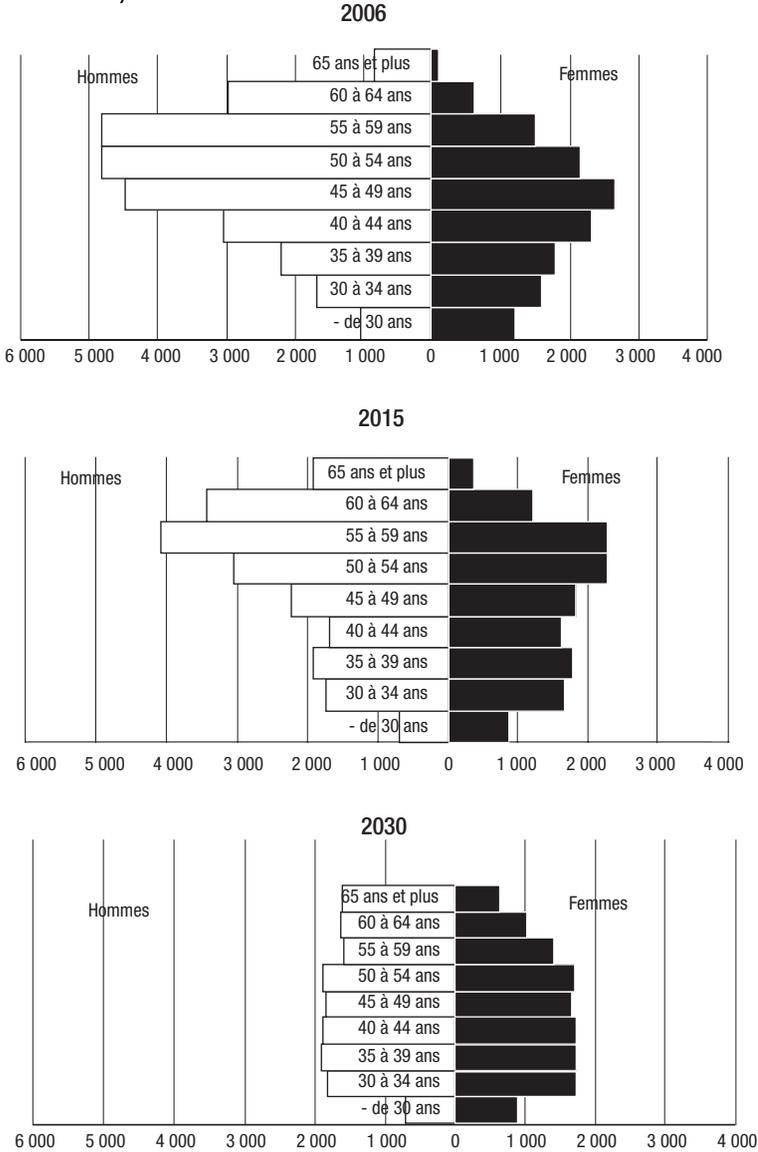
Si le nombre de dentistes actifs de moins de 40 ans, alimenté par les entrées des nouveaux diplômés, devrait rester relativement stable dans les dix prochaines années, il en va autrement pour les plus âgés. Entre 2006 et 2015, la part des plus de 55 ans parmi les praticiens actifs passerait ainsi de 29 % à 40 % (soit 11 000 à 13 500 dentistes). En revanche, en 2030, les générations les plus âgées ayant pris leur retraite, la part

8. Les besoins en soins dentaires renvoient au vieillissement de la population, au développement de certaines pathologies ou encore aux progrès techniques et organisationnels dans la prise en charge des patients à venir, mais aussi à une réflexion sur les rôles respectifs des différentes professions de santé et leur coordination (délégation de tâches, substitution, développement de nouveaux métiers...).

des chirurgiens-dentistes âgés de 50 ans ou plus diminuerait fortement (de 35 % à 25 % pour les 50-60 ans). Ce recul serait compensé par un accroissement de la part des actifs de moins de 45 ans (50 % contre 36 % en 2015).

GRAPHIQUE 13

ÉVOLUTION DE LA PYRAMIDE DES ÂGES DES CHIRURGIENS-DENTISTES ENTRE 2006 ET 2030 (SCÉNARIO TENDANCIEL)



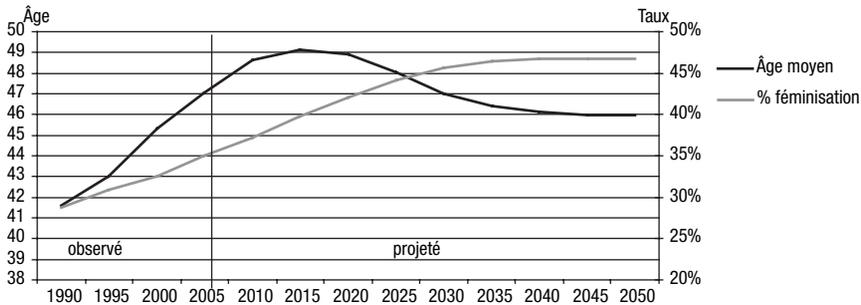
Champ : France entière, chirurgiens-dentistes de moins de 80 ans.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006, projections DREES (numerus clausus = 977).

Sous ces hypothèses, l'âge moyen des chirurgiens-dentistes continuerait donc à croître jusqu'en 2015 pour se stabiliser autour de 49 ans jusqu'en 2020. Avec les nombreux départs à la retraite, la profession rajeunirait ensuite, avec un âge moyen passant à 47 ans en 2030 puis à 46 ans dans les décennies suivantes (graphique 14).

GRAPHIQUE 14

ÉVOLUTION DE L'ÂGE MOYEN ET DU TAUX DE FÉMINISATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES ENTRE 1990 ET 2050 (SCÉNARIO TENDANCIEL)



Champ : France entière, chirurgiens-dentistes de moins de 80 ans.

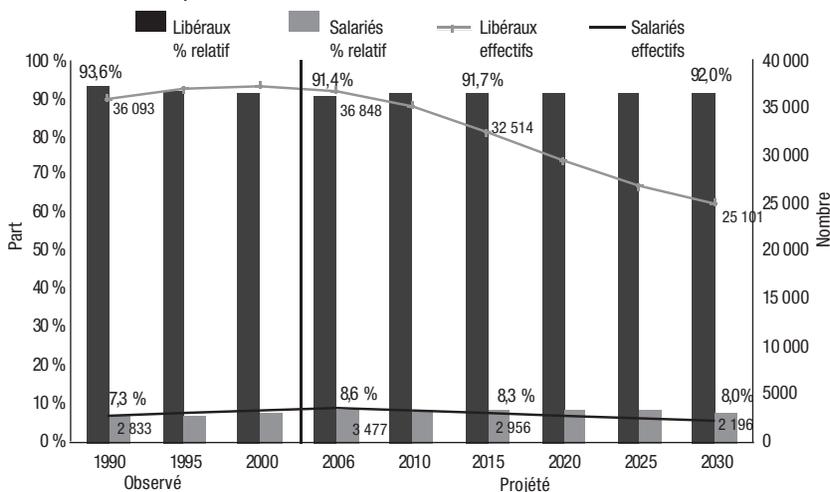
Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006, projections DREES (numerus clausus = 977).

La féminisation de la profession devrait également rester très soutenue jusqu'en 2030 puis tendrait à se stabiliser, avec un taux de femmes supérieur à 45 % (contre 35 % en 2006). L'âge moyen des femmes et des hommes devrait cependant suivre des évolutions différentes et l'écart d'âge se réduire : en 2030, l'âge moyen projeté serait de 48 ans pour les hommes et de 45,5 ans pour les femmes, contre respectivement 49 et 44 ans actuellement.

■ ■ À comportements inchangés, la répartition entre libéraux et salariés demeurerait constante, avec une féminisation accrue du secteur libéral

L'évolution du nombre total de praticiens, largement déterminée par des phénomènes démographiques, est peu susceptible de varier à *numerus clausus* constant. En revanche, leur répartition selon le mode d'exercice est plus difficile à estimer. Dans le scénario tendanciel, les trajectoires professionnelles futures, et notamment les mobilités, s'inscrivent dans le prolongement des comportements récents observés par âge, sexe et mode d'exercice. Sous ces hypothèses, la répartition entre les chirurgiens-dentistes exerçant en cabinet libéral et en qualité de salarié demeurerait stable dans les 25 prochaines années, à hauteur respectivement de 92 % et 8 % (graphique 15). Autrement dit, la diminution des effectifs serait à peu près identique dans les deux secteurs (-33 %). Le nombre de praticiens libéraux passerait de 37 000 à 25 000 et celui des salariés de 3 500 à 2 200.

ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PART DES CHIRURGIENS-DENTISTES ACTIFS SELON LE MODE D'EXERCICE (SCÉNARIO TENDANCIEL)



Champ : France entière, chirurgiens-dentistes de moins de 80 ans.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006, projections DREES (numerus clausus = 977).

En revanche, la féminisation de la profession serait moins marquée pour les salariés : la part des femmes passerait de 58 % en 2006 à 61,5 % en 2030 (de 33,5 % à 44 % dans le secteur libéral).

■ ■ Examen des impacts possibles des variations du *numerus clausus* et des comportements d'entrée et de mobilité professionnelle

Comme cela a été rappelé en introduction, les résultats issus du scénario tendanciel dépendent des hypothèses retenues. C'est pourquoi il est important d'analyser leur sensibilité à des variations dans ces hypothèses, en introduisant des scénarios de projection alternatifs. Pour chacun d'entre eux, une seule hypothèse est modifiée par rapport au scénario de référence afin de mieux isoler les effets et donc de tester les variables qui, au-delà des tendances de fond, sont susceptibles d'avoir le plus d'influence sur l'évolution de la démographie des chirurgiens-dentistes.

Deux séries de variantes ont, à cet égard, été considérées. Les premières envisagent l'impact de variations du niveau du *numerus clausus* et permettent donc d'approcher, à comportements et trajectoires professionnelles inchangés, les effets de décisions des pouvoirs publics dans ce domaine (variantes 1 à 4), même si la question de l'offre en chirurgiens-dentistes et de son adéquation aux besoins des patients dans le futur⁹ dépasse largement celle du nombre de professionnels en activité. Le second type de variantes étudie, à *numerus clausus* constant, les répercussions qu'au-

9. Correspondant notamment aux fluctuations des recrutements passés et à l'évolution du nombre de départs en retraite.

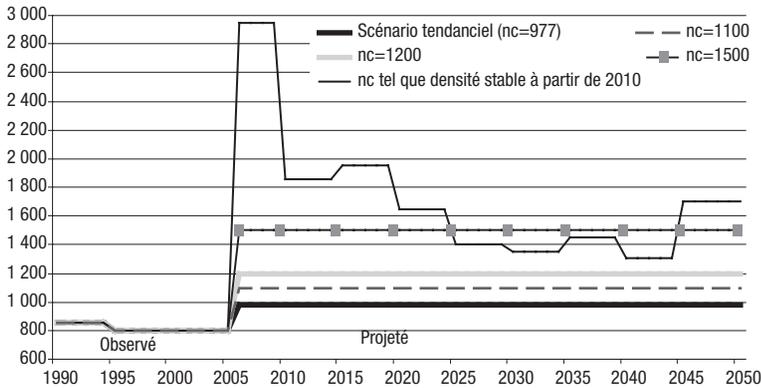
raient diverses modifications des choix des diplômés et des professionnels actifs : ces changements peuvent relever de choix individuels ou de réactions à la situation du marché du travail, du système de soins ou de mesures prises par les pouvoirs publics (variante 5).

■ ■ Un relèvement du *numerus clausus* de 100 étudiants atténuerait de trois points la diminution de la densité à l'horizon 2030

Par rapport au scénario tendanciel de maintien du *numerus clausus* au niveau de 2006 (977 étudiants), il s'agit de simuler l'impact d'une augmentation du nombre de places ouvertes à partir de l'année universitaire 2007-2008 (graphiques 16 et 17). Un relèvement à 1100 étudiants atténuerait la très forte baisse de densité prévisible entre 2015 et 2030 : à cette date, la densité de chirurgiens-dentistes serait encore de 35 % inférieure à celle d'aujourd'hui (graphique 17). Des *numerus clausus* portés respectivement à 1200 et 1500 étudiants permettraient de contenir le recul de densité de la profession à l'horizon 2030 à hauteur de 45 et 51 dentistes pour 100 000 habitants (soit un tiers et un quart de moins qu'aujourd'hui). Dans ces scénarios, la densité de chirurgiens-dentistes se stabiliserait ensuite entre 2030 et 2050, voire augmenterait de nouveau si le *numerus clausus* était relevé à 1500 places. De manière générale, une augmentation de 100 places du *numerus clausus* sur toute la période réduirait la diminution de la densité de chirurgiens-dentistes de trois points à l'horizon 2030 et de 5,5 points en 2050.

GRAPHIQUE 16

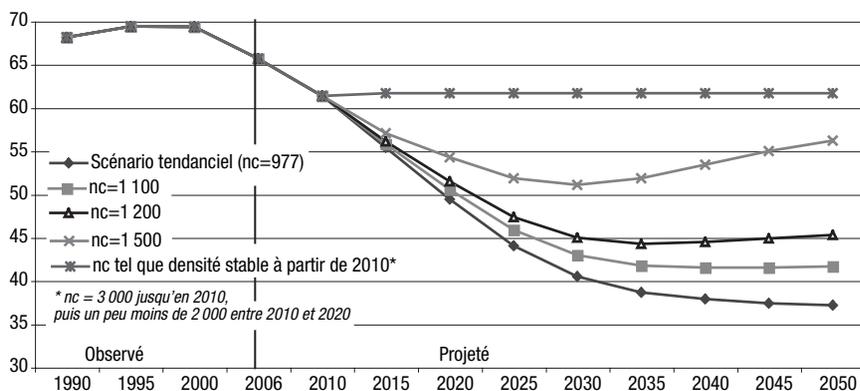
DIFFÉRENTES HYPOTHÈSES D'ÉVOLUTION DU *NUMERUS CLAUSUS* (NC)



Champ : France entière, chirurgiens-dentistes de moins de 80 ans.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006, projections DREES.

IMPACT SUR LA DENSITÉ DE CHIRURGIENS-DENTISTES DE DIFFÉRENTES HYPOTHÈSES D'ÉVOLUTION DU NUMERUS CLAUSUS



Champ : France entière, chirurgiens-dentistes de moins de 80 ans.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006, projections DREES.

Deux enseignements peuvent être tirés de cette première série de variantes. Le premier tient à la relative inertie de la démographie des chirurgiens-dentistes face aux variations du *numerus clausus*. Le second est que l'évolution du *numerus clausus* doit tenir compte non seulement des niveaux souhaités de densité de praticiens, mais également de la date à laquelle cet objectif est atteint. Ainsi, quel que soit le *numerus clausus* fixé pour les prochaines années, les projections à comportements constants aboutissent à une diminution de la densité de dentistes jusqu'au début de la décennie 2010, moment où elle atteindrait un peu moins de 62 pour 100 000 habitants. Pour maintenir ensuite la densité de praticiens à ce niveau, les fluctuations du *numerus clausus* devraient être très contrastées : augmentation immédiate à 3 000 places jusqu'en 2010, puis à un peu moins de 2 000 places entre 2010 et 2020, date à laquelle le *numerus clausus* devrait entamer une baisse continue pendant 25 ans jusqu'à atteindre 1 300 en 2040, puis remonter à nouveau à 1 700 places pour compenser les nombreux départs à la retraite induits par les recrutements des années 2010. Il est évident que de telles variations¹⁰, dans des délais aussi rapprochés, du degré de sollicitation de l'appareil de formation ne sont pas envisageables.

Ces mesures théoriques doivent tenir compte du contexte et de la faisabilité de telles augmentations des *numerus clausus*. Il faut en effet s'interroger sur les capacités matérielles (fauteuils) et humaines (enseignants, praticiens hospitaliers¹¹) qu'ont,

10. Moins de 1 000 personnels hospitalo-universitaires répartis dans les 16 unités de formation (une centaine de professeurs des universités-praticiens hospitaliers [PU-PH], environ 400 maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers [MCU-PH] et 400 assistants hospitalo-universitaires [AHU], dont un quart seulement exercent à temps plein comme enseignants).

11. Sont modélisés des comportements différenciés d'interruption d'activité (au titre des enfants) et de cessation d'activité. En revanche, on ne dispose pas d'informations sur les durées de travail, et notamment sur l'impact du temps partiel, qui ne sont donc pas intégrées dans la modélisation.

en l'état, les unités de formation à résister à de fortes augmentations du *numerus clausus*, d'autant qu'elles ont déjà dû récemment absorber la mise en place de la sixième année et de l'internat à moyens constants (Bois *et al.*, 2003).

■ ■ L'accroissement de la féminisation parmi les diplômés aurait à l'horizon 2030 un impact marginal sur la densité de la profession

L'analyse de différentes variantes portant sur les trajectoires des diplômés et actifs montre que des modifications dans les modalités d'entrée et de mobilité dans la vie active ou encore une forte féminisation des diplômés n'auraient quasiment aucun impact sur le nombre et donc la densité de chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030¹². Le niveau de féminisation de la profession peut varier sensiblement selon le taux de féminisation au diplôme. Cette évolution se répercuterait cependant dans des proportions identiques parmi les libéraux et parmi les salariés.

En conclusion

Les projections démographiques doivent aussi être examinées au regard de l'évolution des besoins, des pratiques et des disparités géographiques. Les évolutions démographiques, de comportements de soins ou les changements organisationnels pour les professions de santé joueront bien évidemment un rôle dans les années à venir. Plusieurs éléments issus d'études quantitatives et qualitatives ou provenant d'experts permettent d'éclairer ces différents enjeux.

Des statistiques récentes indiquent qu'environ 35 % des Français ont consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année (Raynaud, 2005). Par ailleurs, en 2004, 6,5 % de la population déclarait avoir renoncé ou reporté des soins et prothèses dentaires ou d'orthodontie pour des raisons financières (Allonier *et al.*, 2006). Ces besoins doivent toutefois être relativisés du fait de l'amélioration considérable de l'état de santé bucco-dentaire en France, notamment celui des enfants, grâce aux campagnes de prévention et à la promotion de l'utilisation du fluor. Le nombre de dents cariées, absentes ou obturées (aussi appelé « indice CAO ») à 12 ans a ainsi connu une baisse spectaculaire de 4,2 en 1987 à 1,9 à la fin des années 1990 (Hescot, Roland, 1998), malgré la persistance des inégalités sociales dans ce domaine (Azogui-Lévy, Rochereau, 2005; Guignon, 2007). Les soins conservateurs (SC) et les actes de prothèses dentaires (SPR), qui constituent encore près de 90 % des honoraires totaux des chirurgiens-dentistes libéraux, ont ainsi eu tendance à diminuer au profit des actes d'orthopédie dento-faciale (TO) et des actes en radiologie (Z) (CNAMTS, 2004).

12. En effet, outre le scénario relatif à une modification du taux de féminisation au diplôme présenté ici, différentes variantes sur les comportements d'entrée dans la vie active ou de mobilité professionnelle ont été mises en œuvre. Les effectifs projetés atteindraient des niveaux très comparables à ceux observés dans le scénario tendanciel et la répartition entre exercice libéral et salarié ne serait pas bouleversée.

À état de santé constant, de nouveaux besoins ou des demandes de prises en charge plus complexes se sont également développés : une attention accrue au « corps et à la santé », une plus forte demande « esthétique », l'accès aux soins dentaires de populations qui en étaient auparavant exclues, notamment grâce à la couverture maladie universelle (CMU)¹³.

Ces problématiques soulèvent des questions relatives à l'organisation des soins dentaires, caractérisée par des inégalités territoriales fortes de l'offre libérale, des carences en termes d'offre de substitution à la pratique de ville (maillage ville-hôpital) et une existence limitée de formes d'exercice adaptées au vieillissement de la population (réseaux de prise en charge des urgences, structures intermédiaires ou mobiles (Azogui-Lévy et Boy-Lefèvre, 2005). Des incertitudes pèsent aussi sur le souhait ou la possibilité des futurs chirurgiens-dentistes de prendre la succession ou de racheter les cabinets des praticiens qui exercent actuellement dans certaines zones rurales. Enfin, l'émergence de nouveaux besoins et la baisse attendue des effectifs de chirurgiens-dentistes doivent également être prises en compte dans les réflexions menées sur les délégations de tâches et les coopérations possibles avec d'autres professions (notamment les assistants dentaires ou encore les stomatologues et les médecins spécialisés en chirurgie maxillo-faciale).

Références bibliographiques

- AÏACH P., CÈBE D., CRESSON G., PHILIPPE C., 2001, « Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques », éditions Recherche Santé Social de l'ENSP, ENSP.
- ALLONIER C., GUILLAUME S., ROCHEREAU T., 2006, « Enquête Santé, Soins et Protection sociale 2004 : premiers résultats », *Questions d'économie de la santé*, n° 110, juillet, IRDES.
- AZOGUI-LÉVY S., BOY-LEFÈVRE M.-L., 2005, « La santé bucco-dentaire en France », *Actualité et Dossier en santé publique*, n° 51, juin, Haut Comité de santé publique.
- AZOGUI-LÉVY S., ROCHEREAU T., 2005, « Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'enquête Santé et Protection sociale 2000 », *Questions d'économie de la santé*, n° 94, mai, IRDES.
- BESSIÈRE S., COLDEFY M., COLLET M., 2006, « Une typologie des configurations de l'offre de soins de premier recours au niveau cantonal », *Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé*, tome 1.
- BESSIÈRE S., 2005, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, janvier-mars, DREES.
- BESSIÈRE S., BREUIL-GENIER P., DARRINÉ S., 2004, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats*, n° 352, novembre, DREES.
- BILLAUT A., BREUIL-GENIER P., COLLET M., SICART D., 2006, « Les évolutions démographiques des professionnels de santé », *Données sociales : la société française*, mai, INSEE.

13. Rappelons que les soins dentaires ne donnent lieu qu'à une couverture assez faible par le régime obligatoire. La CMU permet la prise en charge intégrale des soins conservateurs et, pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire, un panier de soins dentaires prothétiques a été instauré.

- BOIS D., MASSONNAUD J., MELET J., 2003, « Rapport de la mission odontologie », novembre, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.
- CNAMTS, 2006, « Le secteur libéral des professions de santé en 2004 », *Carnets statistiques*, n° 112, CNAMTS.
- COLLET M., SICART D., 2007, « Projections du nombre de chirurgiens-dentistes en activité en France à l'horizon 2030 : sources, méthode et principaux résultats », *série Études, Document de travail*, n° 68, septembre, DREES.
- COLLET M., SICART D., 2007, « La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030. Un exercice de projection au niveau national », *Études et Résultats*, n° 595, septembre, DREES.
- COLLET M., SICART D., 2007, « Les chirurgiens-dentistes en France. Situation démographique et analyse des comportements en 2006 », *Études et Résultats*, n° 594, septembre, DREES.
- COLLET M., 2005, « La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030. Un exercice de projections au niveau national », *Études et Résultats*, n° 438, octobre, DREES.
- DARRINÉ S., 2003, « Les masseurs-kinésithérapeutes en France : situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », *Études et Résultats*, n° 242, juin, DREES.
- EVAIN F., AMAR M., 2006, « Les indépendants », *INSEE Première* n°1084, juin, INSEE.
- GUIGNON N., avec la collaboration de HERBET J.-B. et DANET S., FONTENEAU L., 2007, « La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers Résultats », *Études et Résultats*, n° 573, mai, DREES.
- HESCOT P., ROLAND E., 1998, « Le CAO des enfants de 12 ans », Union française pour la santé bucco-dentaire.
- LEGENDRE N., 2006, « Les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes », *Études et Résultats*, n°501, juin, DREES.



e métier de chirurgien-dentiste : comment les praticiens le vivent

Cette contribution synthétise les résultats d'une étude réalisée pour l'ONDPS, dont l'objet est d'améliorer la connaissance du métier de chirurgien-dentiste et de ses conditions d'exercice¹.

Cette étude s'est déroulée en trois grandes phases, qui constituent chacune un prisme particulier d'examen de la profession : celui des acteurs et des institutions qui l'animent et la représentent, celui des praticiens en exercice, et celui des étudiants à la veille de commencer leur activité. La part la plus importante des investigations étant centrée sur le point de vue des praticiens en exercice.

Le métier vécu par les praticiens est ensuite analysé en quatre grandes familles thématiques : comment se font les vies professionnelles, comment sur un territoire donné le praticien répond à la demande de soin ou n'y répond pas, qu'est-ce qui cimenter la profession et, enfin, ce que veut dire être dentiste.

■ Introduction

■ ■ Une profession libérale...

La profession de chirurgien-dentiste a une tradition d'exercice libéral très marquée. Plus de 9 praticiens sur 10 ont encore aujourd'hui un exercice libéral. L'offre de soin odontologique hospitalière est réduite : sur plus de 40 000 praticiens, moins d'un millier exercent à l'hôpital, et rarement à temps plein.

Tel que le vivent les praticiens, être libéral est une véritable identité, qui est souvent énoncée par les praticiens pour expliquer leur choix de cette profession. L'autonomie de choix et le profond sentiment de liberté qui s'y attache sont ce que les praticiens apprécient le plus dans leur métier une fois qu'ils sont réellement en exercice. Et, ce qui est remarquable, c'est que cette identité est commune à l'ensemble des praticiens quels que soient la génération, le sexe, le lieu d'exercice, le choix de pratique ou, de façon beaucoup plus surprenante, le mode d'exercice.

Ce caractère fortement libéral est une véritable clé de lecture de la diversité de la profession. C'est un « fil rouge » qui traverse les constats que l'étude permet de formuler.

1. Elsa RIGAL Julie MICHEAU, *Le Métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions. Une étude qualitative*, Plein Sens, septembre 2007, www.sante.gouv.fr/ondps/index.html.

■ ■ ... mais une profession très isolée et qui semble en marge de la santé publique

L'exercice des chirurgiens-dentistes est encadré par des normes strictes, garantissant la sécurité du patient et la qualité des soins. Pourtant, les chirurgiens-dentistes se perçoivent et sont perçus comme une profession médicale un peu « à part ». En effet, les chirurgiens-dentistes sont bien des professionnels de santé, dotés du titre de docteur, au service du patient. La première année de médecine est d'ailleurs commune entre les étudiants en médecine et les futurs étudiants en dentaire.

Pour autant, la profession n'entretient pas beaucoup de relations avec le reste du corps médical. Il semble par exemple y avoir assez peu de cohésion, au niveau local, entre le chirurgien-dentiste et les autres professionnels de santé : dans sa vie professionnelle, un dentiste n'a que quelques contacts avec certains spécialistes ou professions paramédicales (ORL, stomatologue, orthophoniste...). Et, en dehors de la cardiologie, il est peu de spécialités médicales qui aient un regard attentif à l'état de la bouche. Les chirurgiens-dentistes ont, de fait, une approche très individuelle des soins.

En outre, paramètre très structurant de la profession, seule une minorité des soins dentaires font l'objet d'une prise en charge publique. Une grande part de l'activité des chirurgiens-dentistes échappe ainsi au champ conventionnel. Les soins de base sont totalement remboursés par la Sécurité sociale mais, *in fine*, le taux de couverture des dépenses dentaires par l'assurance maladie n'est que de 30 %, la couverture par les organismes complémentaires est de 35 % et il reste 35 % à la charge des ménages. D'un point de vue tarifaire, les chirurgiens-dentistes sont donc dans la situation de médecins en secteur II (qui ne représentent qu'un quart des médecins libéraux).

On peut souligner enfin la faible représentation de la profession au sein des instances en charge de la santé publique et la faible prise en compte des soins odontologiques dans les politiques de santé publique. Il n'y a pas de chirurgiens-dentistes dans les services déconcentrés (DDASS), il n'y a pas de dentistes du travail, il n'y a pas de dentistes scolaires. Il a fallu attendre 2005 pour que la santé bucco-dentaire fasse l'objet d'un plan national d'action et se trouve ainsi inscrite au PLF 2006 sous la forme d'une sous-action d'une action du programme de santé publique et prévention.

L'ensemble de ces éléments conduit à ce que coexiste au sein des professionnels une forte responsabilité individuelle avec un sentiment de responsabilité collective qui semble quasi inexistant. C'est très net en matière de santé publique : ce que la profession ne prend pas ou mal en charge aujourd'hui, il est peu de praticiens pour se sentir investi de la responsabilité de corriger la situation. C'est que le caractère libéral a pour conséquence dans cette profession un individualisme structurel. Chaque praticien vit son métier de façon indépendante. Le collectif existe, via la confraternité, mais il est peu incarné. Il s'agit d'une solidarité surtout mécanique, fondée sur l'identité de métier.

Phase 1 : la profession « vue d'en haut »

Le premier travail de l'étude consistait d'abord à recomposer une image de la profession telle qu'elle est « vue d'en haut », c'est-à-dire telle que les données statistiques la décrivent, mais aussi telle que se la représentent ses principaux acteurs au sein des organismes professionnels et institutions de santé publique.

Cette étape a permis :

- de décrire quantitativement la profession, à partir des connaissances et des ressources statistiques disponibles ;
- d'effectuer un état des lieux de l'opinion des principaux experts sur le sujet, à savoir à la fois les institutions (Ordre, HAS, DGS, IGAS), les syndicats (CNSD, UJCD, UNECD) et les associations professionnelles (ADF, UFSBD) ;
- de compléter cette vision par une analyse de la presse professionnelle afin de recenser les grandes tendances et les facteurs d'évolution qui sont actuellement identifiés.

Phase 2 : le métier raconté par les hommes et les femmes de l'art

Cette phase a permis, sur le terrain, d'entendre les praticiens parler de leur métier, de leurs conditions d'exercice et de leur profession.

Afin de répondre aux différents questionnements, 49 praticiens ont été rencontrés au total, au cours d'entretiens longs réalisés au cabinet.

Ces praticiens ont été sélectionnés en croisant quatre types de critères :

- Le territoire d'exercice : 5 territoires de densité variable (forte, moyenne et faible), urbains, périurbains et ruraux, ont été retenus :

- Paris ;

- Caen (14) ;

- département de l'Oise (60) et de Seine-Maritime (76) : zone rurale isolée ;

- département de la Haute-Garonne (31) : grande ville et périurbain (Toulouse), ville moyenne (Montauban, dans le 82) et zone rurale ;

- département de la Seine-Saint-Denis (93) : communes de Bobigny (93000), Drancy (93700), Aulnay-sous-Bois (93600), Le Blanc-Mesnil (93150), Bondy (93140).

- L'âge et le sexe :

Une attention particulière a été portée afin de sélectionner des praticiens hommes et femmes de toutes les tranches d'âge, de façon à pouvoir rencontrer des praticiens en début d'exercice, des praticiens ayant déjà une certaine expérience et des praticiens en fin d'exercice.

- La spécialité :

- des omnipraticiens « vrais » ;

- des omnipraticiens « faux » au sens d'une spécialité non reconnue mais constituant une spécialité de fait de l'activité, dominante ou exclusive (implantologie, parodontie, endodontie, pédodontie, orthodontie non spécialiste, chirurgie) ;

- des spécialistes en orthopédie dento-faciale/orthodontie.

- Le type de cabinet :

Il s'agissait de rencontrer à la fois des praticiens exerçant en libéral, en cabinet individuel (seul ou avec un collaborateur/une collaboratrice) et en cabinet de groupe, et des praticiens exerçant en centre (centre dentaire, centre médical, mutualiste, municipal et privé).

Le métier raconté par les hommes et les femmes qui l'exercent

■ ■ Des histoires plutôt que des carrières : entrée, sortie et moments clés de la vie professionnelle

Le terme de carrière n'est pas spontanément employé par les chirurgiens-dentistes. Au sens classique d'une progression structurée et balisée, il serait d'ailleurs impropre tant les parcours sont diversifiés. En effet, il est apparu qu'il s'agissait davantage d'« histoires » que de carrières à proprement parler. En sorte que la configuration du parcours professionnel dans le temps est très différente d'un praticien à l'autre : les différents moments clés ne sont pas les mêmes pour tous, ne se succèdent pas dans le même ordre, ne correspondent pas aux mêmes logiques de choix... Il y a des étapes mais il y a peu d'invariants dans l'organisation, la nature et la durée de ces étapes. Le panel des « histoires » est donc très large. Si les histoires professionnelles sont infiniment diverses, on peut toutefois distinguer des périodes clés et des moments charnières communs à un grand nombre de praticiens.

LES DÉBUTS : L'APPRENTISSAGE DU MÉTIER AU SENS LARGE

Il y a tout d'abord un temps d'apprentissage, commun à tous, qui correspond le plus souvent aux deux ou trois premières années après le diplôme. Ces années sont généralement consacrées à faire des remplacements ou/et des collaborations, parfois dans plusieurs cabinets à la fois. Elles sont considérées comme une période d'apprentissage nécessaire lors de laquelle le jeune praticien peut perfectionner les techniques qu'il a apprises à la faculté. Cette période lui permet aussi de s'initier à tout ce qui n'est pas le soin, le geste technique, mais qui fait pour autant partie des tâches à accomplir : la gestion, l'organisation du cabinet, les relations avec l'assistante, les relations avec les patients...

« C'est bien de passer un temps d'apprentissage en faisant des remplacements, des collaborations... C'est plutôt sain comme démarche. En sortant de la fac, on n'est pas sûr de soi. Moi, il m'a fallu dix ans pour maîtriser les gestes, les techniques. »

Suite à cet apprentissage, le jeune praticien saute le pas de la véritable installation.

L'installation n'est pas uniquement le fait de s'installer à son compte, mais plutôt le début d'un exercice envisagé à moyen ou long terme. Il peut s'agir aussi bien d'une association dans un cabinet de groupe, d'une création ou d'une reprise de cabinet, d'un engagement dans un centre de soins en tant que salarié, mais aussi d'une collaboration « stabilisée », c'est-à-dire une collaboration dans un seul et même cabinet, au sein duquel le jeune praticien souhaite rester quelques années et où il exerce à temps complet.

Les premières années qui suivent cette installation sont très souvent vécues comme un temps d'appropriation non plus des gestes techniques (le perfectionnement technique a été l'objet des années d'apprentissage), mais de toutes les autres composantes de la vie professionnelle : le rythme de travail, l'organisation du cabinet, les relations

confraternelles, les aspects comptables et la gestion, le relationnel avec les patients, etc. En cela, on peut presque parler d'une période d'appropriation du « poste ».

LA « FIN DE CARRIÈRE » : UNE PÉRIODE DE LIBERTÉS ET DE DOUTES

Les dernières années de vie professionnelle sont difficiles à cerner. Nous les définissons ici comme les années marquées par un infléchissement de la pratique motivé par la perspective de la cessation d'activité, mais un praticien peut aussi faire le choix de ne rien changer durant cette période.

La plupart des praticiens de plus de 60 ans rencontrés précisent qu'ils ont changé quelque chose ou entendent le faire pour négocier les dernières années. C'est un temps où l'on réfléchit à la cession du cabinet, mais également où l'on se sent plus libre. Parce que l'on aura bientôt terminé, on oriente sa pratique vers les actes que l'on préfère, on se fait davantage plaisir. On se permet de ne plus faire (ou de faire moins) ce que l'on aime le moins.

C'est également une période où l'on se sent plus libre dans la relation avec les patients, d'une part parce qu'au bout de tant d'années les rapports se sont détendus, mais aussi parce qu'avec la perspective d'arrêter on s'autorise à éviter les patients que l'on n'apprécie pas (les patients qui ne sont pas motivés, pas respectueux des rendez-vous...).

Mais la période de précession est aussi celle des dilemmes. La question de l'investissement se pose avec encore plus de force qu'avant, car les cessions de cabinet sont de moins en moins assurées.

En effet, les prix de revente ont considérablement diminué depuis une dizaine d'années. Les jeunes qui en ont profité le reconnaissent. Mais le prix n'est pas ce qui angoisse le plus les praticiens. Le vrai problème, c'est que la revente elle-même, quel que soit le prix, est de plus en plus ardue. Sur ce point, nous avons pu constater une grande inquiétude parmi les praticiens les plus âgés. Parfois, le praticien continue de travailler pour la seule raison qu'il n'arrive pas à revendre. Exaspération et fatigue se conjuguent alors au point de faire disparaître tout plaisir dans le métier.

On note toutefois que les discours sont plus ou moins alarmistes selon les endroits. En Haute-Garonne, par exemple, les praticiens s'inquiètent mais se sentent plus privilégiés que leurs confrères de Paris ou de la Seine-Saint-Denis. Le fait d'exercer en ville, qui plus est en ville universitaire, est également un élément rassurant.

Dans d'autres endroits, notamment en zone rurale, les discours sont tout simplement fatalistes : le cabinet fermera, comme partout. C'est parfois dans cette perspective que des aménagements sont faits : le cabinet ne sera pas vendu mais il est aménagé pour qu'avec un minimum de travaux il puisse être transformé en habitation.

« Le problème, c'est que ça ne se cède plus. Je ne sais pas comment faire. C'est impossible de trouver un collaborateur, un remplaçant. Ici, je vais le donner ! Ou simplement fermer et puis c'est tout. »

La question de la revente est d'autant plus difficile que les praticiens se sentent quasiment impuissants : le fait de pouvoir revendre ou pas son cabinet n'est pas lié au prix, ni à la réussite du cabinet (gros chiffre d'affaires, bonne réputation), ni à la « qualité » de la patientèle (aisée, fidèle...). L'état du matériel n'est pas non plus un

facteur de réussite : il semblerait que les jeunes praticiens préfèrent le plus souvent acheter leur propre matériel, tout neuf. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles les praticiens en fin d'activité hésitent à s'endetter une dernière fois pour renouveler le plateau technique...

Ne pas revendre son cabinet, c'est se priver d'un apport financier, parfois non négligeable à l'arrivée de la retraite (certains dentistes nous ont expliqué que le prix de la revente servait à couvrir les frais – fiscaux notamment – liés à la fermeture du cabinet). Mais, au-delà de l'aspect financier, il y a aussi une inquiétude pour la clientèle, certains praticiens craignent qu'elle soit « abandonnée ». Il s'agit d'un regret plus sentimental : un cabinet qui n'est pas repris, c'est un peu comme une entreprise qui ferme, c'est en tout cas quelque chose de bien qui n'est plus.

Quand la cession est certaine ou au moins possible, on comprend que bien peu la préparent très activement. La plupart font confiance au bouche-à-oreilles. Beaucoup en restent à l'intention.

« J'ai un fauteuil en plus, je vais essayer de mettre quelqu'un dessus. C'est pendant que ça tourne qu'on a une chance d'attirer quelqu'un. »

Des alternatives à la cession complète du cabinet (c'est-à-dire vendre en même temps les locaux, la clientèle et le matériel) existent, comme par exemple la création d'une SELARL, qui permet de salarier un jeune praticien dans l'optique, à terme, de lui vendre des parts. À Paris, la vente des fichiers clientèle peut aujourd'hui en partie remplacer la vente de cabinet.

DES MOMENTS CHARNIÈRES OÙ DES CHOIX SONT FAITS

La première installation est un tournant sur le parcours. Une série de questions surgissent alors, avec le sentiment que l'on s'engage un peu « pour la vie » ou en tout cas à long terme. Les investissements – pour l'achat d'un cabinet ou l'achat de parts dans une association – et l'importance que revêtent les conditions d'exercice que chacune des voies implique sont tels que la première installation fait nécessairement l'objet d'un temps de réflexion.

La naissance du premier enfant correspond également à un moment charnière. Cet événement implique en effet une réflexion sur l'équilibre que l'on souhaite établir entre le temps de travail et le temps consacré à la vie de famille. Cela impacte nécessairement les choix en termes de conditions de travail, de temps de travail et, par voie de conséquence, sur la forme d'exercice et la pratique. L'influence de la naissance des enfants dans les logiques de choix est visible chez les praticiens femmes, mais aussi chez certains hommes.

« Dans dix ans, je pense que je serai salariée à plein temps. C'est plus facile pour les congés et pour les horaires par rapport aux enfants. Mais ce serait un sacrifice professionnel. »

« Après mon diplôme, j'ai fait des remplacements, des voyages... Pendant quatre ou cinq ans. Puis j'ai travaillé dans un centre pendant sept ans. Ensuite, à la naissance de mon premier enfant, j'ai changé et je me suis mis en libéral. »

Les changements de cabinet, d'associés, sont des moments importants dans la vie professionnelle. Certains praticiens ont des histoires mouvementées : durant leur vie professionnelle, ils ont parfois changé plusieurs fois de cabinet, ce qui implique un déménagement dans un nouvel endroit, une nouvelle patientèle à « apprivoiser », de nouveaux collaborateurs ou associés, parfois de nouvelles façons de travailler liées à l'organisation du cabinet...

Les formations constituent d'autres périodes charnières dans le parcours professionnel. Il ne s'agit pas ici des stages accomplis dans le cadre de la formation continue obligatoire mais des formations effectuées par les praticiens qui optent pour la spécialisation (dans un objectif de pratique exclusive ou pas, comme on le verra plus loin).

Suivre un DU ou un CECSMO nécessite un investissement en temps assez conséquent (le plus souvent un ou deux jours par semaine pendant quelques mois pour un DU, presque un temps plein pour un CECSMO) qui impacte fortement l'exercice et l'organisation du cabinet. De ce fait, ce temps de formation marque les mémoires.

On note que ce temps de formation a le plus souvent lieu cinq à dix ans après le début de l'exercice. Il est beaucoup plus rare que les praticiens suivent un DU juste après la formation initiale. L'argument avancé est qu'il faut avoir exercé quelques années pour pouvoir assumer financièrement le coût engendré par ce type de formation (à la fois le prix de la formation elle-même et la perte en chiffre d'affaires engendrée par le temps passé en formation).

Enfin, parmi les moments clés, il faut citer les gros investissements. L'achat d'une radio numérique, l'agrandissement des locaux, le renouvellement du fauteuil, l'informatisation du cabinet, l'embauche d'une seconde assistante, la refonte de la chaîne de stérilisation... Parce qu'ils pèsent lourdement sur la trésorerie du cabinet et ne sont parfois rentabilisés qu'au bout d'une dizaine d'années (voire davantage), ces investissements sont vécus comme des moments charnières dans la vie professionnelle d'un praticien. Mais l'aspect financier n'est pas le seul critère : ces investissements sont aussi ressentis comme de véritables événements du fait des changements qu'ils induisent dans les conditions d'exercice et parfois même dans la pratique elle-même.

« J'hésite à faire des investissements... La radio numérique, ça fait des années que j'y pense, chaque année je veux l'acheter mais bon... C'est un vrai confort, mais c'est très cher. Ça nous permettrait de faire tout sur place au lieu d'adresser, c'est sûr que c'est un avantage, ça nous faciliterait la vie. Ça donne une plus-value au cabinet aussi. »

■ ■ Les conditions d'exercice : entre choix et opportunités

Contrairement à ce que pourrait laisser penser le caractère libéral de la profession dentaire, les conditions d'exercice ne sont pas toujours la résultante d'un choix du praticien, ou tout du moins d'un choix raisonné. Les options sont libres mais loin d'être toutes examinées et arbitrées. Hasards et opportunités ont un grand rôle dans les histoires telles qu'elles se font.

Il apparaît que le lieu d'installation n'est pas seulement dicté par des considérations professionnelles. C'est surtout pour des raisons personnelles que l'on travaille en ville, à la campagne ou dans telle région, et les installations (cabinet, association)

sont aussi fortement déterminées par le hasard des réseaux. En revanche, certaines situations minoritaires sont, elles, tout à fait motivées : être salarié, ne pas avoir d'assistante, créer un cabinet plutôt qu'en reprendre un.

**LES OPPORTUNITÉS JOUENT BEAUCOUP
DANS LES ORIENTATIONS PROFESSIONNELLES**

Une grande part de hasard touche des éléments clés qui peuvent changer du tout au tout l'exercice, la façon dont il est vécu, et même les chances de succès ou d'échec du parcours professionnel. Par exemple, l'offre de collaborations étant bien supérieure à la demande, on pourrait s'attendre à ce que le futur collaborateur soit attentif à un grand nombre de critères. En réalité, le futur collaborateur est surtout attentif à la qualité du cabinet (propreté, matériel, présence d'une assistante...) ou à la recommandation qui lui en a été faite.

Il y a une exception notable à ce hasard : c'est la rencontre, au sein de la faculté, d'un professeur et de son élève. Il y a là un mode de choix mutuel en connaissance de cause. Notons que le développement du stage pratique de sixième année va peut-être donner l'occasion à des collaborations de se faire de façon plus éclairée.

Autre élément fortement déterminé par les opportunités : le fait de travailler seul ou dans une structure de groupe. On serait porté à croire que c'est un choix fort, d'autant que les avantages et les inconvénients des deux formes d'exercice sont connus. Ça l'est parfois, mais ce n'est pas la règle. Si chaque praticien a une préférence pour l'une ou l'autre solution, tous partagent néanmoins le même avis : il n'y a pas de forme d'exercice idéale, chacune présente des avantages et des inconvénients sur lesquels tout le monde s'accorde.

Le lieu d'installation ne procède pas d'un choix vraiment délibéré

Les praticiens sont la plupart du temps conscients de l'importance qu'a le lieu d'exercice dans leur vie professionnelle et personnelle. Malgré cette conscience de ce que la « raison » dicterait, l'installation dans tel lieu géographique est rarement réfléchie en tenant compte des avantages et des inconvénients de ce lieu d'un point de vue strictement professionnel. On s'installe quelque part parce qu'on y a grandi, parce qu'on y a fait un remplacement et qu'on a eu une proposition de collaboration ou d'association, parce qu'on y a fait ses études et qu'on ne veut pas s'éloigner de la faculté et de ses camarades de promotion... Il s'agit plus d'inertie que de réelle réflexion stratégique sur les conséquences en termes de patientèle, de demande de soins, de pratique ou de conditions d'exercice, de rentabilité. Ce n'est bien souvent qu'*a posteriori* que la réflexion sur les avantages et les inconvénients du lieu où l'on s'est installé peut survenir, lorsque le praticien se rend compte qu'il ne peut pas avoir la pratique qu'il aurait souhaitée.

De vrais choix : être salarié en centre, reprendre ou créer son cabinet, ne pas avoir d'assistante

Un praticien ne choisit pas entre être libéral et être salarié, il choisit par exception motivée d'être salarié.

Cependant, ce choix n'est pas toujours définitif, les données statistiques tendent même à montrer qu'il s'agit principalement d'une situation le plus souvent transitoire.

Le choix du salariat peut être dicté par un souhait d'exercer dans un contexte le moins dénaturé par l'argent. Il s'agit alors d'être salarié en centre municipal où le salaire est indépendant de l'activité.

« J'ai toujours travaillé ici (au centre), je n'ai jamais pensé m'installer en libéral. Je suis très gênée avec l'argent. Ici, c'est l'administration qui s'en charge, je n'ai pas à réclamer d'argent. Je peux me consacrer entièrement au relationnel, c'est ce qui me plaît dans ce métier. »

Pour d'autres, le choix se fait en fonction de facteurs exogènes, notamment la vie familiale. Il est vrai que le rythme de travail en centre est souvent plus confortable qu'en cabinet libéral : le centre ferme plus tôt et à des heures fixes, il est possible de se réserver des jours de congés dans la semaine sans en faire porter la contrainte sur les patients, le praticien bénéficie de congés payés et a la sécurité de percevoir un salaire en cas de maladie, de grossesse...

« Ce qui est bien, ce sont les horaires : 35 heures par semaine, le mercredi après-midi, le vendredi et le samedi de libre, c'est confortable par rapport aux enfants. C'était le but en venant ici. »

Un autre avantage, et pas des moindres pour les praticiens que les tâches administratives effraient ou ennui, c'est que le centre prend en charge tous les aspects liés à la gestion (gestion des fournitures, comptabilité, facturation, gestion du personnel...). Le centre permet également au praticien de bénéficier d'une assistante.

Tout cela n'empêche pas de trouver pourtant au travail en centre des inconvénients significatifs. D'abord, en centre, la relation au patient est différente : les praticiens salariés se sentent parfois moins libres dans leurs rapports avec leurs patients. Certains disent ne pas se permettre de faire certaines réflexions à un patient, par exemple. Par ailleurs, dans certains centres, les patients sont répartis uniquement en fonction des disponibilités des agendas des praticiens. Dans ce cas, la relation entre le patient et son dentiste est discontinuée.

« Je travaille dans un centre à côté, et je vois la différence au niveau du relationnel. En cabinet de ville, on est un peu des médecins de famille, on a des relations avec les patients sur le long terme. C'est mieux, ça permet de mieux connaître le patient, de mieux détecter les risques, de faire de la prévention. En centre, pas du tout, il n'y a aucun suivi ; quand il vient, le patient voit n'importe lequel des dentistes du centre. »

Le matériel, sans être défaillant, est rarement à la pointe. Le problème est davantage que, dans certains centres, il n'est pas choisi par le praticien mais par l'administration du centre. Certains praticiens salariés s'en plaignent.

Enfin, quelques praticiens font état d'une différence entre la demande de soins constatée dans les centres et en libéral. Dans les centres, les patients ont en moyenne de plus faibles moyens financiers que les patients d'un cabinet libéral. Le praticien fait par conséquent un peu plus de soins de base que dans un cabinet. L'état de la santé bucco-dentaire des patients du centre serait également moins bon.

D'autres appréciations vont fortement varier selon le mode de rémunération : dans certains centres, elle se calcule au pourcentage alors que dans d'autres le salaire n'est pas du tout indexé sur le chiffre d'affaires. Un praticien qui est rémunéré en partie sur le nombre de prothèses qu'il réalise estime ne pas disposer d'autant de liberté dans sa pratique que le praticien dont le salaire est fixe. La pression et le rythme de travail ne sont pas non plus les mêmes.

Comme le mode salarié, le fait de reprendre un cabinet existant ou de créer son propre cabinet est une alternative réfléchie pour beaucoup de praticiens. Certains des praticiens rencontrés avaient une idée bien arrêtée et avaient fermement décidé de reprendre un cabinet ou d'en créer un *ex nihilo*. Pour d'autres, la reprise et la création étaient deux solutions envisageables, et le choix s'est davantage opéré en fonction de circonstances externes et d'opportunités. Enfin, travailler ou non avec une assistante procède d'un choix. Pour la grande majorité des praticiens rencontrés, avoir une assistante est normal, travailler autrement est impensable.

« Ça devrait être interdit de travailler sans assistante. Sans assistante, c'est impossible de garantir la chaîne de stérilisation ! Même au niveau rentabilité, c'est plus intéressant d'avoir une assistante ».

Sans aller jusqu'à parler de nécessité, tous les dentistes rencontrés admettent qu'avoir une assistante c'est mieux que ne pas en avoir. Les avantages cités sont pléthore, tant en termes de confort de travail, de sérénité, d'accueil du patient, de qualité et de rapidité des soins et donc de rentabilité...

Pourtant, des « irréductibles » persistent, qui refusent de prendre une assistante, y compris pour effectuer des tâches d'accueil et de secrétariat. L'argument le plus souvent avancé pour justifier ce choix est celui du coût que représente le salaire de l'assistante. Il faut que le praticien dégage assez de chiffre d'affaires pour la payer.

Le rythme de travail : un choix ?

Parmi les composantes des conditions d'exercice, le rythme de travail est un peu à part dans la mesure où il est véritablement choisi chez certains praticiens, alors que d'autres semblent ne pas avoir prise sur cet aspect de leur exercice. Ce constat est d'autant plus étonnant que la liberté de gérer son emploi du temps à sa convenance fait partie des premiers avantages relevés par les dentistes lorsqu'ils listent ce qu'ils apprécient dans ce métier.

Pour certains, le rythme de travail est aménagé de façon à être le plus confortable ou le plus efficace possible. D'autres se disent « surbookés », croulant sous la demande de soins, et se font un devoir d'accepter tous les rendez-vous.

« Le plus difficile, c'est de trouver du temps pour soigner tout le monde. »

Il est vrai que le rythme de travail a tendance à évoluer. Il semble être davantage choisi chez les jeunes générations. Les jeunes praticiens, tant les hommes que les femmes, refusent de sacrifier leur vie familiale ou leur temps de loisirs à leur exercice.

Le temps de travail moyen observé parmi les jeunes praticiens interrogés est le plus fréquemment de quatre jours par semaine. En cela, ils diffèrent des dentistes

plus âgés qui, eux, se rappellent avoir travaillé au minimum cinq jours voire six jours par semaine au début de leur exercice. Certains continuent d'ailleurs de travailler autant au bout de vingt ans de pratique.

Autre constat : les jeunes ont tendance à davantage espacer les rendez-vous que les générations précédentes. Cette organisation du temps de travail aurait, selon eux, le double avantage d'être plus confortable et plus rentable. Toutefois, pour ce qui concerne le temps de travail journalier, les choses restent les mêmes : les jeunes praticiens comme les anciens disent tous faire « de grosses journées ».

LES INTERFÉRENCES ENTRE L'ARGENT ET LA PRATIQUE

La profession a la réputation de bien gagner sa vie, la plupart des chirurgiens-dentistes rencontrés le confirment en soulignant toutefois l'extrême diversité des situations individuelles.

Les praticiens sont préoccupés, voire occupés par des considérations pécuniaires. Le cabinet est une forme de micro ou de petite entreprise, avec des charges importantes, qui oblige à ces considérations. Il y a d'ailleurs quelque chose de paradoxal entre l'importance accordée à cette question dans le discours et l'impréparation, l'empirisme avec lequel les praticiens deviennent économiquement responsables. Gérer un cabinet ne s'apprend pas en faculté, c'est la première installation qui fait toucher du doigt la question de la rentabilité.

Pour autant, cette rentabilité est-elle difficile à assurer ? Apparemment pas, une fois admis, de l'avis général, qu'elle repose sur les soins hors nomenclature. L'omnipratique suppose donc des arbitrages entre temps, qualité et rentabilité. C'est là qu'apparaît pour certains le problème de la marchandisation des actes et de ses dérives possibles. Si le système n'oblige pas nécessairement à des arbitrages entre qualité et rentabilité, il est inconfortable et porteur de risques.

Pour oublier cette question de l'argent, deux voies sont possibles : la rémunération au forfait, c'est-à-dire le travail salarié en centre où le praticien est rémunéré à l'heure et, à l'opposé, une pratique hors du système conventionnel.

■ ■ Les évolutions de l'exercice

De vraies innovations se diffusent lentement, les comportements des patients se transforment, les jeunes générations impulsent de nouvelles méthodes de travail. Cette progressivité de la transformation conduit les praticiens qui ont le recul des ans nécessaire à considérer que pour eux tout a changé en même temps que rien n'a changé.

DES ÉVOLUTIONS EN SOURDINE QUI MODIFIENT LA PRATIQUE

Les nouvelles techniques ont un temps de diffusion lent, qu'il s'agisse de matériel de pointe ou de techniques nouvelles. En revanche, l'introduction de nouvelles familles d'actes ou spécialités apparues ces dernières années – l'implantologie, bien sûr, mais aussi la parodontie, la pépéodontie, les soins dits « esthétiques » – est perçue comme introduisant des changements plus radicaux... Les évolutions techniques qui touchent au soin de base sont également beaucoup citées : les nouveaux matériaux (composites, matériaux de collage...), les nouveaux outils qui permettent de travailler plus vite et avec plus de précision qu'avant.

En vingt ans, la façon de travailler a également évolué : l'anesthésie est devenue beaucoup plus systématique. On fait plus de soins conservateurs, alors qu'on avait auparavant davantage recours à l'extraction. Enfin, la prise en charge du patient a tendance à être de plus en plus globale : alors qu'on soignait plutôt « dent par dent », le diagnostic prend aujourd'hui en compte l'état d'ensemble de la bouche, et le soin participe d'un plan de soins global. Le développement de la radio panoramique a beaucoup contribué à ce changement.

Les patients, et la relation avec les patients, ont aussi évolué. De l'avis de tous, si la peur du dentiste persiste, les patients ont globalement moins peur qu'avant, ce qui facilite d'autant les relations entre le praticien et le patient.

Les praticiens ont aussi l'impression que les patients sont plus informés, et donc plus engagés dans le processus de soin. Ils s'intéressent davantage qu'avant au soin qui est pratiqué dans leur bouche, posent des questions.

Revers de la médaille, les patients seraient aussi plus enclins qu'avant à se plaindre lorsqu'un soin ne leur convient pas, y compris devant les juridictions appropriées... Lors des entretiens, les praticiens ont semblé particulièrement sensibles à cette tendance procédurière. De par les risques qu'une procédure fait peser sur leur réputation et leur exercice, et donc sur la survie du cabinet, les dentistes se sentent moins libres dans le soin qu'ils délivrent.

« Les gens sont de plus en plus exigeants, on n'a pas le droit à l'échec. Du coup, on prend moins de risques : on extrait au lieu de tenter de sauver la dent. Je le vois surtout chez les jeunes, ils ne veulent plus prendre de risques. »

LA FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE

Dans le cadre d'une activité libérale et hautement technique, la formation permet de mettre à jour ses pratiques, d'offrir des soins de qualité, c'est donc aussi ce qui donne du sens au métier. Il ne viendrait à l'idée d'aucun praticien, sauf en toute fin de carrière, d'en contester l'intérêt. Reste qu'il se dit que, avant la réforme qui la rend obligatoire, seuls 15 % des praticiens se formaient.

Bien sûr, beaucoup de praticiens disent ne pas faire autant de formation qu'il faudrait par manque de temps. Mais, au-delà de ce facteur temps, deux grandes catégories de dentistes se distinguent : ceux qui, par choix, ne font jamais de formation et ceux pour qui la réforme de la formation continue n'a rien changé puisqu'ils ont toujours été attentifs à se former.

Ceux qui disent ne pas vouloir se former, les anciens la plupart du temps, sont persuadés que l'état de leurs connaissances est suffisant pour soigner leurs patients. Il peut également s'agir de praticiens qui ont longtemps gardé un pied à la faculté pour y enseigner et qui estiment donc ne pas avoir besoin de suivre de formation complémentaire.

De l'autre côté, il y a les praticiens pour qui la formation continue est une évidence, et qui en ont toujours fait tout au long de leur exercice.

« J'ai toujours fait beaucoup de formations. Je suis à la Société française d'endodontie. Je n'étais pas satisfaite de la façon dont on faisait les traitements canalaires, j'ai cherché ce qu'il y avait de mieux. Je teste les nouveaux produits, j'essaie toujours d'améliorer. »

La formation continue est désormais obligatoire pour tous les chirurgiens-dentistes. La majorité des praticiens le savent. On note toutefois que les jeunes semblent moins au courant et ne sont pas toujours très sûrs que l'obligation les concerne eux aussi.

Les dentistes conviennent que le fait de faire progresser la formation continue en la rendant obligatoire est une bonne chose. Même si l'obligation ne représente en réalité que deux jours par an, elle permet tout de même de pousser vers la formation des praticiens qui n'en faisaient jamais. Elle a parfois ouvert les yeux de certains.

Pour autant, beaucoup de reproches sont faits à cette réforme. Tout d'abord, et cette critique est commune à la plupart des dentistes rencontrés, y compris ceux qui font beaucoup de formation, la formation continue est mal organisée. Qu'entendent par là les praticiens ? Ils trouvent tout d'abord que l'accès aux formations n'est pas toujours facile : quelles sont celles qui comptent et celles qui ne donnent pas de crédits ? Comment trouve-t-on les formations agréées ? Ils déplorent également que le système de validation et de comptabilisation des crédits soit très flou.

Enfin, ils se posent beaucoup de questions sur le système de sanction : qui vérifie si la totalité des crédits demandés est suffisante au bout de la période de cinq ans ? Et, si elle est insuffisante, quelles sont les sanctions encourues ?

Enfin, le dernier reproche fait à la réforme de la formation continue porte sur ses effets pervers. Selon les dentistes, en créant une obligation de formation, on a donné naissance à un véritable marché, dont certains organismes de formation se partageraient la manne. Il y aurait des abus sur les prix, mais aussi une diminution de la qualité du contenu.

Certains dentistes appréhendent que la réforme soit un facteur d'appauvrissement de la formation initiale, en expliquant que, puisque les praticiens devront se former, ils choisiront de faire des DU (diplôme universitaire) dans les matières qui leur sont les plus utiles au quotidien, à savoir la parodontologie et l'implantologie, ce qui confortera le fait que ces formations ne soient pas intégrées à la formation initiale (puisqu'elles rapportent plus à la faculté en restant des DU).

Par ailleurs, certains, attachés au caractère libéral de la profession, regrettent qu'il ait fallu mettre en place une loi pour obliger les dentistes à se former. Selon eux, la formation continue devait rester une initiative privée. Le fait de l'imposer est compris comme une nouvelle contrainte qui vient s'ajouter à toutes les autres. C'est aussi parfois interprété comme un manque de confiance vis-à-vis de la profession : on les soupçonnerait de ne pas assez se former.

Enfin, certains déplorent que l'obligation de formation s'impose tout au long de l'exercice, sans exception. Il leur semble en effet qu'il y a des périodes lors desquelles il est moins pertinent de se former : les deux ou trois années après la formation initiale (on est déjà au fait des dernières connaissances et techniques) et la période qui précède la cessation d'activité.

■ ■ Territoires, patients et réponse à la demande de soins

Dans les zones rurales ou urbaines en difficulté se rencontrent une patientèle modeste ou précaire et des praticiens de plus en plus rares. Toutefois, les caractéristiques d'un territoire ne surdéterminent pas les pratiques, et les entretiens révèlent une très grande hétérogénéité des situations au sein d'un même territoire. Loin de subir complètement son environnement, le praticien fait des choix ou non, des choix explicites ou implicites. Choix

de prise en charge ou choix des types de soin, choix de répondre par un emploi du temps lourd ou tendu à une demande forte, ou pas... À patientèle potentielle équivalente, il induit par sa pratique et ses tarifs des modes de prise en charge différenciés.

Les ressources financières de la patientèle sont évidemment un paramètre très structurant de la réponse qui sera apportée par le praticien. Toutefois, il semble difficile de considérer la demande de soin comme une donnée exogène : par son offre de soin, le praticien peut la révéler ou la laisser cachée.

Pratique rurale ne rime pas avec pratique « rustique » ou au rabais. Parce que la formation est un moyen de rompre l'isolement professionnel, et parce que la mise à jour des connaissances est un des moteurs du métier, les praticiens ruraux enquêtés se sont montrés soucieux de l'évolution de leurs techniques de soin même si, pratiquement, l'accès à la formation est pour eux plus difficile.

Les praticiens qui exercent dans des zones rurales, en particulier quand ils ont eu une expérience antérieure en ville ou en banlieue, insistent sur les spécificités de leur patientèle et de leur pratique. Les soins sont plus « basiques », parce que la clientèle est peu solvable pour des soins avec dépassement mais aussi parce que l'accès au soin y est moins régulier et plus guidé par l'urgence.

« En campagne, il n'y a pas une vraie habitude des soins. On vient si on a mal, on ne revient pas, et puis ils ne se trouvent pas mal sans dents. Ils ne se rendent pas compte des inconvénients d'une mauvaise mastication. En ville, on a une autre approche. On fait attention au look, aux dents. Ici, ils vont éventuellement demander un blanchiment plus que le fonctionnel. »

Cette réalité est connue des praticiens de ville : certains disent d'ailleurs avoir préféré s'installer en ville pour pouvoir pratiquer des soins qu'ils pensaient ne pas pouvoir faire en campagne. En revanche, la campagne a un avantage au niveau du relationnel : le rapport soignant-soigné y serait plus simple qu'en ville. Les praticiens qui y exercent l'assurent. Souvent, ceux qui exercent en ville le reconnaissent.

« Personne ne veut travailler plus loin que la deuxième couronne de Toulouse. Moi, je ne voulais pas m'installer au centre-ville : les clients sont casse-pieds. Ici, c'est très sympa avec les gens, ils sont moins exigeants qu'en ville. Ils ont aussi plus de respect par rapport à la blouse blanche, ils nous appellent « Docteur », ça m'a surpris au début ! Et puis on gagne mieux sa vie et plus vite en rural. Il n'y a pas de concurrence. On a de très bonnes relations professionnelles aux alentours. Ce serait inimaginable en ville ! »

Paradoxalement, les soins vont être à la fois plus « basiques » et plus sophistiqués. L'absence de recours complémentaire accessible à des spécialistes ou à un centre odontologique hospitalier peut conduire le praticien à prendre en charge des pathologies qu'il adresserait s'il était en ville ou à proximité d'une ville :

« Il y a beaucoup de monde, beaucoup de patients en attente, pas de centre hospitalier à proximité. On ne peut pas adresser des urgences ou des cas de chirurgie importants. Du coup, ça m'arrive de prendre des risques, de faire des choses au cabinet que je n'aurais pas faites à Paris. »

Les zones urbaines et périurbaines les plus en difficulté provoquent les mêmes constats qu'en zone rurale sur les modes d'accès aux soins et les formes de pratique : le traitement en urgence continue de dominer malgré des progrès certains dans la continuité des soins.

« Ici, les soins n'ont pas évolué contrairement à ce qui se fait dans le 7^e arrondissement. Il y a une part de la population qui est consciente et acquise au soin et, pour eux, ils sont fidèles, les choses changent. Mais il y a un paquet de patients qu'on ne voit qu'une fois, ils arrivent en souffrance. Ici, la carie n'a pas disparu du tout. » (banlieue, Centre)

En revanche, les relations soignants-soignés ne semblent pas avoir le même agrément qu'à la campagne. Des praticiens témoignent d'une dégradation très sensible à cet égard. Ils se plaignent de constater un état bucco-dentaire plutôt mauvais, déplorent le manque de motivation et parfois de respect de la part des patients, de devoir faire face à une patientèle qui n'a pas toujours les moyens financiers pour se faire soigner.

« L'évolution de la santé bucco-dentaire, j'ai du mal à dire quoi que ce soit. Je ne vois que des bouches catastrophiques. Ils viennent ici quand c'est trop tard. Ils ont très jeunes des dents pourries. La motivation j'essaye, mais ça ne donne rien. Ici, c'est une clientèle pauvre, beaucoup de chômeurs de RMistes, ils ne respectent pas les rendez-vous. Dans le quartier, il y a 10 % de gens corrects. C'est nouveau, depuis dix-quinze ans. Ce n'était pas du tout comme ça quand je me suis installé il y a trente-sept ans. Très souvent, je me dis que j'aurais pu mieux faire mais la patientèle est difficile. Surtout les jeunes, ils me traitent mal, ils n'ont aucun savoir-vivre. On commence un soin et ils ne reviennent pas. » (quartier difficile)

Dans les zones rurales ou les territoires de relégation en périphérie qui sont déjà touchés par un déficit de praticiens, ceux qui y exercent en ressentent l'impact. La pression provoquée par la demande de soin non satisfaite est très présente, au point de devenir une source de stress, en tout cas d'un certain désarroi de ne pas pouvoir prendre tous les patients qui ont besoin d'être soignés.

■ ■ L'art, l'introuvable norme et la pratique

Chaque praticien semble avoir une représentation d'un certain « état de l'art » au sens d'une pratique idéale, en accord avec les possibilités de la science. Néanmoins, cet idéal n'est pas toujours praticable. C'est là une des lignes de tension forte du métier.

En France, la pratique odontologique n'est pas normée par un référentiel qui définirait des références opposables. Le système de prise en charge ne constituant en rien une possible référence à la norme et à la hors-norme. Chaque praticien construit donc sa pratique tout en ayant une représentation plus ou moins élaborée de ce que serait la norme de pratique. Il n'y a qu'en cas de contestation de sa pratique qu'il se trouvera confronté à une évaluation.

L'état de la science est connu. La science odontologique progresse, les techniques évoluent à un rythme soutenu, tous les praticiens en parlent. Les règles de l'art sont,

elles, beaucoup plus difficiles à définir. S'agit-il de mettre en œuvre ce qui se fait de mieux, de plus pointu, de plus sophistiqué ? S'agit-il de faire ce qui est le plus acceptable compte tenu des coûts et de la prise en charge des patients ? S'agit-il de ne considérer que les aspects fonctionnels ou bien faut-il tenir compte de la dimension esthétique ? Le non-référencement d'un acte dans la nomenclature doit-il être interprété comme synonyme d'acte superflu ou plutôt d'une non-mise à jour de cette nomenclature par choix économique ?

Chaque praticien va, en fonction de ses compétences, de son environnement, de ce qu'il perçoit comme étant son champ de contraintes, définir sa pratique en étant conscient d'un éventuel décalage avec ce que les revues définissent implicitement comme l'état de l'art. La pratique d'un chirurgien-dentiste est le résultat d'une équation complexe dont les paramètres sont la patientèle, sa solvabilité, la pression de la demande, le modèle économique du cabinet, et un savant mélange de choix et de nécessités.

LA PALETTE DES ACTES S'ÉTEND

Des disciplines d'abord réservées à des praticiens d'« avant-garde » se diffusent, plus ou moins largement selon leur technicité. L'omnipraticien n'est plus nécessairement le praticien universel de toutes les techniques de soin existantes. De vrais spécialistes (non reconnus statutairement) deviennent de faux omnipraticiens. L'omnipraticien au sens propre du terme (c'est-à-dire dont la pratique inclut toutes les « spécialités » en plus de l'omnipratique classique entendue comme celle des soins de base) serait plutôt une exception.

Chacun fait des arbitrages et en vient à des modes de prise en charge des patients très différenciés.

Avant de parler des « grandes spécialités » (paro, implanto...), il convient de souligner qu'au sein même de la palette des techniques « de base » certains praticiens font des choix. Chacun se fixe en quelque sorte sa norme concernant les soins de base. L'un va refuser de faire des couronnes métalliques, pour des raisons esthétiques, l'autre ne posera plus d'amalgames en raison du risque mercure qu'il considère comme réel, etc.

« Très vite, j'ai décidé de ne pas faire de couronnes métalliques ajustées. Ce n'est pas facile parce que ce n'est pas social. Mais je trouve que c'est important de choisir sa pratique. »

La demande de blanchiment est un phénomène récent et emblématique. Elle peut représenter un véritable déplacement dans la nature des missions du praticien qui devient ponctuellement esthéticien.

Face à cette demande, les chirurgiens-dentistes ont quatre attitudes :

- ils en font et considèrent cela comme normal ;
- ils n'en font pas car ils considèrent que les soins strictement esthétiques ne sont pas de leur mission ;
- ils n'en font pas car ils jugent les traitements trop imparfaits, risqués, à tout le moins délicats pour l'efficacité qu'il faut en attendre ;
- ils n'en font pas car leur patientèle, bien que demandeuse, n'a pas les moyens de s'offrir ce type de traitement, cher et à renouveler.

LA SPÉCIALISATION ET CE QUE ÇA (R)APPORTE

Parce qu'une grande part des soins d'implantologie et de parodontologie sont hors nomenclature, parce que les « grands cabinets » de spécialistes sont vus comme les plus rémunérateurs, l'équation est assez rapidement établie entre spécialisation et recherche d'un surprofit, en particulier par ceux qui n'en font pas.

« Je resterai omnipraticien. Je m'assimile à un médecin de campagne. Je cherche à rendre le plus de services à mes patients, à être le plus polyvalent sans me lancer dans la grosse chirurgie, la paro, l'implanto. Parce que ça ne rapporte pas, on ne veut plus faire les soins. Tout le monde fait ça, mais qui va continuer à extraire, à dévitaliser ? Qui va faire les soins ? »

Le paradoxe de ces pratiques qui se développent est effectivement qu'elles viennent encore augmenter le volant des soins hors nomenclature et renvoient donc chaque praticien à des stratégies individuelles de rentabilité.

Rappelons tout d'abord qu'elles coûtent. La plupart des praticiens rencontrés au cours de cette enquête y ont consacré du temps, ou à l'inverse ont renoncé à ces nouveaux actes faute de temps ou de courage pour se lancer dans une formation soutenue.

En réalité, il n'est pas possible de départir deux motivations qui se complètent et se nourrissent quand un praticien fait le choix de poser des implants par exemple, car l'élargissement des compétences est doublement intéressant, il est intéressant pécuniairement et techniquement. Un praticien peut être mû par le plaisir/l'intérêt qu'il trouve à diversifier ses actes, il en tirera, le cas échéant, un bénéfice financier. Quelle est la cause ? Quel est l'effet ?

À cela s'ajoute la motivation qui peut être désignée comme la norme implicite. Dans le cas de l'implantologie, qui est le plus souvent cité et qui semble le plus se diffuser parmi les omnipraticiens, on comprend que le caractère de rareté tend à disparaître. L'implantologie deviendra-t-elle une norme de pratique ? Un bon praticien doit-il la maîtriser, en totalité, en partie (pose de couronnes sur implants), pas du tout ?

LE BEAU TRAVAIL, LA QUALITÉ ET COMMENT ELLE S'ÉVALUE

Qualité du cabinet, qualité des soins, qualité de la relation sont présentées comme les trois dimensions de la qualité de la prise en charge d'un patient. Plusieurs aspects sont à prendre en compte pour apprécier ce qui permet de l'évaluer et qui s'en charge.

L'évaluation de la qualité d'un soin est chose délicate, d'abord parce que le patient a aussi un rôle : le respect des rendez-vous, le sérieux dans le suivi des traitements ont beaucoup d'importance. Des cas sont plus complexes à traiter que d'autres. Certains travaux très soigneusement faits pourront donner des résultats médiocres parce que le patient grince des dents, de même qu'un traitement canalaire même bien fait ne garantit pas totalement du risque d'infection... La santé n'est pas une science exacte. CPAM et Ordre se retrouvent d'ailleurs sur la nécessité d'une relative tolérance à l'échec, à l'erreur (ou à ce qui est jugé comme tel).

Certains considèrent que la satisfaction du patient est un signe de travail bien fait. Pourtant, le patient est rarement en capacité d'évaluer ce que son chirurgien-

dentiste a réalisé. Selon les dentistes eux-mêmes, le patient jugerait de la qualité des soins en fonction de la douleur ressentie ou pas, de l'aspect visible de l'acte réalisé (« c'est beau ») et de l'impression de sérieux du dentiste. Quant à la partie « invisible » du soin, le patient n'est pas en mesure de juger.

Le contrôle des soins, principalement effectué par la CPAM, constitue une autre dimension d'évaluation de la qualité de la prise en charge réalisée. La CPAM est en charge de vérifier à la fois la réalité et la qualité des prestations. Elle intervient également dans la répression des fraudes et des pratiques dangereuses. Le contrôle est déclenché soit par une plainte d'un patient, soit à l'initiative de la CPAM suite à une analyse de ses bases statistiques.

Le Conseil de l'Ordre départemental peut également recevoir des réclamations ou des plaintes de la part des patients. Dans ce cas, il tente d'effectuer une tentative de conciliation entre le patient et son praticien. Si un règlement à l'amiable ne peut pas être trouvé, la plainte est portée à la Chambre disciplinaire de première instance.

Afin de juger de la conformité d'un acte, la CPAM se réfère à l'état actuel des connaissances (ce qui est enseigné en faculté) et des études réalisées sur le terrain qui lui servent de référentiel. Cependant, on note qu'il n'existe pas de référentiel unique mais plusieurs référentiels. De l'avis même d'un dentiste-conseil, il est donc difficile de juger de la qualité d'un acte. Il s'agit davantage de trouver un consensus, ce qui n'est pas toujours évident et pas toujours facile à accepter pour les praticiens dont l'acte est évalué.

Les limites au système de contrôle existent aussi du côté des patients. Ils sont généralement assez peu informés de leur droit à faire appel à la CPAM dans le cas où ils s'estiment mal soignés.

Selon les acteurs rencontrés, la qualité moyenne des soins dentaires serait plutôt bonne. Les « moutons noirs » seraient rares. En témoignent le nombre de plaintes reçues par la CPAM et l'Ordre, qui reste globalement raisonnable : il y aurait très peu de « gros dossiers ». La plupart du temps, les plaintes seraient le fait d'une incompréhension entre le patient et le praticien. Le praticien ne se rend pas toujours compte de l'importance qu'il y a à expliquer un soin ou un devis pour le patient. Et l'incompréhension du patient peut très vite aboutir à une plainte.

À la question de la qualité des actes vient s'ajouter celle du cabinet, qui est garantie par un ensemble de normes. Entre exaspération et résignation, les chirurgiens-dentistes se disent envahis par la multiplication des normes et des contrôles visant le cabinet et ses installations. Sans remettre en cause leur bien-fondé, ils en contestent parfois la rigueur excessive et en déplorent le coût.

S'agissant de l'asepsie et de la sécurité, il revient au Conseil départemental de l'Ordre d'en assurer le contrôle, en effectuant régulièrement des contrôles dans les cabinets dentaires. Les contrôles peuvent également être déclenchés à la suite d'une plainte d'un patient.

Au-delà de l'obligation qui leur est faite, les praticiens paraissent de toute façon obligés de respecter les normes d'hygiène pour assurer la fidélité de la patientèle. De mieux en mieux informés, les patients seraient plus attentifs à l'état du cabinet qu'auparavant.

■ ■ Les références identitaires de la profession

La profession dentaire semble être un collectif abstrait. La référence identitaire à cette profession existe compte tenu de la forte spécificité du métier. Pour autant, cela ne se traduit pas ou peu dans des investissements effectifs au sein de collectifs constitués ou même informels.

On est chirurgien-dentiste, on appartient en cela à la profession. Mais on reste une individualité qui ne se confond pas avec les autres membres du collectif. Et la solitude de l'exercice n'appelle pas une compensation dans des formes d'échange collectif.

Certes, il existe des lieux constitués de collectifs professionnels – facultés, syndicats, ordres –, mais cela totalise *in fine* peu de praticiens activement impliqués et, qui plus est, chacune de ces sphères ne se confond pas avec les deux autres. La grande masse des praticiens sont loin de ces instances. Il est bien rare par exemple que les chirurgiens-dentistes évoquent spontanément les instances représentatives de la profession. Légitimes, elles le sont. Mais il est frappant de constater combien la distance est grande et la posture souvent critique entre les praticiens et les institutions qui sont censées les représenter.

Le développement de la pratique de groupe vient contredire cet individualisme forcené, mais en partie seulement. L'espace des préoccupations professionnelles s'est étendu sur quelques mètres carrés mais il ne s'est pas ouvert au monde.

La confraternité ne semble pas devoir être remise en question, elle est une relation de respect qui s'impose à chacun au motif de l'identité de profession. Elle constitue une forme mécanique de solidarité là où il n'y a presque pas de solidarité organique.

■ ■ Une responsabilité qui se limite à la patientèle existante

Les chirurgiens-dentistes se vivent comme une composante pleine et entière du monde médical, même s'ils savent que cette qualité ne leur est qu'imparfaitement reconnue. Ils ont des compétences médicales que personne d'autres n'a, ils soignent, ils respectent des normes exigeantes de sécurité sanitaire. Donc, la santé publique, ils y contribuent, c'est leur métier.

Mais la prise en charge des besoins de soins bucco-dentaires est construite comme la somme des capacités de soins des cabinets et centres. Or cette somme n'est pas égale au tout, et aucun praticien ne se sent responsable de cette inadéquation. La prévention est également rarement spontanément présentée comme une mission du praticien, en tout cas hors du cabinet. De façon générale, les dentistes s'arrêtent au constat d'un défaut de prise en charge. Ils ont le sentiment de ne pas en être responsables : leur rôle est de soigner leurs patients, le reste relève des pouvoirs publics.

Cette attitude touche évidemment la question de la répartition démographique des dentistes et de l'accès aux soins inégal sur le territoire.

Sans avoir une idée précise des chiffres ni toujours savoir quelles sont les régions désertées par les dentistes, les praticiens sont néanmoins tous conscients qu'il existe aujourd'hui des inégalités de répartition, et que l'accès aux soins devient problématique sur certains territoires.

Pour les plus jeunes, c'est l'état de l'offre qui sert d'indicateur : ils se rendent compte

que, de façon générale, il y a moins de dentistes puisque l'offre (de rachat de cabinets, de collaborations, de remplacements...) est très élevée.

Les plus anciens y sont encore plus sensibles puisque le phénomène démographique rend plus difficile la vente du cabinet lors du départ à la retraite.

La prise de conscience est bien entendu plus forte dans les endroits où le manque de dentistes a déjà commencé à se faire sentir, voire où la pression de la demande dégrade les conditions d'exercice.

Mais, une fois ce constat posé, les praticiens n'ont d'autre réflexe que le fatalisme, qu'ils soient d'ailleurs touchés par le problème ou pas. Il ne s'agit pas ici de dire que les praticiens ne se sentent pas concernés, mais ils n'ont pas le sentiment d'une responsabilité individuelle et ne se sentent de toute façon pas en capacité d'agir sur ce sujet.

Les urgences relèvent bien, en revanche, de la responsabilité individuelle. La grande majorité des praticiens prend en charge tout patient qui se présente dans le cabinet en urgence. La gestion des urgences n'est pas toutefois considérée explicitement comme une façon de contribuer à la santé publique : il s'agit davantage d'une obligation déontologique. Il arrive que la question des urgences soit prise en main collectivement par l'Ordre et les praticiens d'un même département, avec la mise en place d'un système de garde au niveau départemental. Mais ce type d'organisation n'existe pas partout.

Pour finir, la prévention : c'est un sujet abordé par les praticiens mais il s'agit surtout de la prévention qu'ils font – lorsqu'ils le peuvent... – au fauteuil avec leurs patients. En ce qui concerne les actions de prévention organisées au niveau local ou national, très peu de praticiens en ont parlé spontanément. Les actions de ce type qui sont citées, lorsque la question est posée, datent des années 1980-1990, dont ils constatent les effets positifs sur l'état actuel de la santé bucco-dentaire.

■ ■ L'attrait et les désagréments du métier

Qu'ils aient eu très tôt la vocation, qu'ils aient choisi ou pas ce métier, le constat est unanime : aucun des praticiens ne dit regretter avoir fait ce métier. Cette révélation survient le plus souvent pendant les études, lors des premières expériences cliniques : là, le métier de dentiste devient réellement pour tous un métier intéressant.

Sensibles aux inconvénients du métier, notamment de la fatigue physique et nerveuse qu'il implique, la grande majorité en souligne toutefois l'attrait.

Le métier procure, sinon une richesse, du moins une aisance matérielle qui est appréciée. La rétribution financière, qui est jugée satisfaisante, est loin de résumer tout l'intérêt du métier. La pratique libérale, constitutive ou presque de la pratique de la chirurgie-dentaire, procure à celui qui l'exerce un sentiment d'indépendance et de liberté. Le praticien travaille hors de toute subordination, il est renvoyé à sa responsabilité propre : pour lui, pour ses patients, le cas échéant pour sa structure.

Le cabinet est un lieu à soi, que le praticien construit et organise comme il l'entend. Certes, les normes se multiplient, mais en même temps qu'elles paraissent trop contraignantes, elles construisent en creux un univers clinique qui fait la fierté de la profession et contribue à l'inscrire dans le champ médical plus encore.

Le métier est intense. Son exercice est exigeant, il requiert une attention soutenue et continue. C'est un métier où la maîtrise est nécessaire : maîtrise scientifique, maîtrise du geste, maîtrise du temps. C'est un métier sans répétition.

Le métier se transforme, si on en suit les évolutions, et dans ce cas il procure l'intime conviction de progresser dans sa pratique.

Forte contribution et forte rétribution matérielle se conjuguent donc. Il est assez normal qu'il n'y ait pas d'indifférence à cette pratique.

Pourtant, vu de l'extérieur, ce beau métier n'est pas apprécié à sa juste valeur, peut-être parce qu'il procure en moyenne des revenus importants. Ni les patients ni les pairs médecins n'ont de connaissance éclairée de ce que le métier de chirurgien-dentiste mobilise comme compétences, moyens et technicité. Image de soi et image de l'image de soi sont donc assez discordantes.

Être chirurgien-dentiste, c'est avoir la possibilité de se réaliser dans son travail, ou c'est plus généralement être très satisfait de ce travail. Pour atteindre cette satisfaction, le praticien doit trouver un mode d'exercice et une pratique qui lui correspondent, qui lui permettent d'être en accord avec lui-même. Certains praticiens sont en difficulté. Ils étaient peu nombreux parmi ceux que nous avons interviewés, mais faute d'atteindre à la maîtrise de tout ce que requiert le métier, ou faute d'avoir trouvé leur équilibre, ils vivent des situations d'inconfort réel.

LE DENTISTE SE RÉALISE DANS SES ACTES ET DANS LA RELATION AVEC SES PATIENTS

L'acquisition du métier ne se résume pas à l'acquisition d'un bagage scientifique, l'importance reconnue par les praticiens aux années d'apprentissage en témoigne. La plupart réalisent, avec le recul, à quel point ces premières années d'exercice ont été bénéfiques dans la maîtrise des gestes et leur ont permis de progresser par rapport au niveau qu'ils avaient à la sortie de la faculté. Cet apport de l'expérience ne se limite d'ailleurs pas aux premières années : plus le temps passe, plus on se sent à l'aise, plus le geste est rapide, sûr, et précis.

Être chirurgien-dentiste, c'est faire un diagnostic et opérer. C'est combiner compétences manuelles et intellectuelles pour réaliser un acte. Le chirurgien-dentiste insiste fortement sur ce qui le distingue du médecin (non chirurgien) : il est le réalisateur de sa propre prescription. L'un d'entre eux s'est d'ailleurs décrit comme étant à la fois « architecte et manœuvre ». L'immédiateté de la réalisation ajoute encore à la conscience de la réalisation. C'est un métier où le résultat est en grande partie visible sans attendre.

Par ailleurs, le métier n'est pas statique : il évolue de façon incessante en fonction du progrès technique, de l'avancée de la science. C'est un métier très stimulant intellectuellement. Celui qui le souhaite s'enrichit par un apprentissage sans cesse renouvelé.

Mais, au-delà de la satisfaction que procure la réalisation des actes, la pratique, ce qui fait le sel du métier c'est le relationnel avec les patients. Isolé en apparence dans la solitude de son cabinet, le praticien est en réalité dans une fonction très socialisée.

« Je m'épanouis dans ce que je fais. J'aime les relations avec les patients. Je discute. Je sais presque tout de leur vie. »

Enfin, il y a la finalité : soigner, soulager la douleur, rendre un sourire. Le praticien se sait utile, sans avoir toutefois à supporter certains inconvénients du métier de médecin (les gardes, les urgences vitales...).

L'INTENSITÉ DE L'EXERCICE

Un soin dentaire est un travail minutieux, qui exige une extrême concentration et une très grande précision. Chaque geste compte. Il faut être attentif à ce que l'on fait mais aussi à ce qu'attend et ressent le patient.

Ce travail de précision s'apprend à la faculté mais il prend une autre intensité en cabinet où le temps est désormais compté. Il faut travailler rapidement parce que le patient refuse de rester des heures sur le fauteuil et parce que passer plus de temps que nécessaire sur un acte n'est pas rentable. Tout cela crée naturellement une certaine fatigue. Or celle-ci croît avec le nombre des patients de la journée. Les rendez-vous se succèdent de façon très serrée, des urgences peuvent en plus survenir et perturber cet emploi du temps chargé... Au stress de bien faire s'ajoute celui de ne pas prendre de retard. Au point que cela provoque des malaises chez certains, même chez des dentistes relativement jeunes.

Bien sûr, la pression du temps n'est pas la même pour tous les praticiens. La tendance serait à une recherche du relâchement de cette pression en trouvant des organisations où le temps est moins fractionné (en prévoyant plus de temps pour chaque rendez-vous, par exemple). Reste que, pour tous, l'exigence du carnet de rendez-vous est là, le temps est compté.

Si les relations avec la patientèle sont présentées comme une des dimensions les plus plaisantes du métier, le praticien doit gérer le stress du patient, sa peur d'avoir mal.

À cette intensité du travail de soin s'ajoutent des préoccupations liées à la gestion du cabinet, au respect des normes réglementaires et au souci de maîtriser sa rentabilité. Ces à-côtés essentiels sont des sources d'inquiétude très inégales selon les praticiens. Le discours général est empreint d'un sentiment de complexification du cadre d'exercice.

Les praticiens ont le sentiment que le temps consacré aux tâches de gestion, à la comptabilité, aux tâches administratives, à la gestion du personnel... a beaucoup augmenté durant ces vingt dernières années. Cette évolution est mal vécue, d'une part, parce que ces tâches sont considérées comme des corvées qui prennent du temps – non rémunéré –, mais aussi parce qu'elles viennent restreindre cette liberté qui est si importante à leurs yeux.

Il faut toutefois nuancer ce constat : tous les chirurgiens-dentistes, au bout de quelques années d'exercice, ne sont pas dépassés par les tâches administratives. Quelques-uns sont même très sereins quant à ces questions.

En revanche, tous regrettent qu'on ne les ait pas formés à ces aspects qui, s'ils ne sont pas le cœur de métier, prennent néanmoins beaucoup de place dans leur vie professionnelle et sont indispensables à la bonne marche – voire à la survie – d'un cabinet. Tous se rappellent avoir été paniqués, à leurs débuts, à la découverte de ce qu'implique leur statut de propriétaire et de gestionnaire de « mini-entreprise ».

LA GESTION DES INTERRUPTIONS D'ACTIVITÉ EST DIFFICILE

Comme toutes les professions libérales, les dentistes sont confrontés à la difficulté de gérer les cessations temporaires d'activité (accident, maladie, maternité). En effet, les jours non travaillés ne dégagent aucun revenu alors que, dans le même temps, il faut continuer à assurer les frais fixes du cabinet (location du cabinet, charges, salaires des personnels, etc.). Une période non anticipée de cessation d'activité peut se révéler dramatique si le praticien ne trouve pas assez rapidement un

remplaçant. Or les remplaçants se font rares, surtout dans les zones peu denses, dans lesquelles les jeunes praticiens ne souhaitent pas venir exercer...

Il est vrai que la plupart des praticiens sont assurés en cas de maladie ou de maternité par une assurance privée, mais celle-ci est souvent très chère et ne couvre pas toujours la totalité de la perte de revenu. Cette difficulté a souvent été mentionnée par les femmes, qui se plaignent de ne pas pouvoir être assurées comme les autres en cas de maternité.

En guise de conclusion, des perspectives

L'étude réalisée donne à voir un métier à travers différents prismes, afin de tenter de dessiner une image la plus complète possible de cette profession dont la caractéristique première serait la diversité : diversité des cadres d'exercice, des pratiques, des parcours, des motivations professionnelles, des attentes, des projets. Elle fait aussi état, malgré cette diversité, de constats et de traits communs dans lesquels tous les chirurgiens-dentistes se reconnaissent.

L'un d'entre eux traverse l'ensemble de l'enquête comme un fil rouge : le caractère libéral de la profession. Ce caractère, qui est au cœur de l'identité de la profession, par certains aspects, serait aujourd'hui remis en question. D'un côté, le poids des normes entamerait le sentiment de liberté du chirurgien-dentiste. D'un autre, être trop libéral est présenté comme un risque pour le sens du métier. En effet, les dentistes font part de leurs craintes quant aux atteintes portées au caractère libéral de leur métier, mais ils craignent en même temps un accroissement incontrôlé de ce même caractère libéral. Il s'agit ici de la nouvelle tendance que certains dentistes qualifient d'ultralibérale, qui consiste à envisager son exercice uniquement sous l'angle de la rentabilité et de la recherche du profit.

Un autre questionnement fort est relatif aux problèmes créés par le déficit démographique prévisible et par les probables déséquilibres qui l'accompagneront au niveau géographique. Les entretiens avec les praticiens et les étudiants laissent entrevoir l'importance des mécanismes individuels, le rôle joué par les opportunités et une certaine inertie dans le choix du lieu d'installation, que le déséquilibre croissant entre offre et demande de soins ne peut que conforter. Des études complémentaires pourront contribuer à ouvrir de nouvelles pistes de solutions.

Références bibliographiques

ARTICLES

BAUDIN C., MICHEL J.-C., 2006, « Démographie et permanence des soins. La démographie en question », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1252, 6 avril.

BILLAUT A., BREUIL-GENIER P., COLLET M., SICART D., 2006, « Les évolutions démographiques des professions de santé », INSEE, *Données sociales*, La Société française.

BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A., 2006, « Améliorer la répartition géographique

- des professionnels de santé : les enseignements de la littérature », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 116, décembre.
- BOUTER R., CHERON D., ORLIAGUET T., BARROIS P., 2006, « Débat. Formation initiale. Ce qui doit évoluer », *Clinic*, vol. 27, septembre.
- BURY L., 2005, « Être une femme chirurgien-dentiste », *Indépendantaire*, n° 26, mars.
- BURY L., 2005, « De la pertinence de la formation initiale », *Indépendantaire*, hors-série spécial formation, mai.
- CHAMBERAUD N., 2005, « Progression du *numerus clausus* », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1206, 7 avril.
- « Les syndicats représentatifs de toute la profession dentaire unanimement inquiets et mobilisés pour l'avenir et le statut de l'assistante dentaire », communiqué de presse du 24 novembre 2006, *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1282, 7 décembre 2006.
- CHAMBERAUD N., 2006, « Une question en débat : la démographie professionnelle des chirurgiens-dentistes », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1246, 23 février.
- « Formation continue des chirurgiens-dentistes : modalités pratiques et premières précisions », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1278, 9 novembre 2006.
- « Dossier 2006. La cessation d'activité », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1247, 2 mars.
- « Démographie : quelles solutions ? », *Clinic*, vol. 27, mai 2006.
- « Le secteur libéral des professions de santé en 2004 », *Carnets statistiques*, n° 112, Direction de la stratégie, des études et des statistiques, CNAMTS.
- Démographie des chirurgiens-dentistes, constats et propositions, CNSD, réunion ONDPS, 14 septembre 2005.
- GENIN C., 2006, « Quoi de neuf en Europe ? », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1265/1266, 6-13 juillet.
- GRANFILS N., 1998, « Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 : les dentistes », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 8, mars.
- HERKURT A., 2006, « Santé bucco-dentaire des Français. Disparités sociales et régionales », *Dentiste Mag*, n° 1, avril.
- MICHEL J.-C., 2006, « Depuis le 26 octobre 2006, la formation continue pour les chirurgiens-dentistes, désormais obligatoire, rentre en phase opérationnelle », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1278, 9 novembre.
- PERCHOUX L., 2005, « La féminisation de la profession dentaire va-t-elle modifier l'offre de soins ? », *L'Information dentaire*, n° 30, septembre.
- « Enquête sur la formation permanente. Entretien avec le docteur Domejean-Orliaguet », *L'Information dentaire*, n° 21, 25 mai 2005.
- « Enquête Santé et protection sociale en 2004 : premiers résultats », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 110, juillet 2006.
- KLEIN F., 2004, « *Numerus clausus* : le mal français », *Indépendantaire*, n° 14, janvier.
- KLEIN A., RICHARD J., 2006, « L'évolution de la démographie professionnelle d'ici à cinq ans », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1273, 5 octobre.
- « Dossier : 25 États, 25 paysages dentaires », *La Lettre de l'Ordre*, n° 32, novembre 2004.
- « Surpopulation à la ville, déficit à la campagne », *La Lettre de l'Ordre*, n° 47, mai 2006.
- PERRIN D., 2006, « Urgences dentaires, où en sommes-nous ? », communiqué de presse du Congrès de l'ADF.

- SICART D., 2006, « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2006 », DREES, Série Statistiques, *Document de travail*, n° 97, mai.
- « Congrès UNECD – Marseille Étudiants en 2007, perspectives pour 2012 », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1293, 1^{er} mars 2007.
- « Accès aux soins dentaires et à la prévention en Bourgogne », URCAM Bourgogne, synthèse du *Notes et Documents*, n° 25, novembre 2002.

RAPPORTS

- BOIS D., MASSONAU J., MET J., 2003, « Mission Odontologie, rapport remis au ministre J.-F. Mattei », novembre, La Documentation française.
- DELAHAYE-GUILLOCHEAU V., DIZAMBOURG B., BONACCORDIS F., 2006, « Audit de l'appareil de formation odontologique », IGAS/IGAENR, décembre, La Documentation française.
- ONDPS, *rapports 2004 et 2005*, La Documentation française.

**LES MÉTIERS
DE LA PÉRINATALITÉ**



Introduction

La périnatalité a été définie comme l'ensemble des prestations et actes médicaux relatifs à la grossesse, à l'accouchement et aux premiers jours de la vie des nouveau-nés¹. Aux six professions qui sont généralement considérées comme impliquées dans la périnatalité : gynéco-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, puéricultrices, anesthésistes, gynécologues médicaux, ont été adjoints les médecins généralistes, inclus dans cette étude en raison de leur rôle dans le suivi des grossesses et la prise en charge des mères et des nouveau-nés.

Chaque profession concernée a fait l'objet d'une approche globale de l'état des effectifs. Parce qu'il constitue un état des lieux harmonisé de toutes les régions, cet examen permet de positionner relativement chaque région par rapport à la situation de l'ensemble de ces professions dont la présence est nécessaire pour la prise en charge de la périnatalité. La prise en compte des effectifs en activité est enrichie par des données permettant une première appréciation de la pérennité de leur présence. L'âge des professionnels et la prise en considération des effectifs en formation sont une tentative d'introduire une perspective dynamique à l'approche démographique.

Les limites de la démarche sont évidentes et elles appellent, outre un examen et des échanges organisés localement, des enrichissements que l'on peut aisément identifier, faute d'avoir pu les réaliser. En effet, les données disponibles ne permettent pas de déterminer la part des professionnels s'occupant spécifiquement, pour tout ou partie de leur activité, du suivi des grossesses et des nouveau-nés. Par exemple, les échographistes pratiquant des échographies prénatales (médecins ou sages-femmes) n'ont pas pu être recensés, car ils ne sont pas répertoriés en tant que tels dans le fichier ADELI utilisé pour le recensement des effectifs.

Toutefois, cette approche permet de diagnostiquer qu'en cas de faiblesse numérique globale il existe de fortes probabilités que telle ou telle profession ne comportera pas des effectifs en nombre suffisant pour prendre en charge la périnatalité. En revanche, elle ne permet pas d'apprécier si, et de quelle manière, en cas de faible densité d'une catégorie de professionnels, la demande se reporte sur une autre profession exerçant dans le même domaine de santé (entre gynéco-obstétriciens, sages-femmes, gynécologues médicaux et médecins généralistes pour les consultations prénatales, ou pédiatres, médecins généralistes et puéricultrices pour le suivi des nouveau-nés). Ces éclairages seraient pourtant très utiles, comme cela a été souligné dans l'enquête périnatalité de 2003 qui préconisait d'ailleurs une surveillance du

1. Cour des Comptes (2005), *La politique de périnatalité*.

rôle respectif des différents professionnels pendant la grossesse pour savoir comment se fait l'adaptation aux pénuries de professionnels². Les données rassemblées sur les effectifs des gynécologues, lors de l'audition organisée par l'ONDPS, montrent aussi qu'il peut exister des écarts entre le diplôme et l'activité exercée. Ces échanges, dont le compte rendu est annexé à ce chapitre, ont permis notamment de constater qu'une partie des diplômés gynécologues-obstétriciens, et donc recensés comme tels dans le fichier ADELI, n'exercent probablement pas cette activité.

Toujours d'après l'enquête périnatalité, la déclaration de grossesse était effectuée dans 74 % des cas par un gynécologue ou un obstétricien exerçant en ville ou en maternité, par un médecin généraliste dans 23 % des cas, par une sage femme dans 2 % des cas et par un médecin de PMI (spécialité non précisée) dans 1 % des cas. Les consultations de suivi de la grossesse étaient surtout assurées par des gynécologues-obstétriciens ; cette enquête constatait par ailleurs une diminution importante du rôle des médecins généralistes et une augmentation de celui des sages-femmes depuis 1981. D'après le rapport de l'IGAS de 2006 sur la protection maternelle et infantile, les services de PMI en 2006 suivaient globalement 18 % des femmes enceintes et 50 à 60 % des enfants de moins de 1 an et des nouveau-nés. Ces suivis étaient assurés par des médecins titulaires ou vacataires (spécialité non précisée), des sages-femmes et des puéricultrices. Il existait des disparités en activité considérables d'un département à l'autre et au sein d'un même département, celles-ci n'étant corrélées ni à la précarité économique ni à la densité médicale³. L'enquête périnatale signalait enfin des tensions dans la prise en charge des femmes dans certaines maternités, en particulier celles des niveaux les plus élevés ou de grande taille.

C'est au niveau local que peuvent être mesurées les éventuelles difficultés d'adaptation en termes de personnel soignant aux modifications de la législation (mise en conformité avec les décrets d'octobre 1998 et avec les modifications réglementaires ultérieures) ou aux pratiques (augmentation du taux de césariennes, des rachianesthésies et des péridurales). Les non-conformités sont le plus souvent dues à l'insuffisance des effectifs. D'après l'enquête périnatale, les disparités intra ou interrégionales sont de plus à mettre en regard avec les variations de densité et du type de population concernée. À ce propos, l'enquête nationale périnatale de 2003 avait signalé de fortes disparités entre grandes régions en ce qui concernait notamment les facteurs de risque et avait observé des différences particulièrement grandes entre les DOM et la métropole, avec par exemple un taux de prématurité deux fois plus élevé dans les DOM.

D'éventuels échanges ou compensations entre zones limitrophes de différentes régions ne peuvent pas non plus apparaître dans cette approche globale. Une aire géographique pertinente pour un réseau de santé en périnatalité, par exemple, ne correspond pas nécessairement à une limite administrative départementale ou régionale.

Enfin, les disparités importantes qui peuvent exister en termes d'offre de soins au sein d'une même région, qui ne sont pas mises en évidence dans l'approche

2. Blondel B., Supernant K., Mazaubrun C., *Enquête nationale périnatale 2003*, « Situation en 2003 et évolution depuis 1998 » ; cf. aussi Scheidegger S., Vilain A., « Disparités sociales et surveillance de grossesse », *Études et Résultats*, n° 552, janvier 2007.

3. *Étude sur la protection maternelle et infantile en France*, rapport IGAS, RM 2006.

globale, peuvent en revanche repérées dans certains travaux régionaux⁴. L'analyse menée pour les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, dont on présente les résultats synthétiques, témoigne de l'intérêt de ces approches interrogeant la démographie des professionnels de santé à l'aune des caractéristiques des comportements de recours aux soins⁵.

4. Pour les sages-femmes, parmi d'autres professions de santé en Île-de-France, cf. *Préparation des schémas des formations sanitaires et sociales*. « Diagnostic quantitatif partagé », Île-de-France, décembre 2006.

5. Mission régionale de santé PACA, ONDPS comité régional de PACA, *Analyse territoriale de l'offre et de la consommation de soins spécialisés en 2005, Provence-Alpes-Côte d'Azur, gynécologie-obstétrique*, Document de travail, novembre 2007.



es effectifs selon les sources administratives

Présentation de la méthode

■ ■ Effectifs au 1^{er} janvier 2006

Les effectifs de médecins, puéricultrices et sages-femmes ont été extraits des bases statistiques du répertoire ADELI arrêtées au 1^{er} janvier 2006. Ces bases ont été constituées par le Bureau des professions de santé (DREES) à partir de la base ADELI d'enregistrement des professionnels de santé.

Les effectifs de chaque profession ont été donnés pour la France entière, métropole et DOM, et ventilés par région.

■ ■ Estimation du nombre de sorties de janvier 2006 à janvier 2011

Le nombre de sortants à l'horizon du 1^{er} janvier 2011 représente le nombre de professionnels dont on estime qu'ils partiront à la retraite dans les cinq ans, étant donné leur âge au premier janvier 2006. L'âge probable de cessation d'activité a été estimé à 65 ans pour les médecins, 55 ans pour les puéricultrices et les sages-femmes salariées, 63 ans pour les sages-femmes libérales¹. En 2006, ces professionnels étaient donc respectivement âgés de 60 ans et plus pour les médecins, 50 ans et plus pour les puéricultrices et sages-femmes salariées, 58 ans et plus pour les sages-femmes libérales.

■ ■ Estimation du nombre d'entrées de 2006 à 2011

Pour les médecins, la méthode d'estimation du nombre d'entrées à l'horizon 2011 est basée, d'une part, sur le nombre d'étudiants ayant réussi l'internat dans chaque spécialité de 2001 à 2003², d'autre part, pour 2004 et les années suivantes, sur le nombre de postes ouverts aux épreuves classantes nationales dans chaque spécialité (sauf pour la médecine générale où tous les postes ouverts ne sont pas pourvus).

Les prévisions reposent sur la double hypothèse que tous les étudiants obtiendront leur diplôme de spécialité dans la durée théorique d'obtention de celui-ci (trois à cinq ans), sans abandon, redoublement ni échec et qu'ils commenceront tous à exercer l'année d'obtention de leur diplôme.

1. Sources : ONDPS, rapport 2004, Caisse des dépôts, Caisse autonome de retraite des sages-femmes françaises.

2. Sources : recensement des diplômés par spécialité, ONDPS, rapport 2004.

Le nombre de postes ouverts par filière aux ECN pour chaque année postérieure à 2006 a été calculé en appliquant au *numerus clausus* de l'année *n-5* la répartition des postes observée en 2006 par rapport au *numerus clausus* de 2001. Le *numerus clausus* a été supposé constant à partir de 2007 (au niveau de 7100).

L'estimation de la répartition régionale de ces entrants a été obtenue en observant la répartition régionale des primo-installés entre 2001 et 2004 sur la base ADELI 2006. La répartition régionale des médecins de chaque spécialité a été calculée pour chacune de ces années. Une répartition moyenne a ensuite été calculée sur cinq ans. La part régionale moyenne ainsi calculée a permis une estimation approximative de la répartition des installations selon la spécialité et la région. Cette répartition n'a pas été donnée pour la gynécologie médicale en raison du faible nombre estimé de diplômés (56 en tout entre 2006 et 2011).

Pour les sages-femmes, le nombre d'entrants chaque année a été supposé égal au nombre d'étudiants admis en première année quatre ans auparavant (durée de la formation), corrigé d'un taux d'échec moyen de 11,4 % (moyenne des taux d'échec des années 2002 à 2004).

Pour les sages-femmes et pour les médecins, les effectifs issus des NPA (nouvelles procédures d'autorisation) et PAE (procédures d'autorisation d'exercice) pour les médecins à diplômes hors Union européenne et les effectifs ayant obtenu leur diplôme dans un autre pays de l'Union européenne et s'installant en France n'ont pas été pris en compte dans l'estimation du nombre d'entrants.

Pour les puéricultrices, il n'a pas été appliqué de correction par le taux d'échec. La durée de formation étant de un an, les entrants d'une année correspondent aux admissions en première année de l'année précédente, en reprenant les hypothèses faites pour les médecins.

Le nombre d'étudiants admis en première année de formation de sage-femme et de puéricultrice a été considéré constant à partir de 2005.

L'estimation de la répartition régionale pour les puéricultrices et pour les sages-femmes a été faite de la même façon que pour les médecins.

■ ■ Estimation du nombre de professionnels au 1^{er} janvier 2011

Il a été obtenu en ajoutant à l'effectif 2006 le solde des entrées et sorties pour la période 2006-2011. Pour les sages-femmes et les médecins le fait de ne pas prendre en compte les effectifs des diplômés issus des nouvelles procédures d'autorisation et des procédures d'autorisation d'exercice ni les diplômés de l'Union européenne s'installant en France induit une probable sous-estimation des effectifs.

Le nombre estimé de professionnels est décliné par région mais pas par secteur d'activité.

■ ■ Densités régionales

Les densités régionales ont été calculées à partir des chiffres des populations concernées³ pour chaque profession : population totale pour les anesthésistes et les

3. Sources : INSEE, ELP 2005.

médecins généralistes, femmes de 15 à 49 ans pour les gynéco-obstétriciens, femmes de 15 à 99 ans pour les gynécologues médicaux et pour la somme des effectifs de ces deux spécialités, enfants de 0 à 14 ans pour les pédiatres, nombre de naissances⁴ (naissances vivantes enregistrées là où elles ont eu lieu) pour les sages-femmes et les puéricultrices.

Pour les départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion), les densités ont été calculées séparément, par département, étant donné leur diversité, lorsque cela était possible.

■ ■ Offre de soins

L'offre de soins régionale a également été étudiée : densité pour 1 000 naissances en lits d'obstétrique, de néonatalogie (dont ceux de soins intensifs), de réanimation néonatale, à partir des données arrêtées au 31 décembre 2005 du fichier SAE,

Pour chaque profession ou type d'équipement, les régions sont classées sur les graphiques par ordre décroissant de densité et par rapport à la médiane, sachant que pour aucune des professions ou équipements cités un niveau de densité ne peut être assimilé à un niveau de besoin. De part et d'autre de la médiane, les régions sont classées selon qu'elles sont supposées perdre ou gagner des postes dans les cinq ans.

4. Sources : *idem*.



Les équipements et les effectifs en obstétrique

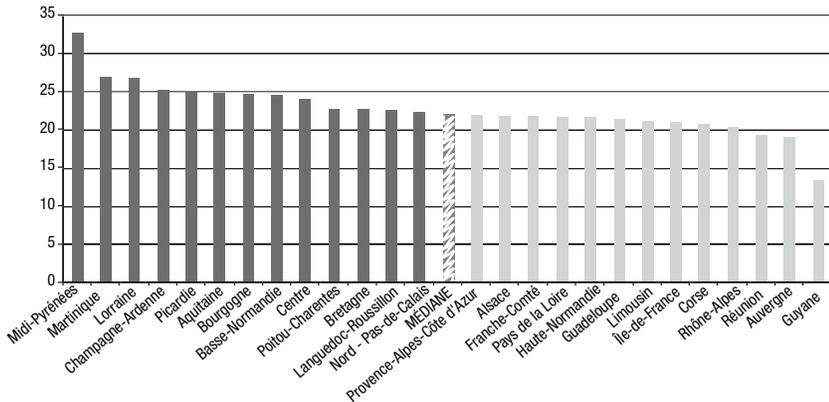


Les équipements

Vingt régions sur vingt-six avaient en 2005 une densité en lits d'obstétrique comprise entre 20 et 25 lits pour 1 000 naissances. Quatre d'entre elles se situaient au-dessus de cette zone, trois au-dessous, deux régions se démarquant nettement des autres, Midi-Pyrénées (plus de 30 lits pour 1 000) et Guyane (moins de 15 lits pour 1 000) (cf. graphique 1). Ces données concernent les chiffres globaux en lits d'obstétrique, sans distinction des niveaux définis par le décret périnatalité de 1998 (niveau 1-niveau 2-niveau 3). Le nombre de lits de niveau 2 et de niveau 3 pour 1 000 accouchements par région a été évalué en 2000 (sources DREES).

GRAPHIQUE 1

DENSITÉ EN LITS D'OBSTÉTRIQUE POUR 1 000 NAISSANCES



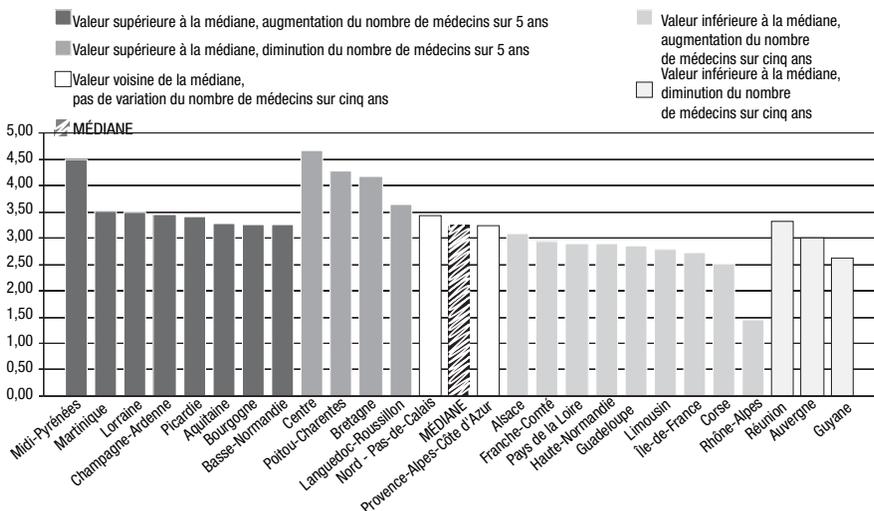
Les gynéco-obstétriciens

Dix-neuf régions sur vingt-quatre avaient en 2005 une densité en gynéco-obstétriciens comprise entre 2,5 et 3,5 praticiens pour 10 000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans). Six régions (Île-de-France, Alsace, PACA, Guadeloupe, Martinique et Guyane) avaient des densités supérieures à 3,5, avec des effectifs en diminution,

d'après les prévisions à cinq ans, sauf pour l'Île-de-France. La région Picardie avait une densité nettement plus faible que les autres, inférieure à 1,5, avec une légère augmentation prévue sur cinq ans (cf. graphiques 2 et 3).

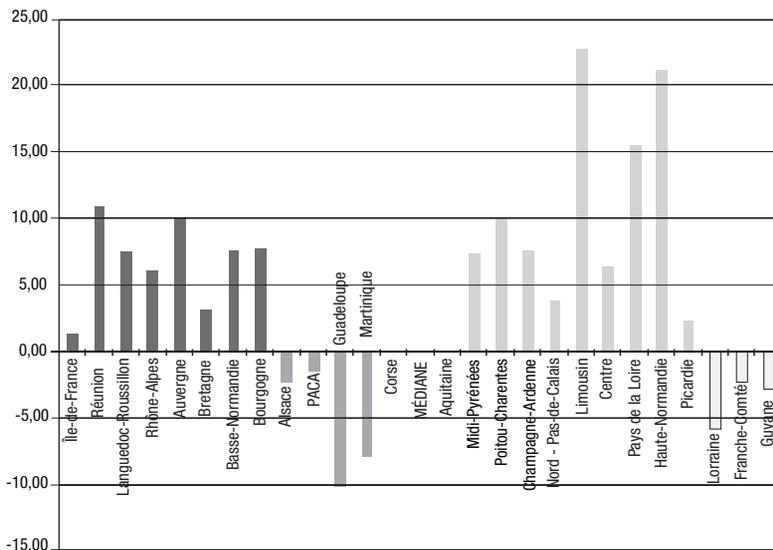
GRAPHIQUE 2

PRÉVISION DE L'ÉVOLUTION DE LA DENSITÉ DE GYNÉCO-OBSTÉTRICIENS POUR 10 000 FEMMES DE 15 À 49 ANS



GRAPHIQUE 3

PRÉVISION D'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE GYNÉCO-OBSTÉTRICIENS SUR CINQ ANS, EN %



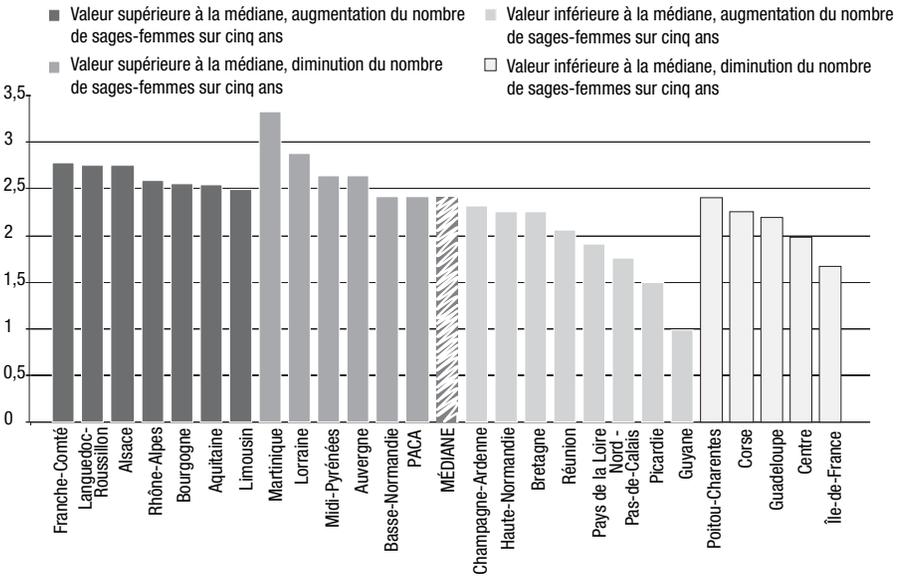
Les sages-femmes

Dix-neuf régions sur vingt-six avaient une densité comprise entre 2 et 3 sages-femmes pour 100 naissances. Une région, la Martinique, avait une densité supérieure, mais avec une prévision de diminution de postes importante dans les cinq ans. La densité la plus faible était celle de la Guyane (moins de 1 pour 100 naissances), avec cependant une perspective d'augmentation dans les cinq ans (cf. graphiques 4 et 5).

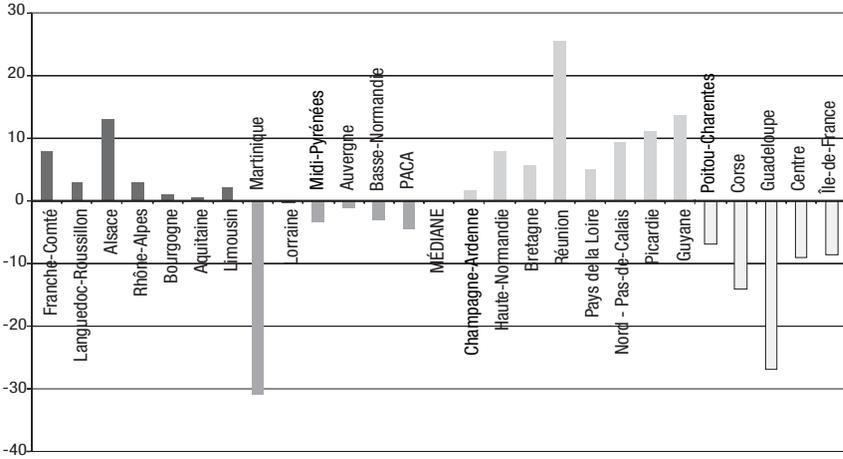
D'après les données communiquées par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, le nombre total de sages-femmes actives (hors Antilles-Guyane) en décembre 2007 était de 19 211 alors que, selon les données ADELI (France entière), il y avait 17 695 sages-femmes en activité en France au 1^{er} janvier 2006 et 18 837 au 1^{er} janvier 2007. Le décalage entre ces estimations est probablement dû à l'existence de doubles comptes dans le fichier du Conseil de l'Ordre, pour les sages-femmes ayant un exercice mixte, libéral et salarié, et au décalage entre les dates d'arrêt des comptes pour les chiffres mentionnés dans ces deux fichiers.

GRAPHIQUE 4

PRÉVISION DE L'ÉVOLUTION DE LA DENSITÉ DE SAGES-FEMMES POUR 100 NAISSANCES



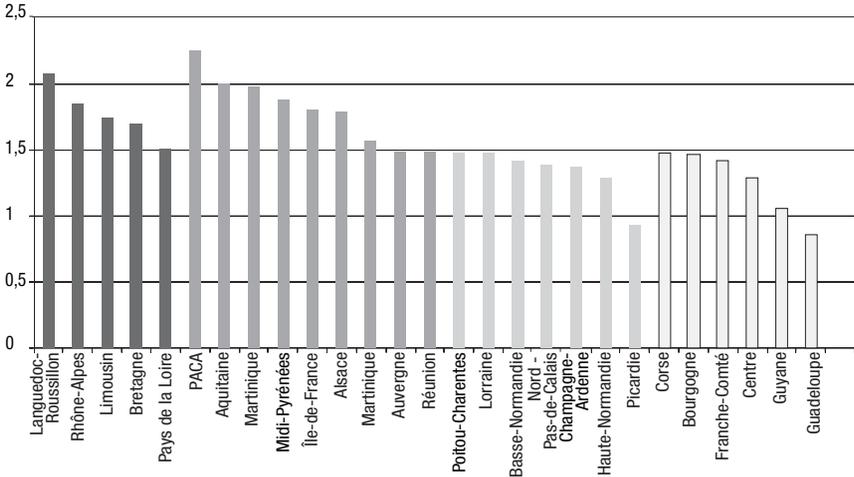
PRÉVISION D'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SAGES-FEMMES À CINQ ANS



Les anesthésistes

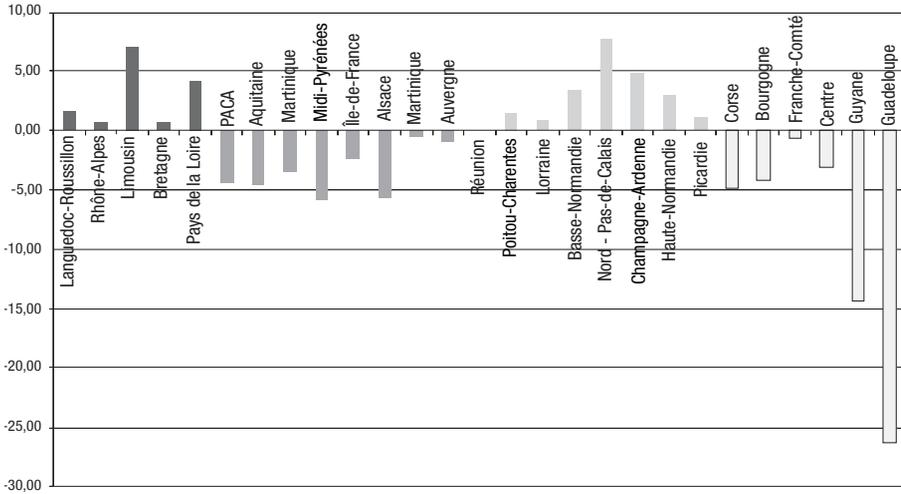
Vingt-deux régions sur vingt-six avaient une densité comprise entre 1 et 2 anesthésistes pour 10 000 habitants. Deux régions, le Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur, avaient une densité supérieure à 2, avec une prévision de légère augmentation pour le Languedoc-Roussillon, de diminution pour PACA. Deux régions avaient une densité inférieure à 1, avec une prévision de légère augmentation pour la Picardie, d'importante diminution pour la Guadeloupe (plus de 25 %) (cf. graphiques 6 et 7).

DENSITÉ D'ANESTHÉSISTES POUR 10 000 HABITANTS



GRAPHIQUE 7

PRÉVISION D'ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ANESTHÉSISTES À CINQ ANS

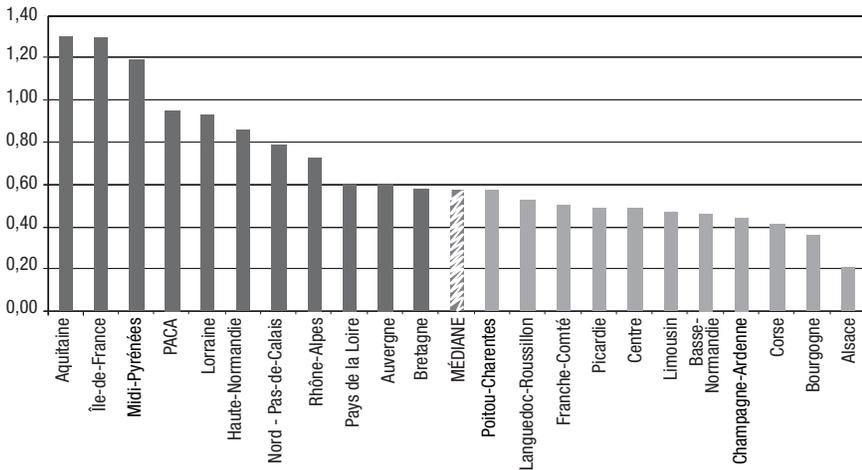


Les gynécologues médicaux

Dix-sept régions sur vingt-deux avaient une densité comprise entre 0,4 et 1 gynécologue médical pour 10 000 femmes de 15 à 99 ans (cf graphique 8). Trois régions, l'Île-de-France, l'Aquitaine et Midi-Pyrénées avaient une densité proche de ou supérieure à 1,2 gynécologue. Deux régions avaient une densité inférieure à 0,4, la Bourgogne et l'Alsace. Cette spécialité n'a pas fait l'objet de prévision par région, en raison de la faiblesse des effectifs.

GRAPHIQUE 8

DENSITÉ DE GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX POUR 10 000 FEMMES DE 15 À 99 ANS

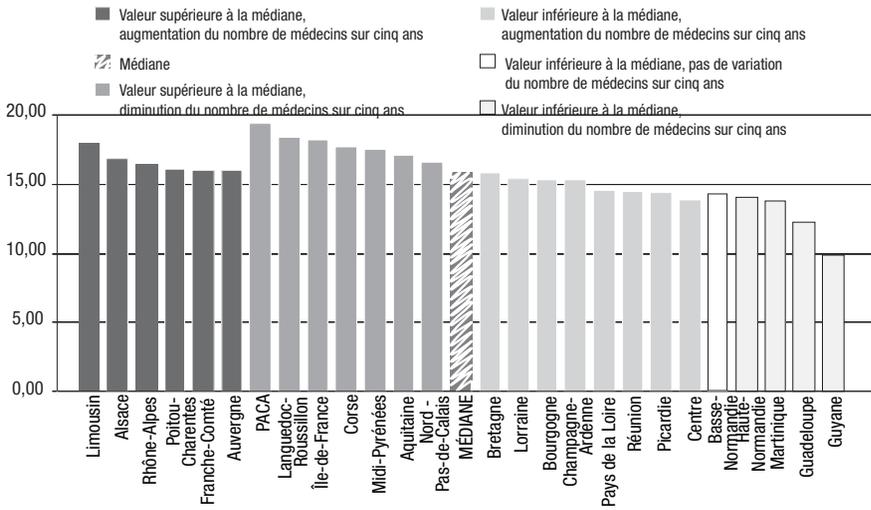


Les médecins généralistes

Dix-sept régions sur vingt-six avaient une densité comprise entre 15 et 20 médecins généralistes pour 10 000 habitants (cf. graphique 9). Quatre des neuf régions ayant une densité inférieure à 15 ont une diminution du nombre de médecins en prévision sur cinq ans. Martinique, Guadeloupe et Guyane ont à la fois les densités les moins élevées et les prévisions de diminution les plus importantes (cf. graphique 10).

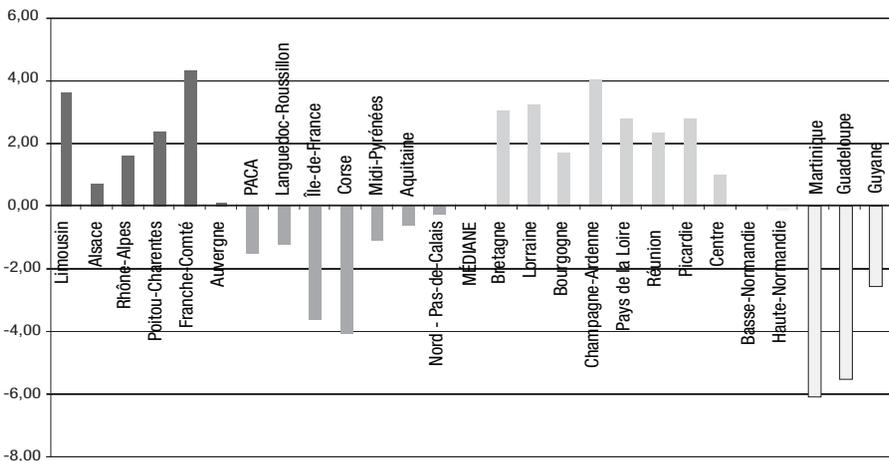
GRAPHIQUE 9

PRÉVISION DE L'ÉVOLUTION DE LA DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES POUR 10 000 HABITANTS



GRAPHIQUE 10

PRÉVISION D'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES À CINQ ANS, EN %





es équipements et les effectifs en néonatalogie



Les équipements

■ ■ Lits de néonatalogie et lits de soins intensifs

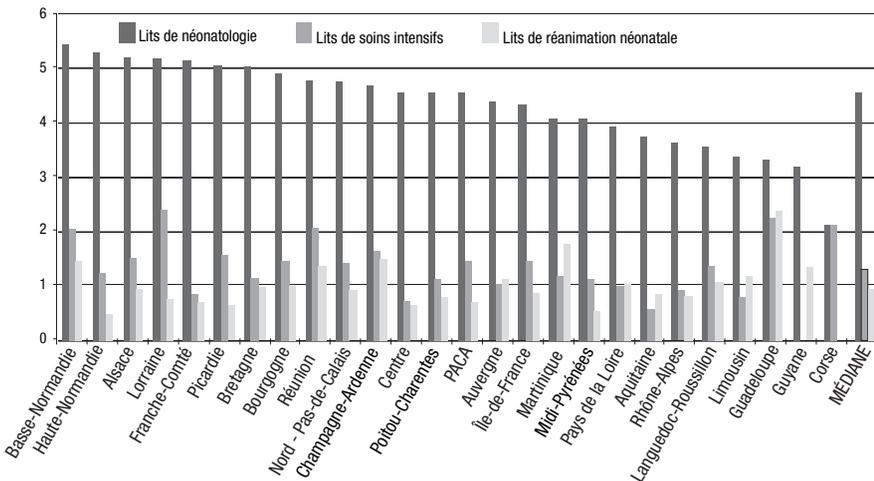
Dix-neuf régions sur vingt-six avaient une densité en lits de néonatalogie comprise entre 3 et 5 pour 1 000 naissances (cf. graphique 1). Six avaient une densité supérieure à 5, une région, la Corse, avait une densité inférieure à 3. Parmi les lits de néonatalogie, les lits de soins intensifs avaient une densité comprise entre 1 et 2 pour 1 000 naissances dans quatorze régions, égale ou supérieure à 2 dans cinq régions, dont la Corse où tous les lits de néonatalogie étaient des lits de soins intensifs, inférieure à 1 dans six régions, dont la Guyane où il n'était pas recensé de lits de soins intensifs.

■ ■ Lits de réanimation néonatale

Dans dix régions, la densité était comprise entre 1 et 2 lits pour 1 000 naissances. Elle était supérieure à 2 dans un département, la Guadeloupe, et inférieure à 1 dans 15 régions, dont la Corse où il n'était pas recensé de lits de réanimation néonatale.

GRAPHIQUE 1

DENSITÉ EN LITS POUR 1 000 NAISSANCES : NÉONATALOGIE, SOINS INTENSIFS, RÉANIMATION MÉDICALE



Les professionnels

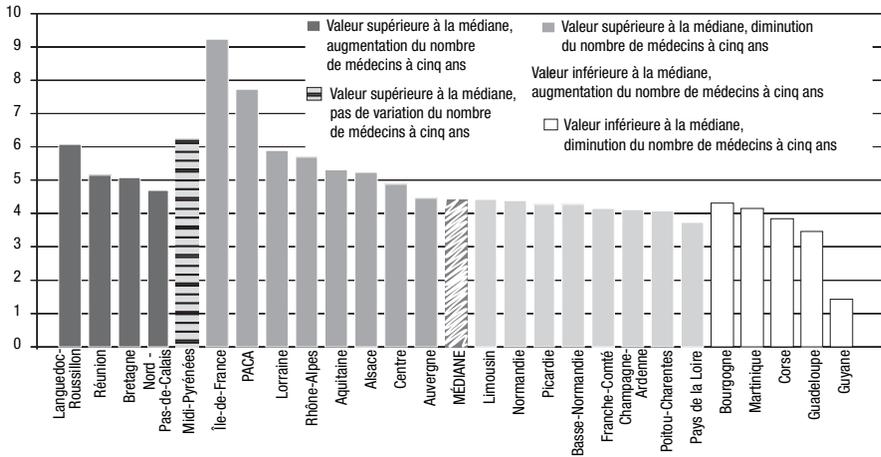
■ ■ Les pédiatres

Dix-huit régions sur vingt-six avaient une densité comprise entre 4 et 6 pédiatres pour 10 000 enfants de 0 à 14 ans (cf. graphique 2). Quatre régions avaient une densité supérieure à 6 (Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur), dont les deux ayant les densités les plus élevées, l'Île-de-France et PACA, ont des prévisions d'effectifs sur cinq ans en diminution.

Quatre régions avaient une densité inférieure à 4, Pays de la Loire, Corse, Guadeloupe et Guyane. Les trois dernières avaient une prévision de diminution des effectifs sur cinq ans, de plus de 20 % pour la Corse et de 50 % pour la Guyane (cf. graphique 3).

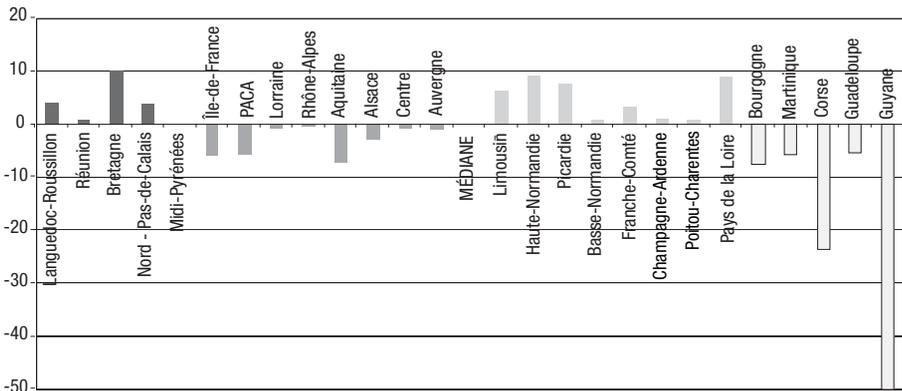
GRAPHIQUE 2

PRÉVISION DE L'ÉVOLUTION DE LA DENSITÉ DE PÉDIATRES POUR 10 000 ENFANTS DE 0 À 14 ANS



GRAPHIQUE 3

PRÉVISION D'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PÉDIATRES À CINQ ANS

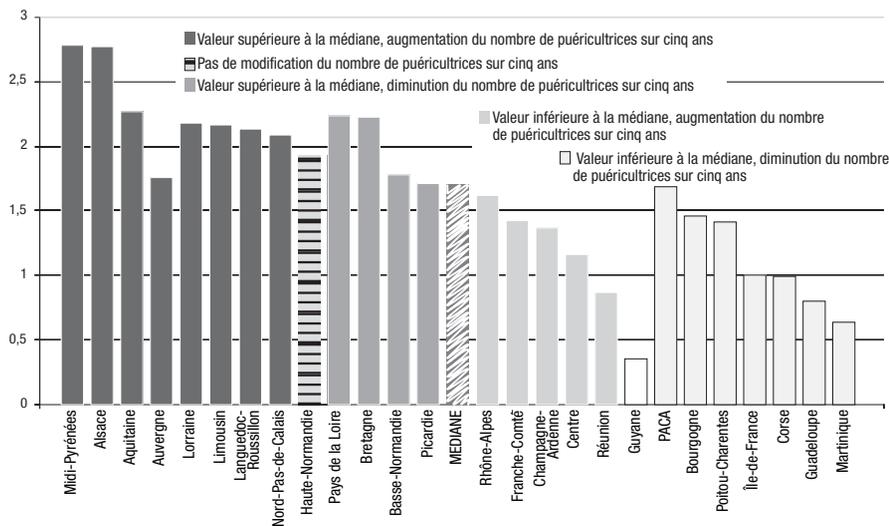


■ ■ Les puéricultrices

Douze régions avaient une densité comprise entre 1 et 2 puéricultrices pour 100 naissances (cf. graphique 4). Neuf régions avaient une densité supérieure à 2, les deux régions ayant les densités les plus élevées, supérieure à 2,5 (Midi-Pyrénées et Alsace), ont aussi une prévision d'augmentation modérée sur cinq ans. Parmi les cinq régions ayant une densité inférieure à 1, trois (Corse, Guadeloupe et Martinique) ont une prévision de diminution des effectifs sur cinq ans. Le département ayant la densité la plus faible, inférieure à 0,5 (la Guyane), a une prévision de stabilité des effectifs sur cinq ans (cf. graphique 5).

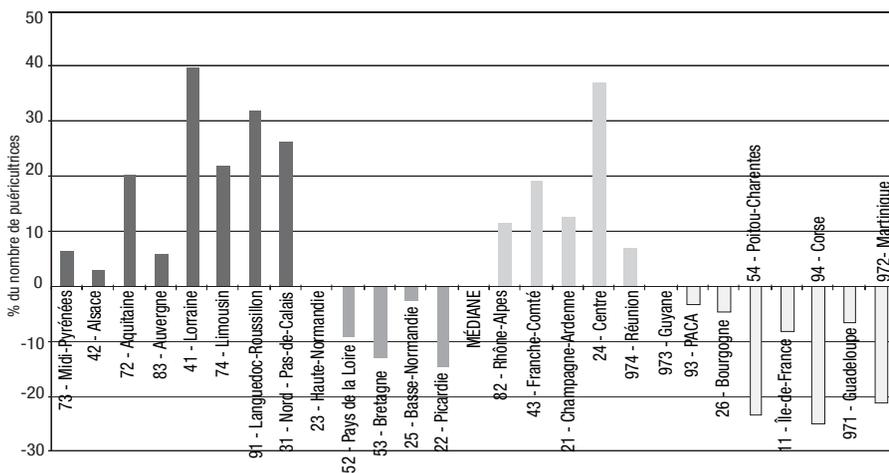
GRAPHIQUE 4

PRÉVISION DE L'ÉVOLUTION DE LA DENSITÉ DE PUÉRICULTRICES, DENSITÉ POUR 100 NAISSANCES



GRAPHIQUE 5

PRÉVISION D'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PUÉRICULTRICES À CINQ ANS





es contrastes des situations régionales

Pour l'activité d'obstétrique, trois régions, Champagne-Ardenne, Picardie et Centre, avaient en 2005 une densité inférieure à la médiane pour les cinq professions considérées les gynécologues obstétriciens, les gynécologues médicaux, les anesthésistes, les médecins généralistes et les sages-femmes ; la Haute-Normandie avait une densité supérieure à la médiane uniquement pour les gynécologues médicaux, mais pas pour l'ensemble gynécologues médicaux et obstétriciens ni pour les autres professions étudiées.

Ces quatre régions avaient une prévision d'augmentation du nombre de gynéco-obstétriciens, trois de ces régions avaient une prévision d'augmentation du nombre d'anesthésistes et de sages-femmes (diminution pour le Centre), et de médecins généralistes (diminution pour la Haute-Normandie).

Trois régions, Rhône-Alpes, Auvergne et Provence-Alpes-Côte d'Azur, avaient une densité supérieure à la médiane pour les cinq professions considérées ; le Languedoc-Roussillon avait une densité inférieure à la médiane pour les gynécologues médicaux uniquement, mais pas pour l'ensemble gynécologues médicaux et obstétriciens ni pour les autres professions étudiées.

Trois de ces régions avaient une prévision d'augmentation du nombre de gynécologues-obstétriciens (diminution pour Provence-Alpes-Côte d'Azur) ; deux régions, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon, avaient une prévision d'augmentation du nombre d'anesthésistes et de sages-femmes (diminution pour les deux autres régions) ; Rhône-Alpes et Auvergne avaient une prévision d'augmentation du nombre de médecins généralistes (diminution pour les deux autres).

Pour la néonatalogie, cinq régions, Champagne-Ardenne, Bourgogne, Guadeloupe, Martinique et Guyane, avaient une densité inférieure à la médiane pour les trois professions considérées, les pédiatres, les médecins généralistes et les puéricultrices. La Bourgogne avait de plus une prévision de diminution du nombre de pédiatres et de puéricultrices Guadeloupe ; et Martinique avaient une prévision de diminution pour les trois professions étudiées, la Guyane avait une prévision de diminution pour le nombre de pédiatres et de médecins généralistes, sans modification du nombre de puéricultrices.

Quatre autres régions, Picardie, Haute-Normandie, Basse-Normandie et Pays de Loire, avaient une densité inférieure à la médiane pour les deux professions médicales seulement, avec une prévision de diminution du nombre de médecins généralistes pour la Basse-Normandie.

Six régions, Nord - Pas-de-Calais, Alsace, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Auvergne et

Languedoc-Roussillon, avaient une densité supérieure à la médiane pour les trois professions considérées.

Deux de ces régions, Nord - Pas-de-Calais et Languedoc-Roussillon, avaient une prévision d'augmentation du nombre de pédiatres (pas de modification pour Midi-Pyrénées, diminution pour les trois autres régions) ; seules l'Alsace et l'Auvergne avaient une prévision d'augmentation du nombre de médecins généralistes (diminution pour les autres) ; les six régions avaient une prévision d'augmentation du nombre de puéricultrices.

Deux régions avaient une densité supérieure à la médiane pour les deux professions médicales seulement : Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec une prévision de diminution des pédiatres pour les deux régions et une prévision d'augmentation des médecins généralistes pour Rhône-Alpes (diminution pour Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Synthèse par région

ALSACE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens			X			
Sages-femmes	X					
Anesthésistes			X			
Généralistes	X					
Pédiatres			X			
Puéricultrices	X					
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux					X	
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie		X				
Lits de soins intensifs		X				
Lits de réanimation néonatale	Valeur équivalent à la médiane					

AQUITAINE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens					X*	
Sages-femmes			X			
Anesthésistes			X			
Généralistes			X			
Pédiatres			X			
Puéricultrices	X					
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	X					
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie					X	
Lits de soins intensifs					X	
Lits de réanimation néonatale					X	

X* : Valeur voisine de la médiane.

AUVERGNE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens	X				X*	
Sages-femmes			X			
Anesthésistes			X			
Généralistes	X					
Pédiatres			X			
Puéricultrices	X					
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	X					
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie					X	
Lits de soins intensifs					X	
Lits de réanimation néonatale	X					

BASSE-NORMANDIE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens	X					
Sages-femmes			X			
Anesthésistes				X		
Généralistes					X	
Pédiatres				X		
Puéricultrices			X			
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux					X	
Densité en lits d'obstétrique		X				
Lits de néonatalogie		X				
Lits de soins intensifs		X				
Lits de réanimation néonatale		X				

BOURGOGNE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens	X					
Sages-femmes	X					
Anesthésistes						X
Généralistes				X		
Pédiatres						X
Puéricultrices						X
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux					X	
Densité en lits d'obstétrique		X				
Lits de néonatalogie		X				
Lits de soins intensifs		X				
Lits de réanimation néonatale		X				

BRETAGNE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens	X					
Sages-femmes				X		
Anesthésistes	X					
Généralistes				X		
Pédiatres	X					
Puéricultrices			X			
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	X					
Densité en lits d'obstétrique	X					
Lits de néonatalogie	X					
Lits de soins intensifs				X		
Lits de réanimation néonatale	X					

CENTRE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens				X		
Sages-femmes						X
Anesthésistes						X
Généralistes				X		
Pédiatres			X			
Puéricultrices				X		
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux				X		
Densité en lits d'obstétrique	X					
Lits de néonatalogie				X		
Lits de soins intensifs				X		
Lits de réanimation néonatale				X		

CHAMPAGNE-ARDENNE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens				X		
Sages-femmes				X		
Anesthésistes				X		
Généralistes				X		
Pédiatres				X		
Puéricultrices				X		
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux					X	
Densité en lits d'obstétrique		X				
Lits de néonatalogie		X				
Lits de soins intensifs		X				
Lits de réanimation néonatale		X				

CORSE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens		X				
Sages-femmes						X
Anesthésistes						X
Généralistes			X			
Pédiatres						X
Puéricultrices						X
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux					X	
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie					X	
Lits de soins intensifs		X				
Lits de réanimation néonatale*						

* Pas de lit recensé.

FRANCHE-COMTÉ

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens						X
Sages-femmes	X					
Anesthésistes						X
Généralistes	X					
Pédiatres				X		
Puéricultrices				X		
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux					X	
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie		X				
Lits de soins intensifs					X	
Lits de réanimation néonatale					X	

GUADELOUPE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens			X			
Sages-femmes						X
Anesthésistes						X
Généralistes						X
Pédiatres						X
Puéricultrices						X
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	Non précisé					
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie					X	
Lits de soins intensifs		X				
Lits de réanimation néonatale		X				

GUYANE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens	X					
Sages-femmes				X		
Anesthésistes						X
Généralistes						X
Pédiatres						X
Puéricultrices					X	
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	Non spécifié					
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie					X	
Lits de soins intensifs	Non spécifié					Non spécifié
Lits de réanimation néonatale	X					

HAUTE-NORMANDIE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens				X		
Sages-femmes				X		
Anesthésistes				X		
Généralistes						X
Pédiatres				X		
Puéricultrices		X				
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	X					
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie		X				
Lits de soins intensifs		X				
Lits de réanimation néonatale					X	

ÎLE-DE-FRANCE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens	X					
Sages-femmes						X
Anesthésistes			X			
Généralistes			X			
Pédiatres			X			
Puéricultrices						X
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	X					
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie					X	
Lits de soins intensifs	X					
Lits de réanimation néonatale					X	

LANGUEDOC-ROUSSILLON

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens	X					
Sages-femmes	X					
Anesthésistes	X					
Généralistes			X			
Pédiatres	X					
Puéricultrices	X					
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux					X	
Densité en lits d'obstétrique	X					
Lits de néonatalogie					X	
Lits de soins intensifs	X					
Lits de réanimation néonatale	X					

LIMOUSIN

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens				X		
Sages-femmes	X					
Anesthésistes	X					
Généralistes	X					
Pédiatres				X		
Puéricultrices	X					
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux					X	
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie					X	
Lits de soins intensifs					X	
Lits de réanimation néonatale		X				

LORRAINE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens						X
Sages-femmes			X			
Anesthésistes				X		
Généralistes				X		
Pédiatres			X			
Puéricultrices	X					
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux		X				
Densité en lits d'obstétrique		X				
Lits de néonatalogie		X				
Lits de soins intensifs		X				
Lits de réanimation néonatale					X	

MARTINIQUE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens	X					
Sages-femmes		X				
Anesthésistes			X			
Généralistes						X
Pédiatres						X
Puéricultrices						X
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	Non précisé			Non précisé		
Densité en lits d'obstétrique	X					
Lits de néonatalogie				X		
Lits de soins intensifs				X		
Lits de réanimation néonatale	X					

MIDI-PYRÉNÉES

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens				X		
Sages-femmes			X			
Anesthésistes			X			
Généralistes			X			
Pédiatres		X				
Puéricultrices	X					
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	X					
Densité en lits d'obstétrique	X					
Lits de néonatalogie				X		
Lits de soins intensifs				X		
Lits de réanimation néonatale				X		

NORD - PAS-DE-CALAIS

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens				X		
Sages-femmes				X		
Anesthésistes				X		
Généralistes			X			
Pédiatres	X					
Puéricultrices	X					
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	X					
Densité en lits d'obstétrique	X					
Lits de néonatalogie	X					
Lits de soins intensifs	X					
Lits de réanimation néonatale	Équivalent à la médiane					

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens			X			
Sages-femmes			X			
Anesthésistes			X			
Généralistes			X			
Pédiatres			X			
Puéricultrices						X*
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	X					
Densité en lits d'obstétrique				X		
Lits de néonatalogie	X					
Lits de soins intensifs	X					
Lits de réanimation néonatale				X		

* Densité très proche de la médiane.

PAYS DE LA LOIRE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens				X		
Sages-femmes				X		
Anesthésistes	X					
Généralistes				X		
Pédiatres				X		
Puéricultrices			X			
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	X					
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie					X	
Lits de soins intensifs					X	
Lits de réanimation néonatale	X					

PICARDIE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens				X		
Sages-femmes				X		
Anesthésistes				X		
Généralistes				X		
Pédiatres				X		
Puéricultrices			X			
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux					X	
Densité en lits d'obstétrique		X				
Lits de néonatalogie		X				
Lits de soins intensifs		X				
Lits de réanimation néonatale					X	

POITOU-CHARENTES

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens				X		
Sages-femmes						X
Anesthésistes				X		
Généralistes	X					
Pédiatres				X		
Puéricultrices						X
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux					X	
Densité en lits d'obstétrique		X				
Lits de néonatalogie					X*	
Lits de soins intensifs					X	
Lits de réanimation néonatale					X	

* Valeur proche de la médiane.

RÉUNION

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens	X					
Sages-femmes				X		
Anesthésistes			X			
Généralistes				X		
Pédiatres	X					
Puéricultrices				X		
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	Non précisé					
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie		X				
Lits de soins intensifs		X				
Lits de réanimation néonatale		X				

RHÔNE-ALPES

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens	X					
Sages-femmes	X					
Anesthésistes	X					
Généralistes	X					
Pédiatres			X			
Puéricultrices				X		
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	X					
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie					X	
Lits de soins intensifs					X	
Lits de réanimation néonatale					X	

ANNEXES



A

Annexe 1

Une approche régionale de l'offre et de la consommation de soins menée en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Le comité régional de l'ONDPS et la Mission régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ont rédigé un document de travail sur l'analyse territoriale de l'offre et de la consommation de soins spécialisés en 2005. Cette analyse illustre l'intérêt d'une mise en perspective des données sur les professionnels avec les données populationnelles et d'activité afin de mieux caractériser les situations infrarégionales, qui constituent, *in fine*, les territoires de l'expérience des patients. Cette analyse a porté sur quatre spécialités médicales, dont deux concernant la périnatalité : la pédiatrie et la gynécologie-obstétrique¹.

■ ■ La pédiatrie

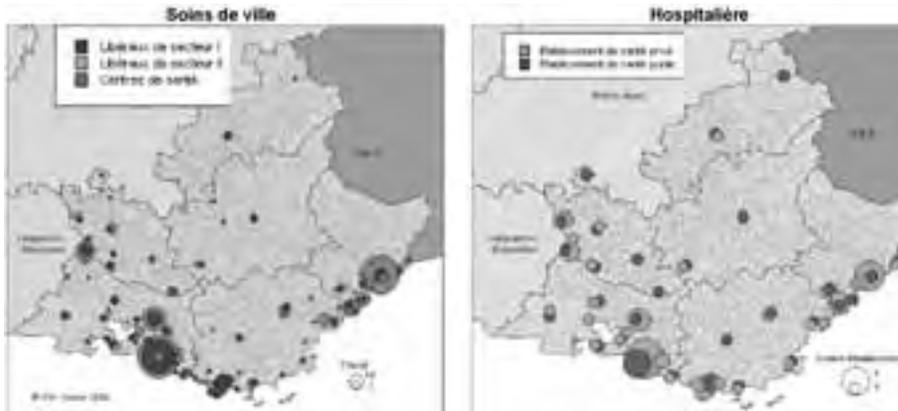
Pour les auteurs, la région PACA est globalement bien dotée en pédiatres, en comparaison avec les chiffres nationaux. Cependant, leur implantation est inégale sur le territoire, avec une offre, aussi bien en soins de ville qu'en soins hospitaliers, concentrée fortement dans les zones les plus urbanisées, en particulier côtières (cf. carte 1).

Les auteurs ont de plus procédé à une détermination de profils de bassins de pédiatrie à partir des déplacements des habitants de la région pour se faire soigner par un pédiatre libéral. Soixante bassins de pédiatrie de soins de ville ont été ainsi délimités². Dans un deuxième temps, à l'aide d'indicateurs de recours aux soins hospitaliers et de ville, huit groupes homogènes ou classes de bassins ont été mis en évidence. Ces groupes homogènes de bassins ont ensuite été décrits à l'aide d'un certain nombre de variables caractérisant le recours ou la consommation de soins de la population, mais portant aussi sur les caractéristiques démographiques et de revenus de la population, la proportion de libéraux conventionnés en secteur I... Cette étude a permis d'individualiser trois profils types de bassins.

1. *SUD INSEE, Essentiel*, n°112, décembre 2007. http://www.paca.assurance-maladie.fr/uploads/media/etude_gynecologie.pdf et http://www.paca.assurance-maladie.fr/uploads/media/etude_pediatrie.pdf

2. Un bassin est défini comme un ensemble de communes contiguës, sans enclave, où 40 % au moins du recours aux soins des populations locales est pris en charge par des professionnels locaux. Cf. URCAM PACA, au 1^{er} janvier 2006 (sources : ERASME Vo7-VPRA), et DRASS-ARH : SAE-PMSI 2005.

LOCALISATION DE L'OFFRE EN PÉDIATRIE



Sources : MRS-CR, ONDPS, INSEE 2006, *Analyse territoriale de l'offre de la consommation de soins spécialisés en 2005*.

BASSINS URBAINS À FORTE AUTONOMIE

Les populations résidentes bénéficient de conditions géographiques d'accès aux soins spécialisés favorables, notamment du fait de la proximité et de l'abondance de l'offre de soins. Généralement centrée sur les grandes agglomérations de la région, l'offre de soins locale prend en charge la majorité du recours aux soins des populations résidentes et apparaît attractive pour les populations extérieures.

BASSINS RURAUX À FORTE AUTONOMIE

Comme dans la catégorie précédente, l'offre locale dans ces bassins prend en charge la majorité des soins des populations résidentes. Centrés sur des agglomérations à l'environnement plus rural, les habitants ont toutefois des conditions d'accès aux soins moins faciles : éloignement accru, faiblesse du nombre de professionnels, susceptibles de réduire les possibilités de choix de prise en charge.

BASSINS À FAIBLE AUTONOMIE

Ils se caractérisent par l'importance de la part de la population qui accède à une offre de soins en dehors du bassin. Dans cette catégorie, on trouve des bassins ruraux et des bassins urbains, mais les agglomérations de taille moyenne situées dans des territoires périurbains assez denses y sont surreprésentées.

Huit classes de bassins ont été également définis :

- Peu autonomes, à faible densité de libéraux exerçant en ville et absence d'offre hospitalière (9 bassins, 3,6% de la population régionale).
- Niveaux de revenus élevés, fort recours aux soins de ville et densité de pédiatres libéraux élevées (8 bassins, 5% de la population régionale).
- Populations éloignées de l'offre de pédiatres libéraux, densités faibles, recours aux soins de ville inférieur à la moyenne régionale et consommation élevée de soins d'omnipraticiens (7 bassins, 11,8% de la population régionale).

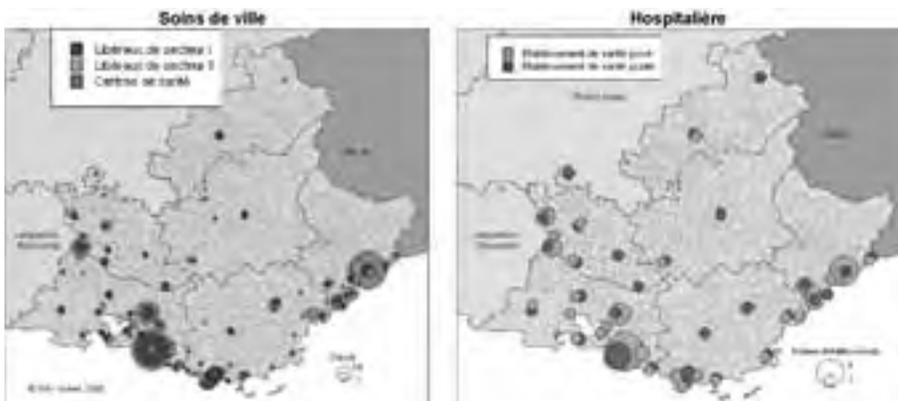
- Offre de ville ou hospitalière géographiquement proche, proportion élevée de pédiatres avec de fortes activités, recours important auprès des libéraux de secteur I (15 bassins, 18,7% de la population régionale).
- Urbains centrés sur de grandes agglomérations avec une forte autonomie, bien dotés en offre de soins, niveaux de recours, notamment hospitalier, élevés (7 bassins, 47,1% de la population régionale).
- Ruraux, population éloignée géographiquement de l'offre, faible niveau de recours aux soins (9 bassins, 9,7% de la population régionale).
- Peu autonomes, population géographiquement proche de l'offre, faible niveau de recours aux soins de ville associé à des caractéristiques médico-sociales défavorables (3 bassins, 2,5 % de la population régionale).
- Bassins sous forte influence monégasque en particulier pour le recours aux soins hospitaliers, fortes densités de libéraux et consommation de soins de ville élevée (2 bassins, 1,5 % de la population régionale).

■ ■ La gynéco-obstétrique

Comme pour la pédiatrie, la région PACA est globalement bien dotée en gynécologues, en comparaison avec les chiffres nationaux ; cependant, là aussi, leur implantation est inégale sur le territoire, avec une offre, aussi bien en soins de ville qu'en soins hospitaliers, concentrée fortement dans les zones les plus urbanisées, en particulier côtières (cf. carte 2).

CARTE 2

LOCALISATION DE L'OFFRE EN GYNÉCOLOGIE



Sources : MRS-CR, ONDPS, INSEE 2006, *Analyse territoriale de l'offre et de la consommation de soins spécialisés en 2005*.

Les auteurs ont de plus procédé à une détermination de profils de bassins de gynécologie selon la même méthode que pour la pédiatrie. 43 bassins ou territoires de gynécologie-obstétrique exercée en cabinet de ville sont ainsi identifiés.

Sept classes homogènes de bassins et trois bassins atypiques sont caractérisés selon les modalités suivantes :

- 1) Faible autonomie pour les soins hospitaliers. Prédominance de l'offre libérale de secteur I, recours élevé à l'omnipraticien, indicateurs sociaux défavorables (5 bassins, 5,6 % de la population régionale).
- 2) Bassins autonomes, notamment pour les séjours hospitaliers. Niveau élevé de recours à l'hôpital, le recours des populations locales excède l'activité locale pour les soins pris en charge en cabinet de ville (5 bassins, 8,5 % de la population régionale).
- 3) Bassins ruraux à forte autonomie, faibles densités de libéraux et niveaux peu élevés de recours aux soins exécutés en cabinet de ville (8 bassins, 11,5 % de la population régionale).
- 4) Bassins (péri) urbains, niveau élevé de recours aux soins pris en charge par l'offre libérale (6 bassins, 5,3 % de la population régionale).
- 5) Bassins urbains centrés sur de grandes agglomérations, bien dotés en offre, recours important aux soins exercés en cabinet de ville (8 bassins, 55,9 % de la population régionale).
- 6) Niveaux faibles de revenus, fort recours en hospitalisation complète, recours faible aux soins de ville dans le cadre du suivi d'une grossesse (5 bassins, 9,1 % de la population régionale).
- 7) Bassins urbains peu autonomes, populations âgées et socialement aisées, fort recours aux soins de ville, en particulier dans le cadre du suivi d'une grossesse) et hospitaliers (pour les soins de gynécologie médicale) (3 bassins, 2,3 % de la population régionale).

Bassins atypiques (représentant une classe chacun) :

- 8) et 9) Recours aux soins hospitaliers particulièrement faible (vraisemblablement du fait de l'influence des établissements monégasques), bassins urbains aux populations âgées et socialement aisées, proches de l'offre de soins ; le bassin n° 8 a une densité de spécialistes libéraux trois fois supérieure à la moyenne régionale, le bassin n° 9 a une densité faible.
- 10) Territoire rural et jeune avec une autonomie élevée, conditions géographique d'accès à l'offre dégradées, densité médicale en spécialiste trois fois inférieure à la moyenne régionale.

A

Annexe 2

Audition des spécialistes en gynécologie médicale

■ ■ Les données démographiques

L'ÉVOLUTION DE LA RÉGLEMENTATION DEPUIS VINGT ANS SE TRADUIT PAR UNE PLURALITÉ DES MODES D'ACCÈS À CETTE DISCIPLINE QUI FRAGILISE LA FIABILITÉ DU RECENSEMENT DES EFFECTIFS

Au 1^{er} janvier 2006, le répertoire ADEL recense 2 127 spécialistes en gynécologie médicale, dont 1 577 sont compétents exclusifs, 535 sont qualifiés spécialistes et 15 sont titulaires du concours hospitalier.

Le fichier de l'Ordre des médecins n'en recense que 2040, soit 183 de moins.

Dans le fichier ADEL, le classement en spécialiste dans cette discipline se fait au vu de la nature de qualification dans les cas suivants :

- le médecin a une nature de qualification « qualifié spécialiste » par le Conseil de l'Ordre ;
- le médecin a une nature de qualification « compétence exclusive » en obstétrique, en gynécologie médicale et obstétrique ou en gynécologie médicale ;
- le médecin a une nature de qualification « concours de praticien hospitalier » en gynécologie-obstétrique ou en gynécologie médicale et médecine de la reproduction.

Pour le Conseil de l'Ordre des médecins, en revanche, ce n'est que depuis 2003, date de la création du nouveau DES de gynécologie médicale, que cette discipline est reconnue comme une spécialité à part entière. Jusqu'à cette date, l'Ordre des médecins, dont le classement s'appuie exclusivement sur les qualifications, classait la gynécologie médicale dans la liste des disciplines médicales qualifiées juridiquement «compétences médicales¹». L'obtention de cette compétence était la suivante :

- le médecin était titulaire du CES de gynécologie médicale : il était inscrit de plein droit sur la liste des médecins compétents en gynécologie médicale ;
- le médecin n'était pas titulaire du CES : il pouvait solliciter une qualification par la voie des commissions de qualification en constituant un dossier auprès de l'Ordre des médecins.

1. Règlement de qualification du 4 septembre 1970 modifié.

La gynécologie médicale, compétence, peut être exercée, selon le choix du praticien :

- soit d'une façon exclusive. L'effectif correspondant à cette catégorie est de 1885, au 1^{er} janvier 2006 ;
- soit concomitamment avec une autre discipline médicale : la médecine générale ou une autre spécialité. Ils sont 139 dans ce cas.

Le fichier de l'Ordre des médecins recense en 2006 un effectif de 16 médecins spécialisés en gynécologie médicale, cet effectif étant destiné à s'accroître sensiblement à partir de 2007.

TABEAU 1

RÉPARTITION DES MÉDECINS EXERÇANT LA GYNÉCOLOGIE MÉDICALE DANS ADELI, SELON LA NATURE DE QUALIFICATION

ADELI	Nature de qualification			Total
	Formation hospitalière et universitaire	Qualifié spécialiste	Qualifié compétent	
Spécialistes	15	535		2 127
Généralistes			97	97
Total	15	535	97	2 223

TABEAU 2

RÉPARTITION DES GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX EN ACTIVITÉ, SELON L'ORDRE DES MÉDECINS

Ordre des médecins	Nouveau DES de gynécologie médicale	Compétence en gynécologie médicale	Total
Spécialistes	16		16
Généralistes ayant une compétence exclusive en gynécologie médicale		1 885	1 885
Généralistes exerçant en plus la gynécologie médicale		139	139
Total	16	2 024	2 040

L'écart entre les deux sources d'identification des effectifs, après harmonisation des champs d'observation sur le champ du répertoire ADELI, est de 87 praticiens.

Les représentants des professionnels soulignent que les chiffres ADELI sont plus pertinents car les diplômés d'un CES y sont répertoriés comme gynécologues.

Selon les données de la CNAMTS, l'effectif des gynécologues médicaux libéraux est de 1925 au 31 décembre 2005.

TABLEAU 3

**ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES GYNÉCOLOGUES LIBÉRAUX SELON LA SPÉCIALITÉ DÉCLARÉE
AU MOMENT DE L'INSCRIPTION AUPRÈS DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE**

Actifs au 31 décembre	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TCAM* 2005/1999	Évolution 2005/2004
70- Gynécologie médicale	504	671	707	769	1 165	1 918	1 925	25,0%	0,4 %
77- Obstétrique	47	38	38	38	44	49	45	-0,7%	-8,2 %
07- Gynécologie-obstétrique	5 168	4 952	4 890	4 783	4 295	3 512	3 502	-6,3%	-0,3 %
TOTAL GYNÉCOLOGIE (70, 77, 07)	5 719	5 661	5 635	5 590	5 504	5 479	5 472	-0,7%	-0,1 %

* Taux de croissance annuel moyen.

Sources : CNAMTS/SNIR².

Ces données, qui sont établies à partir des déclarations de la spécialité effectuées par les professionnels auprès des caisses de l'Assurance maladie, font apparaître une augmentation de 25 % des effectifs des gynécologues à exercice médical entre 1999 (504 recensés) et 2005 (1 925 recensés). Les professionnels auditionnés ont souligné que cette augmentation importante des effectifs ne pouvait pas résulter des entrées de diplômés, du fait de la suppression du CES en 1986. Selon la CNAMTS, elle résulte probablement de transferts en provenance des spécialités 07- Gynécologie-obstétrique et 77- Obstétrique : la gynécologie-obstétrique perd en effet 1 281 professionnels sur la période 2002-2005, alors que les effectifs de la gynécologie médicale en gagnent 1 156. Ces glissements proviennent certainement d'une modification de la déclaration de la spécialité que les praticiens effectuent auprès des caisses de l'Assurance maladie³. La confirmation de cette hypothèse, qui suppose une vérification des déclarations individuelles, n'a pas été effectuée.

Les données de la CNAMTS permettent de caractériser les gynécologues libéraux déclarés dans la spécialité 70- Gynécologie médicale. Les femmes sont très majoritaires (88 %). Celles-ci sont donc surreprésentées dans cette spécialité puisqu'au niveau de l'ensemble des spécialistes la part de femmes n'est que de 30 %. Elles sont plus âgées que la moyenne des spécialistes (53 ans *versus* 51 ans pour l'ensemble des spécialistes).

Ces médecins exercent un peu plus en libéral exclusivement et un peu moins en tant qu'hospitaliers à temps plein que l'ensemble des spécialistes. La densité moyenne française est de 7,5 gynécologues pour 100 000 femmes de 15 ans et plus. Cette densité est la plus forte à Paris, où elle atteint 22,7. La Lozère et la Corse-du-Sud n'ont aucun gynécologue médical déclaré.

2. Le SNIR-PS est le Système national interrégimes des professions de santé.

3. Un arrêté du 15 mai 1961 relatif à la qualification des médecins spécialistes au regard de la législation de la Sécurité sociale dispose que « sont également considérés comme médecins spécialistes qualifiés au regard de la législation de la Sécurité sociale les médecins à qui a été reconnu, au titre de l'article 12 du Code de déontologie médicale, le droit de faire état de la qualité de médecin compétent en gynécologie ou obstétrique, à la condition que ces médecins exercent soit exclusivement la discipline considérée, soit simultanément ces deux disciplines ».

LES DIFFICULTÉS D'IDENTIFICATION DES EFFECTIFS PROVIENNENT AUSSI DES ÉCARTS ENTRE LE DIPLÔME OU LA QUALIFICATION OBTENUS ET L'ACTIVITÉ RÉELLEMENT EXERCÉE

Un certain nombre de diplômés identifiés dans les différents répertoires en gynécologie-obstétrique exercent en fait la gynécologie médicale. Les données présentées par la CNAMTS lors de l'audition ont permis de préciser l'ampleur de ce phénomène pour le secteur libéral. Pour identifier l'effectif des gynécologues médicaux, la CNAMTS a pris en considération, dans le cadre de l'audition, les gynécologues-obstétriciens exerçant probablement comme gynécologues médicaux en 2005, au vu des caractéristiques de leur activité.

Les gynécologues-obstétriciens exerçant probablement comme gynécologues médicaux en 2005

Cette classification est issue de l'analyse de l'activité des gynécologues entre avril et juin 2006 (dates de soins) en étudiant les honoraires sans dépassement par classe d'activité (actes cliniques d'une part, techniques d'autre part). Cette étude a été réalisée à partir des données de remboursement d'Erasmus V1 (régime général et SLM).

Elle a permis d'isoler un groupe de gynécologues qui ont une activité forte en actes cliniques et très faible ou quasiment nulle en chirurgie. Dans ce groupe de 3 621 gynécologues, on trouve 1 839 gynécologues de la spécialité 70 (sur les 1 925 actifs au 31 décembre 2005, soit la quasi-totalité des médecins de la spécialité 70) et 1 782 médecins de la spécialité 07 et 77.

Les caractéristiques démographiques et d'activité de ces 1 782 gynécologues déclarés dans les spécialités 07 et 77, et exerçant probablement comme gynécologues médicaux, sont assez différentes de celles des gynécologues médicaux, mais ils présentent toutefois un profil semblable aux gynécologues médicaux de la spécialité 70 en termes d'activité.

En effet, on trouve dans ce groupe une part d'hommes plus importante que précédemment (54 % contre 12 %). On trouve aussi dans ce groupe plus d'hospitaliers à temps plein puisqu'ils représentent 28 % des effectifs contre 1,2 % pour les gynécologues médicaux de spécialité 70 et 7,9 % pour l'ensemble des spécialistes.

Les particularités de l'activité des praticiens de chacune des deux spécialités sont aussi établies par les données de la CNAMTS. Selon les données transmises de l'audition, un gynécologue déclaré comme gynécologue médical pratique essentiellement des consultations, que l'on peut évaluer à environ 3 000 par an. Il effectue aussi un peu d'actes techniques non chirurgicaux (actes en K ou ATM), mais presque aucun acte chirurgical. En effet, les actes en KC représentent en 2004 environ quatorze actes par médecin. Cependant, cette activité est concentrée sur quelques médecins. Ainsi, on trouve, en 2005, 57 gynécologues médicaux ayant effectué plus de 100 actes chirurgicaux (KC, KCC, ACO et ADC) sur l'année⁴.

4. Les moyennes sont calculées pour les médecins actifs à part Entière : actifs au 31 décembre de l'année considérée, conventionnés, non installés dans l'année, non hospitaliers à temps plein et ayant moins de 65 ans.

La densité moyenne française des gynécologues déclarés 07 ou 77 exerçant probablement comme gynécologues médicaux est de 7 pour 100 000 femmes de 15 ans et plus. La densité la plus forte est observée dans le Bas-Rhin, où elle est de 21,3.

■ ■ Les initiatives de la profession en matière de démographie et de formation

Les professionnels auditionnés observent que la disparition du CES de gynécologie médicale en 1986 s'est accompagnée d'un « coup de hache » démographique d'une durée de vingt ans. Ils confirment aussi l'existence d'une pratique en gynécologie médicale émanant de gynécologues-obstétriciens. Ainsi les résultats d'une étude réalisée sur la démographie des gynécologues médicaux en Haute-Garonne font apparaître que sur les 96 médecins recensés 11 ont un diplôme de gynécologue-obstétricien. Cette évolution, selon eux, traduit un choix qui s'opère à l'issue de quinze à 20 ans d'exercice. Cette étude locale illustre également l'importance des départs à la retraite qui doivent intervenir d'ici à 2020. Pour le département étudié, seuls 29 gynécologues sur les 96 recensés seraient encore en exercice à cette date.

L'ensemble de ces données démographiques justifie pour les professionnels auditionnés une augmentation du nombre de postes ouverts en gynécologie médicale aux épreuves classantes nationales (ECN).

Après une période transitoire courte faisant suite à la loi Gillot pendant laquelle existait un internat comportant une spécialisation en gynécologie médicale après deux ans de tronc commun au sein du DES de gynécologie-obstétrique, la maquette du DES d'une spécialité autonome de gynécologie médicale a été validée en 2003. Elle prévoit une formation de quatre ans. Un document remis lors de l'audition trace de façon détaillée la situation qui caractérise actuellement la formation et les effectifs en formation⁵.

Depuis 2003, 20 postes sont offerts chaque année. Sur les trois promotions 2003, 2004 et 2005, 46 internes suivent toujours le DES (et non les 60 escomptés), du fait de l'utilisation du droit au remords de certains internes ayant choisi une réorientation vers la gynécologie-obstétrique ou l'endocrinologie. Différents facteurs expliquent, selon les professionnels auditionnés, cette désaffection. L'attention est d'abord attirée sur des difficultés ponctuelles dans certaines régions lors de la mise en place de cette nouvelle spécialité au niveau des DRASS comme de quelques terrains de stage sur la difficulté de valider les maquettes et sur le problème de la disponibilité des stages. Des variations du nombre de postes ouverts dans une même ville sont observés, sans qu'on puisse comprendre la logique qui préside à l'ouverture puis à la fermeture de certains postes. Il est souligné que la répartition des internes pourrait être plus adaptée aux structures de formation disponibles. Le document remis lors de l'audition évoque le cas de certains CHU offrant pas ou peu de postes par rapport au nombre de stages formateurs (Montpellier, Nice et Limoges sont cités comme exemple dans la première catégorie, Lyon et Nantes sont des exemples de la seconde situation).

5. DES de gynécologie médicale. Document établi en octobre 2006 par l'Association des internes en gynécologie médicale. Sources : questionnaire rempli par l'ensemble des internes en GM.

L'absence de possibilité ouverte en postinternat paraît ensuite préjudiciable à l'attractivité de cette discipline. Actuellement, le nombre de postes de chefs de clinique, dont l'importance est fondamentale dans le cursus de formation d'une spécialité, est de trois, alors que l'effectif cumulé de diplômés en 2009 devrait être de 46. Une démarche est engagée par les représentants de la profession et les responsables de l'enseignement de la spécialité pour qu'une dizaine de postes soient créés, ainsi que des postes de praticiens et d'assistants hospitaliers. Ils soulignent enfin qu'un seul PU-PH et trois MCU-PH ont été nommés depuis trois ans. Les professionnels auditionnés précisent que, si les demandes de création de postes ne sont pas acceptées, moins de 20 % des internes pourront effectuer un postinternat, alors qu'ils estiment que dans les autres spécialités médicales environ 80 % des internes ont la possibilité d'effectuer un postinternat.

L'isolement des internes, parfois seuls dans leur spécialité dans le CHU, est aussi évoqué comme une difficulté.

■ ■ Les préoccupations évoquées lors de l'audition

Deux aspects ont été plus particulièrement développés : la spécificité de la prise en charge de la santé des femmes par les gynécologues médicaux et la nécessité de faciliter la filière et de renforcer son attractivité.

LES SPÉCIFICITÉS DE LA GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

Les spécificités proviennent des caractéristiques de la prise en charge des femmes assurées par la gynécologie médicale par rapport à celle qui relève de l'obstétrique. L'apport spécifique des gynécologues médicaux provient du fait qu'elle n'est pas une spécialité d'organe, mais qu'elle concerne la globalité de la personne. Ses domaines de prise en charge principaux sont la contraception, l'orthogénie, le dépistage, la prévention et le suivi des cancers gynécologiques et mammaires, les infections sexuellement transmises, les problèmes d'endocrinologie gynécologique et mammaire, les traitements de la ménopause, le traitement des troubles de la fécondité incluant l'AMP (décret n° 2006-1660 du 22 décembre 2006), le dépistage et la prise en charge des difficultés sexuelles et des diverses formes de violences subies, etc. Les résultats d'une étude réalisée dans la région Rhône-Alpes présentés lors de l'audition permettent d'identifier le contenu des consultations et font apparaître la part importante des examens complémentaires associés à la consultation⁶. L'échec d'un tronc commun de formation est souligné et pourrait expliquer, selon les professionnels auditionnés, l'échec de la loi Gillot. Le maintien d'une filière de formation autonome leur semble justifiée.

DES ÉVOLUTIONS SONT NÉCESSAIRES POUR FACILITER LA FILIÈRE ET RENFORCER SON ATTRACTIVITÉ

Il est souligné que cette jeune spécialité doit être soutenue et développée. Les réflexions des sociétés savantes qui opèrent des rapprochements scientifiques peuvent y contribuer. La qualification comme spécialistes des anciens CES de

6. « Spécificité de la gynécologie médicale », J. Derrien, B. Barbereau et alii, rapport CAREPS, collège de gynécologie de la région Rhône-Alpes, octobre 2006.

gynécologie médicale qui en feraient la demande individuelle est d'abord souhaitée. Ils considèrent, à l'inverse, qu'un médecin généraliste ne doit pas être qualifié en gynécologie médicale s'il n'est titulaire que du simple DIU de gynécologie-obstétrique organisé par certaines universités.

Les professionnels auditionnés considèrent aussi que tant l'évolution de la formation initiale que la mise en place d'un postinternat véritablement formateur seraient de nature à favoriser l'attractivité de la spécialité de gynécologie médicale. Certains participants ont également souligné l'importance de la formation médicale continue organisée depuis la disparition du CES par les collèges de gynécologie médicale.

Du fait de la spécificité de la spécialité et de la création très récente du DES, la délégation ou les transferts de tâches, évoqués lors de l'audition, ne sont pas envisageables, selon les professionnels auditionnés, sauf pour les tâches administratives.

■ ■ Liste des personnes auditionnées

■ Dr Gérard BOUTET

Médecin libéral, président de la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM). Praticien attaché des hôpitaux de Bordeaux et La Rochelle.

■ Dr Suzanne DAT

Médecin libéral, secrétaire générale adjointe de la FNCGM, Toulouse.

■ Dr Pia De REILHAC

Médecin libéral, présidente d'honneur de la FNCGM, Nantes.

■ Dr Jean DERRIEN

Médecin libéral, président de l'URML Rhône-Alpes. Praticien attaché des hôpitaux de Lyon.

■ Mlle Christine JABLONSKI

DES de gynécologie médicale, présidente de l'Association des internes de gynécologie médicale, Paris.

■ Dr Geneviève PLU-BUREAU

Praticien hospitalier, MCU-PH de gynécologie médicale, Paris, Hôtel-Dieu.

■ Dr David SERFATY

Médecin libéral, praticien hospitalier honoraire. Vice-président de la Société française de gynécologie, président d'honneur de la FNCGM, codirecteur du diplôme interuniversitaire de contraception (Paris-VI et VII).

CONTRIBUTION :
LES MÉTIERS DES SERVICES
DU BLOC OPÉRATOIRE



D

iversité des pratiques et des articulations avec les autres services

Introduction

Cette contribution présente de façon synthétique les résultats d'une étude réalisée pour l'ONDPS¹. L'objet de ce travail est de rendre compte de l'organisation du travail qui se construit autour du bloc, des modalités de coopération entre le bloc et les différents services dont l'activité sert le bloc. Il était attendu des résultats de cet état des lieux une identification des services mobilisés pour assurer le fonctionnement du bloc opératoire et une mise à plat des différentes modalités selon lesquelles elles peuvent être agencées localement. Le travail de terrain a été effectué dans deux hôpitaux (l'un dans le Nord, l'autre à Paris) et une clinique privée située dans l'ouest de la France. Le point de vue ici privilégiera un regard critique en mettant au centre les difficultés de coordination, de gain de temps, d'efficacité. C'est à partir des problèmes que les agents ont à résoudre, qu'un certain nombre de remarques sont formulées.

L'analyse concerne donc la manière dont se structure le *back office*. Nous avons recueilli le point de vue des personnels concernant les difficultés rencontrées, les bonnes pratiques ou au contraire celles qui posent question. L'interrogation principale concerne les modalités les plus opérationnelles, celles qui favorisent l'efficacité des organisations. Y a-t-il des modalités d'organisation ou de travail qui favorisent un bon service au client, une qualité et une rapidité du service (aussi bien des aménagements de l'espace que des formes de coopération ou des modalités relationnelles) ?

Cinq variables qui sont prises en compte par les différents acteurs pour conduire leur activité et leurs relations avec les autres services sont privilégiées, car elles interfèrent sur les modalités de l'organisation.

- 1) La qualité du service dépend de la capacité des différents services à construire un accord concernant les objectifs communs prioritaires. Dans quelle mesure les objectifs de chaque service sont-ils congruents ?
- 2) La qualité du service est liée également à la manière dont les professionnels parviennent à construire un accord lorsque leurs points de vue divergent. En effet, les objectifs prioritaires des différents professionnels ne sont pas toujours compatibles.
- 3) Les évolutions de l'organisation – par exemple, les changements concernant la tarification, les évolutions dans les modalités de gestion du bloc bouleversent

1. Bercot R. (2007), *Le Bloc chirurgical : diversité des pratiques et des articulations avec les autres services*, Laboratoire Genre, Travail et Mobilité, CNRS, Paris 8, IRIS Conseil Santé.

les habitudes. Les remises en cause observées sont multiples. Les normes de paiement des actes, les modifications des normes de rationalité infléchissent les répartitions du travail entre services ainsi que la répartition des rôles au sein des équipes. Les changements introduits au sein même des activités dans le bloc (activité du chirurgien, des soignants, des secrétaires...) proviennent de bouleversements périphériques, étrangers à l'acte lui-même (par exemple, les modalités de financement des actes). Ils proviennent également de volontés de rationalisation du fonctionnement du bloc et touchent là à des aspects beaucoup plus proches de l'activité comme les outils utilisés, les espaces dédiés...

4) L'existence de multiples normes interfèrent sur les pratiques.

5) Enfin, les systèmes d'information sont au centre de la coopération et de l'efficacité. Comment fonctionnent-ils ? Quelles faiblesses ou forces représentent-ils pour les acteurs ?

L'enquête a été menée auprès des responsables cadres infirmiers, des personnels infirmiers et aides-soignants dans les trois établissements. Pour ce qui concerne les services extérieurs au bloc, étant donné leur nombre et le volume de leurs effectifs, les entretiens ont été circonscrits à des personnes responsables des services ou qui travaillaient directement avec le bloc et se situaient donc à l'articulation avec celui-ci. Les services extérieurs peuvent être classés selon qu'ils occupent une fonction directement liée à l'acte médical ou selon qu'ils remplissent un rôle de gestion ou administratif. Différentes activités ont été considérées :

- matérielles : les approvisionnements (linge, prothèses, produits pharmaceutiques), les analyses de laboratoire, la radiologie ;
- de gestion : enregistrement et codage de l'activité ;
- d'information : le dossier du patient, la traçabilité des produits, le suivi des commandes ;
- d'accueil et d'information du patient.

D'autres services que le bloc ont fait l'objet d'investigation (tableau 1).

TABLEAU 1

LES DIFFÉRENTS SERVICES EN LIEN AVEC LE BLOC CHIRURGICAL

Services de proximité médicale	Services administratifs ou de gestion
Service d'hospitalisation	Logistique
Anesthésie	Gestion du linge
Service de radiologie	Services financiers
Laboratoire d'analyse médicale	Réception des fournitures
Pharmacie et stérilisation	
Service du brancardage	
Département d'information médicale (facturation)	
Urgences	

Les enquêtes auprès des services médicaux et des services de gestion visent à répondre à deux types de questions :

- Le bloc est-il un client privilégié supposant la construction d'une prestation spécifique de la part des autres services ?
- Comment les professionnels de ces services travaillent-ils avec le bloc ? À quelles occasions ? Que cherchent-ils à améliorer en ce qui concerne l'articulation des interventions de chacun ?

Les investigations auprès du personnel du bloc ont pour objectif d'appréhender quelles sont les fonctions administratives et logistiques assurées par ce personnel, comment elles sont mises en œuvre, à partir de quelle division du travail. Ainsi la dimension du soin n'est pas abordée en tant que telle. Les investigations concernant l'organisation visent à mieux appréhender les modalités par lesquelles les chirurgiens et les personnels de soins sont servis par l'organisation interne et externe au bloc. Les activités d'interface et les pratiques de communication ont été particulièrement explorées.

De nombreux documents ont été recueillis au sein des institutions enquêtées, notamment les chartes de bloc opératoire, certains textes juridiques, des fiches de fonction, des documents de travail ou de transmission.

Afin de comprendre l'importance de la question, mais aussi le fonctionnement concret des structures, nous présentons les enjeux d'un bon fonctionnement du bloc opératoire.

L'ambiguïté des modalités de gestion et de gouvernance du bloc est ensuite caractérisée à partir notamment du brouillage des rôles qu'introduit la double mission des cadres infirmiers responsables du bloc : servir et ordonnancer.

Sont évoquées ensuite les difficultés que les personnels ont à gérer, notamment en lien avec deux types de services, les urgences et les services hospitaliers. Enfin, les modalités de relation avec d'autres services prestataires médicaux, d'une part, et les services gestionnaires, d'autre part, sont rappelées.

Le changement s'organise à la fois dans l'acte de travail de manière non formalisée et dans la mise en place de groupes de travail à caractère plus institutionnel. L'objectif du travail est de mettre en évidence les difficultés ou au contraire les pratiques qui favorisent la coordination dans ses différentes dimensions.

Les enjeux d'un bon fonctionnement du bloc opératoire

Les enjeux d'une programmation fiable sont multiples ; nous en présentons quelques-uns qui apparaissent essentiels.

■ ■ Éviter les attentes des patients

Un premier objectif est d'éviter les attentes des patients. L'intervention doit avoir lieu à peu près à l'heure qui a été indiquée au malade. Il peut arriver cependant que le patient attende à l'entrée du bloc ou que deux patients soient programmés en même temps ; dans ce cas, l'un doit réintégrer sa chambre.

Le malade doit également sortir de la structure hospitalière au moment prévu sachant que la sortie ne peut être effectuée que si le malade a reçu la visite du chirurgien sous la responsabilité duquel il se situe. Seul le chirurgien peut autoriser la sortie.

Dans le cadre de la clinique, l'argument économique joue un rôle essentiel pour réduire les attentes des patients puisqu'il s'agit de libérer les lits dès que possible

afin de pouvoir faire entrer d'autres malades. Enfin, il est utile de prévoir des alertes vis-à-vis des brancardiers pour qu'ils puissent aller chercher le patient dans les temps, juste avant l'opération, ou le ramener dans sa chambre dès que l'anesthésiste a donné son accord de sortie de la salle de réveil.

Dans les trois établissements, les opérations en ambulatoire se développent. Le circuit patient étant différent lorsque celui-ci ne séjourne à l'hôpital que le temps de l'opération, les structures réfléchissent à séparer les accueils des patients et à autonomiser l'accueil des patients en ambulatoire.

■ ■ Améliorer le temps d'occupation et la productivité des installations

Un bloc opératoire est un condensé de technologie requérant des investissements financiers élevés. Le personnel qui y intervient est hautement qualifié ; son temps doit être utilisé à bon escient. Les attentes de personnel ou les inoccupations de salle doivent donc être minimisées. La nécessité d'une grande fiabilité des instruments suppose également des contrats de maintenance coûteux. L'amortissement de ces investissements supposerait donc que les installations soient utilisées sur des plages horaires longues. Les études, cependant, montrent que l'occupation des blocs est loin d'être maximale. Cela est notamment lié à la persistance d'un déficit de gestion de ces blocs ; s'il existe une direction de gestion du bloc, ses directives ne sont pas toujours respectées par les acteurs, notamment par les chirurgiens.

■ ■ Permettre la disponibilité du personnel et la préparation des outils

Une bonne anticipation du programme du bloc permet d'organiser l'activité des personnels de bloc. Ainsi, programmer une opération suppose de tenir compte de la disponibilité des salles, mais cela implique également de pouvoir disposer du personnel soignant nécessaire. Participent aux opérations, outre le chirurgien responsable, un anesthésiste, un infirmier anesthésiste (IADE)², des infirmières diplômées (IDE) ou des infirmières de bloc opératoires (IBODE)³. Les aides-soignantes interviennent au moment de la préparation de la salle puis en fin d'activité pour le nettoyage de la salle. L'opération ne peut se dérouler qu'à partir de la coordination de ces différents intervenants.

La mise en œuvre des programmes s'accompagne d'une activité de préparation d'outils permettant au chirurgien d'effectuer l'opération. Il s'agit de petits matériels et de prothèses parfois très volumineuses. Les outils sont préparés sur des chariots

2. Les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) sont les proches collaborateurs des médecins anesthésistes-réanimateurs. Infirmiers spécialisés, ils sont habilités à effectuer les actes relevant de leur seule compétence ; leur activité doit être à la mesure de leur qualification. Ils ne se substituent pas aux médecins anesthésistes-réanimateurs qu'ils assistent, mais qu'ils ne remplacent pas.

3. Les infirmiers de blocs opératoires sont en nombre insuffisants, ce qui conduit à avoir recours de manière indifférenciée à des IDE. Notons que, parfois, les chirurgiens utilisent aussi des secrétaires médicales. Ce sont des personnels qui ont appris à servir l'acte du chirurgien progressivement. Traditionnellement, il pouvait s'agir des secrétaires ou des épouses des chirurgiens qui apprenaient ainsi le métier sur le tas. Elles ont été conduites à compléter leurs savoirs par des formations et à obtenir ainsi une validation de leurs acquis professionnels.

le matin des opérations. Tout changement dans le programme opératoire en cours de journée, et particulièrement en tout début de programme, conduit à revoir la préparation de ces chariots. Faire et défaire impliquent nécessairement un coût en temps et en charge de travail.

La gestion du bloc

La construction du programme opératoire est donc l'élément essentiel de la bonne activité de l'ensemble du personnel concerné (chirurgiens, anesthésistes, infirmières, aides-soignantes) mais aussi du service de qualité au malade. Des analyses effectuées par l'IRIS⁴ ont montré que les salles et le matériel pouvaient être beaucoup mieux gérés pour maximiser leur usage.

Cependant, cette rationalisation de l'usage des outils suppose une entente du personnel concernant un certain nombre de normes de fonctionnement. Les salles doivent être mutualisées au maximum, l'ordonnancement des interventions doit être maîtrisé par une personne ayant à sa disposition des informations fiables (autrement dit, celles-ci étant susceptibles de changer, le personnel doit en être systématiquement informé). Chacun doit s'engager à respecter le programme opératoire qui a été bâti collectivement. Il existe des bonnes pratiques de coordination et de régulation. Formellement, une charte de bloc signée par les chirurgiens encadre la gestion du bloc. Celle-ci est effectuée concrètement par un cadre infirmier qui devrait pouvoir s'appuyer sur la charte et la faire respecter puisqu'elle a été approuvée par les différentes parties (chirurgiens et anesthésistes y compris). Cependant, la mise en œuvre de la charte est toujours très difficile à réaliser.

■ ■ Les ambiguïtés

À l'issue de l'enquête, deux ambiguïtés fortes, articulées l'une à l'autre, peuvent être soulignées. La première concerne la place du chirurgien, la seconde concerne le rôle du cadre infirmier gestionnaire du bloc.

LA PLACE DU CHIRURGIEN

La place du chirurgien par rapport au bloc est ambivalente et encore mal éclaircie pour les acteurs. Les chirurgiens se sentent *chez eux* au bloc. Ils sont au centre de l'activité des blocs ; ils y assurent le cœur de leur métier – opérer –, et le fonctionnement des blocs tire son sens de l'activité des chirurgiens. La plupart interviennent toujours dans les mêmes salles, ont le sentiment que celles-ci leur appartiennent et souhaitent pouvoir en disposer à loisir. Mais les chirurgiens sont aussi *extérieurs* dans la mesure où leur service d'appartenance est celui du service d'hospitalisation et non le bloc. Ils défendent donc en outre des intérêts et des points de vue liés à leur spécialité. Ils n'ont ni la vision d'ensemble du bloc ni la responsabilité de son fonctionnement.

4. IRIS Conseil Santé est un cabinet conseil qui a effectué de nombreuses études dans les blocs opératoires et qui est associé à cette recherche.

Si des salles et des moyens sont mis à leur disposition, les conditions de cette mise à disposition doivent s'inscrire dans un programme permettant à la direction du bloc d'organiser l'environnement (mise à disposition du personnel compétent et du matériel aseptique) et d'utiliser au mieux le temps d'occupation des salles. C'est la raison pour laquelle les salles sont mutualisées par les directions du bloc, pour des spécialités requérant le même type d'infrastructure de base (outils et disposition de salle).

De ce fait, la gestion des blocs se situe toujours en tension entre deux points de vue : d'un côté, la volonté de chaque chirurgien d'opérer à certains moments, d'étendre éventuellement ses plages d'opérations, d'imposer des conditions d'opération, d'un autre côté, les modalités et les critères de programmation génèrent des exigences propres. Il est nécessaire de concilier les demandes de tous, d'adopter des choix conciliables avec le personnel et les moyens disponibles.

LE RÔLE DU CADRE INFIRMIER

Le cadre infirmier veille à maintenir un programme stabilisé permettant de prévoir les emplois du temps et les services de l'ensemble des personnels qui interviennent au bloc. Une multitude de contraintes sont à prendre en compte pour réaliser la programmation de l'activité. La modification du moment de l'intervention par un chirurgien a des répercussions sur l'organisation d'ensemble. Lorsque des changements apparaissent nécessaires, les responsables de la gestion des blocs font tout pour harmoniser la mise en œuvre des moyens et les modifications qui s'imposent. Le cadre infirmier est à la fois au service des chirurgiens (de plusieurs chirurgiens) et les demandes de ceux-ci peuvent être antinomiques. Les cadres infirmiers sont aussi au service du malade et de l'hôpital. De ce fait, les critères de réussite de leur activité ne peuvent se confondre avec le service à un chirurgien.

QUELLE RIGUEUR DANS LA CONSTRUCTION DU PROGRAMME OPÉRATOIRE ?

Le programme opératoire représente le cœur de l'organisation du bloc opératoire. L'article D. 712.42 du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 indique que : « Le tableau fixant la programmation des interventions est établi conjointement par les médecins réalisant ces interventions, les médecins anesthésistes-réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que des possibilités d'accueil en unité de surveillance post-interventionnelle. »

« Une organisation concertée du programme opératoire, entre chirurgien et anesthésiste, doit aboutir, après validation bilatérale, à sa réalisation sans modification⁵. » Dans les principes figure aussi la nécessité de valider le programme au plus tard à un certain terme (par exemple le vendredi à 17 heures pour la semaine suivante) et le porter à la connaissance de l'ensemble des acteurs.

Passer des principes à la réalisation est chose peu aisée. Dans les faits, les programmes opératoires se construisent de manière différente selon les lieux enquêtés. En effet, on constate une grande rigueur dans un des hôpitaux et la clinique

5. Ces principes des programmes opératoires sont définis dans la Charte du bloc de Paris (p. 6).

enquêtés. Les cadres infirmiers ont réussi à imposer des règles pour établir les programmes ou les changements de programme qui sont respectés par les autres acteurs. Si certaines situations donnent lieu à des négociations, les contraintes du bloc opératoire sont intériorisées et prises en compte par les chirurgiens. Dans l'autre hôpital enquêté, tel n'est pas le cas puisqu'un changement de programme peut être introduit par de nombreux acteurs sans respect des règles de procédure. Cela ne permet pas de maximiser l'utilisation des salles et constitue un énorme travail pour le personnel. Cela engendre des situations limites dans la mesure où le temps de nettoyage et de séchage des salles n'est pas respecté ; les personnels peuvent craindre des accidents divers.

Afin d'évaluer la durée de mobilisation d'une salle dans le cadre d'une intervention, il est nécessaire de prendre en compte quatre temps distincts :

- 1) la durée de préparation et d'installation du patient ;
- 2) le temps lié à l'anesthésie ;
- 3) le temps opératoire proprement dit ;
- 4) le temps nécessaire à la remise en état de la salle (notamment bionettoyage).

Pour maximiser le temps d'occupation des salles, il est indispensable que les temps prévus et les temps réels se rapprochent. Qu'est-ce qui occasionne des décalages entre le prévisible et le réel ? Un programme opératoire peut être perturbé par l'urgence mais, de l'avis de l'ensemble des acteurs, ce n'est pas l'urgence qui pose problème car, d'une certaine manière – sauf urgence vitale exceptionnelle –, l'urgence est intégrée et trouve sa place en fin de programme journalier. Les décalages s'expliquent plutôt par un non-respect des horaires de la part des chirurgiens ou des anesthésistes ou par le fait que les chirurgiens, lorsqu'ils proposent une programmation d'intervention, ne tiennent pas toujours compte des différents temps d'intervention. Ce sont alors les cadres infirmiers du bloc qui rappellent la manière dont doit être calculé le temps d'intervention en y intégrant les temps d'activité des autres salariés, avant et après l'intervention chirurgicale.

■ ■ Les éléments clés d'une réussite de la régulation

PREMIER FACTEUR, LA CONSTRUCTION D'UNE LÉGITIMITÉ

Des enquêtes effectuées, il ressort que les cadres infirmiers, ayant un statut moindre que celui des chirurgiens, ont besoin d'être soutenus, au moins pour certains d'entre eux, afin de pouvoir faire accepter les règles qu'ils édictent ensemble. La légitimité du cadre infirmier s'acquiert dans le soutien d'une partie du corps des chirurgiens. Elle se perçoit très clairement dans les appuis institutionnels qu'ils obtiennent auprès de la hiérarchie de l'organisation et plus particulièrement de la hiérarchie médicale.

DEUXIÈME FACTEUR, LES COMPÉTENCES

Même dans le cas d'une légitimité acquise, le cadre supérieur infirmier de bloc doit assumer une réorganisation permanente sur fond de tensions et de relations conflictuelles. Ses propres compétences relationnelles et de gestionnaire, sa capacité à s'imposer sont des atouts aussi importants que la légitimité acquise.

Le rôle du cadre sera d'organiser le lissage de la programmation. Dans toutes les organisations, chaque spécialité dispose de plages horaires dans des salles pré-attribuées. Les chirurgiens s'auto-organisent et peuvent, si la technologie le permet, s'inscrire directement sur le programme opératoire d'une salle. Mais les calculs des temps, nous l'avons dit, doivent être vérifiés. Des ajustements sont à effectuer pour introduire de nouvelles interventions chirurgicales ou en supprimer en fonction des aléas de personnel, de matériel. Les anesthésistes demandent ainsi un regroupement de leurs horaires, un anesthésiste intervient en séquentiel (ou en parallèle lorsqu'il peut être aidé d'un infirmier anesthésiste) dans plusieurs salles d'opération. Ces ajustements dans les temps ou ces changements d'horaire vont nécessiter une négociation permanente au moment de la finalisation du programme à J-5 par exemple. Mais il y aura aussi nécessité d'opérer des réajustements permanents en temps réel : un chirurgien empêché, un anesthésiste ou un membre du personnel absent, un malade qui ne se présente pas, voire une livraison de prothèse reportée, etc. Cette activité peut être qualifiée de régulation.

TROISIÈME FACTEUR, L'ORGANISATION DE LA RÉGULATION

Comment est-elle effectuée ? Qui a la charge mais aussi la légitimité et l'autorité pour la faire accepter, avec toutes les contraintes que cela peut supposer pour chacun des acteurs concernés ? C'est précisément cette prise en charge qui diffère dans les deux hôpitaux et dans la clinique et qui va jouer un rôle décisif en termes d'efficacité.

Lorsqu'il existe plusieurs interlocuteurs simultanés pour réguler l'activité du bloc, les professionnels s'adressent tantôt à l'un, tantôt à l'autre, ne donnent pas toujours la même information à chacun, jouent une personne contre l'autre, disant à l'une ce qu'il est censé avoir obtenu de l'autre, etc. Lorsqu'il existe une seule personne coordonnatrice, il ne peut y avoir d'informations partielles ou d'interprétations multiples. Le jeu de négociation s'en trouve réduit. Cela constitue un autre résultat de la recherche : la régulation, lorsqu'elle est prise en charge par une seule personne dédiée, est plus efficace et favorise un gain de temps dans cette activité.

Dans l'hôpital et dans la clinique où il existe des régulateurs dédiés et où les procédures sont respectées par les chirurgiens, nous avons deux types de régulateurs. Cette différence d'organisation entre la clinique et l'hôpital est due notamment à la très grande différence de taille des établissements.

À l'hôpital, le régulateur est un cadre infirmier dont le poste de travail est situé au sein du bloc. Il effectue cette tâche pendant une quinzaine de jours puis un autre régulateur est nommé pour la quinzaine suivante. Ce cadre infirmier assure en même temps d'autres tâches liées à sa fonction, plus tournées vers l'organisation des soins.

Dans la clinique, le régulateur est également un cadre infirmier. Cependant, on constate un certain nombre de différences concernant son périmètre d'activité, son métier principal et sa place dans la structure. Sa fonction est permanente et entièrement dédiée à la régulation. C'est une ancienne infirmière de bloc n'exerçant plus d'activité de soin. Son expérience professionnelle lui donne une compétence reconnue par les chirurgiens. La fonction de cette cadre infirmière n'est pas désignée sous le terme de régulation mais d'ordonnancement. Elle a la responsabilité de l'ordonnancement du programme du bloc mais également de celui des services hospitaliers (tous les malades « entrant » dans cette clinique pour une opération). Elle assure le

lien et la régulation entre le bloc, les consultations extérieures des chirurgiens et le service d'hospitalisation. Son rôle est d'agencer les temps de programmation avec la disponibilité des lits. Elle a comme objectif de gérer un flux de malades en minimisant les temps morts et les attentes des patients. Son lieu de travail est situé dans un bureau à distance des blocs, dans un bâtiment administratif à l'étage de la direction, au-dessus des cabinets de consultation des chirurgiens. Elle dispose d'un service comprenant plusieurs secrétaires. Elle s'appuie beaucoup sur les logiciels informatiques conçus pour favoriser les liens entre différents systèmes de gestion. Son rôle se situe à l'interface entre le personnel infirmier et les cadres infirmiers du bloc, d'une part, les chirurgiens, d'autre part. Cela permet de déplacer hors du bloc la zone des conflits liés à la programmation.

Le tableau qui suit permet de visualiser les différences de situation entre les hôpitaux et la clinique enquêtés.

TABLEAU 2

FORMES DE RÉGULATION DES BLOCS

	Hôpital région Nord	Clinique Ouest	Hôpital Paris
Organisation du bloc	Positive		Défaillante
Facteurs favorisant une bonne organisation	Soutien d'une partie des chirurgiens et de la direction de l'hôpital		Absence de soutien
Respect des procédures	Oui		Non
Modalités de la régulation	<ul style="list-style-type: none"> – Forte régulation par un seul cadre de bloc – Coordinateur interne au bloc, ne prend en charge que la planification du bloc. 	<ul style="list-style-type: none"> – Forte régulation par un ordonnanceur – Programmation de l'hospitalisation et du bloc – Coordinateur externe au bloc dépendant du directeur de clinique 	<ul style="list-style-type: none"> – Absence de régulation – Programmation décidée par chacun (anesthésistes, médecin du service d'urgence, anesthésiste).
Personnel en charge de la régulation	<ul style="list-style-type: none"> – Cadre infirmier gérant à tour de rôle (rotation tous les 15 jours) cette fonction tout en effectuant d'autres activités et – Un infirmier pour les saisies administratives 	<ul style="list-style-type: none"> – Cadre infirmier permanent sur cette fonction et exclusivement sur cette fonction – Plusieurs secrétaires ayant reçu une courte formation sur les temps d'occupation du bloc 	<ul style="list-style-type: none"> – La responsable du bloc ou son adjointe en sus de toutes les autres fonctions qui leur incombent

Les relations avec les autres services médicaux

■ ■ Les relations avec les services d'hospitalisation

La construction des programmes opératoires se fait en relation avec les services d'hospitalisation ou le service des consultations pour l'ambulatoire. Si la programmation d'une opération peut être un acte individuel du chirurgien, certaines opérations supposent la réunion d'un staff au sein du service consultation, auquel assiste souvent une infirmière de bloc. La connaissance du malade peut être importante pour prévoir les durées d'opération, le matériel et les personnels à mettre à disposition. Cependant, cette coopération n'est pas toujours effective.

Les services d'hospitalisation et le bloc communiquent à la fois par téléphone et par informatique. Dans un des hôpitaux, cependant, la transmission et l'élaboration

du programme ne sont pas informatisées, ce qui rend l'échange plus difficile. Si l'informatique améliore considérablement la circulation des informations et permet de construire plus aisément le programme du bloc, cela ne suffit pas. En effet, au-delà de l'information brute, le contact direct ou téléphonique permet de mieux se comprendre, de rappeler les informations les plus importantes. L'oral vient en appui de l'écrit, de manière systématique et quels que soient les interlocuteurs. Dans un des services d'hospitalisation, la surcharge de travail et le besoin de hiérarchiser l'information sont tels qu'il existe un téléphone dédié au bloc, le seul téléphone que l'on décroche quelle que soit la charge de travail.

■ ■ Quels liens spécifiques avec les services médicaux périphériques ?

Le bloc ne représente pas le même type de client pour tous les services. Ainsi, pour le laboratoire, le bloc est un service comme les autres, même si ses demandes peuvent être spécifiques (prélèvement et analyse en cours d'opération). Il en est de même en ce qui concerne les commandes passées par la pharmacie ; celle-ci gère celles du bloc comme celles de l'ensemble des services.

En revanche, au sein de la pharmacie, la stérilisation occupe une place spécifique dans la mesure où le bloc est son principal client, voire le seul, comme dans la clinique enquêtée. Les relations de la stérilisation avec le bloc sont essentielles. Les instruments doivent être stérilisés dans les temps pour que le bloc ne connaisse pas de rupture d'approvisionnement. On constate que le bloc, selon l'architecture, est situé soit au centre (dans la clinique) , soit en périphérie (au même étage ou relié par un monte-charge). Les personnels de la stérilisation, même s'ils sont un maillon important du fonctionnement du bloc, souhaitent garder une certaine distance (notamment physique) afin de gagner en sérénité et ne pas être « contaminés » par les tensions du bloc. On a pu observer une redistribution des tâches dans certaines structures entre le bloc et la stérilisation au niveau de la constitution des boîtes d'instruments. Elles sont faites par les personnels de stérilisation et non plus systématiquement par les infirmières de bloc.

D'autres prestations sont importantes pour le bloc. Il en est ainsi du travail de brancardage et de radiologie. Ces deux activités dépendent de services centralisés communs avec l'ensemble des autres services de l'hôpital ou de la clinique. Cependant, les personnels qui servent le bloc lui sont en général dédiés. Il s'agit en effet de leur permettre de mieux intégrer ses contraintes spécifiques. Pour les brancardiers, les qualités requises sont la fiabilité, la relation empathique et l'écoute du patient. Celui-ci peut être angoissé avant l'opération et doit pouvoir échanger s'il le souhaite.

Pour le radiologue, une qualité importante est la rapidité ; le chirurgien doit pouvoir compter sur quelqu'un de réactif qui saura anticiper ses besoins ou ses gestes. Une certaine expérience semble essentielle pour pouvoir assurer dans de bonnes conditions le rôle de radiologue à l'intérieur du bloc. Les services de radiologie ont donc tendance à spécialiser certaines personnes sur ces actes.

Les relations avec les services non médicaux

Comment les services non médicaux de l'hôpital ou de la clinique servent-ils le bloc? Celui-ci est-il un client comme un autre ou un client particulier? On observe l'existence simultanée de deux types de configuration :

■ ■ Première configuration : le bloc, un usager comme un autre

Dans une première configuration, les prestations offertes au bloc par les autres services peuvent être générales, autrement dit ne pas différer des prestations offertes à l'ensemble des services. Ainsi, l'entretien des appareillages est fait sur l'ensemble des services, il suffit seulement de négocier le bon moment. Certains approvisionnements – en ordinateurs ou en linge par exemple – suivent également, le plus souvent, les circuits généraux sans difficulté particulière. Ce traitement indifférencié peut parfois conduire à des dysfonctionnements.

On constate également que, dans certaines structures, les admissions des patients sont équivalentes quelles que soient les raisons de leur admission, qu'il s'agisse d'accueillir des malades pour des soins, une observation ou une intervention chirurgicale. Or, lorsque l'accueil pour les futurs opérés est un accueil dédié, les informations qui leur sont transmises sont plus précises, mieux développées et favorise une exactitude dans l'heure d'arrivée des premiers opérés. Le programme opératoire n'est ainsi pas retardé du fait du patient.

■ ■ Deuxième configuration : le bloc, un usager spécifique

Dans une autre configuration, les prestations offertes au bloc opératoire apparaissent spécifiques ou font l'objet d'un traitement particulier. Il paraît important de distinguer *a)* ce qui relève de la réglementation et qui ne devrait souffrir aucune exception et *b)* ce qui relève de l'arrangement local en fonction des besoins et des pratiques de travail des uns et des autres.

a) Parfois, la prise en compte de la réalité spécifique du bloc est incontournable dans la mesure où elle se réfère à une réglementation *ad hoc*; particulièrement lorsque cela touche aux questions d'environnement stérile, à la traçabilité des produits et à la traçabilité de l'intervention. Le bloc n'est pas le seul périmètre concerné par ces réglementations, mais il est l'objet d'une vigilance particulière. Cela suppose une coordination entre services. Les procédures de fonctionnement ou d'intervention d'entreprises extérieures au bloc sont particulièrement rigoureuses et contrôlées. La préparation du malade avant l'opération fait l'objet d'audits dans le service où il est hospitalisé. Les services en charge de l'hygiène veillent à la mise en place de protocoles adaptés. De même, la sous-traitance de ménage, lorsqu'elle a lieu, doit faire l'objet de cahiers des charges précis et de vérifications par le personnel du bloc. Certains approvisionnements doivent être stériles, etc.

Les services ayant en charge l'hygiène sont très vigilants concernant les procédures qui accompagnent la trajectoire médicale de l'opéré. De nombreuses règles

d'hygiène et de traçabilité des produits sont à respecter et à adapter lorsque la législation change.

b) La prise en compte de la spécificité du bloc peut également être liée à des circonstances locales. Dans l'hôpital, le bloc fait l'objet d'une attention particulière lorsqu'il est spécifiquement demandeur d'un service urgent ou lorsqu'il exprime un besoin qui donne lieu à une discussion et à un travail en commun (par exemple, la mise en place de groupes de travail permettant de rationaliser la réception et la mise en rayon des produits pharmaceutiques). Le bloc peut aussi prendre l'initiative, quand cela est matériellement possible – quand il existe un personnel en nombre suffisant –, de construire ses propres procédures et circuits au sein des procédures générales. Enfin, la clinique est entièrement tournée vers la chirurgie, ce qui bien entendu est un facteur favorable pour mettre en place une meilleure coordination.

■ Adaptabilité : changement dans les pratiques et évolution des procédures

Les modalités des relations sont marquées par le cadre d'activité. Les lourdeurs de l'hôpital sont bien connues et, de ce fait, les contraintes imposées génèrent des initiatives multiples des personnels pour mieux articuler les activités entre elles, gagner du temps et de la fiabilité dans la communication. L'activité des soignants des blocs se caractérise par une réactivité forte, une gestion quotidienne des incidents divers et multiples.

Le traitement de ces incidents est tantôt organisé collectivement, tantôt le fruit d'initiatives plus individuelles.

- Le traitement individuel des incidents repose sur la création de réseaux personnels qui peuvent être des points d'appui pour obtenir ce que l'on souhaite au niveau de l'information et au niveau de la mise en œuvre de solutions lorsqu'un problème se pose. Ces micro-initiatives sont le cœur des conditions d'exercice de l'activité.
- Ce travail d'organisation interindividuel n'est pas le seul, loin s'en faut. Il existe une culture de l'organisation très forte dans ce secteur de la santé qui conduit les cadres à rechercher des formalisations dans des procédures écrites.

Le travail de coopération entre services ne se joue pas que dans l'activité quotidienne, il se déroule également à l'occasion de problèmes que les différentes parties cherchent à résoudre de manière durable. Différents événements sont interprétés par les acteurs comme nécessitant l'introduction d'un changement organisationnel et la recherche de solutions communes aux différents services.

Il existe des problèmes de disponibilité de personnels liés par exemple à la généralisation des 35 heures. Pour y remédier, dans les trois organisations étudiées, le service de brancardage a été structuré dans le même sens : la mutualisation des moyens avec le reste de l'hôpital afin d'avoir toujours un personnel disponible.

Autre cas de figure : des difficultés importantes et récurrentes en termes de charge de travail conduisent les services concernés à travailler avec le bloc afin soit de le décharger de certaines activités (la stérilisation se propose pour reconstituer les

boîtes d'instruments), soit de l'aider à s'organiser différemment (pour réceptionner des colis, par exemple).

Enfin, une succession d'incidents peut faire apparaître la nécessité de transformer les modalités d'échange entre services. Ces réflexions sur l'organisation donnent alors lieu à la constitution de groupes de travail qui réfléchissent ensemble à la construction de solutions.

La formalisation apparaît comme un acte de répartition des rôles et des actions des uns et des autres et comme un engagement. Elle fait partie de l'action de travail et de son amélioration. C'est l'occasion de construire différemment une logique d'action collective. L'amélioration du fonctionnement est obtenue par discussion entre les acteurs concernés aux différents niveaux de la hiérarchie et, de ce fait, elle vise également à perfectionner les procédures. Par exemple, lorsqu'un changement de logiciel doit avoir lieu, des études sont effectuées pour repérer les flux de l'information et le flux des malades ; ces études peuvent se traduire par un changement dans les protocoles. En reconsidérant les protocoles, les acteurs acquièrent une meilleure connaissance de leurs contraintes réciproques, contraintes qu'ils sont susceptibles alors d'intégrer chacun dans leur propre pratique. Dans un deuxième temps, l'encadrement devra veiller à leur application.

QUELQUES DIFFICULTÉS À AFFRONTER POUR LA RECHERCHE DE SOLUTIONS

Il est parfois assez difficile de délimiter le périmètre des acteurs qui sont concernés par une question et seront sollicités pour construire un protocole adapté. Une mauvaise définition de ce périmètre fait échouer l'amélioration du fonctionnement. On a pu le constater dans différents contextes. Lorsqu'un choix de logiciels doit être effectué, il est important de prendre en compte tous les utilisateurs futurs de ce logiciel, mais également les utilisateurs des logiciels compatibles avec le nouveau logiciel. De même, l'organisation du timing des activités d'un service peut être mal adaptée aux horaires de fonctionnement d'un autre service.

L'informatique se généralise ; elle est utilisée pour planifier la circulation des patients, l'occupation des blocs, la circulation des commandes, la gestion des stocks. Cependant, cet usage est inégal et certains établissements travaillent beaucoup avec le papier. Les logiciels sont peu compatibles, nécessitant parfois de nombreuses saisies, sources de perte de temps et d'erreurs. Enfin, si l'informatique permet de partager la même information en temps réel, le nombre d'informations, que ce soit par téléphone ou par internet, apparaît très abondant. La hiérarchisation, la mémorisation de ces différents signaux crée une charge mentale importante pour les personnels. La réception effective des informations, leur intégration dans l'action sont ainsi mal assurées du fait de surcharges de travail et de la multiplicité des données reçues.

En conclusion

Dans les hôpitaux, le bloc opératoire apparaît comme une entité à servir de la même manière que les autres. Mais il est le plus gros « usager » du service chargé de la stérilisation. Il est également très concerné par les vérifications ayant trait à l'hy-

giène et à la traçabilité des produits et des interventions. Leur respect fait l'objet d'une attention particulière des services chargés de l'évaluation ou de la surveillance.

Les spécificités du bloc – les exigences du travail dans ce cadre – conduisent par exemple à dédier certains professionnels au travail avec les blocs : des brancardiers, des radiologues...

Afin d'assurer un service en continu et mieux gérer les temps de personnel, certains services autrefois dédiés au bloc ont été intégrés à des services généraux. Ainsi les brancardiers sont désormais gérés par un même service pour pouvoir, en cas d'absence d'un brancardier, assurer un remplacement. Mais on constate toujours cette volonté d'attacher toujours les mêmes brancardiers au bloc, dans la mesure du possible.

L'articulation du bloc avec les autres services repose sur des règles, des normes, des protocoles d'interventions qui permettent de repérer les manières de se coordonner et qui font l'objet de différents types d'aménagements, tantôt informels et tantôt formalisés.

Aménagements informels, car les règles ne permettent pas toujours de répondre aux besoins et notamment de travailler dans la rapidité. Lorsque les acteurs ont besoin d'une certaine souplesse ou d'une certaine flexibilité, ils les aménagent, les contournent.

Les aménagements formalisés peuvent devenir obsolètes avec le temps ; en outre, les moyens en personnel dont disposent les blocs peuvent varier. Pour remédier à une insuffisance de personnel, les cadres du bloc opératoire initient des groupes de travail avec d'autres services afin de transformer les modalités de la coopération (approvisionnements du bloc, stérilisation des outils, etc.). L'articulation du bloc avec les services d'hospitalisation suppose un travail régulier d'information, de vérification, d'ajustements itératifs. Cette articulation est facilitée par la mise en place de fonctions de régulation qui se situent tantôt en interne du bloc (hôpital), tantôt à l'extérieur. Différentes conditions sont nécessaires pour obtenir une programmation fiable et un bon ordonnancement des opérations.

La construction d'une légitimité du cadre infirmier est nécessaire, elle repose certes sur ses compétences mais également sur le soutien dont il est l'objet de la part des chirurgiens. Le soutien de ceux-ci se situe à plusieurs niveaux. Dans leurs pratiques, d'abord, la programmation sera d'autant plus aisée qu'ils respecteront le programme qu'ils ont établi ainsi que les règles précises de calcul des temps d'occupation du bloc. L'appui de certains chirurgiens se révèle aussi nécessaire pour posséder une réelle légitimité dans la négociation avec leurs confrères.

La réussite de la coordination est liée également au fait qu'une seule personne effectue la régulation et en prend la responsabilité.

La régulation peut bénéficier dans certains cas de logiciels informatiques de gestion des salles et des moyens. Cela représente clairement un atout pour agencer les données et organiser la programmation et permet aussi le partage d'une même information en temps réel. Cependant, si ces outils apparaissent comme nécessaires, ils ne sont pas suffisants. Les vérifications et la communication orale restent des éléments incontournables pour vérifier l'accusé de réception des données, pour tester la prise en compte des modifications ou vérifier le bien-fondé des informations transmises.

Dans l'ensemble des activités du bloc et dans ses relations avec l'extérieur, la transmission écrite est doublée le plus souvent par une transmission orale qui vient compléter, hiérarchiser et renforcer le message écrit.

Références bibliographiques

- AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y.-F., 2005, *Les Nouvelles Approches sociologiques des organisations*, Seuil, troisième édition augmentée.
- CALLON M., 1986, « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs en baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique*, 36.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'Acteur et le Système*, Seuil, Paris, coll. « Points ».
- CROZIER M., 1963, *Le Phénomène bureaucratique*, Seuil, Paris, coll. « Points ».
- GROSJEAN M., LACOSTE M., 1999, « Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital », *Le Travail humain*, PUF.
- KAUFMAN J.-C., 1996, *L'Entretien compréhensif*, Nathan, coll. « 123 ».

Ce troisième rapport de l'**Observatoire national de la démographie des professions de santé** comporte une synthèse générale assortie de préconisations et de quatre tomes thématiques.

Le tome 1, **La médecine générale**, établit un état des lieux de l'exercice de cette spécialité. La mutualisation des données relatives aux effectifs, ainsi que la prise en compte de leur activité permettent de produire un diagnostic des ressources disponibles pour la prise en charge des patients en premier recours. Les modalités de formation qui préparent au métier de médecin généraliste, ainsi que les conditions d'exercice, sont examinées dans l'optique de saisir les facteurs qui peuvent conduire à la « désaffectation » dont l'exercice libéral de cette profession semble faire l'objet.

Le tome 2, **Les internes en médecine : démographie et répartition**, recense les effectifs des internes en médecine, par régions et par spécialités. L'importante progression du nombre d'internes qui suivra l'augmentation du *numerus clausus* est analysée. La diversité des situations locales, en termes notamment de capacité d'encadrement et de démographie médicale est mise en évidence. Les travaux développent également une analyse prospective de la démographie des internes en médecine. La croissance de leur nombre pourrait avoir des effets tant sur les structures régionales de formation que vis-à-vis des disparités de répartition notamment territoriales.

Le tome 3, **Éclairage sur les professions : chirurgiens dentistes, métiers de la périnatalité**, fournit une analyse particulière pour chacune d'entre elles. L'analyse des effectifs actuels et les résultats des projections à l'horizon 2025 pour les chirurgiens dentistes sont complétés par une étude qualitative portant sur l'exercice du métier. Un premier diagnostic régional des effectifs des professions engagées dans le domaine de la périnatalité est aussi présenté. Ce tome comporte également la synthèse d'une étude sur les métiers qui assurent le fonctionnement du bloc opératoire.

Le tome 4, **Les métiers de la cancérologie**, est issu d'un travail mené en partenariat avec l'Institut national du cancer (INCa). Une vingtaine de professions médicales et paramédicales participant à la prise en charge des patients atteints d'un cancer sont examinées. L'analyse démographique des métiers et de leur évolution est approfondie pour les six professions dont l'activité est consacrée, de façon certaine, à la prise en charge des patients atteints de cancer.

ONDPS

Ministères en charge du Travail, de la Santé
et du Budget
18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon
75014 Paris
Téléphone : 01 40 56 89 27 et 89 36
Site www.sante.gouv.fr/ondps

ONDPS © 2008
DICOM : 08.037
ISBN : 978-2-11-097349-8
Imprimé en France

