



LES CHIRURGIENS-DENTISTES
DANS LES ZONES SOUS DOTÉES
DE RHÔNE-ALPES

FÉVRIER 2014

Ce travail a été réalisé par l'**Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes** :

Patricia MEDINA, sociologue

Eve GIOVANINI, stagiaire en master Actions de Santé Publique
Université Claude Bernard Lyon 1

Mathias PANGAUD, statisticien

Pauline BOLAMPERTI, statisticienne

Karine FONTAINE-GAVINO, socio-démographe

Philippe PEPIN, Démographe, directeur de l'ORS Rhône-Alpes

**Réalisé à la demande et avec le soutien de
l'Union Régionale des Professionnels de Santé Chirugiens-Dentistes
de Rhône-Alpes**

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Rhône-Alpes : www.ors-rhone-alpes.org

REMERCIEMENTS

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude et tout particulièrement :

Monsieur Philippe Balagna, président de l'URPS chirurgiens-dentistes de Rhône-Alpes, ainsi que les membres du bureau de l'URPS, Messieurs Max Lacroix, Marc Barthélémy, Laurent Hirsh, Jean-Denis Roche et Jean-Pierre Moiroud, pour leur aide précieuse dans la mise en place de cette étude, à ses différentes étapes, et tout particulièrement pour la mise en contact avec des chirurgiens-dentistes de zones sous dotées de la région Rhône-Alpes,

Tous les chirurgiens-dentistes de Rhône-Alpes que nous avons interviewés pour cette étude ainsi que les chirurgiens-dentistes qui ont répondu à l'enquête postale par questionnaires, pour leur disponibilité, leur accueil et leur excellente participation à cette étude,

Ainsi que Monsieur Antoine Gini, responsable du Pôle Premier Recours et Madame Angélique Grange, référente « Installation des professionnels de santé », de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, qui ont participé au lancement de cette étude et nous ont apporté leur aide dans l'accès à la liste des zones classées comme sous dotées et très sous dotées en chirurgiens-dentistes, telles que définies par l'Assurance Maladie.

SOMMAIRE

Remerciements	4
Sommaire.....	6
Introduction	1
Synthèse bibliographique.....	7
1. La santé bucco-dentaire en France	9
1.1. La santé bucco-dentaire	9
1.2. Une priorité de santé publique récente en France	9
1.3. Amélioration globale de l'état de santé bucco-dentaire en France et persistance des inégalités.....	10
2. Le mode de financement des soins dentaires en France.....	11
3. La démographie professionnelle des chirurgiens-dentistes	12
3.1. En France.....	12
3.2. En Rhône-Alpes	12
3.3. Les territoires ruraux et la problématique de l'installation des chirurgiens-dentistes.....	13
4. Les mesures pour rééquilibrer l'offre sur le territoire	14
4.1. Les mesures existantes	15
4.2. Les mesures à venir.....	15
4.3. Les mesures adoptées dans d'autres pays.....	16
5. La profession de chirurgien-dentiste : formation, conditions d'exercice, spécificités du métier.....	16
5.1. Formation	16
5.2. Mode, conditions et type d'exercice	17
L'enquête qualitative	
auprès des chirurgiens-dentistes des zones sous dotées de Rhône-Alpes.....	21
1. L'installation	23
1.1. Le choix de la profession de chirurgien-dentiste.....	23
1.2. Le choix du territoire d'installation.....	23
1.3. Zone sous dotée = zone rurale ?... Mais qu'est-ce qu'une zone rurale ?	26
2. Les conditions actuelles d'exercice	28
2.1. Rythmes de travail.....	28
2.2. Les soins dispensés : en zone rurale, l'omnipratique est la règle	30
2.3. Prise de rendez-vous : des équilibres à trouver en zones sous dotées.....	31
2.4. Le personnel du cabinet dentaire : différents profils de praticiens	33
2.5. Les partenaires des chirurgiens-dentistes en zones sous dotées.....	37
2.6. Les possibilités de formation continue	38
3. Les avantages perçus de l'exercice en zone rurale, en zone sous dotée	38
3.1. Les relations avec la patientèle	38
3.2. Les revenus : un motif de satisfaction	39
3.3. L'immobilier en zone rurale : plutôt moins onéreux qu'en ville	40
4. Les désavantages perçus de l'exercice en zone rurale, en zone sous dotée	41
4.1. La pression de la demande	41
4.2. L'importance de la réputation des professionnels à la campagne	42
4.3. Les difficultés pour la vie professionnelle du conjoint	42
4.4. La difficile transmission du cabinet.....	43
5. Exercice en zone rurale et qualité de vie personnelle.....	45
5.1. La qualité paysagère et environnementale.....	46
5.2. La tranquillité de la vie à la campagne, avec un bon accès aux ressources	46
5.3. La facilité à pratiquer des activités de plein air	47
6. Des pistes pour inciter les jeunes chirurgiens dentistes à s'installer en zones rurales sous dotées	48
6.1. Revaloriser les soins et réduire les tâches administratives... ..	48
6.2. Incitations financières à l'installation en zone sous dotée : une attractivité faible.....	49
6.3. Elargissement du numérus clausus.....	49
6.4. Intérêt de faire découvrir les territoires ruraux aux étudiants	50

L'enquête par questionnaire

auprès des chirurgiens-dentistes des zones sous dotées de Rhône-Alpes..... 53

1.	Eléments signalétiques	54
2.	Activité des chirurgiens-dentistes	54
2.1.	Les congés	55
3.	Le personnel d'assistance au cabinet	56
4.	Les soins pratiqués au cabinet	57
5.	Les locaux du cabinet dentaire et le matériel.....	58
6.	Gestion des rendez-vous	59
7.	Satisfaction professionnelle	60
8.	Les patients	63
9.	Le choix du lieu d'installation	64
10.	Recommandation du territoire	65
11.	Eléments de qualité de vie.....	66
12.	Les zones sous dotées en chirurgiens dentistes.....	67
13.	Les pistes d'action possibles	70

Synthèse et conclusion 73

Annexes 79

Bibliographie.....	81
Outils de recueil des données	85

INTRODUCTION

CONTEXTE DE L'ETUDE

Depuis plusieurs années, l'un des principaux objectifs en matière de santé publique des gouvernements successifs en France a été la réduction des inégalités sociales de santé. Cet objectif se décline sur plusieurs versants, notamment économiques et géographiques.

Sur ce dernier point, tout l'enjeu réside dans la présence, la répartition et donc l'accessibilité de l'offre de professionnels de santé, au plan « physique », pour tous les patients, sur le territoire national, en prenant en compte le fait que la mobilité des personnes s'est globalement fortement accrue ces dernières décennies.

En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, un chapitre relatif à l'avenant n°2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie, a été signé le 16 avril 2012¹ qui illustre bien les différentes dimensions de cette problématique. Ce chapitre comporte plusieurs articles qui examinent les enjeux et aussi les moyens de mieux répondre aux besoins des patients en matière d'offre de chirurgiens-dentistes, notamment dans les zones qui apparaissent aujourd'hui comme « sous dotées » ou « très sous dotées » (notamment sous formes d'incitations diverses à l'installation ou au maintien des chirurgiens-dentistes par exemple).

Dans le cadre de cette réflexion, différents critères et indicateurs ont été mis en œuvre par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie qui définissent quelles sont les zones bien dotées et celles qui le sont moins, voire qui sont sous dotées ou très sous dotées en France en ce qui concerne les différents professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes. Il en a résulté un découpage en zones qui distingue 5 échelles différentes en matière de « dotation » en chirurgiens-dentistes :

- Territoires sur-dotés
- Territoires très dotés
- Territoires normalement dotés
- Territoires sous dotés
- Territoires très sous dotés

Ce découpage, entièrement basé sur des données statistiques, montre ainsi de grandes disparités à l'échelle de la France, mais aussi au sein des régions et des départements.

En ce qui concerne plus spécifiquement les chirurgiens-dentistes, les données sociodémographiques² disponibles mettent en exergue certaines réalités et montrent qu'il s'agit d'une profession qui reste très largement libérale, mais c'est aussi une profession qui évolue, preuve en est la féminisation croissante de ce secteur de la santé. Quelques chiffres permettent de mieux cerner la démographie de cette profession en France, et on repère ainsi:

- 40 229 chirurgiens-dentistes en activité pour 62 465 709 habitants en France, en 2009
- 64 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants en 2012
- 36 249 chirurgiens-dentistes libéraux (90 %)
- 3 980 praticiens salariés (10 %)
- 2 091 spécialistes
- Taux de féminisation : 40 %
- Age moyen des chirurgiens-dentistes : 48 ans
- Part des chirurgiens-dentistes de plus de 65 ans : 6 %

¹ Avis publié au JORF n°0176 du 31 juillet 2012

² Source Ordre National des Chirurgiens-Dentistes – 1^{er} octobre 2012

Enfin, selon certains modèles de projection de la Drees (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), les chirurgiens-dentistes ne seront peut-être plus que 37 pour 100 000 habitants en 2030³.

Féminisation mais aussi départ de certains diplômés qui partent s'installer à l'étranger, arrivée de chirurgiens-dentistes étrangers en France, majoritairement issus de l'Union Européenne, jeunes qui vont se former à l'étranger... Ces différents éléments montrent que la profession n'est plus aujourd'hui tout à fait la même qu'il y a vingt ans, et ce sans compter les évolutions concernant différents types d'activité, comme notamment le développement de l'implantologie.

Néanmoins, au-delà des éléments statistiques généraux concernant la démographie de cette profession, il semble qu'il n'existe que peu de travaux ayant exploré les logiques professionnelles concernant les zones sous ou très sous dotées, telles qu'élaborées par l'UNCAM, qui permettraient de mieux comprendre pour quelles raisons ces zones sont sous ou très sous dotées. Peu d'informations existent également sur la façon dont les chirurgiens-dentistes présents sur ces territoires vivent cette « sous dotation » du point de vue professionnel et personnel. Enfin, aucune étude qualitative n'a été réalisée pour affiner et compléter l'élaboration du zonage de la sous dotation et en repérer l'adéquation avec le vécu et le ressenti des chirurgiens-dentistes.

Il n'existe donc pas aujourd'hui de clefs de lecture pour comprendre pour quelles raisons des chirurgiens-dentistes s'installent dans certaines zones, notamment rurales, et pas dans d'autres, en dehors des villes-centres, dont les éléments d'attractivité multiples ne sont plus à démontrer.

C'est dans ce contexte que l'URPS chirurgiens-dentistes de Rhône-Alpes a souhaité réaliser une enquête spécifique sur les praticiens exerçant dans des zones déficitaires en matière de chirurgiens-dentistes.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de cette étude était de recenser et d'analyser le plus finement possible tous les éléments d'attractivité ou de non-attractivité des territoires actuellement définis comme sous dotés et très sous dotés en chirurgiens dentistes, tels que perçus par ces professionnels eux-mêmes, éléments qui peuvent constituer des freins ou des leviers à l'installation. Il s'agissait d'explorer les possibilités mais aussi les obstacles qui sont repérés par les chirurgiens-dentistes dans ces zones, en elles-mêmes, mais aussi en lien avec les équilibres et les articulations qui peuvent se créer avec les zones environnantes. Ainsi, l'attractivité ou non-attractivité des zones ne se construit peut-être pas uniquement sur la zone elle-même, mais également par rapport à des éléments divers qui concernent aussi bien l'activité professionnelle que la qualité de vie et le projet de vie, dans un périmètre géographique plus vaste que la zone d'activité, qu'il s'agissait donc d'analyser également.

Cette démarche d'étude consistait également à confronter les éléments qualitatifs aux éléments statistiques ayant abouti à la création de ce zonage afin de repérer d'éventuels décalages entre ce découpage et la réalité vécue par les professionnels, dans le quotidien de leur pratique. En effet il existe pour l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes une possibilité de réajuster le classement des zones, en fonction d'éléments nouveaux, dans la limite de 5% à 10% des territoires tels qu'actuellement définis selon les critères de l'Assurance Maladie.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient de distinguer et affiner les éléments d'attractivité ou de non-attractivité des zones déficitaires, au moins sous trois angles :

- Celui de la carrière professionnelle des chirurgiens-dentistes,
- Celui des éléments de vie personnelle pouvant influencer sur le parcours professionnel.

³ DRESS. Etudes et résultats. N° 595, septembre 2007. La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030

- Celui des ressources présentes sur ces zones sous dotées et très sous dotées et sur les zones alentours

Il s'agissait enfin de s'interroger sur les évolutions possibles de ces territoires à moyen terme, et sur l'impact de ces évolutions pour tous les types d'activités et notamment :

- l'omnipratique
- la chirurgie
- l'orthodontie
- l'implantologie

METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Afin d'évaluer le plus finement possible les éléments d'attractivité et de non-attractivité des territoires sous dotés et très sous dotés nous avons réalisé une étude de terrain auprès de chirurgiens-dentistes exerçant dans ces zones. Elle comprenait trois volets, dont les deux premiers étaient de type qualitatif.

Pour ce faire, nous avons utilisé comme support au repérage de ces territoires, la cartographie établie par l'Assurance Maladie concernant les zones sous dotées et très sous dotées en chirurgiens-dentistes. La cartographie de 2013 n'a cependant été accessible qu'après le démarrage de l'étude qualitative, au mois de juillet 2013. Néanmoins, nous avons pu réaliser les entretiens, en nous basant sur une version provisoire de cette cartographie (version 2012) qui nous a été transmise par l'URPS chirurgiens-dentistes de Rhône-Alpes. En revanche, ce sont bien les zones les plus récemment définies comme sous dotées par l'Assurance Malade que nous avons utilisé pour réaliser l'enquête par questionnaire.

La classification établie par l'UNCAM dans le cadre de l'avenant n°2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie signé le 16 avril 2012, s'appuie sur la densité en chirurgien-dentiste pour 100 000 habitants, pondérée par :

- l'âge des professionnels standardisé par la structure d'âge de la population,
- l'activité des professionnels
- le recours aux soins des patients

La cartographie de ces zones pour la région Rhône-Alpes n'a pas été officiellement publiée à ce jour (ni le mode de calcul utilisé) et l'étude commandée par l'URPS chirurgiens-dentistes à l'ORS Rhône-Alpes est basée sur une version provisoire transmise à l'URPS chirurgiens-dentistes par l'Agence Régionale de Santé. D'après cette dernière version, les zones classées sous dotées et très sous dotées sont toutes des zones rurales.

Une première phase qualitative exploratoire par entretiens individuels semi-directifs a été réalisée aux mois de mai et juin 2013. Dix-huit chirurgiens-dentistes ont ainsi été interviewés, en face-à-face dans leur cabinet, ou par téléphone, au cours d'entretiens qui ont duré de 1 à 2 heures. Ces personnes ont été contactées à partir de la cartographie provisoire des zones sous-dotées, par les délégués départementaux de l'URPS chirurgiens-dentistes.

Ce premier volet exploratoire nous a permis de repérer différents profils de chirurgiens-dentistes au sein des zones sous dotées et très sous dotées et de mieux comprendre les avantages et inconvénients, les contraintes et bénéfices liés à leur territoire d'exercice, selon leur parcours professionnel et plus globalement leur parcours de vie.

Parmi ces chirurgiens-dentistes, nous avons rencontré 3 femmes et 15 hommes, dans les 8 départements de la région Rhône-Alpes, exerçant dans des territoires proches ou éloignés de villes-centres (que nous avons nommées ainsi du fait de la présence, a minima, d'un lycée d'enseignement général sur ces communes). Ces chirurgiens-dentistes étaient tous omnipraticiens, mais pouvant également avoir une partie de leur activité en implantologie ou orthodontie. La majorité des personnes interviewées en

entretiens individuels se trouvaient en milieu ou en fin de carrière. Néanmoins trois des personnes interviewées ont démarré leur activité professionnelle depuis moins de 10 ans.

Ces entretiens n'avaient pas pour objectif d'être statistiquement représentatifs mais de nous donner accès à la diversité des situations qui existent concrètement, sur le terrain, et par là-même, aux grandes tendances en termes de profils de chirurgiens-dentistes qui exercent en zones sous dotées ou très sous dotées. Les entretiens individuels nous ont particulièrement permis de comprendre les parcours et logiques d'installation des chirurgiens-dentistes, selon différents types de territoires.

Une seconde phase qualitative par entretiens collectifs a été menée en juillet et septembre 2013. Elle a permis d'affiner l'exploration des représentations collectives par rapport aux territoires où il apparaît facile ou difficile d'exercer, du fait de la sous dotation actuelle. La forme groupale a également permis des débats autour des solutions qu'il serait possible et pertinentes de mettre en œuvre pour attirer de jeunes chirurgiens-dentistes sur les territoires sous dotés.

Un entretien collectif a été réalisé par département et chaque entretien a duré entre deux et trois heures. Chaque entretien a compté de 4 à 9 participants. Au total, nous avons rencontré 50 personnes au cours de ces 8 entretiens collectifs, dont 17 femmes et 33 hommes.

Les chirurgiens-dentistes vus en entretiens collectifs n'étaient pas les mêmes que ceux vus en entretiens individuels, à 3 exceptions près. Les critères de sélection pour participer à cette phase d'étude ont été les mêmes que pour les entretiens individuels, et avaient pour objectif d'atteindre la plus grande diversité possible de profils (type d'activité, âge, sexe, ...) au sein de territoires considérés comme sous dotés.

Un troisième volet de pondération statistique des résultats qualitatifs a été mené en octobre et novembre 2013, lors d'une enquête postale par questionnaires anonymes auto-administrés qui ont été envoyés aux 136 chirurgiens-dentistes exerçant dans des communes sous dotées ou très sous dotées de la région Rhône-Alpes (sur 4 430 chirurgiens-dentistes de l'ensemble de la région Rhône-Alpes), et ces zones, définies par l'Assurance-Maladie sont repérées parmi les 314 bassins de vie ou pseudo-cantons (BVPCT) qui composent notre région (BVPCT), où l'on compte :

- 15 BVPCT très sous dotés
- 29 BVPCT sous dotés

88 questionnaires nous ont été retournés qui ont fait l'objet d'une analyse de contenu pour les questions ouvertes et d'un traitement statistique pour les questions fermées (tris à plat et tris croisés).

Les guides d'entretien et le questionnaire utilisés dans les différents volets de cette étude, ainsi que les ouvrages consultés pour réaliser la synthèse bibliographique, sont présentés en annexe de ce rapport.

SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE

1. LA SANTE BUCCO-DENTAIRE EN FRANCE

1.1. La santé bucco-dentaire

1.1.1. Définition

L'organisation Mondiale de la Santé donne la définition suivante de la santé bucco-dentaire :

« La santé bucco-dentaire est essentielle pour l'état général et la qualité de la vie. Elle se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie, de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial »

La santé bucco-dentaire se définit ainsi par l'absence des deux pathologies les plus courantes que sont les caries (atteinte des tissus durs de la dent) et les maladies parodontales (atteinte des tissus de soutien de la dent) mais aussi par l'absence de douleur (pour mastiquer, parler), de limitations fonctionnelles et de perturbations dans la qualité de vie (sommeil, apparence).

1.1.2. Déterminants et facteurs de risque

Les pathologies dentaires sont multifactorielles et les déterminants de l'état de santé bucco-dentaire tiennent à l'individu et à son environnement.

Il s'agit notamment d'éléments biologiques (génétique, âge, sexe), des comportements (alimentation, hygiène de vie, prévention, recours aux soins), des ressources financières, des conditions de vie, du niveau d'éducation et de l'organisation du système local de soin et de prévention, accessible aux individus.

Les principaux facteurs de risques d'un mauvais état dentaire sont ainsi l'âge, l'alimentation riche en sucres, le tabagisme et l'alcool, une hygiène bucco-dentaire insuffisante et le recours aux soins insuffisant et tardif.

1.1.3. Mesure de l'état de santé bucco-dentaire

L'indice CAO est l'indicateur le plus utilisé au niveau international pour mesurer l'état de santé bucco-dentaire. Il s'agit d'un indicateur synthétique d'atteinte carieuse qui comptabilise le nombre dents cariées (C), absentes (A) ou obturées(O).

1.2. Une priorité de santé publique récente en France

En France, la santé bucco-dentaire a récemment intégré les politiques de santé publique. La loi du 9 août 2004, relative à la santé publique fixe pour la première fois un objectif de réduction de la prévalence des caries chez les enfants de 6 et 12 ans et le Plan National de Prévention Bucco-Dentaire, annoncé en 2005 et mis en place à partir de 2007, même limité à la prévention, inscrit définitivement la santé bucco-dentaire dans la politique de santé des pouvoirs publics.

Ce plan vise principalement à développer la prévention individuelle et les soins précoces chez les enfants et les adolescents (examen bucco-dentaire systématique, tous les 3 ans, pour les enfants entre 6 et 18 ans, pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, de même que pour les soins en découlant). Il comporte également des mesures expérimentales pour la prévention des affections bucco-dentaires chez les personnes âgées dépendantes, les personnes handicapées, les femmes enceintes et les enfants de 4 ans et enfin pour la prévention des cancers buccaux.

1.3. Amélioration globale de l'état de santé bucco-dentaire en France et persistance des inégalités

1.3.1. Amélioration globale

Depuis deux décennies, l'état de santé bucco-dentaire s'est nettement amélioré dans toutes les catégories socioprofessionnelles et notamment chez les enfants.

L'enquête réalisée par l'Union Française de Santé Bucco-Dentaire⁴ en 2006 fait apparaître, chez les enfants âgés de 12 ans, une nette baisse de l'indice carieux⁵ (1,23 en 2006 contre 4,2 en 1987) et une hausse de la proportion d'enfants totalement indemnes de carie (56% en 2006 contre 12% en 1987).

Cette réduction de moitié de la pathologie carieuse chez les enfants entre 1987 et 2006 est principalement attribuée à l'utilisation des fluorures (présents en France dans la majorité des dentifrices et dans une partie du sel alimentaire) et à la diffusion croissante dans la population française d'habitudes d'hygiène bucco-dentaire.

Dans la population adulte, peu de données épidémiologiques sont disponibles mais l'OMS estime qu'en France, plus des trois quart de la population est atteinte de caries (indice CAO supérieur ou égal à 1), avec un indice CAO proche de 15 pour les 35-44 ans.

1.3.2. Mais persistance d'inégalités sociales de santé bucco-dentaire

Les inégalités de santé bucco-dentaires restent cependant marquées et sont fortement corrélées aux inégalités sociales : on parle ainsi de gradient social de la santé bucco-dentaire.

Par gradient social, on entend le lien qui existe entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. Ces inégalités ne concernent pas uniquement les plus pauvres et se répartissent tout au long de la hiérarchie sociale. Les inégalités sociales de santé suivent ainsi une distribution socialement stratifiée au sein de la population.

Une inégale répartition de la pathologie carieuse est observée chez les enfants, avec un recours aux soins insuffisant chez les enfants non-indemnes : à 12 ans chez les 44% d'enfants non indemnes, la moitié seulement des dents atteintes ont été traitées. Au sein de cette population, certains enfants sont sur représentés : les enfants d'ouvriers (indice CAO 1,55 contre 0,90 chez les enfants de cadres supérieurs), les enfants d'inactifs et les enfants scolarisés en zone rurale (indice CAO 1,59).

Ces inégalités sont également observées chez les adultes. Une enquête réalisée par le CREDES en 2000 relève ainsi que, selon la catégorie socioprofessionnelle le pourcentage d'adultes ayant des dents manquantes varie du simple ou double (de 21% à 41%), le recours au chirurgien-dentiste à titre préventif varie de 25,7% à 46,7% et les renoncements aux soins dentaires varient de 4 % à 12%. Par ailleurs, selon les enquêtes menées par l'IRDES (ESPS⁶), 45% des ouvriers non qualifiés déclarent au moins une dent manquante non remplacée contre 29% des cadres.

⁴ Hescot P, Rolland E. La santé dentaire en France ; enfants de 6 et 12 ans. 2008. UFSBD (Union Française de Santé Bucco-dentaire)

⁵ Indice CAO : nombre moyen de dents atteintes par carie : nombre de dents Cariées, Absentes ou Obturées

⁶ Enquête ESPS 2000 : enquête sur la santé et la protection sociale réalisée par l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé)

Ces inégalités sociales sont attribuées aux différences d'exposition aux facteurs de risques, et aux différences de pratiques de prévention et de recours aux soins dans les différentes catégories de la population.

Concernant l'exposition aux facteurs de risques et les pratiques de prévention, on observe que les habitudes favorables vis-à-vis de l'hygiène bucco-dentaire et de l'alimentation sont plus répandues dans les populations ayant un meilleur niveau d'éducation et de revenus.

En matière de soins, on observe également un recours inégal. Le renoncement aux soins s'expliquerait par des facteurs financiers et socio-culturels, comme la peur des soins réputés douloureux, le niveau d'information, l'attention portée à son corps et à sa santé.

1.3.3. L'évolution des besoins et de la demande de soins dentaires

L'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire, en raison notamment de la meilleure hygiène bucco-dentaire, surtout dans les jeunes générations, pourrait conduire à une baisse des besoins de soins conservateurs. Cependant cette évolution n'est pas certaine car les progrès de l'hygiène bucco-dentaire ne sont pas uniformes dans les différents groupes de population (Cf. gradient social).

A côté de cette évolution, le vieillissement de la population entraîne une hausse des besoins en parodontie, prothèses et implantologie. Enfin, l'évolution des techniques et des matériaux conjugués aux exigences (demande) croissantes des patients en termes de confort et d'esthétique soutient la demande pour des solutions nouvelles de soins et des prothèses.

2. LE MODE DE FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES EN FRANCE

De manière globale, le financement des soins dentaires se répartit en France entre l'assurance maladie (30%), les organismes complémentaires (35%) et les ménages (30%).

En fonction du type de soins, le taux de prise en charge par l'assurance maladie est variable. Ainsi, les soins conservateurs et chirurgicaux bénéficient d'honoraires réglementés et sont bien remboursés par l'assurance maladie (70%) et les complémentaires (30%). En revanche, les actes prothétiques et orthodontiques, de même que les implants et la majorité des actes de parodontie font l'objet d'honoraires libres (ou complémentaires à entente directe) et laissent à la charge des patients une forte proportion des frais, voire la totalité - les mutuelles et assurances complémentaires remboursant une partie plus ou moins importante de ces frais en fonction des contrats. On estime généralement que les soins conservateurs et chirurgicaux à tarif opposable représentent les deux tiers de l'activité des cabinets mais seulement 35% de leur chiffre d'affaire. Les tarifs conventionnés des soins conservateurs sont, de l'avis des praticiens, globalement bas par rapport aux charges des cabinets. D'après les praticiens, seuls les tarifs des soins prothétiques, parodontaires et implantaire seraient en cohérence avec les charges des cabinets.

La CMU prend en charge l'intégralité des soins conservateurs et, pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUc), un panier de soins prothétiques a été instauré. Cependant, le coût des soins est un motif de renoncement aux soins et la question de l'accessibilité financière, notamment aux soins prothétiques, reste entière pour les personnes les plus fragiles économiquement et notamment pour celles ne bénéficiant pas de la CMUc ni d'aucune couverture complémentaire.

3. LA DEMOGRAPHIE PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Evolutions démographique en France et dans la région Rhône-Alpes

Source de données principale : DRESS⁷.

3.1. En France

En 2010, le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) recense 39 805 chirurgiens-dentistes en activité (France métropolitaine). La densité de chirurgiens-dentistes s'élève à 63 pour 100 000 habitants, une densité en baisse (67 pour 100 000 en 1990) mais moyenne au regard de la situation dans les autres pays européens.

La féminisation et le vieillissement de la profession se poursuivent : les femmes représentent désormais 39,7% des praticiens en activité (et 61,5% des moins de 30 ans) et les praticiens âgés de 55 ans et plus représentent 34,2% des effectifs.

Les projections pour 2030⁸ tablent sur une densité de 40 praticiens pour 100 000 habitants, 45% de femmes et 40% de praticiens âgés de plus de 55 ans d'ici à 2030. La baisse du nombre de chirurgiens-dentistes en activité pourrait cependant être plus faible que prévue avec l'installation sur le territoire de chirurgiens-dentistes issus d'autres pays de l'Union Européenne et de jeunes français formés à l'étranger.

3.2. En Rhône-Alpes

La situation en Rhône-Alpes est proche de celle observée au niveau national. La région Rhône-Alpes compte ainsi, en 2012, 4 025 chirurgiens-dentistes dont 38,6% de femmes et 33% de praticiens âgés de 55 ans ou plus. La densité de chirurgiens-dentistes est de 65 pour 100 000 habitants, une situation assez satisfaisante à l'échelle régionale mais qui cache de fortes disparités entre départements et entre zones urbaines et rurales.

	Rhône-Alpes	France métropolitaine.
Nombre de professionnels en activité	4 025	3 9805
Densité (pour 100 000 habitants)	65	63
Part des chirurgiens-dentistes de 55 ans et plus (en %)	33	34,2
Part des femmes (en %)	38,6	39,7
Part des libéraux ou mixte (en %)	90,3	90,5
Part des salariés (%)	9,7	9,5
Part de chirurgiens-dentistes en cabinet de groupe ou en société (en %)	-	45,9
Part des chirurgiens-dentistes exerçant dans une commune de + de 10 000 habitants (en %)	-	80,7

Source : DRESS série stat 2012

⁷ Sicart D. Série statistique les professions de santé au 1^{er} janvier 2012. DRESS Mars 2012.

⁸ Collet, Sicart. La démographie des chirurgiens dentistes à l'horizon 2030 Etudes et résultats DRESS n° 595 septembre 2007

3.3. Les territoires ruraux et la problématique de l'installation des chirurgiens-dentistes

3.3.1. L'inégale répartition de la profession sur le territoire : la concentration dans les villes

Au delà du nombre de chirurgiens-dentistes, on remarque une inégale répartition de la profession sur le territoire français avec de fortes disparités régionales (entre le nord et le sud de la France) et entre les zones urbaines et rurales. Ainsi, en 2012, 20,1% des chirurgiens-dentistes exercent dans l'agglomération parisienne, 57,8% dans des villes de plus de 100 000 habitants et 19,3% dans une commune de moins de 10 000 habitants.

Dans la région Rhône-Alpes, la concentration progressive de la profession vers les villes est également observée. En 2007, l'Agence Régionale de la Santé (ARS) Rhône-Alpes recensait 688 communes ayant un chirurgien-dentiste sur 2800 en région (soit 25%). En 2011, 667 communes ont encore un chirurgien-dentiste, soit un recul de 21 communes⁹. En 2010, toujours selon les données de l'ARS, Lyon comptait 81 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, Grenoble 96, Bourg en Bresse 93, tandis que certains cantons n'ont aucun chirurgien-dentiste.

Selon Collet et Sicart¹⁰, ce phénomène de concentration des chirurgiens-dentistes dans les villes s'explique par des choix personnels et familiaux mais également par des choix de mode d'activité et de mode d'exercice. Les villes, parce qu'elles offrent plus d'opportunités d'emploi pour le conjoint et de services et loisirs pour la famille, attireraient les nouvelles installations. De plus, la non prise en charge par les régimes d'assurance maladie de certaines techniques modernes (et donc réservées aux publics plus aisés) contribuerait, également, à décourager les praticiens à s'installer dans les milieux ruraux et plus modestes.

3.3.2. La définition des zones sous dotées en chirurgiens-dentistes

Définir si une zone est sur ou sous dotée équivaut à évaluer si l'offre de soins dentaires est en adéquation avec les besoins de soins. Différentes méthodes et indicateurs sont utilisés pour approcher cette notion et comprendre si un territoire est en situation de déficit, d'équilibre ou d'excédent par rapport aux professionnels de santé.

Le niveau d'offre de soins dentaires est généralement apprécié par la densité de chirurgiens dentistes, mais d'autres critères peuvent compléter cette estimation comme l'âge et le sexe des praticiens ainsi que le volume de soins réalisés. Le Centre de Sociologie et de démographie Médicale (CSDM) réalise ainsi des projections nationales sur les professionnels de santé et a mis au point une méthode¹¹ de projection géographique à l'échelle départementale.

L'accessibilité de l'offre est également prise en compte grâce à des indicateurs de distance ou de temps d'accès aux soins.

Du côté des besoins, la population de la zone, la structure par âge de cette population, les données de consommation, sont les critères généralement utilisés pour estimer les besoins en soins dentaires d'un territoire.

⁹ Pôle étude ARS Rhône-Alpes. Sources SNIIRAM et Insee

¹⁰ Collet M, Sicart D, les chirurgiens-dentistes en France situation démographique et analyse des comportements en 2006. DRESS Etudes et Résultats n°594 sept. 2007

¹¹ Démographie médicale, peut-on Evaluer les besoins en médecins. Actes du colloque organisé en par le conseil scientifique de la CNAMTS et du CREDES, 2000.

Ces données n'apportent cependant qu'une estimation très imparfaite des besoins en soins. En effet, le concept de besoin de soins apparaît difficilement objectivable et mesurable. Le colloque organisé par la CNAMTS et le CREDES autour de cette question¹² souligne ainsi les difficultés à évaluer les besoins qui ne sont pas synonymes de consommation, les économistes de la santé estimant qu'une partie de la demande soins est induite par l'offre.

L'URCAM Rhône-Alpes a cartographié des données pour l'offre et la consommation de soins dentaires. Pour l'année 2011, les indicateurs géolocalisés par canton sont les suivants :

- Consommation d'actes de chirurgiens-dentistes : le nombre d'habitants de la zone ayant consommé des actes dentaires et le nombre de bénéficiaires d'actes rapporté au nombre d'habitants,
- Activité moyenne des chirurgiens-dentistes : nombre total d'actes produits durant l'année par les dentistes actifs de la zone et le nombre moyen d'actes produits durant l'année par chirurgien-dentiste actif de la zone,
- La densité de chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants,
- L'attractivité et l'accessibilité des chirurgiens-dentistes : consommation intra zone (part d'actes dentaires consommés par les habitants de la zone auprès des chirurgiens-dentistes exerçant dans la même zone) et Pôle d'attractivité (commune où est pris en charge un maximum de bénéficiaires de la zone).

4. LES MESURES POUR REEQUILIBRER L'OFFRE SUR LE TERRITOIRE

Les politiques publiques qui visent à assurer un niveau d'offre adéquat aux besoins de la population et une répartition géographique satisfaisante des chirurgiens-dentistes s'appuient, en France, sur différentes mesures qui visent la profession, au moment de la formation initiale, pendant la période de recrutement et d'arrivée sur le marché du travail (au moment de l'installation) et par la suite pour le maintien dans un territoire.

Dès 1971, l'application d'un *numerus clausus*¹³ a eu pour objectif de réguler le nombre de praticiens en activité en prenant en compte les besoins en termes d'offre de soins dentaires. En hausse depuis 2002, notamment dans les facultés de régions à faible densité de praticiens, il était fixé à 1200 en 2012 au niveau national et à 52 pour la faculté de Lyon. Le *numerus clausus* n'a cependant qu'un impact limité sur la répartition des professionnels entre zones urbaines et rurales.

Plus récemment, des mesures incitatives ont été mises en place, par l'Etat, certaines collectivités territoriales et facultés afin de favoriser l'installation de praticiens dans les zones sous dotées en chirurgiens-dentistes et lutter contre les déserts médicaux : soutien à l'exercice regroupé, bourses d'études, aides financières diverses et adaptation de la formation médicale.

¹² Ibid.

¹³ Détermine chaque année le nombre de places offertes en deuxième année d'odontologie.

4.1. Les mesures existantes

Plusieurs mesures d'aide à l'installation des jeunes chirurgiens-dentistes sont repérées :

- Les mesures favorisant les organisations novatrices telles que les Maisons et Pôles de Santé Pluriprofessionnels : aides financières au montage du projet et à l'investissement. Ces structures regroupent des professionnels de santé (médecins et professionnels de santé paramédicaux) qui exercent des activités de soins et peuvent participer à des actions de santé publique dans le cadre d'un projet de santé respectant le cahier des charges national).
- Les aides financières à l'installation et au maintien des professionnels de santé. Les différentes aides financières sont recensées sur une plateforme d'appui aux professionnels de santé¹⁴ (PAPS) dans chaque région.
- Le « Contrat incitatif chirurgien-dentiste » : option conventionnelle pour favoriser l'installation et le maintien des chirurgiens dentistes en zones « très sous dotées »¹⁵ qui prévoit une participation aux cotisations d'allocations familiales (5,4% pendant 3 ans) et à l'équipement du cabinet (15000 euros) en cas d'installation en zone très sous dotée. En Rhône-Alpes, les chirurgiens-dentistes n'en bénéficient pas à l'heure actuelle puisque la liste des zones très sous dotée n'a pas encore été publiée.
- Les exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale pendant 12 mois pour l'embauche d'un salarié et certains avantages fiscaux (exonération sur les bénéfices dégressive dans le temps, exonération de cotisation foncière, de taxe foncière) pour des cabinets situés en zone de revitalisation rurale (ZRR), Zone Franche Urbaine (ZFU) ou Zone de Redynamisation Urbaine (ZRU).
- Les bourses d'études : certaines collectivités territoriales, comme le conseil général de la Manche, ont mis en place un système de bourses d'étude ou de stage contre l'engagement de s'installer pour une durée limitée dans une zone sous dotée.
- L'adaptation de la formation médicale : afin de favoriser l'intérêt des étudiants d'odontologie et de favoriser leur maintien dans ces zones sous dotées, certaines facultés comme celle de Lille délocalisent les lieux de formation initiale et/ou de stage dans ces territoires, adaptent la formation aux conditions d'exercice particulières et mettent en place un système de parrainage entre étudiants et praticiens libéraux.

4.2. Les mesures à venir

En décembre 2012, la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé a annoncé la mise en place du Pacte Territoires Santé dont l'objectif est de garantir l'accès à des soins de qualité pour tous les français sur l'ensemble du territoire. Celui-ci prévoit notamment la mise en place de bourses d'engagement de service publics¹⁶ ouvertes aux étudiants d'odontologie (dispositif proche des Contrats d'Engagement de Service Public pour les médecins généralistes). Il s'agit de l'allocation d'une bourse mensuelle contre l'engagement d'exercer dans une zone « sous dotée », la durée d'engagement étant égale à celle de versement de la bourse et de deux ans minimum. Ce pacte prévoit également le développement du travail en équipe¹⁷ : centres, maisons ou pôle de santé pluriprofessionnels avec un forfait pour un volet de santé publique : prévention, éducation thérapeutique.

¹⁴ PAPS consultable sur internet : www.nomdelaregionpaps.sante.fr

¹⁵ Avenant n°2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens dentistes et l'assurance maladie, signé le 16 avril 2012.

¹⁶ Pacte Territoire Santé engagement n°2

¹⁷ Pacte Territoire Santé engagement n°2

4.3. Les mesures adoptées dans d'autres pays

Confrontés à ce même problème de l'inégale répartition des professionnels de santé sur leur territoire, un certain nombre de pays ont mis en place des mesures pour favoriser leur meilleure répartition géographique.

Bourgueil, Mousques, Tajahmadi¹⁸, ont réalisé une revue de la littérature internationale concernant l'impact de ces mesures. Celle-ci nous enseigne que les incitations financières à l'installation et à la rétention de professionnels, largement répandues, auraient un impact limité à court terme et très faible à long terme pour un bénéfique coût-résultat discuté.

En ce qui concerne les mesures visant la formation initiale, leur impact serait hétérogène. Si les bourses d'étude avec obligation de service ont un réel impact à court terme il semble plus incertain à moyen et long terme (rachat des bourses, départ après la fin de l'obligation de service). A l'inverse, les réformes concernant le mode de sélection des étudiants (profils les plus à même de s'installer en zone rurale) et le contenu de la formation (adaptée aux futures conditions d'exercice) semblent plus prometteuses.

Par ailleurs, les auteurs relèvent certains éléments à prendre en compte afin d'accroître l'efficacité des politiques visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé :

- Déterminer si l'inégale répartition des professionnels de santé est un problème et quel est son impact (en terme d'état de santé, d'accès aux soins, de satisfaction des usagers...)
- Destiner la politique en priorité aux collectivités locales ayant fait une démarche en ce sens, car il n'existe pas de méthode absolument fiable pour calculer les besoins ;
- Coordonner au niveau local et national les mesures afin d'éviter la concurrence entre territoires
- Prendre en compte « la force de travail » en santé de manière globale en envisageant une organisation différente des rôles entre les différentes professions. Les démarches mixtes semblent être les plus efficaces et c'est ce qui semble être constaté aux Etats-Unis avec des restrictions à l'installation, des incitations financières et en nature ainsi que des mesures liées à l'éducation.
- Aménager le mode de rémunération (complémentaire au paiement à l'acte).
- Evaluer régulièrement la politique adoptée

5. LA PROFESSION DE CHIRURGIEN-DENTISTE : FORMATION, CONDITIONS D'EXERCICE, SPECIFICITES DU METIER

5.1. Formation

5.1.1. Formation initiale théorique et pratique de 6 années

La profession de chirurgien-dentiste est réglementée et l'enregistrement auprès du Conseil de l'Ordre du département est nécessaire pour exercer.

Le cursus des études en odontologie dure actuellement 6 années. A l'issue de la première année commune aux études de santé (PACES), un concours conditionne l'accès aux différentes filières et les étudiants choisissent de s'inscrire en médecine, chirurgie dentaire, maïeutique, pharmacie ou kinésithérapie, selon leur rang de classement, leurs aspirations et les places disponibles dans l'une de ces

¹⁸ Bourgueil, Mousques, Tajahmadi. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. IRDES 2006

filières (Cf. numerus clausus). En France, 16 facultés d'odontologie, dont une à Lyon, assurent la formation des chirurgiens-dentistes. Celle-ci est basée sur des enseignements théoriques et pratiques avec des travaux pratiques, des vacations et autres stages en centres de soins, cabinets ou services hospitaliers. Au cours de la sixième année, les étudiants en odontologie effectuent un stage actif d'initiation à la vie professionnelle d'une durée minimale de 200 heures, chez un chirurgien-dentiste. Le Diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire est validé par la soutenance d'une thèse. Depuis 2012, trois spécialités sont reconnues, il s'agit de l'orthopédie dento-faciale (ou orthodontie), la chirurgie orale et la médecine bucco-dentaire. Ces spécialités se préparent en 3 ou 4 ans et sont accessibles sur concours (internat) à l'issue de la 5^{ème} ou de la 6^{ème} année.

5.1.2. Formation continue obligatoire

La formation continue est une obligation pour les praticiens, celle-ci porte sur les compétences en santé et vise à assurer la bonne diffusion des protocoles et donc la qualité des soins. La loi HPST de 2009 a introduit le principe de développement professionnel obligatoire pour les professionnels de santé. Depuis le 1er janvier 2013, chaque praticien, libéral et/ou salarié, doit suivre au moins un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) par an. Celui-ci repose sur l'analyse des pratiques et l'acquisition de connaissances (journées de formation en présentiel ou e-learning). Ce dispositif est géré par L'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC), composé de représentants de l'Etat et de l'Assurance Maladie (UNCAM). A ses côtés, les commissions scientifiques indépendantes (CSI), une par profession, valident les formations correspondant bien aux orientations de l'OGDPC et évaluent les organismes de formation. Les Ordres contrôlent le respect de l'obligation de DPC par les professionnels de santé et les URPS assurent la promotion du DPC.

5.2. Mode, conditions et type d'exercice

5.2.1. Cabinet libéral et tendance à l'exercice groupé

Même s'il reste minoritaire, on observe une progression du salariat qui, en 2012, concernait 9,7% des chirurgiens-dentistes. Ces salariés exercent à l'hôpital, en centres de santé, dans des établissements de soins et prévention, dans les organismes de sécurité sociale (centres dentaires CPAM) ou encore dans des cabinets de ville.

L'exercice en cabinet libéral est très largement majoritaire dans la profession (90,5%) et les cabinets de groupe, avec un à deux associés se répandent : en 2012, 45,9% des praticiens libéraux exerçaient en cabinet de groupe ou en société. L'exercice regroupé permet le partage de charges et d'expérience entre les associés (les collaborations étant plutôt le fait de jeunes praticiens désireux d'acquérir de l'expérience avant de s'installer seul ou avec un associé).

Parallèlement, on constate également une tendance à employer du personnel et notamment des assistants dentaires qui réalisent des tâches administrative, d'accueil, de stérilisation du matériel et jusqu'à l'assistance au fauteuil (mais pas de délégation de tâches pour l'intervention en bouche).

5.2.2. Diminution du temps de travail

L'étude de Rigal et Micheau¹⁹, rapporte que les représentants de la profession considèrent que les jeunes praticiens ont tendance à travailler moins que l'ancienne génération.

Le rapport de l'Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales sur les cabinets dentaires²⁰ note toutefois que cette réduction du temps de travail annuel, et tout au long de la carrière des praticiens par rapport aux générations précédentes, est à mettre en parallèle avec l'augmentation importante de la productivité horaire des praticiens rendue possible par l'optimisation de l'organisation du cabinet (notamment grâce à l'embauche d'un assistant dentaire), le perfectionnement des protocoles de soins et le progrès des techniques et des matériaux (notamment l'anesthésie).

5.2.3. Omnipratique et soins techniques

Certains chirurgiens-dentistes se forment et réalisent, dans le cadre de l'omnipratique, des soins d'orthodontie, de parodontologie et d'implantologie. Certains praticiens, et notamment dans les jeunes générations, seraient attirés par des modes d'exercices orientés vers l'orthodontie, la parodontie, l'implantologie ou encore les actes esthétiques, plus prestigieux au niveau technique et plus rémunérateurs, au détriment de l'omnipratique.

5.2.4. Spécificités et contraintes du métier

Les enquêtes menées en France auprès des chirurgiens-dentistes et notamment l'étude de Rigal et Micheau réalisée pour l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé en 2007 mettent en avant certaines spécificités du métier de chirurgien-dentiste. De manière globale, les praticiens sont satisfaits d'exercer un métier utile, en mode libéral, comportant une importante dimension relationnelle avec les patients et ils sont enfin satisfaits de leur niveau de rémunération.

Ils soulignent cependant différentes contraintes de la profession. Le stress tout d'abord, car il s'agit d'un travail minutieux mais qui nécessite d'être rapide car le rythme des rendez-vous est soutenu (en moyenne une demi-heure par patient), mais aussi la gestion du stress des patients, qui ont peur de la douleur, du sang. Le poids de la gestion administrative et des normes techniques et réglementaires strictes pèse aussi sur ces praticiens, même si ces derniers les estiment nécessaires pour la sécurité du patient et la qualité des soins.

5.2.5. L'exercice en zone rurale

Dans le cadre de l'étude réalisée sur le métier de chirurgien-dentiste, Rigal et Micheau²¹ ont rencontré quelques praticiens exerçant dans des zones rurales. Les auteurs relèvent certaines spécificités de l'exercice en zone rurale telles que :

- Le manque de chirurgiens-dentistes qui a pour conséquence une demande de soins énorme
- La patientèle : de bonnes relations avec les patients qui seraient plus respectueux du praticien, plus « simples », moins pénibles.
- L'état de santé bucco-dentaire moins bon des patients : accès aux soins moins réguliers et davantage dictés par l'urgence
- Les praticiens gagneraient mieux leur vie et plus rapidement en rural car il n'y a pas de concurrence
- Le type de soins réalisés : des soins plus basiques et plus sophistiqués car les praticiens orienteraient moins hors du cabinet du fait de l'éloignement des recours (ressources hospitalières et spécialistes) et feraient donc davantage de choses eux-mêmes.

¹⁹ Rigal E, Micheau J. Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions. Cabinet Plein Sens. Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Septembre 2007

²⁰ Cabinets Dentaires de l'état des lieux à la prospective. Cabinet Pollen Conseil pour l'Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales. Juillet 2012

²¹ OP. cité p 14

- La gestion des interruptions d'activité (accidents, maladies, maternité) difficile de manière générale est encore plus problématique dans les zones rurales (difficulté à trouver des remplaçants)
- Les difficultés à revendre son cabinet lors du départ à la retraite

5.2.6. L'exercice par les femmes

Dans le contexte de féminisation de la profession, il est devenu indispensable d'étudier les spécificités de l'exercice du métier par les femmes. Marasse²², met en avant certaines spécificités de l'exercice chez les femmes :

- Elles exercent à mi-temps pour une grande majorité d'entre-elles
- Elles exercent plus souvent en tant que collaboratrices (13% contre 6% chez les hommes) qu'en tant que titulaires ou associées
- Elles travaillent moins que leurs confrères masculins : en moyenne, une demi-journée de travail en moins par semaine
- Elles connaissent une ou des interruptions au cours de leur vie professionnelle (accouchement, garde d'un enfant en bas âge)
- Elles perçoivent environ 30% d'honoraires en moins que leurs confrères masculins
- Elles ont une pratique davantage tournée vers la prévention et la restauration au détriment des actes chirurgicaux et prothétiques
- Elles accordent moins d'importance à leur déroulement de carrière si elles ne sont pas chef de famille.

5.2.7. Le point de vue des étudiants

Rigal et Micheau²³ ont également interviewé des étudiants au sujet de leurs premières années d'exercice et de leur stratégie d'installation. Il en ressort les éléments suivants :

- Les étudiants sont satisfaits de leur formation mais manquent de préparation à la gestion d'un cabinet. Ils envisagent dans leurs premières années d'exercice de faire d'abord des remplacements et des collaborations puis de développer leurs projets qui dépendront aussi des opportunités. Si la préférence va à l'exercice en libéral, le salariat est envisageable.
- Une tendance très forte pour le cabinet de groupe : les jeunes souhaitent moins travailler seuls que leurs aînés.
- Le lieu d'installation : les étudiants sont peu nombreux à avoir une idée précise du territoire où ils veulent s'installer mais ils ont des critères rédhibitoires du type « pas en ville », « pas à la campagne » et globalement ils ne désirent ne pas s'éloigner de la faculté.
- La démographie professionnelle : les étudiants savent que des disparités géographiques existent mais ne savent pas comment elles se répartissent et surtout ils ne se sentent pas concernés individuellement par ce problème d'inégalités géographiques et n'envisagent pas de choisir leur lieu d'installation en fonction des problèmes de démographie professionnelle.

Concernant plus spécifiquement les étudiants en chirurgie dentaire de Lyon, Ventura²⁴ a mené une enquête réalisée auprès d'étudiants de 6^{ème} année. Il apparaît qu'une très grande majorité des répondants souhaitent exercer en tant que libéral (95%), avoir une activité d'omnipraticien (79%), en zone périurbaine (60% contre 11% en zone urbaine et 20% en rural). Enfin, les 4/5^{èmes} des étudiants ne connaissaient pas les mesures incitatives d'installation.

²² Source : Marrasse, la féminisation de la profession de chirurgien-dentiste aspects socio-économiques. Thèse de chirurgie dentaire, université Claude Bernard(Lyon), 2007.

²³ OP. Cité p 14

²⁴ Ventura J. Perspectives d'installation professionnelle à l'issue des études en chirurgie dentaire de Lyon. Thèse de chirurgie dentaire, université Claude Bernard(Lyon), 2012.

L'ENQUETE QUALITATIVE
AUPRES
DES CHIRURGIENS-DENTISTES DES
ZONES SOUS DOTEES
DE RHONE-ALPES

L'enquête qualitative auprès des chirurgiens-dentistes exerçant dans des zones sous dotées de la région Rhône-Alpes s'est déroulée de fin avril 2013 à début novembre 2013.

Une première phase a été menée par entretiens semi-directifs approfondis, en face-à-face (au cabinet des praticiens) ou par téléphone, d'une durée variant entre une heure et deux heures. **18 personnes ont été interviewées au total, parmi lesquelles se trouvaient 3 femmes.**

Une seconde phase a clôt le volet qualitatif, qui a été réalisé par entretiens collectifs dans chaque départements de la région. Chaque entretien a été d'une durée variant entre 2h 30 et 3h. Lors de ces entretiens, nous avons rencontré :

- 5 personnes en Ardèche (dont une également interviewée individuellement)
- 8 personnes dans la Drôme
- 7 personnes en Isère
- 7 personnes dans l'Ain
- 4 personnes en Savoie (dont une également interviewée individuellement)
- 5 personnes en Haute-Savoie
- 8 personnes dans la Loire
- 6 personnes dans le Rhône (dont une également interviewée individuellement)

Soit au total 50 personnes, parmi lesquelles se trouvaient 17 femmes.

La plupart des personnes interviewées étaient en milieu ou en fin de carrière : elles avaient plus de 50 ans. Seules 4 des personnes interrogées se sont installées depuis moins de 10 ans.

L'anonymat a été garanti à toutes les personnes qui ont été interviewées, que ce soit en entretiens individuels ou collectifs.

La synthèse de l'ensemble de ces entretiens, individuels et collectifs, est présentée dans le présent chapitre, où sont abordés tous les thèmes sur lesquels les chirurgiens-dentistes ont été interviewés.

1. L'INSTALLATION

1.1. Le choix de la profession de chirurgien-dentiste

Plus de la moitié des personnes qui ont été interviewées ont aujourd'hui plus de 50 ans, ce qui signifie que ces personnes ont démarré leur activité professionnelle il y a en moyenne de 20 à 30 ans.

La majorité des personnes que nous avons interviewées se sont engagées dans des études de médecine, pensant initialement exercer comme médecin, ou du moins dans une profession de santé. Tous savaient qu'ils souhaitaient soigner et avoir un contact avec les patients.

Seule une minorité d'interviewés avait, dès le début de ses études, le souhait de devenir chirurgien-dentiste.

C'est au regard de leur classement au concours que la grande majorité a donc fait le choix de poursuivre ses études en odontologie. Plusieurs des personnes interviewées ont souligné que le côté « manuel » de cette profession était très satisfaisant pour eux, et qu'il venait équilibrer, compléter un aspect plus « intellectuel ».

Notons qu'aucune des personnes que nous avons rencontrées n'a regretté d'avoir embrassé cette carrière : des plus jeunes au plus âgés, tous disent continuer à aimer ce métier, parfois malgré le stress qu'il peut engendrer.

Parallèlement à ce choix de métier, plusieurs personnes ont également affirmé qu'elles avaient été d'emblée attirées par le statut libéral. Hommes ou femmes, ce statut leur est apparu comme une garantie de liberté, en phase avec leur personnalité :

« Je ne suis pas faite pour avoir un patron »

« Je déteste la hiérarchie. »

« Je voulais être indépendant. »

Plusieurs des personnes interviewées ont signalé que parmi leurs proches se trouvaient des professionnels de santé libéraux (médecins ou chirurgiens-dentistes) qui les avaient soutenus ou du moins inspirés dans leur choix.

Au-delà du souhait d'exercer en tant que professionnel libéral et de bien vivre de ce métier, il ne semble pas qu'il y ait eu des attentes très précises par rapport à cette profession, ou par rapport à l'articulation entre vie personnelle et vie professionnelle. Pour de nombreux interviewés actuellement en fin de carrière, il s'agissait avant tout, au début de leurs parcours, d'avoir des patients, du travail.

1.2. Le choix du territoire d'installation

1.2.1. Le goût pour le territoire et la proximité avec la famille

Les personnes interviewées ont effectué leurs études à proximité, ou du moins dans la plus grande proximité possible, par rapport au territoire de résidence de leur famille et notamment de leurs parents. Ainsi, la plupart des personnes interviewées pour cette étude ont effectué leurs études d'odontologie à

Lyon, et il semblait pour beaucoup, a minima, évident qu'elles resteraient dans le département où demeurait leur famille. Cependant, quelques exceptions sont à noter, pour des personnes qui ont choisi de quitter leur région d'origine, après leurs études, pour venir s'installer en Rhône-Alpes, et ce pour deux raisons principalement :

- s'installer dans une région plus ensoleillée, avec un réel potentiel de patients, sans trop s'éloigner de leur région d'origine (moitié Nord de la France)
- s'installer dans un territoire où il y avait moins de concurrence (que sur la côte méditerranéenne ou dans certaines villes, par exemple) et un bon potentiel de patientèle. Quelques uns ont ainsi réalisé une véritable petite « étude de marché » afin de repérer le potentiel de patientèle, l'offre locale de chirurgiens-dentistes, les tarifs immobiliers, la structure du bassin d'emploi local, etc. Et c'est à l'issue de cette « étude » qu'ils se sont installés sur ce territoire.

Enfin, on notera que certaines des personnes que nous avons interviewées sont venues en Rhône-Alpes plus tard dans leur carrière par goût pour certains territoires (notamment la montagne) mais aussi quelquefois du fait d'une lassitude par rapport à leur région d'origine, ou encore à la suite d'un divorce, pour se rapprocher de leur ex-conjoint et faciliter ainsi le maintien du lien avec les enfants issus du couple. Cependant, ces exemples restent rares dans notre échantillon.

Parmi les personnes interviewées, originaires de Rhône-Alpes, on repère,

- ceux qui voulaient absolument s'installer dans leur territoire d'origine pour être au plus près de leur famille, avant tout (ou de celle de leur conjoint), qui sont majoritaires
- ceux qui voulaient absolument s'installer dans un territoire par attachement et goût pour ce territoire autant que pour être près de leur famille.

1.2.2. Vouloir vivre « à la campagne » : « *aimer la nature* » est important

Il est important de préciser que la grande majorité des personnes interviewées sont nées et ont vécu à la campagne pendant leur enfance : beaucoup d'entre elles n'ont jamais envisagé de s'installer en ville, bien qu'elles aient vécu en ville pendant la durée de leurs études.

A l'inverse, certains chirurgiens-dentistes ayant exercé en zone urbaine, et notamment dans des quartiers mixtes ou défavorisés, ont préféré s'installer dans une zone rurale, après parfois 10 ans d'exercice.

Enfin, sur l'ensemble des personnes interviewées, cinq habitent aujourd'hui dans la ville-centre du département (dotée a minima d'un lycée d'enseignement général) ou dans la périphérie de celle-ci, mais exercent en zone rurale, par choix de vie et par goût. En tout état de cause, aucune des personnes interviewées n'a émis de regret concernant le fait d'exercer en zone rurale, tant au niveau du territoire que des relations avec les patients, même si certains points négatifs ont été soulignés en termes de conditions d'exercice ou de rémunération sur lesquels nous reviendront plus loin.

On note également que certaines personnes ont eu un parcours « long » (une minorité parmi les personnes que nous avons rencontrées) et d'autres un parcours « court ». Ainsi, certaines personnes ont eu plusieurs expériences de collaboration avant de s'installer dans leur cabinet, dans la région et ailleurs, alors que d'autres n'ont fait que quelques remplacements, ou encore ont directement travaillé, après leurs études, avec un membre de leur famille ou un ami.

Dans certains cas, c'est au cours de l'un de ses remplacements ou collaborations qu'un territoire a été découvert et a finalement « séduit » le chirurgien-dentiste, mais cela s'est souvent produit au sein d'une zone plus vaste où la personne souhaitait déjà exercer.

La majorité des personnes que nous avons interviewées exercent en zone rurale et vivent en zone rurale. Il s'agit donc à la fois d'un choix en termes de vie professionnelle et de vie personnelle et la plupart de ces personnes a souligné qu'il valait mieux « *aimer la nature* » pour s'installer à la campagne. Le goût pour les activités de plein air, le fait de vivre en maison individuelle avec un grand jardin, la crainte des contraintes

urbaines (embouteillages, bruit, foule,...) constituaient des critères importants en termes de qualité de vie attendue au niveau personnel.

1.2.3. Un conjoint « adapté » à la campagne

De nombreux chirurgiens-dentistes interviewés ont souligné qu'il est très important, lorsque l'on souhaite s'installer en zone rurale, d'avoir un conjoint qui s'adapte complètement à ce choix, soit parce que le conjoint a lui-même vécu en zone rurale et y a sa famille, soit parce qu'il peut exercer son activité professionnelle en zone rurale, ou du moins dans une ville-centre proche du cabinet d'exercice du chirurgien-dentiste.

Ainsi, le conjoint joue un rôle très important dans ce choix. Plusieurs des chirurgiens-dentistes interviewés qui ont vécu un divorce expliquent ainsi que leur conjointe ne s'est pas « adaptée » au territoire choisi, même parfois après plusieurs années de vie sur ledit territoire et qu'au-delà des questions personnelles, ces conjointes sont pour la plupart parties en ville, après cette expérience de vie en zone rurale.

On notera que pour une grande partie des personnes interviewées, ce sont le plus souvent les conjointes qui ont suivi leur époux chirurgien-dentiste. Dans une minorité de situation, c'est la femme chirurgien-dentiste qui s'est rapprochée de son conjoint, qui avait une autre profession. Si ces cas sont minoritaires aujourd'hui, ils se développeront peut-être à l'avenir, compte-tenu de la féminisation de la profession.

On notera qu'il semble que certaines professions permettent plus facilement un choix de vie en zone rurale pour le conjoint :

- les professions de santé, notamment dans un exercice libéral : médecin, infirmière, kinésithérapeute, psychologue... et chirurgien-dentiste,
- la banque, les assurances, du fait de l'implantation locale d'agences : agences bancaires, agents généraux,
- les professions liées à la production agricole

On notera que dans la plupart des cas, le couple (le premier couple dans le parcours de vie) s'était formé avant l'installation en zone rurale.

1.2.4. Le potentiel de patientèle du territoire : nombre et impact sur les revenus

Si les questions d'ordre personnel (goût pour le territoire, proximité de la famille) ont été souvent déterminantes dans le choix du territoire d'installation, le potentiel de patientèle du territoire a également souvent été mis en avant par les chirurgiens-dentistes, comme un critère très important.

Pour certains, il s'agissait toutefois d'un critère majeur, notamment pour les personnes qui se sont installées il y a une trentaine d'années, à une époque où le numérisé clausus pour les diplômés d'odontologie était bien moins restrictif qu'aujourd'hui et où la concurrence entre chirurgiens-dentistes était plus vive.

L'inquiétude à l'époque était alors « *d'attendre près du téléphone* » que des patients se manifestent pour avoir un rendez-vous. Si cela a été le cas pour quelques uns des chirurgiens-dentistes que nous avons interviewés, la grande majorité a cependant très rapidement trouvé sa patientèle, notamment lorsqu'ils reprenaient un cabinet, ou lorsqu'ils s'associaient avec un chirurgien-dentiste déjà installé.

Néanmoins, de nombreux-chirurgiens dentistes ont souligné qu'il n'y avait rien d'évident dans le fait de se constituer une patientèle et qu'il fallait beaucoup travailler à la fois pour asseoir sa réputation professionnelle et fidéliser la patientèle... Sans compter les emprunts à rembourser pour ceux qui ont repris ou créé un cabinet et acheté ou renouvelé le matériel, emprunts qui créent une pression économique très importante sur les chirurgiens pendant les premières années d'exercice.

Le critère du potentiel de patientèle était également présent dans le choix d'installation des chirurgiens-dentistes les plus jeunes que nous avons rencontrés. Certains ont ainsi bien examiné la situation de concurrence locale avant d'opter pour un territoire, et ce même si le numérus clausus actuel a réduit la pression qui pouvait exister pour les générations précédentes.

1.3. Zone sous dotée = zone rurale ?... Mais qu'est-ce qu'une zone rurale ?

La quasi-totalité des personnes que nous avons interviewées exercent dans des zones rurales, c'est-à-dire dans des communes ayant moins de 6000 habitants. Les premières informations émanant de l'Assurance-Maladie à partir desquelles nous avons travaillé montraient d'ailleurs que c'était bien dans des zones rurales que se trouvaient les sous dotées et très sous dotées de Rhône-Alpes.

1.3.1. Les zones urbaines défavorisées : parfois un ressenti de sous dotation, malgré la proximité de multiples ressources

Nous avons cependant souhaité vérifier si la notion de sous dotation pouvait, au moins en partie, s'appliquer à des zones urbaines. Nous avons ainsi interviewé 3 personnes qui exercent actuellement en zone urbaine, et plus particulièrement dans des zones urbaines défavorisées (classées dans la géographie prioritaire de la Politique de la Ville). Ces territoires urbains se trouvent toujours à proximité d'une offre relativement importante, concentrée en centre-ville. Néanmoins, certaines villes, même parmi les plus importantes au plan démographique de la région Rhône-Alpes, sont confrontées au départ de chirurgiens-dentistes qui prennent leur retraite sans être remplacés, ce qui accroît la pression de la demande sur les praticiens en exercice. Au-delà de ce constat, les chirurgiens-dentistes exerçant dans ces zones signalent que leurs patients sont finalement peu mobiles et vont peu se faire soigner en centre-ville, pour des raisons de distance perçue, mais aussi parce qu'ils sont fidèles à « leur dentiste ». De ce fait, certains de ces chirurgiens-dentistes sont confrontés à des demandes très importantes, y compris en termes « d'urgences » et ne peuvent pas toujours accepter de nouveaux patients. Ces praticiens peuvent ainsi travailler dans des conditions où ils sont « saturés » de patients, alors qu'ils sont en zone urbaine, et qu'il y a plusieurs confrères exerçant dans leur bassin de vie.

Il y a donc probablement une vigilance à avoir concernant les cabinets situés dans les zones urbaines défavorisées qui peuvent officiellement se trouver dans un bassin de vie bien doté voire, sur doté, mais qui localement peuvent être soumis à des pressions de la patientèle comparables à celles qui peuvent exister en certaines zones rurales, à la fois en termes de nombre et de besoins.

On notera enfin que l'exercice dans les zones défavorisées urbaines, outre la pression de la patientèle qui peut être comparable à celle d'une zone rurale, semble être extrêmement clivant. Si certains praticiens apprécient le contact avec la patientèle (qu'ils jugent plutôt fidèle et reconnaissante pour les soins reçus), d'autres à l'inverse ont quitté ces zones après plusieurs années d'exercice, notamment du fait de leur patientèle qu'ils jugeaient difficile (non respect des rendez-vous, ...).

1.3.2. Toutes les zones rurales ne sont pas identiques

Cet élément est également important à souligner et il a été largement mis en exergue par les praticiens interviewés. En effet, au-delà des critères de sous dotation qui définissent actuellement les territoires, d'autres spécificités allègent ou au contraire renforcent le sentiment - et le vécu - de sous dotation, ou tout simplement de zone difficile pour exercer dans les territoires ruraux. Ces éléments sont les suivants :

- La proximité avec la ville-centre (qui possède a minima un lycée). Plus cette ville-centre et ses ressources sont proches, moins les chirurgiens-dentistes se sentent dans une zone sous dotée. Même s'ils ont des demandes importantes, et ce d'autant plus que la vie quotidienne est facilitée, notamment lorsque la famille compte des adolescents qui vont au collège ou au lycée.

On notera à cet égard que les zones de montagne éloignées des ville-centre et concernées par de fortes intempéries en hiver (neige, gel) renforcent le sentiment de « vivre à la campagne » et semblent requérir un goût prononcé pour « *la vie à la campagne* » et une certaine forme de « *tranquillité* » soulignée par les personnes interviewées.

- La proximité d'un axe routier (autoroute, voie rapide) qui facilite le lien avec la ville-centre. Là encore, un lien rapide avec des ressources urbaines (culturelles, scolaires, ...) est souligné comme facilitant la vie quotidienne, mais aussi comme un élément qui abaisse le sentiment d'être dans « *un désert* ».

Pour certains chirurgiens-dentistes, la distance aux ville-centre n'est pas un bon indicateur, et c'est vraiment la facilité de circulation sur un territoire qui doit être prise en compte :

« Il ne faut pas raisonner en termes de distances, mais de temps d'accès aux ressources »

Plusieurs interviewés ont insisté sur le fait que leurs confrères qui exercent en ville sont régulièrement confrontés aux problèmes des embouteillages. Même s'ils habitent près de leur cabinet, à proximité des ressources du centre-ville, ils peuvent perdre beaucoup de temps dans les transports, ce qui n'est pas le cas en zone rurale. Ils mettent ainsi en avant qu'ils peuvent atteindre différentes ressources plus rapidement qu'un urbain qui reste régulièrement bloqué dans les embouteillages.

- Le profil de la patientèle, notamment au niveau économique. Ainsi, dans certaines zones rurales plutôt défavorisées, les patients ont des ressources économiques limitées et des complémentaires santé « basiques ». La part de demandes de soins conservateurs est donc très importante et l'accès à des prothèses est très limité. Ce sont des territoires où, même si le volume de patients est important, les possibilités de réaliser des prothèses sont faibles ce qui, d'après les praticiens rencontrés, rend plus difficile l'équilibre financier du cabinet, et implique de recevoir beaucoup de patients pour « compenser » ce manque à gagner, qui peut créer ou aggraver un ressenti de sous dotation. Par ailleurs, certains praticiens ont souligné que, comme dans les zones urbaines défavorisées, les patients des territoires ruraux pauvres ont souvent des bouches très abîmées.

- A l'inverse, sur certains territoires ruraux socialement très mixtes ou proches de zones économiquement favorisées, les capacités économiques des patients peuvent être importantes, ce qui peut donner une certaine latitude aux praticiens, dans la gestion de leur patientèle et abaisser le ressenti de sous dotation.

On notera à cet égard que les profils économiques de la patientèle qui nous ont été décrits correspondent globalement à la dynamique des bassins d'emploi : les départements de l'est de la région Rhône-Alpes (Savoie, Haute-Savoie) étant plus favorisés au plan économique que les départements de l'ouest (Loire et Ardèche).

Enfin, selon les zones, la patientèle est elle-même plus ou moins « rurale ». Outre le fait que la part de la population active travaillant dans l'agriculture est aujourd'hui très faible, certains cabinets de zones sous dotées sont de facto largement utilisés par une patientèle urbaine ou du moins « ruraine » travaillant dans les secteurs secondaires et tertiaires.

1.3.3. Des zones rurales sous dotées, non ressenties comme telles par les chirurgiens-dentistes

Certains des chirurgiens-dentistes interviewés qui exercent en zones rurales se sont montrés étonnés que leur territoire soit classé comme zone sous dotée (réaction qui s'est confirmée dans les résultats de l'enquête par questionnaire, certains praticiens ne s'estimant pas en zone sous dotée).

Ce non-ressenti de sous dotation s'appuie sur deux éléments :

- la présence proche (dans un rayon de 10 km) de confrères

- le mode d'exercice des chirurgiens-dentistes. Certains ont ainsi souligné : « *tout est question d'organisation* »

Ainsi, certains praticiens confirment que la demande des patients est très importante et que le nombre de chirurgiens-dentistes est faible sur leur territoire, mais que cela n'engendre pas pour autant des conditions pénibles d'exercice. Ayant un mode d'exercice qui leur permet de « *résister à la pression* » ils sont plutôt satisfaits de leurs conditions d'exercice et ne souhaitent pas voir d'autres chirurgiens-dentistes s'installer à proximité.

Ainsi la sous dotation « officielle », n'est pas toujours perçue comme « réelle » par les chirurgiens dentistes, et lorsqu'elle est confirmée par ces derniers, elle n'est pas forcément ressentie comme un problème. Exercer en territoire sous doté n'est pas forcément vécu comme un problème, et c'est même finalement un avantage pour quelques praticiens qui ont une file active stable, dont ils sont satisfaits, et qu'ils n'augmentent pas, quelle que soit la pression du territoire.

A l'inverse, nous avons également repéré des chirurgiens-dentistes qui se sont installés dans des zones qui apparaissaient il y a quelques années comme bien dotées, à proximité de villes-centres, mais qui se sont transformées peu après : départ en retraite de plusieurs confrères, mais aussi expansion démographique du territoire (programmes immobiliers et rurbanisation de la zone) ont bouleversé la donne, parfois en moins d'un an. La pression de la demande s'est ainsi multipliée rapidement et certains chirurgiens-dentistes se sentent aujourd'hui en situation de saturation face à la demande des patients.

Il est donc important de souligner que la dotation d'un territoire, peut basculer relativement rapidement, du fait du non-renouvellement des praticiens qui partent en retraite, mais aussi du fait des changements démographiques qui peuvent intervenir et changer en peu de temps la configuration d'un territoire.

2. LES CONDITIONS ACTUELLES D'EXERCICE

2.1. Rythmes de travail

2.1.1. Temps de travail, temps de congés

Les chirurgiens-dentistes qui se sont installés il y a 20 ou 30 ans ont tous commencé en travaillant 5 jours voire 5,5 jours par semaine. Concurrence, emprunts à rembourser, patientèle à créer, à conserver et de toute façon à fidéliser, sont les éléments qui sont avancés pour expliquer une activité intense dans les premières années, voire le premier tiers de la carrière de ces personnes.

Pour beaucoup, les journées de présence au cabinet se sont réduites avec le temps : 4 jours, parfois 3 jours... Plusieurs des praticiens interrogés déclarent avoir un peu « levé le pied » après 55 ans, alors qu'ils commençaient à envisager la retraite.

Toutes les personnes interrogées disent travailler plus de huit heures par jour et finir tard le soir (après 19 heures). On repère cependant de fortes variations entre praticiens quant à l'organisation de leurs journées de travail. Certains ne s'arrêtent pas du tout pour déjeuner, mais d'autres (la majorité des personnes que nous avons rencontrées) font une pause pour déjeuner, et peuvent très souvent rentrer chez elles. Le fait que le cabinet et le domicile soient relativement peu éloignés et qu'il n'y ait jamais d'embouteillages en zone rurale facilite le retour au domicile pour le déjeuner. Un élément qui est décrit

par tous comme très important en termes de qualité de vie, et qui leur serait probablement inaccessible dans une grande ville.

Beaucoup de praticiens soulignent néanmoins que lorsqu'ils ne sont pas au cabinet, ils ont tout de même des tâches administratives à effectuer (plus ou moins importantes selon qu'ils aient ou non une secrétaire), qui peuvent occuper une partie de ce temps sans patients et que la part de « l'administratif » va croissant.

Globalement, et hormis les praticiens qui vivent dans un fort stress du fait de la demande des patients (sur lequel nous reviendrons plus loin), beaucoup se déclarent satisfaits par ce rythme de travail.

En termes de congés, les réponses des interviewés sont très variables. Globalement, beaucoup s'autorisent plus facilement à prendre plusieurs semaines de congés après 50 ans : ils peuvent prendre de 6 à 12 semaines de congés par an, mais il est difficile d'établir une typologie des profils en la matière. Certains peuvent s'absenter 5 semaines d'affilée, d'autres sont plus adeptes de la pause d'une semaine. Les périodes de congés semblent toujours plus réduites en début de carrière, période où il faut fidéliser la patientèle et, globalement, elles s'élargissent à l'approche de la retraite. On repère néanmoins des praticiens qui maintiennent un niveau d'activité très élevé tout au long de leur carrière par goût, et parce qu'ils ne veulent pas « *laisser tomber les patients* », qu'ils ne « *savent pas dire non* »... Ce qui peut d'ailleurs poser des problèmes en termes de vie familiale, mais aussi de santé comme l'ont souligné certains qui ont évoqué des problèmes de dos importants, voire des problèmes cardiaques.

On notera encore que très peu de praticiens se font remplacer durant leurs congés. Dans les cabinets où travaillent plusieurs chirurgiens-dentistes, une alternance est parfois mise en place pour que le cabinet soit toujours ouvert et que les chirurgiens-dentistes présents puissent traiter les urgences des confrères en congés, mais pas toujours.

Hormis cette alternance, très peu de pratiques de remplacement ont été repérées et ce d'autant plus que certains chirurgiens-dentistes ont renoncé à se faire remplacer après une mauvaise expérience à leur cabinet.

Avant de partir en congés, certains chirurgiens-dentistes donnent la liste des confrères présents dans un rayon de 10-15 km, mais cette pratique semble minoritaire.

Si certains chirurgiens-dentistes interviewés estiment que leurs patients se débrouillent très bien pendant leurs congés, en cas d'urgence, d'autres déclarent à l'inverse que le retour de congés est toujours un moment très pénible, les patients et les urgences s'étant accumulés pendant les jours d'absence.

2.1.2. Les spécificités de la pratique des femmes

La principale spécificité concernant les femmes est le congé maternité. Les femmes interviewées déclarent que de grands progrès ont été faits dans ce domaine. En effet, jusqu'à une période récente, les femmes chirurgiens-dentistes qui prenaient un congé maternité devaient financer presque entièrement elles-mêmes cette « mise entre parenthèse » de leur activité ». Aujourd'hui, les assurances qu'il est possible de contracter sont plus performantes et les femmes sont mieux couvertes pendant cette période de non-activité, au plan financier. Reste que pendant les semaines où elles sont absentes elles ne sont pas remplacées la plupart du temps, ce qui induit un risque de perte de patientèle. Plus le congé maternité est long, plus les patients seront tentés de se reporter, parfois définitivement, vers d'autres praticiens.

Ainsi, au-delà du manque à gagner provoqué par la suspension de l'activité, aujourd'hui mieux compensée par les assurances que les femmes peuvent souscrire, c'est le risque de perte de la patientèle qui est évoqué par les femmes que nous avons rencontrées. Pour éviter ce phénomène, les femmes auraient tendance à s'arrêter le moins longtemps possible avant l'accouchement, mais aussi après l'accouchement.

Le fait d'avoir des enfants explique que les femmes ont tendance, comme dans d'autres professions, à ne pas travailler le mercredi. Ceci étant, on constate que leurs confrères hommes interviewés travaillent pour

beaucoup moins de 5 jours par semaine, ce qui a été largement confirmé par l'enquête menée par questionnaires.

Plusieurs des femmes que nous avons interviewées ont par ailleurs déclaré qu'il avait été difficile de faire admettre aux hommes qu'il était important qu'ils cotisent pour financer les congés maternité et que beaucoup d'entre eux pensent encore que les femmes travaillent moins, alors que des chiffres nationaux montreraient au contraire que les femmes travaillent autant que leurs confrères masculins.

En ce qui concerne les personnes que nous avons rencontrées, il apparaît clairement que les femmes n'ont pas moins de temps de présence au cabinet et ne prennent pas davantage de jours de congés. Cependant, elles décrivent leur emploi du temps comme plus difficile que celui de leurs confrères, car elles disent qu'elles prennent bien plus en charge les soins aux enfants, notamment lorsqu'ils sont en bas-âge, que ne le font leurs conjoints. Par ailleurs, si en territoires ruraux les femmes ne semblent pas confrontées à des difficultés pour trouver des nourrices qui gardent leurs enfants, elles se retrouvent confrontées aux angoisses « classiques » des femmes qui travaillent et ont des enfants : temps disponible pour les enfants, horaires pour aller récupérer les enfants chez la nourrice, etc. Ainsi, être chirurgien-dentiste pour une femme n'est pas un élément particulièrement facilitant et elles ne sont pas mieux loties que les femmes cadres d'une manière générale. En effet, si leurs revenus leur permettent d'avoir facilement accès à une garde en nourrice, la crainte de perdre leur clientèle, notamment dans les premières années d'exercice, les encourage à maintenir un temps de présence important au cabinet et parfois à renoncer à passer autant de temps avec leurs enfants qu'elles le souhaiteraient.

Cette double contrainte, que l'on retrouve chez toutes les femmes qui travaillent, constitue donc un facteur de stress important pour les femmes chirurgiens-dentistes.

Enfin, certains des hommes chirurgiens-dentistes que nous avons interrogés (et notamment des personnes âgées de plus de 50 ans) ont le sentiment que leurs consœurs n'effectuent pas exactement le même travail : plus douces dans leurs gestes et peut-être plus empathiques avec la clientèle, elles auraient plus de difficultés à pratiquer certains actes qui nécessitent à la fois une certaine énergie physique et certaines prises de décision, comme par exemple les extractions. A l'inverse, les femmes chirurgiens-dentistes interviewées estiment qu'elles travaillent comme les hommes et qu'elles font les mêmes gestes et le même type de soins.

On notera encore que le fait que la profession de chirurgien-dentiste se féminise pose questions à certains des hommes que nous avons rencontrés :

- il leur semble plus difficile que les femmes soient intéressées par le fait de s'installer dans une zone rurale sous dotée, où la demande des patients est très importante et la charge de travail potentiellement conséquente (alors que les femmes chercheraient à travailler moins d'heures que les hommes),
- Compte-tenu de l'existence d'un numerus clausus très restreint, plus les femmes réussissent, moins les hommes réussissent, qui seraient plus volontaires pour s'installer en rural...

Les femmes interrogées ne partagent cependant pas ce point de vue : s'installer à la campagne ou en ville est d'abord selon elles, une question de goût, et cela n'est pas lié au fait de vouloir travailler plus ou moins.

2.2. Les soins dispensés : en zone rurale, l'omnipratique est la règle

Sans exception, les chirurgiens-dentistes interviewés déclarent qu'en zone rurale il faut être omnipraticien. Se spécialiser est relativement difficile, sauf peut-être dans les zones situées au sein de bassins économiques favorisés, et cela semble particulièrement vrai en ce qui concerne l'implantologie.

Il en va en revanche autrement en ce qui concerne l'orthodontie. En effet, et bien que nous n'ayons interviewé aucun praticien spécialisé dans ce domaine, quelques unes des personnes interviewées ont signalé qu'elles orientaient leurs patients nécessitant ce type d'intervention vers des confrères spécialisés

dans ce domaine, qui se trouvaient également en zone rurale. Mais cela ne semble cependant pas la règle : les orthodontistes semblent bien plus présents en ville.

En tout état de cause, l'ensemble des chirurgiens-dentistes rencontrés sont unanimes sur le fait que la part des soins conservateurs reste importante dans leur activité, car cela correspond à une forte demande de la patientèle. Certaines des personnes interviewées ont d'ailleurs souligné que l'état des bouches était en relative corrélation avec le profil économique du territoire :

- plus le territoire est économiquement défavorisé, plus les dentitions sont en mauvais état. La part des soins conservateurs sur les territoires ruraux « pauvres » peut donc être plus élevée comparativement à l'ensemble des zones rurales sous dotées.
- les anciens « *vrais ruraux* », « *durs à la peine* », « *qui ne s'écourent pas* » n'ont pas toujours eu de démarches de prévention concernant leurs dents au cours de leur existence. Aussi lorsqu'ils arrivent au cabinet dentaire, les soins à pratiquer peuvent être très importants.

Par ailleurs, la durée et l'organisation des soins varient aussi selon le profil des patients, comme cela semble d'ailleurs également être le cas en ville. Si dans les zones rurales mixtes ou favorisées il est possible de proposer des « plans de traitement » aux patients, cela semble beaucoup moins faisable dans les zones rurales défavorisées, où les patients ont des moyens économiques limités et globalement « *parent au plus pressé* », sans forcément pouvoir remettre leur bouche dans un bon état en plusieurs étapes planifiées.

Plusieurs des personnes interviewées ont cependant tenu à souligner que la règle de l'omnipratique ne signifiait pas que les soins conservateurs résumaient toute l'activité professionnelle : les prothèses se font partout, et comme partout permettent de « *faire vivre le cabinet* ». Par ailleurs, les praticiens constatent une hausse des demandes pour les implants, et plusieurs d'entre eux se sont formés dans ce domaine : « *on peut tout faire partout : on peut faire des implants en zones rurales* » est la conclusion de l'un d'entre eux, qui convient cependant qu'on ne saurait se spécialiser exclusivement en implantologie dans les territoires sous dotés, du moins pas à moyen terme.

Si l'omnipratique est donc la règle, le ciblage peut être plus restreint en ce qui concerne les publics accueillis et notamment les enfants. Certains chirurgiens-dentistes les prennent dès 2-3 ans alors que d'autres les acceptent plutôt vers 6 ans. En revanche, tous reçoivent des personnes âgées, et nombreux sont ceux qui évoquent les personnes handicapées, reçues au cabinet ou soignées en établissement. On notera ainsi que quelques uns des chirurgiens-dentistes interviewés se déplacent en maisons de retraite et également en établissement pour personnes handicapées, mais cela ne semble pas concerner la majorité des praticiens.

2.3. Prise de rendez-vous : des équilibres à trouver en zones sous dotées

De l'avis de tous les chirurgiens-dentistes que nous avons interrogés, qui confirment avoir le sentiment d'exercer dans une zone sous dotée, deux éléments caractérisent principalement ces zones au niveau des demandes :

- les demandes de rendez-vous non urgentes sont très importantes
- les demandes pour des urgences sont aussi très importantes.

Tous les chirurgiens-dentistes nous disent qu'il y a globalement une très forte demande à laquelle ils n'arrivent pas à répondre, et à chaque fois qu'un de leur confrère, dans un périmètre de 10 à 20 km, prend sa retraite sans être remplacé, la demande redouble et la pression se fait plus forte sur ceux qui continuent à exercer sur le territoire.

Les chirurgiens-dentistes interviewés se rendent compte que certains patients n'arrivent pas à trouver un chirurgien-dentiste pour résoudre leur problème urgence à un moment donné, et qu'ils n'arrivent pas

non plus à trouver un praticien qui puisse les suivre sur la longue durée. Ils constatent que les patients doivent parfois appeler de très nombreux chirurgiens-dentistes, dans un périmètre géographique de plus en plus large, avant d'être enfin reçus pour une urgence ou d'être accepté comme patient par un praticien. D'après certains des chirurgiens-dentistes interviewés, cette situation est aggravée du fait que tous les hôpitaux publics ne traitent pas les urgences dentaires. Les praticiens rencontrés sont donc bien conscients qu'il devient très difficile voire impossible pour certains patients d'être soignés et suivis dans leur bassin de vie.

Face à ces demandes très importantes, on repère globalement deux modèles de travail possibles : accepter la plus grande partie des demandes, ou n'accepter que certaines demandes et résister à la pression.

2.3.1. Accepter toutes les demandes

Certains chirurgiens-dentistes que nous avons rencontrés affirment qu'ils essaient de répondre à toutes les demandes, et cela peut correspondre à deux profils de personnes :

- Certains jeunes chirurgiens-dentistes qui débutent et sont en train de se constituer une patientèle, après avoir créé ou racheté un cabinet :

« Au début, il ne faut pas résister aux urgences : je les prends tous »

Il s'agit pour ces jeunes praticiens de se créer une patientèle et de la fidéliser, car même en zone sous dotée, lorsque les patients ont les moyens d'être relativement mobiles, ils peuvent se tourner vers des « concurrents », selon le mot employé par certains praticiens. Accepter une grande partie des demandes est ainsi un bon moyen de devenir incontournable sur un territoire. Ainsi, malgré la sous dotation et le numéris clausus restreint, certains chirurgiens-dentistes craignent que leur patientèle ne soit en quelque sorte « grignotée » par des concurrents. Mais au-delà de toutes ces considérations, « dire non » à des personnes qui souhaitent prendre un rendez-vous peut être très pénible pour certains praticiens qui ont alors le sentiment de manquer à leur devoir de professionnels de santé. Même s'ils ont une secrétaire qui a pour mission de répondre au téléphone, le simple fait d'entendre le téléphone sonner toute la journée crée une pression insupportable pour certains chirurgiens-dentistes, qui se sentent « débordés », « envahis », et parfois même au bord du « burn-out ».

- D'autres chirurgiens-dentistes, installés depuis 20 ans ou plus sur leur territoire, qui acceptent la plupart des demandes parce qu'ils estiment que c'est leur devoir et qu'ils sont « là pour ça » :

« Moi, je ne peux pas dire non. On est quand même là pour soigner les gens. Un patient qui souffre, je ne peux pas le laisser comme ça. »

Ces personnes sont celles qui passent le plus de temps au cabinet, y compris le samedi matin (parfois jusqu'à 14 h ou 15 h) tout en recevant un nombre important de patients par jour (plus de 15). Outre le fait que ces chirurgiens-dentistes ont un agenda extrêmement chargé et un rythme de travail intense qui peut se révéler très fatigant physiquement (plusieurs ont ainsi évoqué d'importants problèmes de dos, mais aussi des ennuis cardiaques, qu'ils imputent à ce rythme de vie), la vie familiale peut également être rendue difficile par ce rythme d'activité... Enfin, le fait de devoir parfois, malgré tout, refuser certaines demandes peut aussi constituer une source de frustration importante.

Malgré ces difficultés, certains de ces chirurgiens-dentistes persistent à travailler de cette façon, par impossibilité à fonctionner autrement plus que par nécessité économique, leur patientèle étant constituée depuis longtemps.

2.3.2. Trier les demandes, résister à la pression

A l'inverse, d'autres chirurgiens-dentistes qui se trouvent dans des zones où il y a une très forte demande ont mis en place une organisation qui leur permet de n'accepter qu'un certain nombre de patients.

Cette organisation repose sur deux piliers essentiels :

- ne plus accepter de nouveaux patients
- ne prendre que les « véritables » urgences, qui se reconnaissent aux réponses obtenues après quelques questions posées au téléphone par la secrétaire (symptômes, douleur, ...) mais aussi au fait que le patient accepte de se déplacer au cabinet très vite après son appel pour être soigné (dans la journée, dans les heures suivant son appel). Ainsi un patient dont « l'urgence » peut attendre un ou deux jours n'est plus considéré comme une urgence... Sans compter les urgences « cosmétiques » de certains patients (incisive supérieure cassée, demande de blanchiment...) qui n'impliquent aucune douleur, mais entraînent un défaut esthétique, qui seront donc refusées systématiquement :

« Il y a urgence et urgence... Il y en a qui me disent : c'est très urgent, j'ai un mariage demain, il me faut un détartrage... ceux-là... »

- déterminer des plages horaires précises pour la prise de rendez-vous. Certains chirurgiens-dentistes limitent ces plages à deux ou trois heures par jour, ce qui réduit la pression de la sonnerie du téléphone...

Pour parvenir ainsi à dire « non » à ces patients qui ne font pas partie de leur patientèle habituelle ou qui ont une urgence finalement « relative », il semble nécessaire d'avoir une personne au secrétariat qui soit bien formée à cet exercice. En effet, lorsque le cabinet refuse chaque jour 10 à 15 personnes il est très difficile que ce soient les chirurgiens-dentistes qui prennent eux-mêmes tous les rendez-vous et gèrent aussi les refus. Lorsque les demandes sont très importantes, il apparaît donc indispensable de déléguer ce travail de sélection et de refus. On notera que dans certains cas, ce sont les épouses qui occupent ce poste de secrétaire et qui effectuent ce tri au téléphone en ayant la charge de dire « non », « protéger » ainsi leur époux chirurgien-dentiste qui peut ainsi se consacrer uniquement aux soins dentaires. Ainsi, les entretiens montrent que globalement, les secrétaires considérées comme efficaces sont celles qui parviennent à maintenir un équilibre dans l'agenda des rendez-vous, en gérant notamment les refus, protégeant de cette manière les chirurgiens-dentistes du risque de saturation.

Une dernière manière de résister à la pression consiste à organiser une forme « d'invisibilité » face aux demandes de nouveaux patients : quelques chirurgiens-dentistes mettent ainsi en œuvre des stratégies de « non-communication » sur l'existence de leur cabinet : ne plus apparaître sur les pages jaunes, ou même enlever la plaque qui signale le cabinet à l'entrée de l'immeuble, de la maison... Cette technique semble réduire les demandes et permettrait de ne conserver que les patients habituels. On soulignera cependant que les praticiens qui ont recours à cette stratégie semblent relativement rares et ont, pour ceux que nous avons interrogés, près de 60 ans ou plus.

2.4. Le personnel du cabinet dentaire : différents profils de praticiens

Au cours des entretiens individuels comme des entretiens collectifs, nous avons rencontré différents profils de chirurgiens-dentistes avec des modes d'organisation au cabinet bien différents, ce qui reflète à la fois leur profil psychologique, mais aussi les expériences qu'ils ont eu au cours de leur pratique. Les mêmes personnes ne restent cependant pas forcément pendant toute leur carrière dans ces grandes « cases » : des changements, des rencontres les faisant parfois basculer d'un profil vers un autre.

Différents profils peuvent ainsi être distingués, qui se démarquent assez nettement les uns des autres

2.4.1. Les « indépendants solitaires »

Il s'agit de chirurgiens-dentistes qui se décrivent eux-mêmes comme « *très indépendants* ». Plutôt des hommes et plutôt âgés de plus de 50 ans, ils disent n'avoir jamais vraiment éprouvé l'envie de travailler avec une autre personne, collaborateur ou associé. Certains n'ont pas même de secrétaire, n'en voyant pas vraiment la nécessité.

Ces personnes n'ont pas le sentiment d'être débordées de demandes et d'exercer dans une zone sous dotée. Elles déclarent avoir un rythme de travail qui leur convient, et même si elles comprennent l'intérêt qu'il peut y avoir à travailler à plusieurs, elles n'ont finalement jamais sauté le pas, sans en souffrir pour autant. Ces personnes ne se décrivent pas comme stressées et sont globalement heureuses de leur façon de travailler.

D'autres sont devenus « indépendants » après une mauvaise expérience en collaboration ou association. Echaudés, ils ne souhaitent plus partager à nouveau leur cabinet, même si l'exercice en solitaire leur pèse parfois, notamment face à la charge de travail.

2.4.2. Les « solitaires forcés »

Ce sont des chirurgiens-dentistes qui auraient voulu avoir un collaborateur ou un associé, mais qui n'en n'ont jamais trouvé. D'après eux, leur territoire d'exercice est trop rural et trop éloigné des grands centres pour attirer des confrères. Certains ont réalisé des investissements importants dans leur cabinet (deuxième fauteuil, notamment) et ont même parfois eu des collaborateurs qui sont finalement repartis après quelques années d'exercice au cabinet. Malgré le bon chiffre d'affaire, la qualité de vie décrite par les interviewés, la zone en elle-même serait répulsive pour des chirurgiens-dentistes qui seraient aujourd'hui beaucoup plus attirés par la ville.

Ces chirurgiens-dentistes sont déçus de ne pas trouver d'associé ou de collaborateur et ce d'autant plus qu'ils estiment que travailler à plusieurs est plus agréable que de travailler seul.

En revanche, ces personnes travaillent souvent avec une assistante-secrétaire qui s'occupe à la fois de la prise de rendez-vous, de quelques tâches d'administratives, de la facturation, mais aussi de la stérilisation du matériel et de la préparation du fauteuil.

2.4.3. Les « partenariaux » : les avantages du travail avec des associés, des collaborateurs, des secrétaires, des assistantes dentaires

Ce sont des chirurgiens-dentistes qui ont toujours pensé travailler avec un associé ou avec un collaborateur et qui y sont parvenus. Dans certains cas, l'associé est un membre de la famille (père, fils, oncle) ou un ami, et dans d'autres cas, l'associé a d'abord été un collaborateur, attiré par une annonce, qui souvent, après quelques mois ou quelques années de travail au cabinet est devenu associé.

Chaque associé ou collaborateur travaille à son fauteuil et, le plus souvent, il y a au minimum une secrétaire pour gérer les agendas, s'occuper de la facturation. Dans certains cabinets on repère également des assistantes dentaires, présentes en plus de la secrétaire, qui s'occupent de la stérilisation et aident le chirurgien-dentiste au fauteuil, sans toutefois intervenir en bouche, ce qui est actuellement interdit par la loi en France (pas de délégation possible d'une quelconque intervention en bouche à un non-chirurgien-dentiste). Ces assistantes doivent néanmoins être formées pendant plusieurs mois, voire années, avant d'obtenir leur diplôme. Tout l'enjeu consiste alors à les garder au cabinet.

En tout état de cause, ces chirurgiens-dentistes sont attachés au travail avec des associés ou des collaborateurs, à la fois pour échanger avec eux sur certains cas complexes, mais aussi tout simplement pour être accompagnés dans leur cabinet, même si les échanges verbaux ne sont pas forcément très fréquents. L'un d'eux a ainsi résumé cet état d'esprit :

« C'est important de sentir une présence au cabinet... On n'est pas tout seul »

Pour ces chirurgiens-dentistes, même si la présence d'une assistante ou secrétaire est importante, elle ne suffit pas, et la présence d'un autre praticien est véritablement vécue comme un apport pour la qualité de vie au travail.

2.4.4. Les « pro-MSP »

Quelques uns des chirurgiens-dentistes que nous avons rencontrés souhaiteraient vivement travailler en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) et certains ont même participé à des projets concrets sur leur commune, mais aucune des personnes interviewées n'a vu aboutir ces projets.

Pour ces personnes l'intérêt de travailler en MSP serait triple :

- rompre la solitude en travaillant à proximité immédiate d'autres professionnels de santé avec qui il serait possible d'échanger, au moins sur le mode convivial. Pour certains, c'est aussi un moyen de garantir une certaine sécurité physique des personnes, et notamment des femmes praticiens.
- gagner des patients là où le potentiel de clientèle n'est pas assuré : les patients seraient attirés par les lieux qui regroupent plusieurs ressources, notamment dans le domaine de la santé.
- orienter des patients en cas de besoin, ou prendre l'avis d'autres professionnels (auprès des médecins généralistes présents dans la MSP), notamment en ce qui concerne certains patients à profil médical particulier, comme les diabétiques, les personnes souffrant de problèmes cardiaques, ...

Sans compter que les MSP sont en principe aux normes concernant l'accueil des personnes à mobilité réduite.

Les « pro-MSP » rejoignent cependant leurs autres confrères sur le fait qu'il leur semble difficile de mutualiser des services, ne serait-ce que la tenue des agendas par une secrétaire commune à différents professionnels de la MSP. D'après eux, la gestion des patients d'un chirurgien-dentiste est très différente de la gestion des patients d'un médecin ou d'une infirmière et il serait donc pratiquement impossible de trouver une personne qui puisse assurer le secrétariat de professionnels de santé qui interviennent sur des champs aussi différents. Reste que le simple fait de se croiser, de pouvoir échanger quelques mots et de partager des locaux est perçu par certains comme générant une réelle amélioration des conditions de travail pour les praticiens, tout en permettant de mieux répondre aux attentes des patients ... Ce qui se retrouve dans l'analyse des réponses à l'enquête par questionnaire où certains praticiens disaient souffrir, dans leur pratique relativement solitaire, de la « *solitude du coureur de fond* »...

2.4.5. Et le salariat ?

Deux personnes parmi celles que nous avons rencontrées travaillent pour un centre mutualiste. Deux arguments ont été avancés pour expliquer ce choix :

- le fait que le salariat permet de garantir un salaire convenable, dans le cadre d'horaires plus simples à concilier avec une vie familiale (notamment pour les femmes, tout particulièrement pendant les périodes de congés maternité).
- le fait de travailler à plusieurs est plus convivial, et permet des échanges entre confrères sur les patients traités...

Ces personnes ont déclaré être satisfaites de leurs conditions d'exercice et si elles n'excluent pas de revenir un jour à un mode d'exercice libéral, cela ne constitue pas non plus un objectif ferme.

On soulignera toutefois que d'autres praticiens ont, au contraire, fortement insisté sur les raisons pour lesquelles ils n'iraient jamais travailler comme salariés, dans un cabinet mutualiste ou autre :

- le fait de devoir travailler sous les ordres d'une hiérarchie et de ne pas être libre d'entreprendre ce qu'ils considèreraient comme le meilleur traitement pour leur patient, notamment du fait des limites économiques imposées par ces organismes. D'après ces praticiens, la qualité des soins effectués dans le cadre de ces organismes se ressent, du fait de ces contraintes.
- le fait de devoir travailler avec des partenaires non choisis, imposés par l'organisme, notamment en ce qui concerne les prothésistes, ce qui là aussi abaisserait le niveau de service rendu aux patients.

2.4.6. L'enjeu des assistantes-dentaires...

Contrairement aux chirurgiens-dentistes qui sont très rares en certaines zones, il semble relativement facile, sur n'importe quel territoire, de recruter des secrétaires ou des assistantes. Par bouche-à-oreille bien souvent, par annonces, ou encore par réception de candidatures spontanées, il semble qu'y ait toujours un potentiel important de femmes, et notamment de jeunes femmes, peu ou pas diplômées, intéressées par ce type de postes, alors même que les possibilités de trouver du travail dans les zones rurales sont parfois extrêmement réduites.

Si le secrétariat nécessite d'avoir quelques notions d'administration, de gestion d'un agenda, (la comptabilité – dans l'acception la plus simple du terme - n'est pas forcément délégués à la secrétaire), la formation des assistantes dentaires est beaucoup plus technique et requiert donc un véritable investissement de la part des chirurgiens-dentistes qui les embauchent. Ainsi, lorsqu'elles sont en phase d'apprentissage et de découverte, l'efficacité des assistantes n'est pas optimale. En revanche, après quelques mois de formation, une fois qu'elles ont appris à manipuler certains objets, outils, et à respecter certaines procédures, les assistantes sont décrites comme allégeant grandement la tâche des chirurgiens-dentistes. Aucun des chirurgiens-dentistes interviewés ayant travaillé avec une assistante dentaire n'a déclaré avoir regretté ce choix : tous étaient très satisfaits de cette aide. Les chirurgiens-dentistes sont unanimes sur le fait que cela leur permet réellement de gagner du temps au fauteuil, et cela permet même à certains de travailler successivement sur deux fauteuils, ce qui raccourcit d'autant les temps d'attente entre deux patients. En effet, l'assistante prépare le fauteuil libre pendant que le praticien travaille avec un patient. Lorsque le travail est achevé il peut aussitôt intervenir auprès du patient suivant, déjà installé sur le deuxième fauteuil. Enfin, ces assistantes, en prenant en charge la stérilisation, la préparation de certains instruments, etc., font également gagner du temps aux praticiens, en leur permettant de se concentrer sur les patients et les soins, sans avoir à se préoccuper de la gestion du matériel pendant la journée de travail.

S'il n'y a « *que des avantages à travailler avec une assistante dentaire* », certains chirurgiens-dentistes ont néanmoins souligné certains effets « pervers » de cette intervention :

- Grâce à l'assistante dentaire il est possible de prendre en charge davantage de patients. Or, il n'est pas rare qu'une fois les assistantes dentaires formées, elles quittent le cabinet, pour rejoindre leur conjoint qui travaille sur un autre territoire, ou pour aller elle-même s'installer sur un territoire moins rural. Certains chirurgiens-dentistes confrontés à la menace du départ de leur assistante dentaire diplômée n'ont pas hésité à augmenter sa rémunération pour l'encourager à rester au cabinet. Mais dans d'autres cas, l'assistante-dentaire est tout simplement partie une fois diplômée, alors qu'elle était formée et enfin parfaitement opérationnelle. Ceci a deux conséquences : la première est que le « surplus » de patientèle qu'il avait été possible de prendre en charge grâce à l'assistante dentaire devient ingérable pour le chirurgien-dentiste qui se retrouve seul. Même s'il trouve une autre assistante dentaire, ce sera dans la majorité des cas une jeune personne non formée, avec laquelle il va donc falloir recommencer toute la phase de formation et qui ne pourra donc pas « absorber » la masse de travail réalisée par sa prédécesseur. Ainsi, le départ d'une assistante dentaire formée peut se transformer en véritable cauchemar pour le chirurgien-dentiste qui se retrouve complètement débordé par la patientèle en quelques semaines.

- Les assistantes dentaires formées et diplômées montent en compétence au fil des années et les chirurgiens-dentistes sont parfois tentés de leur déléguer certaines tâches, qu'elles ne peuvent pas réaliser au regard de la loi (par exemple, effectuer une radiographie panoramique, ...). Or ces situations peuvent mettre les chirurgiens-dentistes en difficultés si elles sont repérées par l'Assurance Maladie. Cette difficulté est d'ailleurs dénoncée par plusieurs des chirurgiens-dentistes que nous avons interviewés qui souhaitent vivement que la France suive l'exemple du Québec et de la Suisse, où les assistantes dentaires (appelées « hygiénistes ») sont formées pour effectuer certains gestes en bouche (pouvant aller jusqu'au détartrage), de manière complètement légale. Une telle évolution de la réglementation permettrait d'impliquer davantage les assistantes dentaires et serait une solution très pertinente dans les zones sous dotées, car le fait que les chirurgiens-dentistes puissent se concentrer uniquement sur les soins aux patients (soins conservateurs, prothèses, ...) leur permettrait de recevoir davantage de patients.

2.5. Les partenaires des chirurgiens-dentistes en zones sous dotées

Comme on l'a souligné plus haut, les praticiens que nous avons rencontrés n'ont pas de difficultés, globalement, à orienter leurs patients vers des confrères lorsqu'il y a des demandes, des besoins en matière d'orthodontie, ou même d'implantologie. Ces soins étant programmés, même s'ils ont lieu dans la ville-centre du territoire, les patients semblent s'y déplacer sans trop de difficultés, et ce d'autant plus que les personnes qui vivent en zones rurales sont généralement motorisées. De même, les orientations vers les stomatologues, lorsqu'elles sont nécessaires, sont programmées et se font généralement vers la ville-centre, ou même dans l'hôpital dont dépend le territoire, et ce sans difficultés.

En revanche, deux points ont été soulevés comme pouvant être problématiques dans les zones rurales et notamment celles qui sont les plus éloignées des villes-centres et des axes autoroutiers :

- le lien avec les entreprises qui maintiennent et réparent les machines qu'utilisent les chirurgiens-dentistes (stérilisation, aspiration, ...). Certaines des personnes interviewées ont déclaré qu'en cas de panne d'un des éléments du matériel, il pouvait s'écouler plusieurs jours avant qu'un réparateur ne se déplace et avant que l'appareil ne soit effectivement remis en état de marche... Pour pallier cette difficulté, certains praticiens ont décidé d'acheter tout leur matériel en double afin de n'être jamais pris au dépourvu et de ne pas bloquer la prise en charge des patients, en annulant notamment des rendez-vous, faute d'avoir tout le matériel nécessaire en état de marche.

- l'autre élément qui peut être problématique pour ceux qui vivent dans les zones rurales reculées est l'accès aux prothésistes. Plus le prothésiste est éloigné, plus il est difficile d'être réactif face aux demandes ou réactions des patients (une couleur de prothèse qui ne convient pas, des modifications importantes à apporter, ...) ce qui entraîne des délais d'attente supplémentaires pour les patients.

Le fait d'exercer en zone rurale ne constitue donc pas un problème tant qu'il s'agit d'orienter les patients vers des confrères pour certaines prises en charge (stomatologie, orthodontie ou encore implants, ...). En revanche, le fait d'exercer dans une zone rurale relativement isolée peut être problématique pour ce qui est fait au sein du cabinet, notamment du fait de délais, de contretemps possibles, ainsi la réalisation de prothèses et la réparation du matériel du cabinet peuvent être rendus difficiles du fait de l'éloignement des fournisseurs.

Il n'en reste pas moins que certains praticiens ont déclaré se fournir à l'étranger pour certains éléments de prothèses (résine), en Europe de l'est et même en Chine : au-delà de l'abaissement du prix de la prothèse, cela ne leur posait pas de problème majeur en termes d'organisation.

2.6. Les possibilités de formation continue

Pour tous les chirurgiens-dentistes que nous avons interviewés, le fait d'exercer dans une zone rurale, plus ou moins éloignée d'une ville-centre, ne constitue en aucune manière un obstacle à la formation continue. Les personnes se déplacent facilement jusqu'aux lieux de formation situés dans la région Rhône-Alpes, et parfois au-delà : à Paris, à l'étranger...

En revanche, le fait d'exercer dans un territoire sous doté, où la demande des patients est très importante peut être problématique lorsque les praticiens ne « trient » pas les demandes et ont tendance à « ne pas dire non ». C'est alors plutôt une question de disponibilité que de distance à franchir.

Ainsi, les chirurgiens-dentistes qui ont du mal à « quitter » leurs patients, peuvent avoir du mal à organiser un temps spécifique pour suivre une formation. Mais cette difficulté est finalement davantage liée à la forme de pratique du chirurgien-dentiste et à son profil psychologique, plutôt qu'au fait d'exercer dans une zone rurale sous dotée.

3. LES AVANTAGES PERÇUS DE L'EXERCICE EN ZONE RURALE, EN ZONE SOUS DOTEE

3.1. Les relations avec la patientèle

3.1.1. Les patients ruraux : par définition plus agréables que les urbains ?

De manière unanime, les chirurgiens-dentistes exerçant en zones rurales sous dotées que nous avons interviewés ont tous manifesté une grande satisfaction quant à leur patientèle. C'est même à leurs yeux l'un des plus grands atouts de l'exercice en zone rurale, que celle-ci soit sous dotée ou non.

Ce sont presque toujours les mêmes qualités qui sont reconnues chez les patients des zones rurales :

- les patients sont « *très agréables* »: ils sont décrits comme « *simples* », « *gentils* », plutôt « *bien élevés* », respectueux des praticiens, des horaires de rendez-vous, des traitements, et seraient dans une relation de confiance avec leur praticien, sans avoir d'exigences exorbitantes.
- les patients ne sont « *pas stressés* » et donc pas stressants : ils se garent facilement à proximité du cabinet, ils n'ont pas d'embouteillages à gérer : ils ne sont donc pas énervés lorsqu'ils arrivent au cabinet (à l'inverse des urbains). Ils ne râlent pas sur les horaires de rendez-vous qu'on leur propose et acceptent facilement qu'il y ait un peu d'attente entre deux patients...
- les patients sont globalement solvables. Hormis quelques zones sous dotées pauvres, où les patients, couverts par des complémentaires santé « basiques » sont très limités dans leur accès aux prothèses, la patientèle des zones rurales est décrite comme relativement mixte et dispose de revenus lui permettant un bon accès aux soins dentaires, quels qu'ils soient et, en tout état de cause, un aussi bon accès que pour les classes moyennes urbaines.

Parmi les chirurgiens-dentistes interviewés, ceux qui n'ont que très peu ou pas du tout exercé en ville (en dehors de leur période de stage, lorsqu'ils étaient étudiants) ont souvent une image très négative de la patientèle urbaine qu'ils se représentent spontanément comme très stressée et agressive (la vie en ville serait par définition, stressante), mais aussi comme plus exigeante à la fois sur les soins, mais aussi sur les horaires de rendez-vous, l'attente en salle d'attente... Ces praticiens sont donc très satisfaits de leur

patientèle et ne souhaiteraient absolument pas en changer. Par ailleurs, ces praticiens étant eux-mêmes originaires d'une zone rurale (voire, de la zone rurale dans laquelle ils exercent) ils ressentent une certaine proximité, ressemblance, vis-à-vis de leur patientèle, dont ils partagent une part d'identité liée au territoire, qui renforce encore leur bonne opinion et leur attachement à cette patientèle.

3.1.2. Les patients des zones urbaines : des représentations différentes selon l'expérience des praticiens

Certains des chirurgiens-dentistes que nous avons rencontrés ont exercé plusieurs années en ville, et parfois en zones urbaines défavorisées. Ils ont quitté ces territoires en grande partie par lassitude des difficultés rencontrées avec des patients qu'ils décrivent comme peu solvables, moins respectueux des praticiens, des horaires de rendez-vous, des soins pratiqués, plus agressifs... Pour eux, l'installation en zone rurale a constitué une bouffée d'oxygène, largement liée à la rencontre avec une patientèle différente, qui leur semble plus facile à gérer, plus agréable à côtoyer.

On notera cependant que, parmi les personnes interviewées, en entretiens individuels ou collectifs, certaines exercent actuellement en zone urbaine défavorisée. Ces praticiens disent avoir un très bon contact avec leur patientèle qui, bien que très modeste, leur permet néanmoins d'atteindre un bon revenu (les bénéficiaires de la CMUc constituant pour le praticien une garantie d'être payés) et surtout, cette patientèle est décrite comme fidèle, très reconnaissante des soins effectués, et d'un contact plutôt facile et agréable.

Il n'est pas possible d'objectiver quelle patientèle est plus ou moins facile, agréable à soigner : il apparaît que c'est véritablement la sensibilité propre du chirurgien-dentiste, son histoire et ses attentes personnelles, qui déterminent la relation avec la patientèle. Il n'y a donc pas de « bons » ou de « mauvais » territoires en termes de patientèle.

Ce qu'il faut surtout retenir ici est le fait que les patients des zones rurales ne sont pas moins solvables, moins à l'écoute du praticien, et moins en attente de soins sophistiqués, que la patientèle urbaine. Comme en ville, les revenus et la complémentaire des patients constituent un écueil important pour avoir accès aux prothèses, aux implants. Mais au-delà de cette contrainte qui n'est pas spécifique aux zones rurales, les praticiens soulignent que si l'omnipratique est la règle, les patients sont ouverts et en attente de propositions pour remettre leurs bouches en bon état y compris par le recours à des implants. Enfin, en termes relationnels, la patientèle des zones rurales (où les agriculteurs représentent aujourd'hui la portion congrue) est globalement considérée comme très agréable... Sauf lorsqu'elle ne peut pas obtenir de rendez-vous avec le praticien : alors, manifestations d'agressivité au téléphone, ou en face-à-face au cabinet ne sont pas à exclure, qui tendraient à montrer que le niveau de stress à la campagne peut également s'élever en certaines circonstances, et engendrer des situations désagréables pour les praticiens.

3.2. Les revenus : un motif de satisfaction

Ce point a souvent été évoqué par les chirurgiens-dentistes interviewés : la plupart estiment que les étudiants en odontologie ou les jeunes chirurgiens-dentistes n'envisagent pas de s'installer en zone rurale parce qu'ils croient que les revenus des praticiens y sont faibles. Les chirurgiens-dentistes rencontrés tiennent ainsi à souligner que les chiffres d'affaires de leurs cabinets situés en zones rurales sont excellents et bien souvent supérieurs aux cabinets implantés dans les centres-villes où la concurrence rend l'accès à la patientèle plus difficile.

Hormis quelques zones rurales pauvres (ce qui concerne une minorité de personnes parmi les praticiens interviewés), les revenus que l'on peut obtenir en zone rurale semblent donc extrêmement satisfaisants, ce qui est confirmé par les résultats de l'enquête par questionnaire.

Si les personnes interviewées n'ont pas directement été interrogées sur leur chiffre d'affaire précis, beaucoup de praticiens ont souligné qu'ils tenaient ces chiffres à la disposition de candidats à l'installation en zones sous dotées :

« Les jeunes, il faut leur montrer notre chiffre d'affaires. »

Au bilan, les revenus seraient aussi satisfaisants ou meilleurs en zones rurales par rapport aux zones urbaines, mais cette vérité serait encore largement ignorée...

3.3. L'immobilier en zone rurale : plutôt moins onéreux qu'en ville

Sur ce point aussi, il y aurait de grands avantages à s'installer en zone rurale, sauf peut-être dans certaines parties des départements de Savoie et Haute-Savoie, ou certaines zones de l'Ain (Pays de Gex, ...) et tout particulièrement à proximité de la Suisse et de certaines villes (Annecy, ...) où les tarifs immobiliers sont très élevés et parfois comparables à ceux de la côte d'Azur ou de la région parisienne.

Ainsi, hormis ces zones, il semble qu'il soit souvent plus facile d'acheter des locaux, car les tarifs y sont moins élevés qu'en ville, ce qui peut également permettre d'effectuer plus facilement des travaux pour que le cabinet soit le plus adapté possible au mode d'organisation du chirurgien-dentiste.

Au-delà de cette plus grande facilité à acquérir des locaux, les praticiens rencontrés mettent en avant le fait que le stationnement des patients, devant ou à proximité du cabinet est presque toujours garanti. Ainsi, les patients n'ont jamais à « *tourner en voiture pour trouver une place* » et « *ils ne râlent pas parce qu'ils doivent remettre des sous dans le parc* » : il y a presque toujours des places de parking devant le cabinet même, ou dans les rues ou places voisines, majoritairement gratuites.

En revanche, la mise aux normes des locaux (notamment pour les personnes à mobilité réduite) ne semble pas plus facile en zone rurale : le coût des travaux ne semble pas moindre et ceux qui ont acheté des locaux exigus ou en étage sont parfois confrontés à une impossibilité matérielle de modifier la structure du cabinet.

Ce sont d'ailleurs parfois ces praticiens qui espèrent voir émerger une Maison de Santé Pluridisciplinaire à proximité de leur lieu d'exercice, avec des locaux déjà aux normes.

4. LES DESAVANTAGES PERÇUS DE L'EXERCICE EN ZONE RURALE, EN ZONE SOUS DOTÉE

Si plusieurs des praticiens interviewés ont fait une description dithyrambique de leur territoire d'exercice, de leur patientèle et de leur niveau de revenus, ils ont néanmoins aussi souligné des contraintes spécifiques, qui doivent être prises en compte dans toute démarche d'installation sur ces zones à la fois rurales et sous dotées.

4.1. La pression de la demande

Comme on l'a déjà décrit plus haut, c'est véritablement le point le plus problématique. Si certains praticiens n'en souffrent pas, ou plutôt n'en souffrent plus, c'est parce qu'ils ont appris, ou se font aider, pour « *dire non* », et ne pas dépasser le nombre de patients par jour qu'ils s'estiment en capacité de traiter sans s'épuiser, tout en laissant une place aux demandes urgentes. Certains ont même suivi des formations, du coaching, pour parvenir à « *résister à la pression de la demande* » et mieux organiser le fonctionnement du cabinet. Enfin, l'aide d'une assistante ou d'une secrétaire contribue énormément à améliorer les conditions de travail et la gestion de l'agenda.

Mais cela ne suffit pas toujours, et nous avons rencontré des personnes qui déclarent être dans une grande souffrance, ou l'avoir été, du fait d'un rythme de travail effréné et surtout du fait du sentiment d'être « *débordés* » par les demandes, de « *devoir dire non* » en permanence à des gens qui ont tout de même de réels besoins de soins.

Mais au-delà de ces refus (5 à 15 refus par jours dans certains cabinets), certains chirurgiens-dentistes expriment leur vive frustration du fait qu'ils n'ont plus de temps pour investir réellement la relation avec le patient, tant le nombre de patients à soigner par jour est important :

« On a de plus en plus de patients qui ont besoin de parler : c'est hyper intéressant, mais on n'a pas le temps... »

Quelques une des personnes que nous avons rencontrées ont par ailleurs évoqué des problèmes de santé liés à cette pression et à ce rythme de travail : dépression, burn-out, problèmes cardiaques ont été cités qui montrent que certains praticiens, bien qu'étant dans un exercice libéral et en principe seuls décideurs par rapport à leur mode et rythme de travail, peuvent avoir le sentiment, parfois, de ne plus rien contrôler et de se trouver pris dans une spirale de travail qui n'est plus compensée par le revenu, même élevé. Ainsi, même si le chiffre d'affaire pourrait faire pâlir d'envie certains praticiens urbains, le fait d'accepter toutes les demandes dans une zone sous dotée (où les patients trouvent enfin un chirurgien-dentiste qui accepte de les prendre), peut devenir insupportable et finalement empoisonner à la fois le travail et la vie de famille.

Comme on le constate souvent dans les études qualitatives, les femmes verbalisent plus facilement cette souffrance et ce stress (souvent décuplé par le rôle qu'elles entendent jouer - en parallèle - auprès de leurs enfants), mais les hommes ne sont pas en reste en termes de stress lorsqu'ils se sentent dans l'obligation de faire face à toutes les demandes, même lorsque leur agenda explose...

4.2. L'importance de la réputation des professionnels à la campagne

Plusieurs des praticiens qui ont toujours exercé en zone rurale ont tenu à souligner ce qui leur semble être une spécificité de leurs territoires : le fait que la réputation professionnelle joue un rôle considérable à la campagne. Selon eux, alors qu'en ville la patientèle est à la fois stressée et volatile et passe facilement d'un chirurgien-dentiste à un autre, en zone rurale, il en irait tout autrement. Ainsi, d'après eux, la contrepartie de la grande fidélité de la patientèle rurale est que la moindre erreur sur une bouche est très vite connue et que cela peut vite faire basculer une réputation et ainsi engendrer une perte de patientèle :

« A la campagne, tout se sait : on n'a pas droit à l'erreur »

La réputation est donc un élément qui devrait être particulièrement soigné en zone rurale, et c'est aussi en partie pour cela que les praticiens, même les plus jeunes, lorsqu'ils créent leur propre cabinet ont tendance à prendre beaucoup de patients et à accepter relativement facilement les urgences : il faut se faire connaître, reconnaître et faire de sa réputation un bouclier.

Ce constat peut paraître paradoxal dans les zones sous dotées, où on pourrait penser que le manque de chirurgiens-dentistes rendrait les patients plus tolérants à l'erreur... D'après les praticiens interviewés, même si les patients semblent « ne pas avoir le choix » du fait de la rareté des chirurgiens-dentistes et du fait qu'ils doivent parfois contacter un très grand nombre de cabinets avant de décrocher un rendez-vous ou d'être accepté dans la patientèle régulière, ils peuvent aussi fuir un praticien qui aurait mauvaise réputation et, le bouche-à-oreille aidant, ce phénomène de fuite pourrait s'étendre à d'autres patients.

Il est objectivement impossible de vérifier ce phénomène : risque réel ou risque fantasmé, il est difficile de se prononcer. Reste que, même si la fuite de la patientèle ne se produit pas, le poids de la mauvaise réputation, ou tout simplement les commentaires et « ragots » désobligeants qui peuvent circuler à l'endroit de tel ou tel praticien peuvent être très difficiles à vivre pour les personnes concernées :

« Ici ça va vite... On vous fait rapidement une mauvaise réputation... Au début de ma carrière il y en avait qui s'étaient mis à dire que j'enlevais les dents avec un tournevis!... Il faut faire très attention.»

Et cela est encore pire lorsque le chirurgien-dentiste habite dans la commune où il exerce, et qu'il y scolarise ses enfants.

4.3. Les difficultés pour la vie professionnelle du conjoint

Les chirurgiens-dentistes en zones rurales sous dotées vivent globalement très bien de leur métier, d'après les personnes que nous avons rencontrées, mais il n'en va pas toujours de même pour leurs conjoints, comme on l'a déjà souligné plus haut.

Si pour les professionnels hommes de plus de 50 ans, il n'est pas rare que leur épouse reste au foyer pour s'occuper des enfants, de la famille, cela ne constitue pas la norme dans notre échantillon. En ce qui concerne les générations plus jeunes, presque toutes les conjointes et tous les conjoints des praticiens interviewés ont une activité professionnelle.

Au-delà du fait que seules certaines professions (citées dans un précédent chapitre) peuvent facilement être exercées en zone rurale, toutes les personnes interrogées insistent sur le fait que la difficulté à trouver un emploi, mais aussi la difficulté pour le conjoint à s'adapter à un mode de vie rural (c'est-à-dire éloigné des ressources urbaines culturelles, commerçantes, etc...), peu constituer un motif de

mésentente et favoriser les ruptures. Plusieurs ont souligné que s'installer en zone rurale doit d'abord être un projet de couple, voire un projet familial.

Une minorité de praticiens a avancé l'idée que « *l'amour* » pouvait tout faciliter et tout rendre possible : ainsi un conjoint véritablement « aimant » n'aurait pas de difficultés à s'installer dans une zone rurale, même très éloignée d'une ville-centre... Idée largement battue en brèche par la majorité des personnes rencontrées, et notamment par les personnes ayant connu un divorce qui affirment, à l'inverse, que les difficultés du conjoint à « s'enraciner » dans le territoire, si elles ne sont pas la cause de la rupture, peuvent fortement contribuer à fragiliser le couple.

D'un autre côté, s'installer en zone rurale alors que l'on est un célibataire semble un pari risqué pour certains praticiens qui précisent cependant que le lieu d'exercice n'est pas forcément le lieu de domiciliation. Quelques unes des personnes interviewées ont d'ailleurs trouvé la solution à ce « casse-tête » en vivant en ville tout en exerçant à la campagne : certains font ainsi jusqu'à 160 km par jour (aller et retour) pour aller de leur domicile jusqu'à leur cabinet, et ce afin de ménager à la fois leur qualité d'exercice et de revenu et le mode de vie que souhaitent le conjoint, les enfants... De telles distances sont cependant rendues supportables lorsque les jours de présence au cabinet n'excèdent pas 3 à 3,5 jours.

Reste que si la majorité des jeunes qui se sont installés en rural jugent que les réseaux de sociabilité se mettent facilement en place, ceux-ci sont peut-être plus réduits, moins diversifiés par rapport à ceux que l'on peut construire en zone urbaine et ils sont souvent marqués du sceau de la « *notabilité* » :

« Ala campagne, dans les petites communes, on est vite considéré comme un notable... Et d'ailleurs, c'est vrai qu'on se fréquente un peu avec le maire, les médecins... Voilà, on a un peu l'image de notable... »

Si ces réseaux accompagnent favorablement la vie de famille, ils ne constitueraient pas forcément un support suffisant pour trouver son conjoint.

De l'avis de tous, la situation idéale est celle où le praticien et son conjoint, ou sa conjointe, sont tous deux réellement attirés par la vie en zone rurale, qu'ils y ont de la famille, et n'éprouvent pas le besoin d'être constamment en contact avec les ressources de la ville.

4.4. La difficile transmission du cabinet

S'il y a 20 ou 30 ans, les cabinets se vendaient facilement, même en zone rurale, du fait d'un nombre de chirurgiens-dentistes en exercice plus important que le nombre actuel, cela n'est plus le cas aujourd'hui.

Les chirurgiens-dentistes qui ont créé leur cabinet ou acheté un cabinet il y a 20 ou 30 ans, pensaient transmettre leur cabinet et leur patientèle au moment de prendre leur retraite. Cet espoir s'est presque complètement évanoui pour la plupart des praticiens interviewés qui exercent en zone sous dotée.

Ainsi, les deux situations les plus probables aujourd'hui sont :

- de ne pas transmettre son cabinet à un confrère
- de le transmettre à un confrère étranger venu s'installer en France

4.4.1. Ne pas parvenir à vendre le cabinet

Pour la plupart des personnes que nous avons interviewées, il apparaît impossible de vendre le cabinet au moment de la retraite. Alors que les praticiens qui partent en retraite actuellement ne trouvent pas de repreneurs pour leur cabinet, il semble que la situation ne puisse que se maintenir ou s'aggraver,

compte-tenu du numéris clausus actuel. Beaucoup ont donc tout simplement fait une croix sur cette possibilité, ce qui, au-delà de l'aspect financier (qui n'est pas négligeable pour ceux qui ont effectué de gros travaux et qui ont un matériel récent), crée souvent une véritable frustration quant au devenir de la patientèle. Ainsi, certains chirurgiens-dentistes qui ont une patientèle très ancienne, nombreuse et fidèle, savent que leur départ sera catastrophique pour beaucoup de ces patients : ils auront des difficultés à trouver un autre praticien qui les accepte et ils seront de toute façon obligés de se déplacer bien plus loin. Certains ont le sentiment qu'ils vont littéralement « abandonner » leurs patients...

Certains qui ont acheté les locaux du cabinet gardent toutefois espoir de parvenir à « revendre les murs », à un professionnel ou à un particulier, qui pourra transformer le local en logement.

Ainsi, les annonces concernant un cabinet à céder en zone rurale et notamment en zone sous dotée, restent le plus souvent sans réponses et aucun candidat ne se présente dans la plupart des cas semble-t-il. De ce point de vue, l'exercice en zone urbaine semble beaucoup plus propice à la transmission des cabinets.

4.4.2. Revendre le cabinet à un confrère étranger venu s'installer en France

Face à cette situation, la seule perspective de transmettre son cabinet selon certains praticiens, est de rencontrer un praticien étranger qui souhaite s'installer en France. Ainsi, il semble que de plus en plus de chirurgiens-dentistes roumains, bulgares et aussi portugais, ayant obtenu leur diplôme dans leur pays d'origine et ayant exercé pendant plusieurs années souhaitent s'installer en France, à la faveur des règles de libre-circulation et de libre installation des personnes et professionnels au sein de l'Union Européenne (pour les ressortissants de l'Union). Les raisons sont multiples qui semblent orienter ce choix : meilleures conditions de vie en France, meilleurs revenus, et goût affiché pour la France.

Ce phénomène réjouit une partie des chirurgiens-dentistes que nous avons interviewés, qui retrouvent enfin l'espoir de revendre leur cabinet. Certains ont d'ailleurs accueillis un confrère étranger à leur cabinet en tant que collaborateur, pour lui transmettre certaines pratiques professionnelles en vigueur en France, leur permettre d'améliorer si besoin leur français, se faire connaître de la patientèle. Ces chirurgiens-dentistes semblent très satisfaits de ces opportunités et déclarent que le travail de leurs confrères étrangers est de très bonne qualité.

Une autre partie des personnes interviewées, en revanche, est littéralement hérissée par cette perspective et ce pour deux raisons essentiellement :

- la première est un très fort sentiment d'injustice. Alors que les étudiants en odontologie français subissent une sélection extrêmement sévère du fait du numéris clausus, et que beaucoup de jeunes qui auraient le goût et les capacités pour être chirurgiens-dentistes se trouvent exclus de cette possibilité du fait de cette sélection, des praticiens étrangers qui, eux, n'ont pas eu à subir une sélection aussi drastique pour obtenir leur diplôme, peuvent « tranquillement » s'installer en France. Cette situation est révoltante pour beaucoup de chirurgiens-dentistes et tout particulièrement pour ceux qui auraient souhaité transmettre leur cabinet à leur enfant qui voulait exercer cette profession, mais qui n'a pas fait partie des heureux élus du numéris clausus, parfois de peu...

De ce fait, certaines familles, afin d'éviter le blocage que constitue le numéris clausus français, financent pour leurs enfants des études à l'étranger: en Belgique (la « filière belge ») ou en Roumanie (dans plusieurs universités roumaines, les cours sont dispensés en français)... ce qui explique aussi que les praticiens qui viennent de ce pays parlent déjà le français en arrivant en France. L'objectif est de pouvoir obtenir son diplôme dans un autre pays de l'Union Européenne et de revenir ensuite en France pour y exercer, contournant ainsi la contrainte du numéris clausus français.

De fait, le numéris clausus a été mis en place à une époque où l'Union Européenne n'existait pas dans sa forme actuelle. Ce numéris clausus semble aujourd'hui être source d'inégalités puisqu'il favorise, de fait, ceux qui peuvent se permettre d'aller étudier à l'étranger et il ferme l'entrée dans la profession à des

étudiants français qui n'auraient pas un niveau moindre que leurs confrères européens mais qui sont exclus par un niveau de sélection que de nombreux praticiens jugent aujourd'hui injustifié et injuste. Enfin, de nombreux praticiens sont consternés par l'installation « d'universités » étrangères sur le sol français, qui délivreraient des diplômes étrangers, tout en permettant aux étudiants de rester en France tout en échappant au numéris clausus français. Outre le fait que la qualité de l'enseignement ne leur semble pas du tout garantie, les praticiens interviewés estiment que c'est une injustice de plus qui est faite aux étudiants français qui étudient dans le système français et en subissent la sélection.

- La deuxième raison pour laquelle certains praticiens, en dehors même des enjeux exposés plus haut sur les injustices engendrées par le numéris clausus, refusent de transmettre leur cabinet à des praticiens étrangers, relève de ce que l'on pourrait peut-être qualifier comme une forme de chauvinisme... Si l'idée que de jeunes chirurgiens-dentistes français puissent exercer en Angleterre ne les choque pas outre mesure, le fait que des praticiens roumains, bulgares, portugais ou espagnols viennent s'installer en France pour y exercer leur semble une hérésie. D'après eux, ces personnes ont un moins bon niveau de connaissances que les chirurgiens-dentistes français, et ils feront un moins bon travail. Il est ainsi hors de question pour eux d'envisager de transmettre leur cabinet et leur patientèle à ces professionnels étrangers. Ils affirment clairement qu'ils préfèrent ne pas transmettre leur cabinet plutôt que de le transmettre à un de ces professionnels.

4.4.3. Le cabinet ultra-moderne : la lueur d'espoir ?

Il doit être fait mention ici d'une troisième catégorie de chirurgiens-dentistes, très peu nombreuse semble-t-il, qui reste persuadée qu'il sera possible de transmettre leur cabinet.

Bien qu'étant installés en zone rurale sous dotée, ces praticiens font valoir deux arguments qui, leur semble-t-il, pourront attirer un confrère qui cherche à s'installer :

- le premier est la modernité du cabinet : fauteuils et équipements récents, radio panoramique, salle d'attente confortable, accès et dimensions conformes avec l'accueil de personnes handicapées et à mobilité réduite, sont considérés comme potentiellement très attractifs.
- le deuxième est l'accès rapide à un axe autoroutier, et donc la facilité d'accès à plusieurs villes-centres.

Ce point de vue a été confirmé par quelques réponses à l'enquête par questionnaire, mais il n'est pas possible de savoir, objectivement, aujourd'hui, si la modernité du cabinet permettrait effectivement une transmission plus facile.

5. EXERCICE EN ZONE RURALE ET QUALITE DE VIE PERSONNELLE

La plupart des chirurgiens-dentistes que nous avons interviewés habitent en zone rurale, parfois dans la même commune que celle où se trouve leur cabinet, parfois dans une commune voisine.

Au-delà de tous les avantages décrits plus haut concernant l'exercice en zone rurale, même sous dotée, il apparaît clairement que la vie en zone rurale, en elle-même, relève d'un véritable choix, mais aussi qu'elle est considérée comme un très fort élément de qualité de vie, à mettre en avant pour mieux inciter les jeunes à venir s'installer sur ces territoires.

5.1. La qualité paysagère et environnementale

C'est sans conteste le premier argument utilisé par les chirurgiens-dentistes : pour eux, la vie à la campagne, c'est d'abord la vie dans un cadre agréable, au contact de la nature, sans pollution. Beaucoup n'ont pas hésité à nous dire qu'ils vivaient dans un « *cadre magnifique* » et que leur environnement n'avait rien à envier aux villes stressantes, polluées, bruyantes.

Ce cadre est à la fois important pour eux-mêmes, mais également pour la vie de famille, pour leurs enfants :

« C'est quand même important de pouvoir élever ses enfants au contact de la nature, des arbres, des animaux... C'est quand même mieux qu'en ville ! »

Beaucoup de ces personnes ont-elles-mêmes vécu en zone rurale étant enfant et bien souvent leur famille vit également à la campagne, à proximité. Pour ces praticiens, la vie en ville n'a absolument jamais été envisagée, et pour certains, après une expérience citadine de quelques mois ou années, c'est très vite la campagne qui s'est imposée comme lieu de travail et lieu de vie idéal. Les conjoints sont souvent également issus de territoires ruraux ou du moins de petites communes éloignées des villes-centre.

5.2. La tranquillité de la vie à la campagne, avec un bon accès aux ressources

Autre élément important, les personnes interviewées ont le sentiment d'avoir une vie « *plus tranquille* » à la campagne. Là encore, le fait de ne pas perdre de temps dans les embouteillages apparaît comme un avantage conséquent. Par ailleurs, nombreux sont ceux qui, bien que vivant dans une zone rurale, sont situés près d'une ville-centre et de ses ressources : collège et même lycée pour les enfants, médecins, commerces... Ces praticiens n'ont pas du tout le sentiment de passer plus de temps dans les transports que les citadins, et ils trouvent que leur rythme de vie quotidien et hebdomadaire est moins stressant.

Cependant, et malgré cette présentation quelque peu idyllique de la vie en zone rurale, certains praticiens soulignent qu'il faut tout de même parfois fournir des efforts particuliers pour faire face aux distances, lorsque le lieu de résidence est éloigné de la ville-centre, en termes de nombre de kilomètres, ou en termes de distance à axe routier rapide. Dans plusieurs cas, les enfants sont ainsi relativement éloignés de leur lycée. Deux options s'offrent alors aux familles et aux enfants : l'internat lorsque les trajets sont considérés comme trop fatigants, ou les très longues journées, avec des lycéens qui se réveillent parfois à 5h30 heures du matin pour arriver au lycée à 8 heures, et qui rentrent le soir à 19 heures... Si la scolarisation et la garde des jeunes enfants ne sont pas décrites comme étant problématiques, c'est véritablement lorsque les enfants sont adolescents que la question des transports se pose avec le plus d'acuité... Cependant, certains chirurgiens-dentistes font le choix d'adapter leurs horaires de travail aux contraintes de leurs enfants, afin de pouvoir les véhiculer le matin et le soir. La souplesse qu'offre malgré tout cette profession, même lorsqu'elle est exercée en zone sous dotée, peut ainsi compenser certaines contraintes.

Tous les praticiens chirurgiens-dentistes rencontrés déclarent que la vie en zone rurale aujourd'hui n'a rien à voir avec ce qu'elle pouvait être il y a trente ou quarante ans. Aujourd'hui, grâce à la voiture, au TGV, il est devenu extrêmement facile de profiter de toutes les ressources urbaines (ville-centre de proximité, Lyon, Paris, ...) sans en subir les inconvénients. Néanmoins, certaines personnes envisagent de venir habiter en ville, lorsqu'elles auront atteint un certain âge, après la retraite...

Enfin, toutes les personnes interviewées déclarent que les zones rurales permettent facilement de se créer des réseaux de sociabilité : il serait plus facile de nouer des contacts, notamment entre personnes de statut social équivalent, car l'on finirait par se repérer assez rapidement sur le territoire. Le revers de la médaille est qu'étant donné ce repérage facile entre certains professionnels et personnalité locales (le

maire, le médecin, le chirurgien-dentiste, ...), le contrôle social, déjà relativement présent dans les petites communes, pourrait être encore plus pesant pour les « notables » locaux, la réputation professionnelle pouvant se mélanger avec l'image personnelle (en tant que parent d'élève, usager d'un service, époux de M. ou Mme Untel, etc...) pour le meilleur comme pour le pire... Même pour les praticiens qui apprécient fortement la vie à la campagne, cet aspect des choses peut être un peu difficile à gérer parfois...

Au bilan, à de rares exceptions près, les chirurgiens-dentistes qui exercent en zone rurale y vivent également et, en termes de qualité de vie perçue, le fait que la zone soit sous dotée ou non en chirurgiens-dentistes, ne change finalement pas leur perception du territoire. C'est avant tout le fait d'être plus ou moins éloigné d'une ville-centre, d'un axe routier rapide (et notamment d'une autoroute) qui typent le territoire. Ainsi, certains territoires ruraux semblent se « rapprocher » des villes du fait de la densification urbaine, alors que d'autres semblent s'en éloigner du fait de la perte de commerces, de professionnels libéraux et donc au final de services.

Dans tous les cas, il est important que le choix de la vie en zone rurale se fasse en connaissance de cause et avec un vrai goût pour la campagne.

5.3. La facilité à pratiquer des activités de plein air

Ce goût pour la campagne semble absolument déterminant. Ceux qui ont de la famille en zone rurale et qui y ont vécu leur enfance et adolescence ont pu conserver cet attachement pour l'espace, le calme, la nature, etc...

On repère également des personnes qui ont exercé et vécu en zone urbaine à un moment de leurs parcours, et puis qui ont finalement décidé de revenir ou de venir s'installer en zone rurale. Le goût de la pratique d'activités de plein air semble beaucoup contribuer à cette décision. Ainsi, plusieurs des personnes que nous avons interviewées pratiquent très régulièrement (voire, le plus possible) des activités de ce type :

- ski
- activités nautiques (fleuves, lacs en Rhône-Alpes)
- randonnée

Le point commun à toutes ces personnes est qu'elles affirment en parallèle ne pas éprouver le besoin d'aller toutes les semaines au cinéma, au théâtre, au restaurant :

« On ne vas pas tout le temps au cinéma... C'est pas tout pour la culture : il y a le cadre de vie... »

6. DES PISTES POUR INCITER LES JEUNES CHIRURGIENS DENTISTES A S'INSTALLER EN ZONES RURALES SOUS DOTEES

6.1. Revaloriser les soins et réduire les tâches administratives...

Au-delà même de la question de la raréfaction des chirurgiens-dentistes dans certaines zones, de nombreux praticiens ont souligné que ce phénomène ne pouvait qu'être soutenu voire renforcé par le fait que les chirurgiens-dentistes ont un revenu plus faible qu'il y a 20 ans semble-t-il. Les contraintes administratives ont augmenté ainsi que les charges des cabinets, mais les soins n'ont pas été revalorisés depuis plusieurs décennies. Ces difficultés qui concernent tous les chirurgiens-dentistes sont décrites comme pesant plus lourdement encore sur les praticiens exerçant en zone rurale. Dans ces territoires, l'omnipratique est la règle et la place des soins conservateurs est donc, par essence, importante : de ce fait la non-revalorisation des soins peut être plus durement ressentie dans les zones rurales, et notamment les zones rurales pauvres.

En ce qui concerne les zones rurales sous dotées socialement mixtes, même si le bon accès à la patientèle locale favorise un chiffre d'affaire élevé, la non-revalorisation des soins pourrait tout de même constituer un écueil supplémentaire pour des jeunes qui acceptent moins de contraintes que leurs aînés et surtout qui ne sont pas forcément prêts à travailler autant qu'eux. Si travailler en zone rurale, et notamment en zone sous dotée, signifie travailler plus, sans forcément gagner plus, la non attractivité de ces territoires en serait aggravée.

Cet élément a d'ailleurs abondamment été mis en avant par les chirurgiens-dentistes de plus de 50 ans que nous avons rencontrés. D'après eux, les jeunes chirurgiens-dentistes qui s'installent voudraient obtenir très vite ce que leurs aînés ont mis des années à bâtir, tout en se ménageant d'importantes plages de temps libre et en n'étant présents au cabinet, même en tout début de carrière, que 3 jours par semaine... Beaucoup des praticiens que nous avons rencontrés se montrent ainsi désabusés quant aux jeunes :

« Moi je vois mon ancienne collaboratrice, c'était une jeune... Elle voulait tout, tout de suite : une grosse maison, une piscine... Mais travailler seulement 3 jours par semaine ! Ils se moquent du monde ! »

« Les jeunes, maintenant, ils veulent leur confort de vie, les loisirs... Nous, ce qu'on voulait, c'était bosser, et on était déjà très contents quand on avait des patients en s'installant... On a travaillé très dur au début... Mais les jeunes maintenant c'est plus pareil... »

Ainsi, si le bon chiffres d'affaire en zone rurale sous dotée ne peut être atteint qu'en travaillant plus qu'en ville (tout en s'éloignant de certaines ressources), au moins en début de carrière, cela pourrait difficilement attirer les jeunes chirurgiens-dentistes qui auraient plutôt des attentes de « travailler moins » (que leurs aînés, mais aussi peut-être que certains cadres dans les entreprises, ...).

6.2. Incitations financières à l'installation en zone sous dotée : une attractivité faible

La majorité des chirurgiens-dentistes que nous avons interviewés ne connaissent pas les incitations à l'installation qui existent déjà en ce qui concerne les zones rurales sous dotées.

Ceux qui les connaissent les jugent peu attractives, et ce pour deux raisons :

- les 15 000 euros d'aide à l'installation constituent une goutte d'eau pour ceux qui rachètent un cabinet ou qui en créent un. Compte-tenu de l'investissement financier à réaliser, cette somme ne change absolument pas la donne : même si elle est bienvenue, elle ne peut pas faire basculer un jeune en faveur d'un territoire rural, choix qui implique à la fois des sommes d'argent importantes, mais qui a aussi des implications en termes de vie personnelle, de lieu de résidence...
- Bien souvent, ces 15 000 euros arrivent tardivement, parfois même un an après que l'investissement financier ait été fait. Par conséquent, cette somme est dépensée autrement, mais ne sert pas comme apport financier direct dans le projet d'investissement soumis aux banques :

« ça arrive trop tard... Le prêt est fait depuis longtemps... Du coup certains s'achètent une petite voiture neuve avec... Mais c'est pas ça qui va faire changer d'avis... »

D'après les chirurgiens-dentistes rencontrés, pour qu'une incitation financière pousse vraiment les jeunes à envisager de s'installer en zone rurale sous dotée, alors qu'ils ne sont pas spécialement attachés à la campagne au départ, il faudrait qu'elle soit bien plus élevée. La somme actuelle est ainsi davantage un « accompagnement » qu'une incitation réelle à s'installer en zone rurale.

6.3. Elargissement du numéris clausus

Pour tous les praticiens que nous avons rencontrés, il est indispensable d'élargir le numéris clausus : les générations de chirurgiens dentistes qui partent à la retraite ne se renouvellent plus, et outre la masse de demandes qui s'abat sur ceux qui « restent », notamment dans les zones rurales, il va devenir tout simplement impossible de soigner une partie de la population, puisque celle-ci ne fait qu'augmenter globalement.

Au-delà de ce consensus, deux points font débat parmi les chirurgiens-dentistes interrogés :

- Jusqu'où le numéris clausus doit-il être élargi ? Doit-il être doublé, triplé, légèrement augmenté ? Certains chirurgiens dentistes disent clairement qu'ils ne souhaitent pas retrouver la situation de concurrence qu'ils ont connue au moment où ils se sont installés. Ils ont beaucoup travaillé au début, mais ont fini par se construire un mode de vie très agréable avec un revenu qui les satisfait et il n'est pas question pour eux de revenir en arrière, du fait d'une concurrence qui augmenterait à nouveau. Ainsi, si certains chirurgiens-dentistes désespèrent de trouver un collaborateur ou associé, ou même souhaitent vivement l'arrivée d'un confrère sur leur territoire, afin d'être soulagé par rapport à la masse des demandes de soins auxquelles ils sont confrontés, d'autres, qui ne s'estiment pas en zone sous dotée, ou qui s'estiment en zone sous dotée mais qui se sont organisés pour ne pas en souffrir (en « *disant non* » aux potentiels nouveaux patients) expriment clairement qu'ils ne souhaitent pas qu'un confrère « *viennne poser sa plaque dans le coin* »...

Reste que l'arrivée de praticiens roumains, bulgares, portugais, ... est en train de changer la donne : le numéris clausus ne s'imposant qu'à ceux qui font leurs études en France, il est en décalage avec la réalité des installations possibles sur les territoires ruraux... Face à ce phénomène, quelques uns des praticiens rencontrés souhaiteraient que l'on interdise l'installation des praticiens étrangers en France... Mais beaucoup savent qu'il n'y aura pas de retour en arrière par rapport à cette évolution, et ce d'autant plus

que de jeunes français partent d'ailleurs s'installer en Angleterre pour payer moins de charges et obtenir un meilleur revenu.

Ainsi, le « bon niveau » de numéris clausus semble très difficile à définir et il semble difficile de trouver un seuil qui conviendrait à tout le monde.

- L'autre point problématique est que, même avec un numéris clausus élargi, rien ne garantit que les jeunes chirurgiens-dentistes s'installeront en zones rurales, et notamment en zones rurales sous dotées. Selon certains des praticiens interrogés, il serait dès lors nécessaire d'imposer certaines contraintes pour que le numéris clausus relevé ne profite pas qu'aux villes, parfois même de manière coercitive :

- * imposer un numéris clausus « à l'installation ». Comme pour les pharmaciens, il faudrait interdire les installations supplémentaires en certains territoires et définir les territoires où une implantation est possible,
- * aider les étudiants qui en ont besoin, à financer leurs études, mais leur imposer en contrepartie l'obligation d'exercer pendant un certain nombre d'années en territoire rural sous doté,
- * imposer un territoire d'exercice selon le classement des étudiants au concours.

Néanmoins, les propositions de mesures obligatoires, coercitives, sont loin d'être approuvées par tous les praticiens interviewés : cela est d'après certains contradictoire avec l'état d'esprit d'une profession libérale et il vaudrait mieux rester incitatif, toute mesure coercitive pouvant finalement se révéler contre-productive et décourageant encore davantage les jeunes chirurgiens-dentistes à s'installer en zones rurales sous dotées.

6.4. Intérêt de faire découvrir les territoires ruraux aux étudiants

Cette piste semble très pertinente pour une majorité des personnes que nous avons interviewées. Si beaucoup pensent que certains individus seront, de toutes façons, toujours davantage attirés par l'exercice en ville (par goût, pour suivre leur conjoint, par commodité et proximité de certaines ressources, ...), d'autres pensent que les préjugés des jeunes concernant « la campagne » aussi bien au niveau de la vie personnelle que de l'exercice professionnel, sont si forts qu'ils seraient finalement aveuglés plus que réticents. Il serait donc nécessaire de leur montrer la réalité de l'exercice de la chirurgie-dentaire en zone rurale et ses multiples avantages, au niveau professionnel, mais aussi en termes de qualité de vie. L'aspect « *touristique* » de ces territoires devrait d'ailleurs être mis en valeur selon les praticiens interviewés : beauté des paysages, possibilités d'activités de plein air, mais aussi activités culturelles et patrimoine local ne doivent pas être négligés. Il faut d'abord créer une attirance pour le territoire en lui-même, avant d'aborder d'autres éléments sous un angle plus pragmatique :

- le temps d'accès à la ville-centre la plus proche (ville dotée d'un lycée)
- les ressources de la ville centre et des communes environnantes
- le chiffre d'affaire du cabinet
- l'installation du cabinet
- la patientèle agréable

La découverte des zones rurales sous dotées pourrait se faire de deux manières :

- en organisant des « séminaires de découverte » dans certaines zones, où l'on ferait visiter le territoire, le cabinet, aux jeunes étudiants
- en favorisant les stages en zones rurales, sur le modèle « *clermontois* », de telle sorte que les étudiants puissent passer plusieurs semaines, voire mois, d'affilée sur le territoire, sans avoir de rupture ou d'alternance entre temps de stages et temps de cours, tout en étant aidé au niveau des transports et du logement sur le lieu de stage. Néanmoins, les praticiens constatent que les jeunes ont tendance à effectuer leur stage là où ils résident, à proximité de leur famille, de leur conjoint, de leurs amis. Un stage en zone rurale peut donc constituer un effort réel par rapport à tout cela : voir moins fréquemment son

conjoint, ses amis, sa famille, et risquer de se trouver un peu seul, en dehors du travail, sur le lieu de stage. Il est donc important d'abaisser les contraintes matérielles pour favoriser les stages en zone rurale.

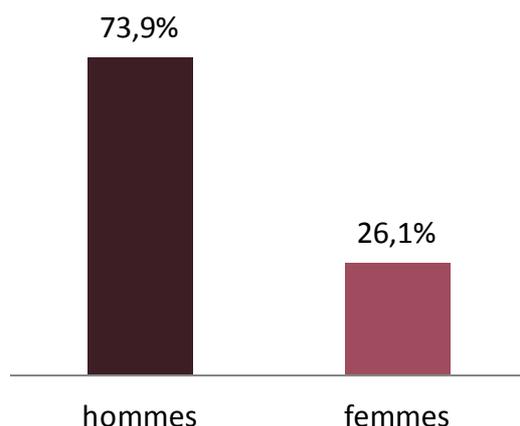
Certains praticiens seraient ainsi prêts à aider un stagiaire à se loger... Mais cela n'est pas évident pour tous les praticiens, car ils ne souhaitent pas non plus que l'arrivée d'un stagiaire accroisse trop leurs propres contraintes.

L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE
AUPRES DES
CHIRURGIENS-DENTISTES
DES ZONES SOUS DOTEES
DE RHONE-ALPES

1. ELEMENTS SIGNALIQUES

Sur les 88 répondants, 73,9% sont des hommes et 26,1% sont des femmes. L'âge moyen des répondants est de 50 ans, les plus jeunes ont 27 ans et les plus âgés ont 68 ans. Un quart des chirurgiens dentistes ont plus de 60 ans et plus de la moitié ont entre 41 et 60 ans. 86% des répondants vivent en couple et 52% déclarent vivre avec un enfant.

Répartition des répondants selon le sexe :



Répartition des chirurgiens-dentistes par âge :

âge	25-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	61-70 ans	total
effectif	3	16	14	33	22	88
part	3,4%	18,2%	15,9%	37,5%	25,0%	100,0%

2. ACTIVITE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Les chirurgiens-dentistes sont en grande majorité des titulaires puisque 90% des répondants possèdent ce statut. Ils reçoivent en moyenne 20,5 patients par jour avec un minimum de 12 et un maximum de 35 patients par jour. Les chirurgiens-dentistes passent en moyenne 3,8 jours par semaine au cabinet. 51% déclarent exercer seul dans leur cabinet. Seulement 2% exercent également dans un cabinet secondaire. 48% des répondants pensent qu'il faudrait qu'ils soient plus nombreux dans leur cabinet.

Statut d'exercice :

	effectif	part
titulaire	79	90%
collaborateur	7	8%

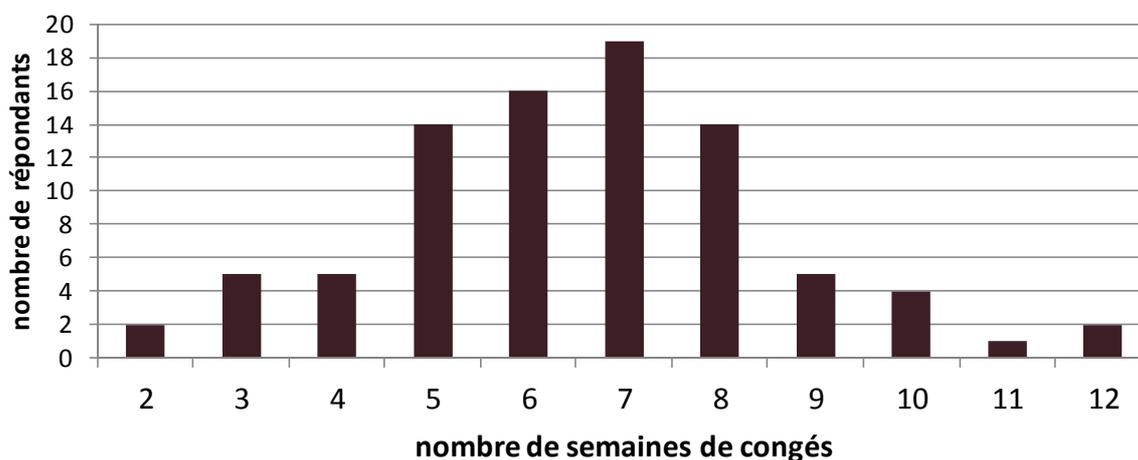
Nombre de patients par jour et nombre de jours passés au cabinet :

	minimum	maximum	moyenne
Nombre de patients reçus par jour	12	35	20,5
Nombre de jours passés au cabinet (par semaine)	2	5	3,8

2.1. Les congés

Les chirurgiens-dentistes prennent en moyenne 6,5 semaines de congés par an. La majorité des répondants prennent entre 5 et 8 semaines de congés par an. 91% des répondants ne se font pas remplacer pendant leurs congés. Pour les chirurgiens dentistes qui ne se font pas remplacer pendant leurs congés, 36% déclarent ne pas avoir besoin d'un remplaçant et 29% ne trouvent pas de remplaçant.

Nombre de semaines de congés :



Réponses aux questions ouvertes

*** Si vous ne vous faites pas remplacer pendant vos congés, pourquoi ?**

(Référence questionnaire : 2.1.9 - 22 réponses exploitables)

Quatre raisons sont invoquées pour expliquer le non-recours à un remplaçant pendant les congés, en majorité :

- Une alternance entre les praticiens du cabinet, pendant la période des congés, qui permet de faire en sorte que les urgences du confrère en congés soient prises en charge
- Le fait que le praticien prenne des congés courts et/ou fluctuants et peu anticipés

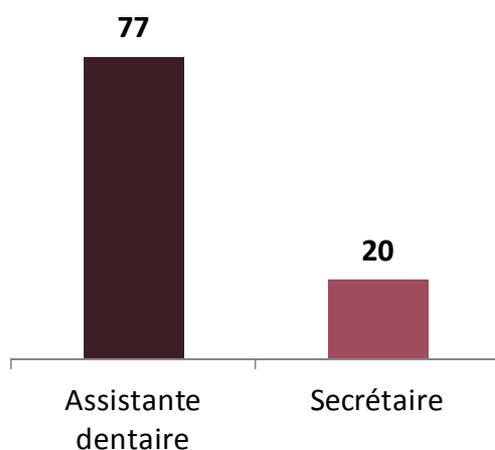
En minorité :

- Le fait que cela soit lourd à gérer, coûteux, peu rentable
- De mauvaises expériences passées avec un remplaçant

3. LE PERSONNEL D'ASSISTANCE AU CABINET

Sur les 88 répondants, 77 ont au moins une assistante dentaire et 20 ont au moins une secrétaire. Les tâches les plus pratiquées par les assistantes dentaires sont la stérilisation et la prise de RDV puisque 73% d'entre elles pratiquent ces deux tâches. En revanche, elles sont seulement 25% à faire de la comptabilité. Les secrétaires sont 85% à faire des tâches administratives et 80% à gérer la prise de RDV. Aucune ne pratique l'aide au fauteuil. Les chirurgiens dentistes privilégient le recrutement par relations puisque 68% des assistantes dentaires et 61% des secrétaires ont été recrutées par ce biais. Seulement 9% des répondants déclarent utiliser les services d'une plateforme téléphonique externe pour le secrétariat.

Personnel d'assistance dans le cabinet :



Tâches effectuées par le personnel d'assistance :

Statut	Aide au fauteuil	Stérilisation	Prise de RDV/agenda	Taches administratives	Aide compta
Assistants dentaires	65%	73%	73%	59%	25%
Secrétaires	0%	15%	80%	85%	38%

Réponses aux questions ouvertes

*** Selon vous, quels sont les avantages ou désavantages à employer ces personnels d'assistance dans un cabinet dentaire ?**

(Référence questionnaire : 2.2.2 - 7 réponses exploitables)

La majorité des répondants trouvent des avantages au fait d'employer assistantes et / ou secrétaires au cabinet : cela facilite la pratique et libère du temps. Certains précisent que :

- cela humanise le cabinet et permet de ne pas se sentir seul
- cela rend plus disponible pour la relation au patient et la qualité des soins

*** Selon vous, faudrait-il que vous soyez plus nombreux en tant que chirurgiens-dentistes dans le cabinet où vous exercez principalement, pourquoi ?**

(Référence questionnaire : 2.1.10 - 18 réponses exploitables)

Les chirurgiens-dentistes qui expliquent pourquoi ils souhaiteraient être plus nombreux au cabinet, donnent trois arguments :

- pour mieux répondre à la demande de la patientèle : prendre plus de patients et pouvoir passer plus de temps avec les patients, tout en améliorant la qualité des soins (bien que la rémunération des soins soit toujours un frein à cette stratégie)
- pour réduire l'activité du titulaire actuel en fin de carrière et pérenniser, transmettre, le cabinet

Ceux qui ne souhaiteraient pas être plus nombreux au cabinet précisent que :

- l'équilibre économique du cabinet est atteint pour le moment (et la rentabilité de l'activité reste de toute façons liée au nombre de patients traités par jours)
- cela accroîtrait les contraintes et les frais de gestion
- ils ont eu de mauvaises expériences d'association ou de collaboration par le passé avec d'autres chirurgiens-dentistes

4. LES SOINS PRATIQUES AU CABINET

Les soins conservateurs, soins chirurgicaux et les prothèses dentaires sont les 3 actes pratiqués par la quasi-totalité des praticiens. A l'inverse, les traitements d'orthodontie sont pratiqués seulement par 11,4% des répondants. Les soins conservateurs et les prothèses dentaires occupent en moyenne presque 80% du temps de travail des chirurgiens dentistes. Le blanchiment, bien que pratiqué par presque la moitié des praticiens, est une pratique ponctuelle qui n'occupe en moyenne que 2% du temps de travail.

Les actes pratiqués :

	part de praticiens pratiquant l'acte	Temps moyen de travail (parmi les praticiens pratiquant l'acte)
Soins conservateurs	100%	50%
Soins chirurgicaux	99%	11%
Scellement des sillons	87,5%	4%
Prothèses dentaires	100%	29%
Traitements d'orthodontie	11,4%	17%
Parodontie	47,7%	5%
Chirurgie implantaire	25,3%	6%
Prothèse sur implants	48,9%	5%
Blanchiment	48,9%	2%

5. LES LOCAUX DU CABINET DENTAIRE ET LE MATERIEL

Près de 60% des répondants sont propriétaires de leurs locaux. 94% possèdent un parking (privé ou public) à proximité de leur cabinet. 74% déclarent avoir des locaux accessibles aux personnes en situation de handicap. 52% des praticiens disposent d'une radio panoramique au cabinet. Pour les chirurgiens dentistes ne possédant pas de radio panoramique, l'équipement radiologique le plus proche se trouve en moyenne à 12km. Les prothésistes se trouvent en moyenne à 24km.

Distance des prothésistes et des équipements radiologiques :

	minimum	maximum	moyenne
distance de l'équipement radiologique (en km)	1	40	12
distance des prothésistes (en km)	1	200	24

Réponses aux questions ouvertes

Le cabinet : êtes-vous propriétaire ou locataire et pourquoi ce choix ?

(Référence questionnaire : 4.2 - 36 réponses exploitables)

Il apparaît que le fait d'être locataire ou propriétaire n'est pas un enjeu fort pour tous : certains chirurgiens-dentistes déclarent ne pas avoir vraiment choisi, lorsqu'ils ont repris un cabinet qui était déjà en location. Parmi les 40% qui sont locataires, certains déclarent qu'ils ont conservé la situation qu'ils ont trouvée en reprenant le cabinet (cabinet déjà en location, opportunité ou non d'achat sur le territoire). D'autres précisent que cela leur a semblé plus simple, moins contraignant en termes de charges et de gestion.

Ceux qui sont propriétaires et qui ont souhaité expliciter leur choix, mettent deux arguments en avant :

- faire un investissement, pour leur succession, leur retraite, leurs enfants. (12 réponses)
- être plus indépendant, plus libre, plus tranquille, notamment pour réaliser les travaux et aménagements qu'ils souhaitaient faire dans leur cabinet (12 réponses)

**** A quoi correspond le nombre de fauteuils dentaires dans votre cabinet ?***

(Référence questionnaire : 4.6 - 17 réponses exploitables)

La majorité des personnes interrogées ont autant de fauteuils que d'associés ou collaborateurs. Néanmoins, certains ont fait le choix d'avoir davantage de fauteuils que de chirurgiens-dentistes dans le cabinet. La majorité a un fauteuil supplémentaire, et, dans quelques cas minoritaires, il y a deux fauteuils par professionnel. Les chirurgiens-dentistes qui ont répondu à la question ouverte décrivent très largement deux raisons pour lesquelles ils ont fait le choix d'avoir au moins un fauteuil supplémentaire :

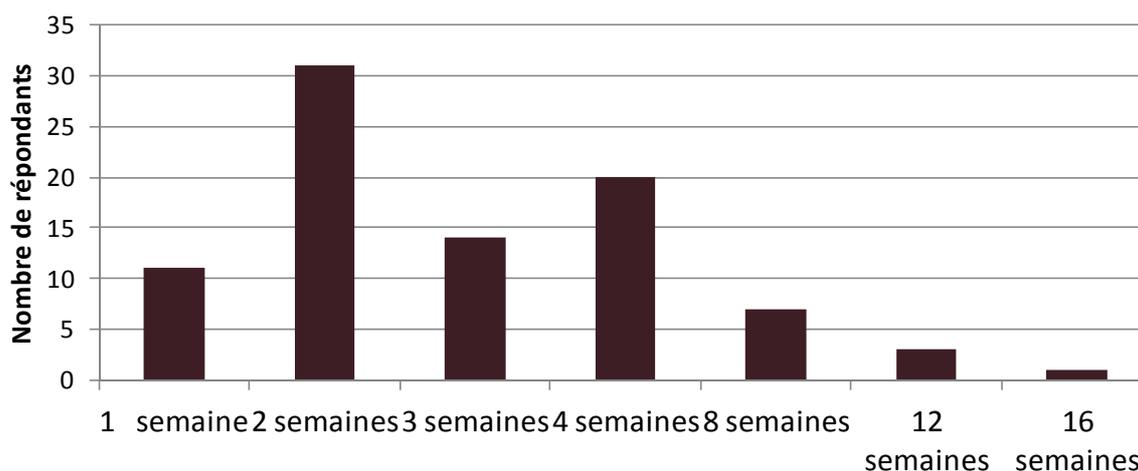
- pour une meilleure aseptie : pendant qu'un patient est pris en charge sur un fauteuil, l'autre fauteuil est nettoyé (4 réponses)
- pour une prise en charge particulière : implantologie, chirurgie, voire orthodontie et gestes non-invasifs (détartrage-radiologie), actes également souvent associés à une aseptie rigoureuse ou au contraire plus légère (9 réponses)

A noter : une seule réponse précise que le fauteuil supplémentaire est destiné aux personnes à mobilité réduite.

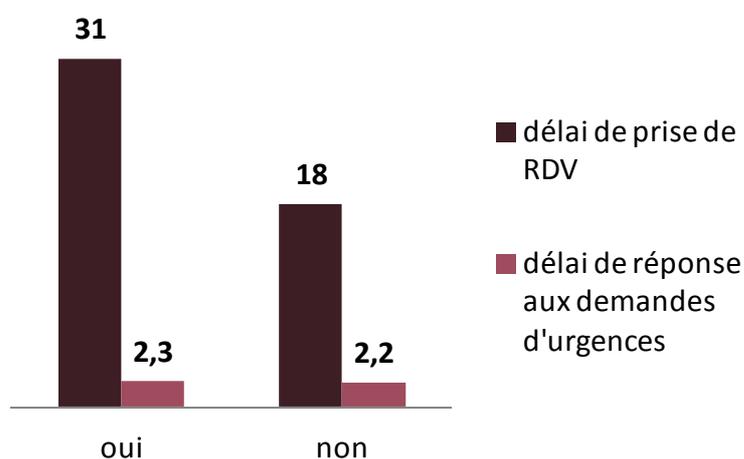
6. GESTION DES RENDEZ-VOUS

Le délai moyen de prise de rendez vous est de 3,5 semaines mais presque la moitié (47%) des praticiens accordent des rendez vous dans une période de 2 semaines ou moins. Le délai moyen de réponse aux demandes d'urgence est de 2,2 jours. Le délai moyen de prise de rendez vous varie de 31 jours pour les chirurgiens dentistes en accord avec la classification de leur zone comme zone sous dotée à 18 jours pour les praticiens en désaccord avec cette classification. Ainsi les demandes d'urgence sont traitées dans un délai à peine plus long dans les territoires ressentis par les professionnels comme sous dotés.

Délai de prise de rendez vous :



Délai de prise de rendez vous selon l'accord avec la classification de zone sous dotée :



Réponses aux questions ouvertes

*** Sur les 12 derniers mois, avez-vous pris en charge de nouveaux patients ? Si non, pourquoi ?**

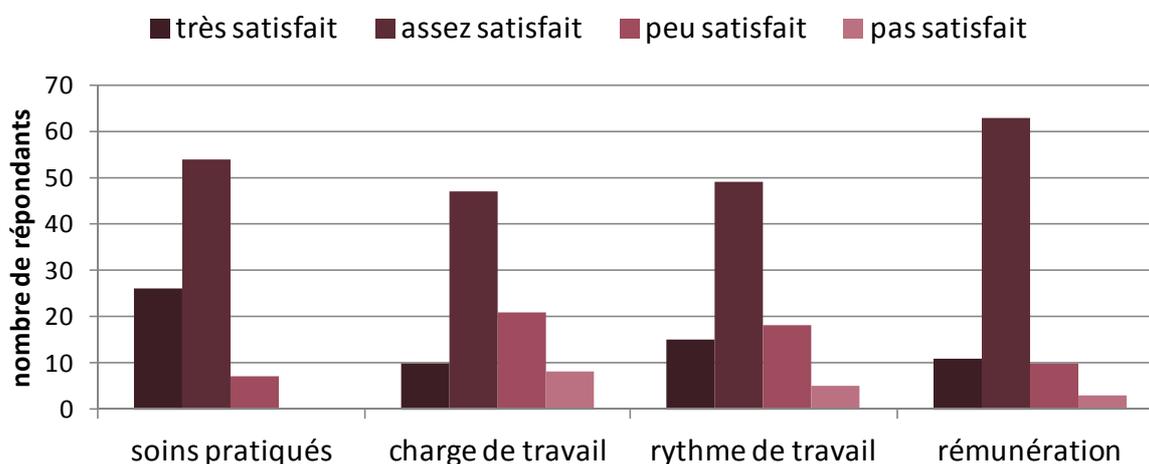
(Référence questionnaire : 5.1.2 - 7 réponses exploitables)

Les personnes ayant répondu sont unanimes : elles sont surchargées de patients et n'ont pas de disponibilités pour de nouveaux patients

7. SATISFACTION PROFESSIONNELLE

Les répondants sont globalement assez satisfaits de leur activité professionnelle, aucun praticien en particulier n'est « pas satisfait » des soins pratiqués. La charge de travail est le point le plus contrasté puisque 33% des répondants sont « peu satisfaits » ou « pas satisfaits » de leur charge de travail.

Satisfaction professionnelle :



Les réponses aux questions concernant la satisfaction professionnelle ont été analysées par territoire (code postal). On peut ainsi constater que globalement, les chirurgiens dentistes sont moins satisfaits de leur charge de travail en Drôme et en Ardèche que dans le reste de la région. La Drôme est d'ailleurs le seul département où il y a plus de praticiens peu ou pas satisfaits de leur charge de travail que de praticiens très ou assez satisfaits. Concernant la rémunération, dans les départements de l'Ain, de l'Ardèche, du Rhône et de la Haute Savoie, tous les praticiens sont très ou assez satisfaits de leur rémunération. En revanche dans la Drôme, près de 25% des répondants sont peu ou pas satisfaits de leur rémunération.

Réponses aux questions ouvertes

* *Souhaitez-vous apporter des précisions, par rapport à votre satisfaction ou insatisfaction professionnelle ?*

(Référence questionnaire : 6.5 - 25 réponses exploitables)

Cette question a semble-t-il inspiré les chirurgiens-dentistes, qui, pour ceux qui ont souhaité répondre, ont répondu longuement, autour de quatre arguments (10 réponses) :

- Ils sont satisfaits mais se sentent surchargés en termes de travail, et stressés du fait de cette surcharge :
 - « Le fait d'avoir un agenda chargé est rassurant, mais peut se révéler stressant selon les moments. »
 - « Le rythme de travail très élevé entraîne un stress important. »
 - « Trop de travail. J'ai l'impression de manquer de temps pour améliorer la qualité du travail. Problèmes de planning pour gérer les vacances, les formations. »

- Ils sont insatisfaits du fait de la faible rémunération de certains soins, et notamment des soins conservateurs (11 réponses) :

« Je voudrais une meilleure rémunération des soins »

« La rémunération des soins est dérisoire par rapport au coût du plateau technique et du temps passé. »

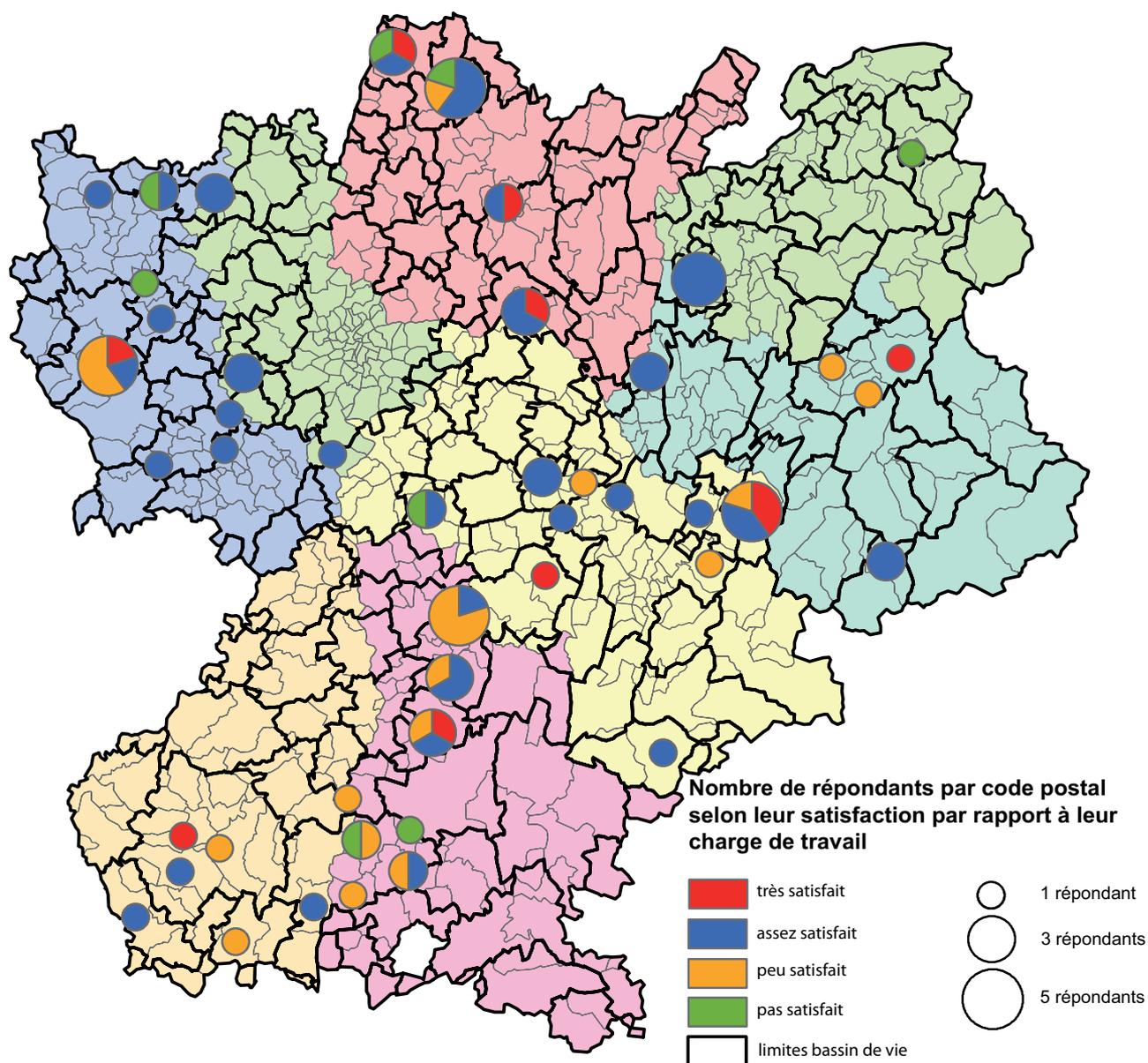
« Le traitement de l'urgence n'est pas rémunéré, le traitement de l'humain n'est pas rémunéré (personnes âgées, handicapées, stressées) »

« A force de ne pas être payé pour ce que l'on fait, on finit par faire ce pour quoi on est payé. »

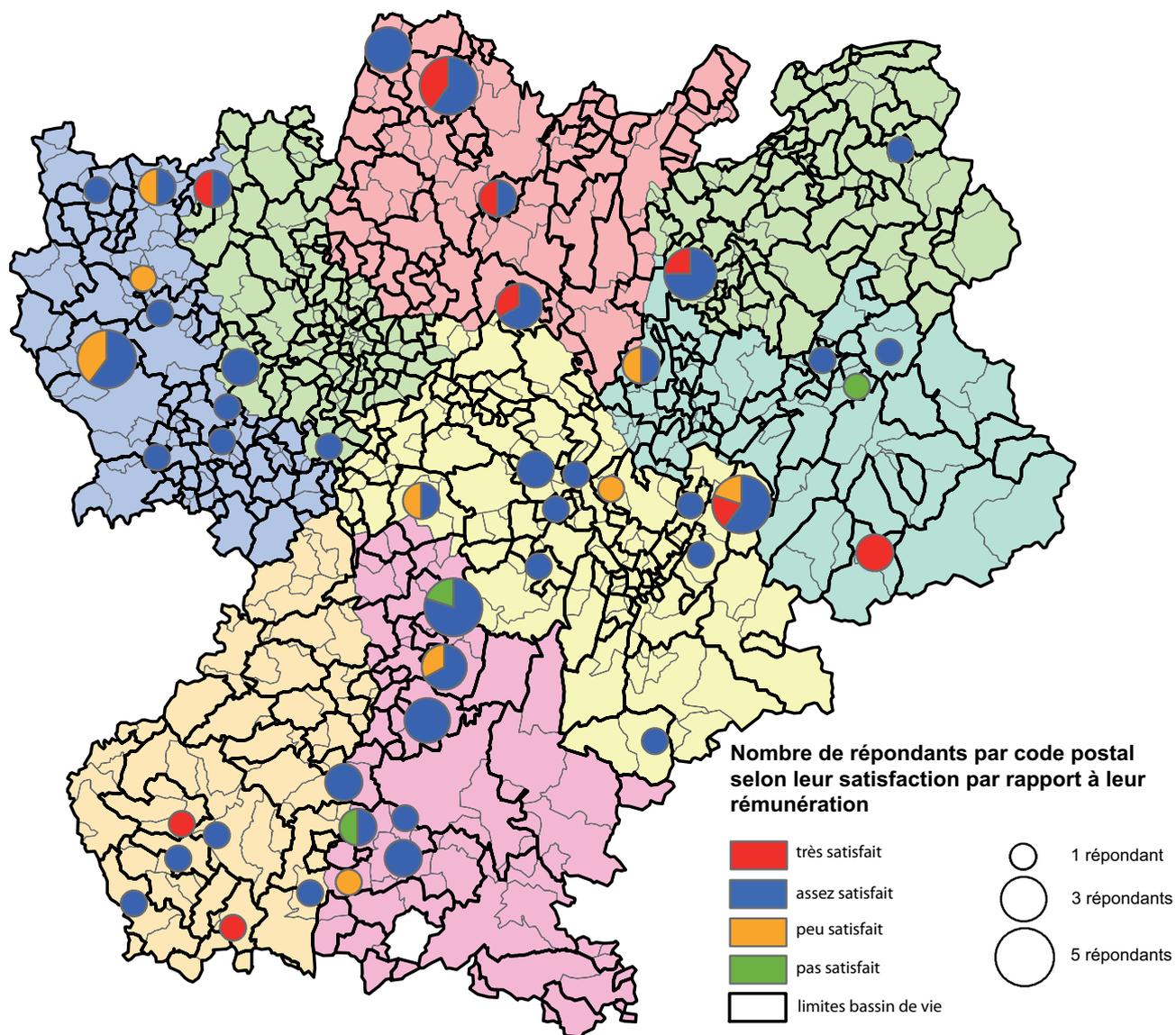
« Le temps passé au fauteuil et en dehors du fauteuil jusqu'à des heures tardives n'est pas vraiment compensé au plan financier. »

« Les soins rémunérés entraînent des prothèses trop chères. Les choix prothétiques sont biaisés car le mode de rémunération est dévoyé. »

Localisation des répondants selon la satisfaction concernant la charge de travail :



Localisation des répondants selon la satisfaction concernant la rémunération :



Sur ces 2 cartes, 81 répondants ont pu être localisés

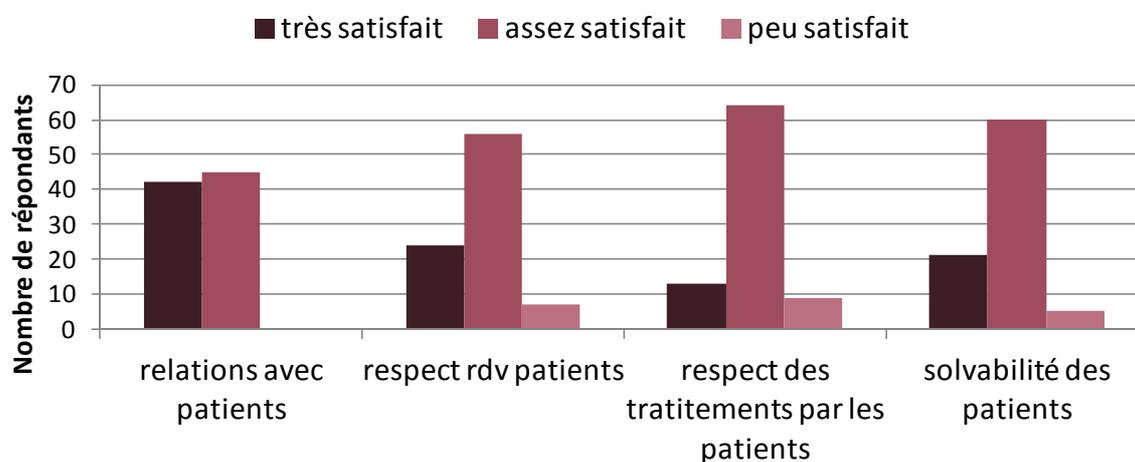
8. LES PATIENTS

Les enfants représentent une minorité de la patientèle puisque les enfants entre 3 et 12 ans ne représentent que 11% des patients en moyenne. Les praticiens sont globalement satisfaits de la relation avec leurs patients puisque sur les différents aspects proposés, aucun n'est « pas satisfait ». Tous les praticiens sont soit très satisfaits, soit assez satisfaits de la relation qu'ils ont avec leurs patients. 88% des patients résident à moins de 20km du cabinet en moyenne. La part des bénéficiaires de la CMUc est de 6,7%.

Répartition de la patientèle :

Répartition moyenne de la patientèle (en %)	
Enfants 3-6 ans	3,50%
Enfants 6-12 ans	7,50%
Adolescents 12-16 ans	9,10%
Jeunes 16-25 ans	12,40%
Adultes 25-65 ans	42,40%
Plus de 65 ans	22,60%

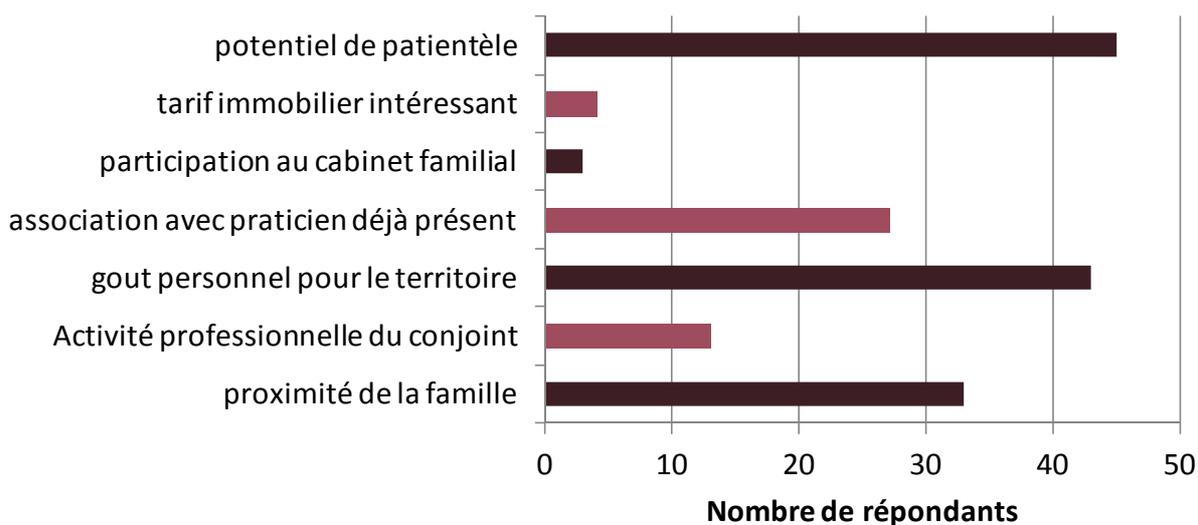
Satisfaction par rapport aux patients :



9. LE CHOIX DU LIEU D'INSTALLATION

Sur les 88 répondants, 45 ont choisi de s'installer sur le territoire où ils exercent car le potentiel de patientèle paraissait important, 43 car ils avaient un goût personnel pour ce territoire et 33 parce que leur famille est à proximité. Le tarif immobilier et la participation au cabinet familial paraissent moins importants puisque seuls quelques praticiens ont choisi leur territoire en fonction de ces données.

Raisons du choix d'installation :



Réponses aux questions ouvertes

*** Pouvez-vous donner la ou les raisons qui vous ont conduit à exercer dans votre localité actuelle**
(Référence questionnaire : 8.1 - 6 réponses exploitables)

Les réponses qualitatives corroborent les cases cochées, et soulignent légèrement l'effet d'une opportunité à un temps « t » : un tarif immobilier intéressant pour acheter et s'installer, le maire de la commune qui aide à l'installation, un chirurgien-dentiste qui cède son cabinet...

*** Vous est-il arrivé de regretter ce choix de territoire d'exercice ? Si vous regrettez votre choix de territoire d'exercice, pourquoi ?**

(Référence questionnaire : 8.3 - 12 réponses exploitables)

Deux types d'arguments émergent :

- Le fait que la population du territoire ait de faibles revenus (3 réponses)

« Population peu argentée »

« Faible solvabilité des patients »

- L'isolement du cabinet dans un territoire rural:

« Zone très rurale, vie sociale difficile »

« Eloignement de [la grande ville] difficile de trouver une assistante »

« Isolement professionnel, impossibilité de revente du cabinet »

*** En dehors du départ à la retraite, envisagez-vous de quitter ce territoire pour exercer dans un autre ? Si oui, à quelles conditions**

(Référence questionnaire : 8.4.1 - 9 réponses exploitables)

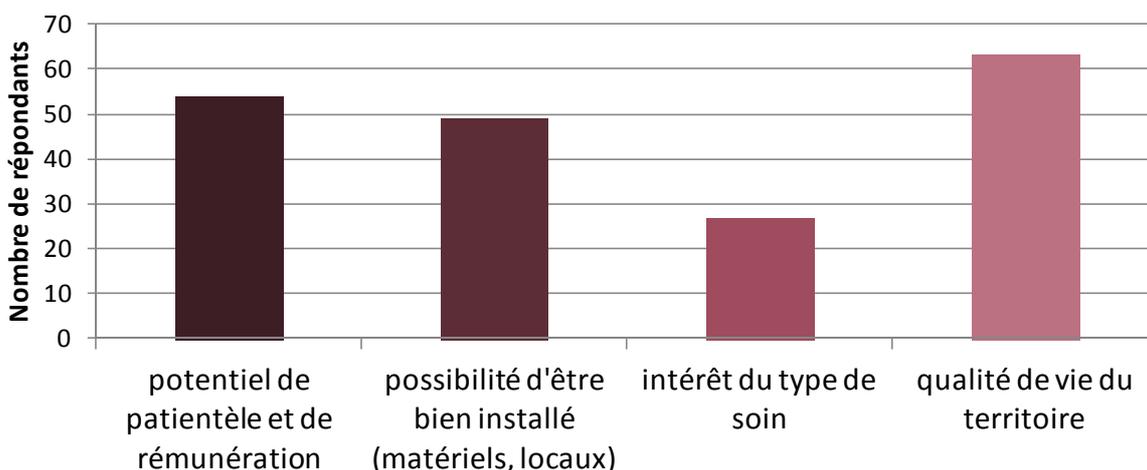
Deux types de réponses émergent :

- Quitter le secteur libéral pour éviter les contraintes administratives ;
« Si les contraintes administratives augmentent, j'envisage de quitter le secteur libéral »
- Quitter la France pour éviter la pression fiscale :
« Oui partir à l'étranger car trop de charges et de fiscalité »
- Partir pour découvrir d'autres façons d'exercer :
« Connaître d'autres conditions d'exercice avant de prendre ma retraite. »
« Pour connaître d'autres régions et d'autres modes d'exercice avant de partir à la retraite. »

10. RECOMMANDATION DU TERRITOIRE

Parmi les répondants, 84% recommanderaient leur territoire comme lieu d'installation à un jeune chirurgien dentiste. L'élément le plus important pour justifier la recommandation du territoire est la qualité de vie du territoire. L'intérêt du type de soins pratiqués semble être un argument moins important pour recommander le territoire. 16% des répondants ont pu regretter leur choix de territoire, à un moment de leur parcours professionnel.

Recommandation du territoire comme lieu d'installation :



Réponses aux questions ouvertes

* **Recommanderiez-vous votre territoire comme lieu d'installation pour un jeune chirurgien-dentiste ? Si oui, pourquoi ?**

(Référence questionnaire : 8.5.1 - 10 réponses exploitables)

Les réponses corroborent les cases cochées et mettent l'accent sur :

- La qualité de la relation avec les patients (4 réponses) :

- « Patients très gentils »
- « Qualité relation patients »
- « Relation de confiance patient/praticien. »
- « Oui, pour la relation avec les patients »

- Le territoire serait recommandé avec un petit bémol sur les soins qui peuvent être pratiqués sur le territoire par rapport au potentiel de patientèle en local, avec ce que cela implique en termes de revenus (3 réponses) :

- « Oui, mais le potentiel n'est pas suffisant sans une spécialisation en implantologie. »
- « Oui, mais si on veut faire des implants, il faut aller en ville. »
- « Il y a suffisamment de patients pour exercer de façon non stressante mais suffisante pour des revenus moyens. »

11. ELEMENTS DE QUALITE DE VIE

63% des répondants vivent à plus de 10km d'une ville de plus de 30 000 habitants. Parmi les praticiens résidant sur leur territoire d'exercice, 63% sont complètement satisfaits de leur territoire et aucun n'est pas du tout satisfait. Le temps de trajet moyen entre le domicile et le cabinet est de 14 minutes. Le temps de trajet moyen entre le cabinet et l'axe autoroutier le plus proche est de 16 minutes.

Commune de résidence :

	nombre de répondants	part
zone rurale	55	63%
moins de 10km d'une ville de plus de 30000 hab.	22	25%
dans une ville de plus de 30000 hab.	10	11%

Satisfaction générale du territoire :

	nombre de répondants	part
complètement	33	60%
partiellement	14	26%
pas vraiment	2	4%

Réponses aux questions ouvertes

* Etes-vous satisfait de la qualité de vie créée par votre exercice professionnel en territoire « sous doté », pour vous-même et vos proches ?

(Référence questionnaire : 9.4 - 12 réponses exploitables)

Parmi les sept réponses de personnes qui se disent satisfaites, la richesse des ressources du territoire et la qualité de vie sont principalement mises en avant (7 réponses):

« Zone rurale mais très riche touristiquement, pas de bouchons, retour à la maison entre 12h et 14h, patientèle fidèle, sympathique. »

« Aucun embouteillage, une population moins stressée »

« Trajets réduits, tranquillité, campagne. »

Mais quelques chirurgiens-dentistes émettent cependant quelques bémols, notamment du fait d'une demande très importante de la patientèle (5 réponses):

« Rythme de travail et charge de travail trop élevés »

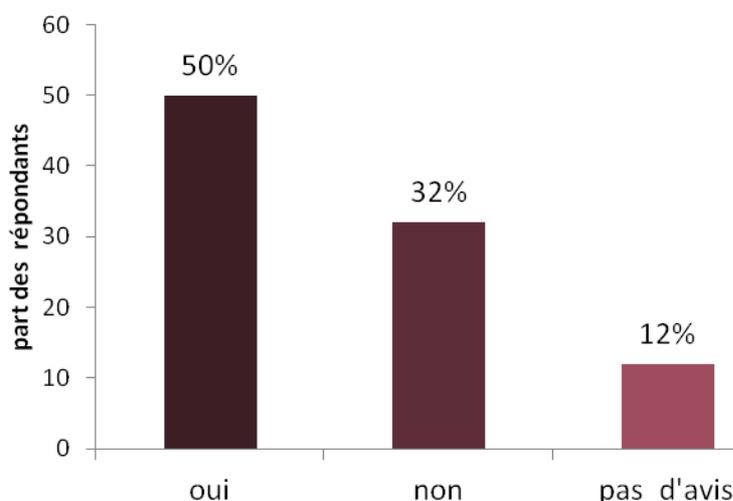
« Stress important du à la surcharge de travail, délais trop longs, problèmes de planning pour les congés, les formations. »

« Distance avec les activités culturelles. »

12. LES ZONES SOUS DOTEES EN CHIRURGIENS DENTISTES

La moitié des répondants estiment se trouver dans une zone sous dotée en chirurgiens dentistes, 32% ne se sentent pas dans une zone sous dotée et 12% n'ont pas d'avis sur la question. Sur la carte régionale présentant la répartition géographique des réponses à cette question, on distingue deux zones principales où la majorité des praticiens se sentent en zone sous dotée à savoir le sud de l'Ardèche et le nord de la Loire. On peut également remarquer que des chirurgiens dentistes peuvent avoir un ressenti différent bien qu'ils habitent la même zone géographique (bassin de vie).

Accord avec la classification de zone sous dotée :



Réponses aux questions ouvertes

*** La zone dans laquelle vous exercez est classée comme « sous dotée » en chirurgiens-dentistes par l'Assurance Maladie, êtes-vous d'accord avec cette classification ?**

(Référence questionnaire : 10.1 et 10.2)

Territoires où les répondants indiquent qu'ils ne sont pas d'accord avec cette classification (26 réponses) :

Rhône	Isère	Loire	Ain	Drôme	Ardèche	Savoie	Haute-Savoie
1 réponse	7 réponses (7 cabinets)	2 réponses (3 cabinets)	4 réponses	9 réponses (4 cabinets)	2 réponses (1 cabinet)	1 réponse	0 réponse

(réponses anonymisées en termes de code postal)

Territoires où les répondants indiquent qu'ils n'ont pas d'avis sur cette question (territoire sous doté ou non), (11 réponses) :

Rhône	Isère	Loire	Ain	Drôme	Ardèche	Savoie	Haute-Savoie
1 réponse	5 réponses (5 cabinets)	1 réponse	1 réponse	1 réponse	0 réponse	1 réponse	1 réponse

(réponses anonymisées en termes de code postal)

Accord ou désaccord avec cette classification ? Pourquoi ? (38 réponses exploitables)

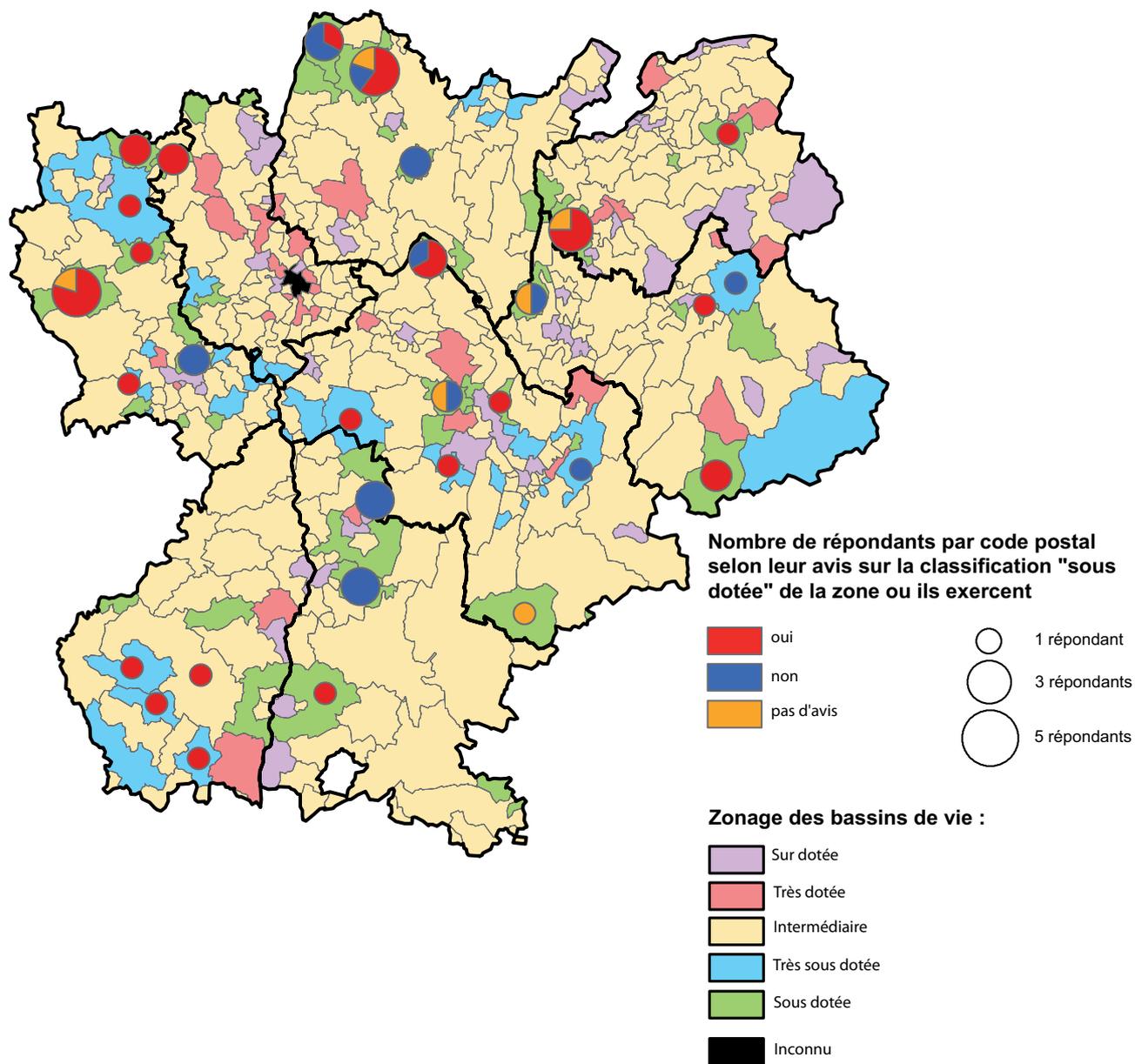
Parmi les 16 répondants qui ont justifié leur réponse négative, 3 explications sont avancées :

- La sous dotation n'est pas une question de nombre de chirurgiens-dentistes sur le territoire, mais de méthode et de capacité de travail (tous les chirurgiens-dentistes ne se laissent pas « déborder »)
- Proximité d'une ou plusieurs communes bien dotées en chirurgiens-dentistes dans un rayon de 5 à 10km
- Pas de surcharge de travail au cabinet (voire des périodes un peu creuses en termes de rendez-vous)

Parmi les 22 répondants qui ont justifié leur réponse positive, les répondants évoquent 3 raisons

- Le fait que le territoire a perdu des chirurgiens-dentistes qui ne sont pas remplacés
- Le manque de temps pour répondre à toutes les demandes
- La difficulté à trouver des collaborateurs ou associés

Localisation des répondants selon l'accord avec la classification en zone sous dotée (par bassin de vie) :

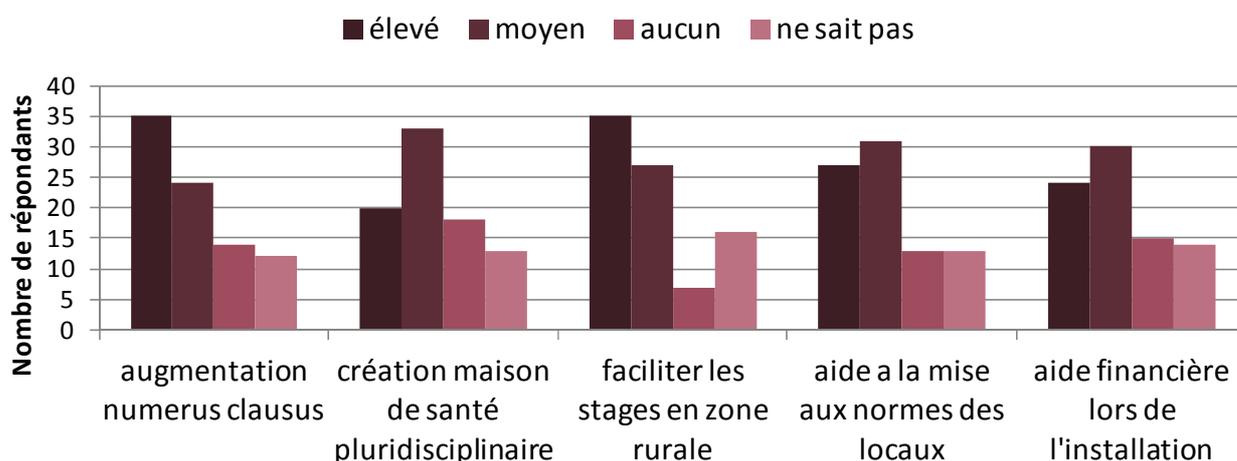


67 répondants ont pu être localisés

13. LES PISTES D'ACTION POSSIBLES

Parmi les différentes mesures proposées, la création de maisons de santé pluridisciplinaires semble être celle qui a le moins d'intérêt pour les chirurgiens dentistes. Les stages en milieu rural et l'augmentation du numéris clausus sont les deux mesures qui recueillent la faveur de près de 40% des répondants.

Intérêt des différentes mesures pour faciliter l'installation de praticiens en zone sous dotée :



Réponses aux questions ouvertes

** Différentes mesures pourraient être envisagées pour favoriser l'installation de chirurgiens-dentistes en zones sous dotées. Pour chaque mesure proposée ci-dessous, préciser l'intérêt de cette mesure, ainsi que la manière dont elle pourrait être mise en place. (5 mesures proposées dans le questionnaire)*

(Référence questionnaire : 10.3)

Proposition 1 : l'augmentation du numéris clausus

(34 réponses exploitables)

Pas ou peu d'intérêt : 15 réponses. L'augmentation du numéris clausus n'aurait pas d'intérêt pour les raisons suivantes :

- Les jeunes chirurgiens-dentistes préfèrent la ville
- L'augmentation du numéris clausus ne garantit pas que les jeunes chirurgiens-dentistes iront s'installer à la campagne / que cela rendra les zones rurales plus attractives
- Tant que la rémunération des soins ne sera pas améliorée, le problème demeurera

Intérêt élevé : 19 réponses. L'augmentation du numéris clausus aurait un intérêt car,

- Il y a un déficit du nombre de praticiens / du nombre de praticiens hommes (les femmes travailleraient moins que leurs homologues masculins)
- Il faut permettre aux jeunes étudiants chirurgiens-dentistes français de pouvoir s'installer en France. Le numéris clausus actuel favorise l'arrivée de praticiens étrangers (Roumanie notamment), et « vide » ces pays de cette ressource
- Oui car cela permettra de transmettre plus facilement les cabinets des praticiens qui partent en retraite
- Oui, s'il y a une aide à l'installation en milieu rural
- Oui, s'il y a un « numéris clausus d'installation » comme pour les pharmaciens

Proposition 2 : la création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires

(35 réponses exploitables)

Pas ou peu d'intérêt : 15 réponses :

- Cela augmente les charges, les contraintes, et peu de choses peuvent être mises en commun entre différents professionnels.
- Cela ne va pas accroître l'attractivité du territoire/diminuer l'isolement du territoire
- La mise en commun de moyens ne résout pas le manque de chirurgiens-dentistes
- l'exercice en groupe n'est pas facile

Intérêt élevé : 20 réponses :

- Cela permet de réduire le sentiment d'isolement, améliore la convivialité au travail (13 réponses).
- Cela crée de meilleures conditions de travail, de suivi des patients et attire davantage les patients
- Cela permet de mieux faire face aux charges du cabinet

Proposition 3 : Faciliter et encourager les stages en zone rurale pour les étudiants de 6^{ème} année (aide au transport, au logement sur place, ...)

(31 réponses exploitables)

Pas ou peu d'intérêt : 11 réponses :

- Les étudiants préfèrent les stages en ville (où ils ont beaucoup d'avantages, de ressources, amis, famille)
- Ces stages ne seront utiles qu'à ceux qui veulent a priori travailler en zone rurale / qu'à ceux qui ont déjà vécu à la campagne

Intérêt élevé : 20 réponses : les répondants qui ont répondu positivement sont unanimes

Cette mesure permettrait aux étudiants de découvrir tous les attraits et avantages de l'exercice en rural qu'ils méconnaissent et sur lequel ils ont de nombreux a priori. Ils comprendraient mieux la qualité de vie en rural, et verraient qu'il y a un vrai potentiel professionnel en zone rurale.

Proposition 4 : Aide à la mise aux normes des locaux du cabinet ?

(13 réponses exploitables)

Pas ou peu d'intérêt : 9 réponses :

- Pas suffisant pour motiver une installation (et ce d'autant plus que le chirurgien-dentiste peut changer de lieu de travail dans son parcours professionnel).(7 réponses)
- Une forme d'assistantat qui n'est pas souhaitable

Intérêt élevé : 4 réponses :

- Une aide qui peut aider à l'installation
- Une aide qui peut faciliter la reprise de la patientèle

Proposition 5 : Une aide financière lors de l'installation (telle que prévue dans l'avenant conventionnel n°2) ?

(21 réponses exploitables)

Pas ou peu d'intérêt : 15 réponses :

- L'aide est trop peu importante pour qu'elle motive réellement les jeunes à s'installer
- Il s'agit d'une forme d'assistantat, qui n'est pas nécessaire aux jeunes chirurgiens-dentistes

Intérêt élevé : 6 réponses :

- peut contribuer à inciter les jeunes à s'installer, mais surtout si l'aide est plus élevée.

*** Si vous avez d'autres idées d'actions possibles pour favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes en zones sous dotées, merci de les préciser :**

(27 réponses exploitables)

Plusieurs pistes ont été proposées par les personnes qui ont répondu à cette question :

- Revaloriser la rémunération des soins conservateurs/ améliorer l'accès des patients aux prothèses (8 réponses)
- Numérus clausus d'installation: obligation d'installation en certaines zones (comme pour pharmacies). (4 réponses)
- Réduire les charges sociales / réduire les impôts / réduire la TVA sur les collaborateurs (3 réponses)
- Favoriser l'exercice collectif et salariat (2 réponses)

D'autres arguments ont été avancés, mais de manière minoritaire :

- Favoriser la création de ZSP
- Favoriser l'emploi d'hygiénistes
- Supprimer les gardes en zones rurales
- Favoriser les stages

Enfin, quelques chirurgiens-dentistes se montrent désabusés quant à leurs jeunes collègues qui démarrent leur carrière : ils estiment qu'ils sont peu travailleurs et surprotégés.

*** A quel âge pensez-vous partir en retraite ?**

(Référence questionnaire : 11.1.1 63 réponses exploitables)

- 55-59 ans : 2 réponses
- 60-64 ans : 11 réponses
- 65-69 ans : 40 réponses
- 70 ans et plus : 10 réponses

La très grande majorité des personnes qui ont répondu à cette question envisagent ainsi de prendre leur retraite entre 65 et 69 ans.

*** Pensez-vous vendre votre cabinet, trouver un successeur ? Pourquoi ?**

(Référence questionnaire : 11.2.1 23 réponses exploitables)

13 personnes pensent ne pas pouvoir transmettre leur cabinet, pour les raisons suivantes :

- Pas de confrères sur le territoire et pas de candidats pour reprendre cabinet
- Zone pas attrayante pour les jeunes chirurgiens-dentistes

10 personnes pensent pouvoir transmettre leur cabinet, pour les raisons suivantes :

- Un cabinet moderne, bien équipé (4 réponses)
- Pour que le territoire conserve un chirurgien-dentiste (3 réponses)
- Potentiel de patientèle et mode d'exercice confortable
- Vendra cabinet à praticien étranger

SYNTHESE ET CONCLUSION

La profession de chirurgien-dentiste a connu de profondes évolutions durant les deux dernières décennies. Resserrement du numérus clausus, féminisation de la profession, développement de la demande pour l'orthodontie et aussi pour l'implantologie, sont parmi les plus importantes.

Il y a aujourd'hui moins de chirurgiens-dentistes qu'il y a vingt ans alors que la population française ne cesse de croître, il y a également davantage de femmes et celles-ci semblent avoir une préférence encore plus marquée que leurs confrères masculins pour l'exercice en zone urbaine.

Parallèlement le constat de la persistance et parfois de l'accroissement des inégalités sociales et géographiques de santé pose avec toujours plus d'acuité la question de l'accès aux soins de santé, et notamment aux soins dentaires, pour l'ensemble de la population du territoire français.

La présente étude a couplé une enquête qualitative menée par entretiens individuels et collectifs, auprès de 68 chirurgiens-dentistes exerçant pour la plupart dans des zones rurales sous dotées, dans les huit départements de la région Rhône-Alpes, et une enquête quantitative menée par questionnaires auto-administrés auprès de 136 chirurgiens-dentistes exerçant dans les zones classées comme sous dotées ou très sous dotés, selon les critères et le zonage établis par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

Cette étude constitue donc un focus sur la question de la sous dotation du point de vue des chirurgiens-dentistes : les patients n'ont pas été interrogés puisque tel n'était pas l'objectif de cette étude, et le présent rapport ne peut donc décrire les attentes et besoins des populations résidant sur les territoires sous dotés en chirurgiens-dentistes.

Cette étude met en exergue le fait que les chirurgiens-dentistes interrogés n'ont pas tous le sentiment d'exercer dans une zone sous dotée (bien que celle-ci soit officiellement classée comme telle par l'UNCAM). On peut ainsi distinguer deux profils de chirurgiens-dentistes exerçant en zones sous dotées :

- certains ont bien le sentiment d'exercer dans une zone pauvre en chirurgiens-dentistes mais cela ne constitue pas un problème pour eux. Redoutant les effets de la concurrence, ils ont développé un mode d'organisation du travail qui leur permet de résister à la pression de la demande de soins, par un refus de nouveaux patients et une sélection drastique des urgences, tout en ayant un bon niveau d'activité, une pratique diversifiée et équilibrée au plan des soins. Ceci leur permet d'atteindre une rémunération qu'ils jugent satisfaisante ou très satisfaisante, pour un rythme de travail dont ils sont également satisfaits.

- d'autres chirurgiens-dentistes en revanche souffrent de cette situation de sous dotation, et ce à plusieurs niveaux :

- * une pratique condamnée à la solitude puisqu'ils n'arrivent pas à trouver de collaborateurs ou d'associés qui veuillent s'installer sur cette zone, alors qu'ils souhaiteraient fortement ne pas travailler seuls dans leurs cabinets.

- * une pratique où il est parfois difficile de se faire aider : s'il n'y a aucune difficulté à trouver et à garder des secrétaires qui gèrent l'agenda, les prises de rendez-vous et prennent en charge une partie des tâches administratives, il n'en va pas de même pour les assistantes dentaires. Elles sont relativement faciles à trouver, mais une fois formées, elles quittent souvent le cabinet pour aller travailler dans des zones un peu plus urbaines, plus proches des villes-centres.

- * une pratique frustrante, car il faut parfois refuser de 5 à 10 nouveaux patients par jour, qui ont de réels besoins de soins et qui ne trouvent pas de praticiens qui puissent les prendre en charge dans leur bassin de vie. Les praticiens qui mettent en avant le devoir de soins envers la population sont parfois accablés par cette obligation de refuser des patients, ou au contraire par le fait de ne pas les refuser et d'être alors débordés de travail, débordés par le stress... Certains savent qu'il est possible d'apprendre « à dire non » (en se faisant aider en cela par les secrétaires, en suivant des cours de coaching,...), mais le fait de savoir que la demande est très importante et que beaucoup de patients ne sont pas pris en charge reste insatisfaisant et stressant pour eux.

Ainsi, quelques unes des personnes que nous avons rencontrées se sentent proches du « burn-out » ou ont, de fait, connu des épisodes de « burn-out », tant la pression de la demande et la charge de travail étaient importantes. Les femmes verbalisent plus facilement ces difficultés, les hommes un peu moins, mais ils parlent en revanche de leurs soucis de santé (problèmes de dos,... et parfois problèmes cardiaques). En tout état de cause le métier de chirurgien-dentiste cumule une dimension physique et une dimension psychologique, au moins dans la relation au patient, qui peuvent se révéler littéralement usantes lorsque le praticien se sent débordé par les demandes.

Au-delà de cette pression, l'activité en zone rurale sous dotée peut comporter d'autres contraintes : éloignement des entreprises de maintenance du matériel, mais surtout patientèle parfois défavorisée économiquement, avec des problèmes dentaires relativement importants, qui font qu'il est presque obligatoire d'avoir une activité très soutenue pour parvenir à un chiffre d'affaire équivalent à celui que l'on peut avoir, avec des semaines moins longues, sur des territoires socio-économiquement plus mixtes.

Et pourtant, malgré ces contraintes qui sont parfois durement vécues, la grande majorité des chirurgiens-dentistes interrogés en entretien ou par questionnaire, se déclare satisfaite ou très satisfaite de sa pratique, et ce pour différentes raisons :

- l'immobilier est généralement moins onéreux en zone rurale, ce qui facilite l'installation dans des locaux que l'on peut alors acheter et aménager selon son mode d'organisation du travail,
- les patients des zones rurales sont considérés, par les praticiens interrogés, comme beaucoup plus agréables que les patients citadins, stressés et stressants, à la fois exigeants et moins respectueux des chirurgiens-dentistes,
- les patients des zones rurales sont solvables, font confiance à leur praticiens quant aux soins conseillés, et ils sont tout autant demandeurs de prothèses, d'orthodontie, d'implants que les patients citadins. Ainsi, même si l'omnipraticque est la règle en zone rurale, cet exercice permet une pratique diversifiée et équilibrée, satisfaisante au plan professionnel, puisqu'il faut « *savoir tout faire, et le faire bien* » et convenablement rémunératrice,
- les très bons chiffres d'affaires et les coûts immobiliers modérés permettent d'installer le cabinet comme on le souhaite (plusieurs fauteuils, radio panoramiques, salles d'attente confortables, ...)

Finalement, s'il n'y avait pas la pression de la demande qui fait que le « *téléphone sonne tout le temps* » et que certains finissent par développer une crainte des patients (qui attendent devant la porte, qui appellent toute la journée...), les conditions de travail en zone rurale seraient idylliques, d'après la plupart des praticiens interrogés.

En revanche, la transmission du cabinet à la retraite paraît impossible à beaucoup : les jeunes ne sont pas intéressés... Reste l'espoir pour certains de vendre le cabinet à un confrère roumain, bulgare ou portugais...

Au plan de la qualité de vie personnelle, toutes les personnes interviewées et interrogées ont le goût pour « la campagne » : qualité de vie, tranquillité (pas d'embouteillage, pas de bruits, pas de pollution, moins de stress, ...) et aussi goût pour les activités de plein air.

Reste que l'adaptation du conjoint à la zone rurale est d'autant plus facile que le conjoint à lui-même ce goût pour la campagne et qu'il peut y exercer son activité professionnelle... Ainsi, tous les conjoints ne s'adaptent pas à la vie à la campagne si ce sont des citadins : c'est un choix qui doit véritablement se faire en prenant en compte les aspirations et contraintes du conjoint. Quant à la vie familiale, la qualité de vie pour les enfants, une fois ce choix assumé par le couple tout se met en place relativement facilement. Et ce d'autant plus que la ville-centre (présence d'un lycée) est facilement accessible (en termes de temps d'accès), et qu'elle permet le recours aux principaux commerces et services.

Si quelques uns des praticiens interrogés ont choisi de vivre en ville, la grande majorité vit en zone rurale et ne regrette pas ce choix. Plusieurs nous ont même dit « *C'est parfait... Je ne comprends pas que les jeunes ne soient pas attirés par tout ce que l'on peut avoir ici !* ».

Reste que toutes les zones sous dotées ne sont pas équivalentes : le lien aux axes routiers rapides, la proximité de villes-centres, le profil socio-économique de la population locale créent de réelles différences entre ces territoires. Le point commun entre ces territoires reste néanmoins les demandes très

importantes des habitants, qui ont des difficultés à être pris en urgence et aussi à trouver un praticien qui les accepte dans sa file active. Par ailleurs le basculement d'une zone normalement dotée en zone sous dotée peut se faire rapidement, parfois en moins d'un an : départs à la retraite chirurgiens-dentistes non remplacés mais aussi expansion démographique du territoire peuvent créer rapidement une très forte pression sur les cabinets présents sur la zone...

En termes de pistes d'action, trois directions semblent devoir être explorées prioritairement selon les chirurgiens-dentistes interrogés :

1/ Le relèvement du numéris clausus. Personne ne sait jusqu'à quel niveau il serait pertinent de l'élargir et ce d'autant plus que certains sont très satisfaits de la situation de non-concurrence dans laquelle ils travaillent, mais tous estiment qu'il est injuste que de jeunes étudiants français soient « exclus » par le système de sélection actuel, alors que des praticiens étrangers peuvent relativement facilement s'installer en France. Il faut donc commencer par remettre le numéris clausus à un niveau qui permette un minimum de renouvellement de l'actuelle génération de chirurgiens-dentistes qui part en retraite, mais en assortissant peut-être cet élargissement de certaines mesures : numéris clausus à l'installation voire, selon certains, obligation de travailler un certain nombre d'année en territoire rural...

2/ L'incitation des étudiants de dernière année à réaliser leur stage dans les cabinets situés en zone rurale, à la fois pour faire tomber leurs préjugés et pour leur montrer « in vivo » tous les avantages de l'exercice en zone rurale et la qualité de vie qui y est facilement accessible. Cette incitation pourrait s'appuyer sur des aides à l'hébergement, au transport, ...

3/ Enfin, d'une manière générale, la non revalorisation des soins, l'augmentation des charges et des contraintes administratives n'incite pas les jeunes (qui sont perçus comme étant par ailleurs moins « *travailleurs* » que leurs aînés) à faire l'effort de s'installer en zone rurale. Une meilleure rémunération des soins conservateurs, les allègements de charges pourraient encourager les jeunes à sauter le pas et à accepter certaines spécificités de l'exercice en zone rural qui peuvent apparaître comme des contraintes pour les jeunes citadins.

A l'inverse, les incitations financières qui sont actuellement proposées ne semblent pas suffisantes pour inciter véritablement les jeunes à s'installer en zone rurale.

Enfin les Maisons de Santé Pluridisciplinaires semblent véritablement une solution d'avenir pour une partie des praticiens interrogés, qui voient là à la fois une opportunité pour rompre la solitude professionnelle des chirurgiens-dentistes en travaillant dans un contexte qui permette à la fois les échanges, les prises de relais entre professionnels pour les patients cumulant différents problèmes de santé, et qui permette aussi une certaine convivialité au travail.

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

1. AUDRIC S ; Honoraires et revenus des professions de santé en milieu rural ou urbain. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Etudes et Résultats n° 496. 2003
2. **Avis relatif à l'avenant n°2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, signé le 16 avril 2012 [en ligne]** <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexteJORFTEXT000026237147>> consulté le 10 avril 2013
3. AZOGUY-LEVY S, ROCHEREAU T. Comportement de recours aux soins et santé bucco-dentaire Questions d'économie de la santé n° 48 Février 2002
4. AZOGUY-LEVY S, LEFEVRE ML, La santé bucco-dentaire en France. Actualités et Dossiers en Santé Publique n°51 juin 2005
5. BANCHEREAU C, BROIDO M, ROCHEREAU T. L'état de santé bucco-dentaire et le recours au chirurgien-dentiste selon les caractéristiques sociodémographiques. Enquête Santé et Protection Sociale 2000. 2002.
6. BEYNAET A, MENAHAM G, problèmes dentaires et précarité. Questions d'économie de la santé n° 94 mai 2005
7. BLANCHET A, GOTMAN A, sous la direction de SINGLY F. L'enquête et ses méthodes, l'entretien. Collection 128 Sociologie, Armand Colin. 2007
8. BOURGUEIL Y, MOUSQUES J, TAJAHMADI A. Rapport Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. IRDES juin 2006
9. BREUIL-GENIER P, SICART D, Ministère de la santé et des solidarités. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA. L'origine sociale des professionnels de santé. Etudes et Résultats n° 496. 2006
10. Cabinets dentaires, de l'état des lieux à la prospective Cabinet Pollen Conseil pour L'Observatoire des Métiers dans les professions libérales. 2012
11. COLLET, SICART D. La démographie des chirurgiens dentistes à l'horizon 2030. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.) Etudes et résultats DRESS n° 595 septembre 2007
12. Démographie médicale, peut-on évaluer les besoins en médecins. Actes du colloque organisé en par le conseil scientifique de la CNAMTS et du CREDES. 2000
13. DESCOURS C. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. 2003.
14. DEVOUE EM. Démographie professionnelle des dentistes en France. Journal de Gestion et d'Economie Médicales 2012, Vol.30, 298-311

15. DINH-DO LP. Analyse du rapport annuel de la Cour des comptes sur la difficulté d'accès aux soins dentaires en France. Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale n°24. 2011
16. DUPRE C, GUEGUEN R, ROLAND E, GUENOT C, La santé bucco-dentaire des adultes de 35 à 44 ans examinés dans les Centres d'examens de santé entre 1999 et 2003. Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examens de santé. (C.E.T.A.F.). 2005
17. Inégalités de santé : le point en santé bucco-dentaire, 7^{ème} journée de santé publique dentaire. Société Française des Acteurs de la santé Publique Bucco-dentaire
18. La santé dentaire Tans Opinion et Social. Commission Européenne. Direction Générale Presse et communication. Secteur Opinion publique. Bruxelles. BEL / com. [en ligne] <> consulté le 10 avril 2013
19. LEGENDRE N. Les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Etudes et Résultats n° 501. Juin 2006
20. Les disparités territoriales des consommations de soins de spécialistes et de dentistes : le poids des dépassements. Etudes et résultats DRESS n° 812 septembre 2012
21. MADRID C, ABARCA M, POP S, BODENMANN P, WOLFF H, BOUFERRACHE K. Santé buccale : déterminants sociaux d'un terrain majeur des inégalités. REVUE MEDICALE SUISSE. n° 219 mai 2009
22. MARASSE A. La féminisation de la profession de chirurgien-dentiste aspects socio-économiques. Thèse de chirurgie dentaire, université Claude Bernard(Lyon), 2007.
23. Mesures incitatives : les territoires s'engagent. La lettre n°115 février-mars 2013 p10-12
24. ONDPS. Analyse des professions chirurgiens dentistes et métiers de la périnatalité Rapport ONDPS 2006-2007 Tome 3. [rn ligne] < [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS - 2006_2007 - tome3.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome3.pdf)> consulté le 10 avril 2013
25. Promouvoir la santé bucco-dentaire. INPES La Santé de l'Homme n°417 janvier-février 2012
26. Répartition territoriale des professionnels de santé libéraux, Rhône-Alpes, annexe au Schéma Régional d'Organisation des Soins Rhône-Alpes 2006-2010 mise à jour 2009. Agence Régionale de la Santé
27. RIGAL E, MICHEAU J. Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions. Cabinet Plein Sens. Observatoire National de la Démographie des professionnels de Santé. 2007
28. Schéma Régional d'Organisation des Soins Rhône-Alpes, projet régional de Santé 2012-2017. Agence Régionale de la Santé Consultable [en ligne] < http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/prs_30112012/DSPRO_20121130_SROS-Vdef.pdf> consulté le 10 avril 2013
29. SICART D. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012. DRESS série statistiques document de travail. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.) [en ligne] <<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat168.pdf>> consulté le 10 avril 2013

30. VENTURA J. Perspectives d'installation professionnelle à l'issue des études en chirurgie dentaire de Lyon. Thèse de chirurgie dentaire, université Claude Bernard(Lyon), 2012.
31. WOLF BOHNE. Comment prévenir la carie dentaire ? Analyse de la littérature. Académie Nationale de chirurgie dentaire. 2009 [en ligne] <>consulté le 7 juin 2013

OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES

- **Guide d'entretien individuel**
- **Guide d'entretien collectif**
- **Questionnaire**

**Etude sur les dentistes exerçant en
zones sous dotées et très sous dotées
pour l'URPS dentistes**

Guide d'entretien individuel

Introduction

Présentation de l'ORS RA

Présentation des objectifs de l'étude

Indications : liberté des réponses, garantie du respect de l'anonymat des interviewés dans le traitement des réponses

1/ Eléments signalétiques

- Age et date du diplôme
- Sexe
- Situation familiale
- Lieu de résidence
- Ville-centre la plus proche du lieu de résidence, du lieu d'exercice

2/ Choix d'installation dans le territoire

2.1 Pour débiter l'entretien et en quelques mots, pouvez-vous nous dire pourquoi vous avez fait des études d'odontologie ?

- Comment avez-vous choisi votre lieu d'études ?
- Lorsque vous étiez étudiant, quelles étaient vos attentes, votre projet professionnel ? (type d'activité, mode d'exercice, type de patientèle, niveau de rémunération, ...)
- Comment imaginiez-vous l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle ? Quels étaient vos souhaits ?

2.2 A la fin de vos études, sur quel territoire souhaitiez-vous vous installer ? Pourquoi ?

2.3 Quels sont les différents territoires sur lesquels vous avez exercé pendant votre carrière et pourquoi ?

- Où et comment avez-vous exercé durant les premières années de votre carrière ?
- Quels étaient les points forts et les points faibles des territoires sur lesquels vous avez exercé pour vous, au plan professionnel, au plan personnel ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qui vous a amené à changer de territoires (en cas de changements) ?

2.4 Finalement, pourquoi vous êtes-vous installé ici (territoire actuel) ?

- Quand et comment s'est passée votre installation ici ?
- A l'époque de votre installation, quels étaient les points forts et les points faibles de ce territoire, pour vous, tant au plan professionnel que personnel ?

3/ Les conditions actuelles d'exercice dans le territoire

3.1 Quel type de soins dispensez-vous sur ce territoire et pourquoi ?

3.2 Quel est votre mode d'exercice ? (temps complet, partiel, ...)

3.3 Quelles sont les principales caractéristiques de votre patientèle ?

- Quel est votre périmètre en termes de bassin de recrutement ?
- Quel est le profil de vos patients (âge, professions, ...)
- Quelles sont les demandes, attentes de vos patients ? Comment ont-ils recours à vos services ?
- Depuis votre installation, quelles évolutions notez-vous au niveau de votre patientèle ?
- Au bilan, votre patientèle correspond-elle à ce que vous souhaitiez en vous installant ici ?

3.4 Comment se structure le territoire en termes de confrères et qu'est-ce que cela apporte ou non à votre pratique ?

- En quoi la proximité ou l'éloignement de confrères constitue-t-il un atout ou une contrainte pour vous ?
- Où adressez-vous les cas qui dépassent le cadre du cabinet ? Cela est-il contraignant pour les patients en termes de déplacements, pourquoi ?
- Quels sont vos liens avec vos confrères hospitaliers ? Qu'implique l'éloignement géographique d'un hôpital, pour vous, pour vos patients ?
- En cas d'interruption momentanée de votre activité, quelles sont les ressources possibles pour prendre en charge votre patientèle ?

3.5 En termes d'équilibre financier de votre cabinet, en quoi le territoire vous permet-il d'atteindre vos objectifs ?

- Est-ce satisfaisant par rapport au niveau de vie que vous souhaitez avoir ?

3.6 en termes de gestion administrative de votre cabinet, en quoi le territoire vous permet-il d'atteindre vos objectifs ?

- Le territoire offre-t-il des possibilités d'aide, d'externalisation de certaines tâches, de mutualisation et en quoi cela constitue-t-il un atout ou une contrainte pour vous ?

3.7 Etant donné votre territoire d'exercice, quelles sont pour vous les possibilités de formation continue ?

3.8 Idéalement, comment envisagez-vous la suite, la fin de votre carrière professionnelle sur ce territoire ?

3.9 Aujourd'hui, si vous deviez recommencer votre parcours professionnels, vous installeriez-vous ici ou ailleurs ?

4/ La qualité de vie sur le territoire d'exercice

4.1 Quels sont les points forts et les points faibles de ce territoire pour vous-même et votre famille au plan de la qualité de vie ?

- Pour votre conjoint, vos enfants ?
- Au niveau professionnel ?
- Au niveau résidentiel ?
- Au niveau scolaire, études ?
- Au niveau loisirs, culturel ?
- Au niveau de la santé (médecins, professionnels paramédicaux, ...) ?
- Au niveau réseau social ? Familial ?
- Globalement, au niveau des déplacements ?

4.2 En quoi vos proches sont-ils satisfaits de ce territoire ou non ?

5/ Installation de chirurgiens-dentistes aujourd'hui sur le territoire

5.1 Pour un chirurgien-dentiste, en quoi est-ce ou non intéressant de venir s'installer sur un territoire comme celui-ci, aujourd'hui ?

- Y a-t-il des besoins, des perspectives professionnelles et si oui lesquels ?
- Quels sont les principaux freins ou leviers que vous repérez à l'installation de jeunes chirurgiens-dentistes ici ?

5.2 Les aides et incitations à l'installation actuelles peuvent-elles favoriser la venue ou le maintien de chirurgiens-dentistes sur le territoire et pourquoi ?

- Quelles sont ces aides, ces incitations ?
- Que pourrait faire l'Etat, l'Ordre des chirurgiens-dentistes, l'URPS pour aider des chirurgiens-dentistes à s'installer dans un territoire comme le votre ? Qu'est-ce qui pourrait réellement favoriser de nouvelles installations ?

6/ Au bilan

6.1 Le territoire sur lequel vous exercez est classé par l'Assurance Maladie en zone sous dotée ou très sous dotée : que pensez-vous de cette classification, pourquoi ?

- Finalement, est-ce un problème pour vous-même, pour les habitants du territoire que ce territoire soit sous doté en chirurgiens-dentistes ? Pourquoi ?

6.2 Comment définiriez-vous, vous-même, le territoire sur lequel vous exercez pourquoi ?

Fin de l'entretien.

Remerciements à la personne interviewée

**Etude sur les dentistes exerçant en
zones sous dotées et très sous dotées
pour l'URPS dentistes chirurgiens-dentistes de Rhône-Alpes**

Guide d'entretien collectif

Introduction

Remerciements

Présentation de l'ORS RA

Présentation des objectifs de l'étude

Indications : liberté des réponses, garantie du respect de l'anonymat des interviewés dans le traitement des réponses

1/ Eléments signalétiques

- 1.1. Présentation fiche signalétique (remise lors de l'entretien)
- 1.2. Tour de table, pouvez-vous nous dire, en quelques mots, où vous exercez et pourquoi avoir choisi de vous installer sur ce territoire? :

2/ Définition d'une zone sous dotée

2.1 Selon vous, qu'est-ce qu'une zone sous dotée ? Une zone très sous dotée ?

- Quels sont selon vous, les critères pertinents pour classer un territoire en zone sous dotée ou très sous dotée ?
 - o L'offre de praticiens
 - o La densité de population
 - o L'âge des praticiens
 - o Les contraintes géographiques
 - o Le profil de la population
 - o Autres...

2.2. Si certains d'entre vous estiment ne pas vraiment être dans une zone sous dotée, expliquez-nous la situation de votre territoire...

3/ Les spécificités de l'exercice en zone sous dotée

3.1. D'après-vous quelles sont les spécificités de l'exercice en zone sous dotée ?

- Au niveau de la patientèle ?
- En termes de type de soins ?
- En termes d'emploi du temps ? (le quotidien, les urgences)
- En termes de possibilités de collaboration, d'association, d'aides diverses (assistante dentaire, secrétariat...)?
- En termes de formation ?
- Quelles différences éventuelles, en termes d'exercice, il y a-t-il sur ces territoires entre les hommes et les femmes chirurgiens-dentistes ?

3.2. D'après vous, que signifie être en zone sous dotée pour les patients ?

3.3. En résumé, quels sont les avantages et les inconvénients de l'exercice en zone sous dotée ?

4/ Quelles sont les spécificités de l'articulation entre la vie professionnelle et la vie personnelle en zone sous dotée ?

4.1. Pour soi ?

- Les avantages ?
- Les inconvénients ?

4.2. Pour le conjoint ?

- Les avantages ?
- Les inconvénients ?

4.3. Pour les enfants ?

- Les avantages ?
- Les inconvénients ?

4.4. En résumé, quels sont les avantages et les inconvénients en termes de vie personnelle en zone sous dotée ?

5/ Au bilan, dans votre département, quels sont les territoires que vous considérez en difficulté par rapport à l'offre de chirurgiens-dentistes ?

5.1. Quelles sont leurs caractéristiques ?

5.2. Quelle évolution voyez-vous pour ces territoires en termes d'adéquation entre besoins de la population et offre en chirurgiens-dentistes ?

5.3. En quoi la sous dotation en chirurgiens-dentistes est-elle une problématique comparable ou non à celle concernant d'autres professions de santé ?

6/ D'après vous, quels sont les arguments à développer pour motiver des chirurgiens-dentistes à venir exercer en zone sous dotée ?

6.1. Au niveau professionnel ?

6.2. Sur un plan personnel, en termes de qualité de vie ?

6.3. Au-delà des arguments, que pourrait-on faire ?

7/ Que pensez-vous des actions et mesures mises en place pour encourager les praticiens à exercer en zone sous dotée ?

7.1. Connaissez-vous ce qui existe ?

- Ce qui est fait par l'Etat ?
- Ce qui est fait par les collectivités ?
- Autres (Maisons Pluridisciplinaires de Santé)

7.2. Quelles seraient les nouvelles mesures, actions à mettre en place ?

- Les Maisons Pluridisciplinaires de Santé ?
- Les locaux ?
- Les stages ?
- Autres ?

7.3. Avez-vous des attentes sur ce sujet par rapport à l'Etat, aux collectivités, à l'URPS chirurgiens-dentistes, à l'Ordre, ou à la faculté ?

**Fin de l'entretien.
Remerciements aux participants**



Les chirurgiens-dentistes dans les zones sous dotées de Rhône-Alpes

**Etude diligentée par vos représentants de
l'URPS chirurgiens-dentistes**

et réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes



***Questionnaire à renvoyer à l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes
avant le 28/10/2013***

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes est une association loi 1901 indépendante qui a pour mission l'aide à la décision en santé publique. L'ORS a été mandaté par l'Union Régionale des Professionnels de Santé en chirurgie-dentaire (URPS) de Rhône-Alpes, afin de réaliser une étude sur les chirurgiens-dentistes exerçant dans les zones sous dotées et très sous dotées de la région.

Pour plus d'informations sur l'ORS, vous pouvez consulter son site internet : www.ors-rhone-alpes.org

Les objectifs de l'étude et de l'enquête

L'objectif principal de cette étude est de recenser et d'analyser les éléments d'attractivité et de non-attractivité des territoires actuellement sous dotés et très sous dotés en chirurgiens dentistes, tels que perçus par les professionnels eux-mêmes, éléments qui peuvent constituer des freins ou des leviers à l'installation. Il s'agit de comprendre le potentiel mais aussi les obstacles qui sont repérés dans ces zones. Par ailleurs, l'attractivité ou non-attractivité de ces zones se construit également en lien avec des éléments divers qui concernent aussi bien l'activité professionnelle que la qualité de vie et l'organisation de la vie privée.

Les territoires sous dotés ou très sous dotés sont définis comme tels par les Agences régionales de santé à partir des données de l'assurance maladie (densité de praticiens par zones, âge des praticiens, dans des bassins de vie...). Cette étude a ainsi également pour objectif de repérer d'éventuels décalages entre ce découpage officiel et la réalité vécue par les professionnels, dans le quotidien de leur pratique.

Le présent questionnaire, envoyé à tous les chirurgiens-dentistes exerçant dans des zones actuellement classées comme sous dotées ou très sous dotées de la région Rhône-Alpes, permettra de mieux connaître les spécificités et contraintes impactant le choix d'installation et la pratique professionnelle dans ces territoires. Il permettra aussi de vérifier si le classement de ces territoires en zones sous dotées ou très sous dotées semble approprié pour les chirurgiens-dentistes qui y exercent.

Les questionnaires seront traités exclusivement par l'ORS de manière anonyme.

L'aide et la participation de chacun à cette enquête est précieuse et permettra d'obtenir des résultats complets et fiables. **Aussi, nous vous remercions par avance de bien vouloir prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire et d'utiliser l'enveloppe affranchie pour nous le retourner avant le 28 octobre 2013.**

Les résultats de cette étude seront accessibles sur le site internet de l'ORS Rhône-Alpes et sur celui de l'URPS chirurgiens-dentistes Rhône-Alpes, fin 2013

Eléments signalétiques

1.1. Sexe :

homme femme

1.2. Age :

25-29 ans 30-34ans 35-39 ans 40-44 ans 45-49 ans 50-54 ans
 55-59 ans 60-64ans 65 ans et plus

1.3. Vivez-vous en couple (marié ou vie maritale)?

oui non

1.4. Vivez-vous avec des enfants ?

oui non

1.5. Age des enfants avec lesquels vous vivez:

Enfant 1 :..... ans
Enfant 2 :..... ans
Enfant 3 :..... ans
Enfant 4 :..... ans
Enfant 5 :..... ans

1.6. Code postal de la commune où vous exercez :

.....

1.7. Code postal de la commune où vous résidez :

.....

2. Personnels du cabinet dentaire

2.1. Les chirurgiens-dentistes du cabinet

2.1.1 Quel est votre statut d'exercice ?

titulaire collaborateur

2.1.2 Exercez-vous au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire ?

oui non

2.1.3 Si vous êtes titulaire, exercez-vous également dans un cabinet secondaire ?

oui non

2.1.4 Si vous n'êtes pas titulaire, dans combien de cabinets exercez-vous en ce moment ?

un deux trois
 plus, précisez :

2.1.5 Dans votre cabinet principal, exercez-vous avec d'autres chirurgiens-dentistes ?

oui non

2.1.6 Si oui, comment travaillent les différents chirurgiens-dentistes du cabinet? (merci de compléter ce tableau, plusieurs réponses possibles)

	Sexe (F ou H)	Age	Nombre de journées au cabinet par semaine (ex : 1 ou 1,5 ou 2 etc...)	Nombre moyen de patients par jour (sur les 12 derniers mois)
- Vous				
- Associé n°1				
- Associé n°2				
- Collaborateur n°1				
- Collaborateur n°2				
- ...				

2.1.7 Habituellement, combien de semaines de congés parvenez-vous à prendre par an?

.....semaines par an.

2.1.8 Habituellement, vous faites-vous remplacer pendant vos congés ?

oui non

2.1.9 Si vous ne vous faites pas remplacer pendant vos congés, pourquoi? (plusieurs réponses possibles)

- Je n'en ai pas besoin : mes patients attendent mon retour ou se débrouillent
- Je ne trouve pas de remplaçant
- Autre raison. Spécifiez :

.....

2.1.10 Selon vous, faudrait-il que vous soyez plus nombreux en tant que chirurgiens-dentistes dans le cabinet où vous exercez principalement ?

oui non

Si oui, (plusieurs réponses possibles) :

- Pour pouvoir soigner plus de patients
- Pour mieux gérer les demandes de rendez-vous, les urgences
- Pour le plaisir de travailler avec des confrères
- Autre. Spécifiez :

.....

Si non, (plusieurs réponses possibles) :

- Je préfère travailler seul
- Je ne veux pas accroître l'activité du cabinet
- Le potentiel d'accroissement de l'activité du cabinet est trop faible
- Autre. Spécifiez :

.....

2.2. Personnel d'assistance du cabinet

2.2.1 Y a-t-il des personnels d'assistance dans votre cabinet (cochez les cases correspondantes) ?

statut	Nombre	Tâches effectuées					
		Aide au fauteuil Oui/non	Stérilisation	Prise de rendez-vous/gestion agenda	Administratif	Aide compta	Autres
Assistante dentaire ou aide dentaire							
Secrétaire							

2.2.2 Selon vous, quels sont les avantages ou désavantages à employer ces personnels d'assistance dans un cabinet dentaire ? (plusieurs réponses possibles)

- Facilite l'organisation des rendez-vous
- Facilite le travail administratif (paiement, ...)
- Facilite la relation avec les patients
- Libère du temps et permet de prendre plus de patients
- Libère du temps et permet de prendre plus de congés
- Augmente les coûts, les charges du cabinet
- Prend du temps car oblige à encadrer du personnel
- Prends du temps car oblige à former du personnel
- Autre. Spécifiez :

.....

.....

.....

.....

2.2.3 Si vous employez des personnels d'assistance, les avez-vous trouvés facilement sur votre territoire ?

- Assistante dentaire ou aide dentaire :
 - oui non
- secrétaire :
 - oui non

2.2.4 Si vous travaillez avec une assistante dentaire ou une secrétaire, comment l'avez-vous trouvée :

- Assistante dentaire ou aide dentaire :
 - Par relations Par des CV reçus au cabinet
 - Par Pôle Emploi Par des annonces dans supports professionnels (revues, Conseil de l'Ordre, Syndicats, autres...)

- Secrétaire :

- Par relations Par des CV reçus au cabinet
 Par Pôle Emploi Par des annonces dans supports professionnels (revues, Conseil de l'Ordre, Syndicats, autres...)

2.2.5 Utilisez-vous les services d'une plateforme téléphonique externe pour le secrétariat ?

- oui non

2.2.6 Si vous utilisez les services d'une plateforme téléphonique externe pour le secrétariat, en êtes-vous satisfait ?

- oui, complètement oui, en partie
 non, pas vraiment non, pas du tout

3 Les soins pratiqués au cabinet

3.1 En termes de pratique professionnelle, vous êtes :

- Omnipraticien Spécialiste en orthopédie dento-faciale
 Autre spécialité, précisez :

3.2 Dans votre exercice habituel, pratiquez-vous les actes suivants ?

	Cochez si oui	Pourcentage de votre temps de travail (%)
- Soins conservateurs (détartrage, traitement carie, dévitalisation)		
- Soins chirurgicaux (extractions...)		
- Scellement des sillons		
- Prothèses dentaires		
- Traitements d'orthodontie		
- Parodontie		
- Chirurgie implantaire		
- Prothèses sur implants		
- Blanchiment		

4 Les locaux du cabinet dentaire et le matériel

4.1 Concernant vos locaux, êtes-vous (vous-même ou le titulaire du cabinet) ?

- propriétaire locataire

4.2 Pourquoi ce choix ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.3 Disposez-vous d'un parking à proximité du cabinet pour les patients ?

- oui non

4.4 En termes d'accessibilité pour les personnes handicapées et les personnes à mobilité réduite, vos locaux sont-ils aux normes ?

- oui non

4.5 Combien de fauteuils dentaires y a-t-il dans le cabinet ?

.....

4.6 Pourquoi ce nombre de fauteuils dentaires dans votre cabinet ?

- Il y a autant de fauteuils que de praticiens exerçant dans le cabinet
 Deux fauteuils pour un praticien car cela permet de soigner davantage de patients
 J'ai plusieurs fauteuils car je voudrais avoir un associé ou un collaborateur
 Autre. Spécifiez :

.....
.....
.....
.....

4.7 Disposez-vous d'une radio panoramique au cabinet ?

- oui non

4.7.1 Si non, à quelle distance se trouve l'équipement radiologique vers lequel vous orientez vos patients ?(en km) ? :..... km

4.7.2 Si non, cela constitue-t-il un problème pour les patients ?

- oui non

4.8 A quelle distance se trouvent vos prothésistes (en km)?Km

4.8.1 Cette distance constitue-t-elle un problème pour vous ?

- oui non

5 Gestion des rendez-vous au cabinet

5.1 Sous quel délai avez-vous fixé les rendez-vous dans les 12 derniers mois (délai moyen hors urgence) ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Moins d'une semaine | <input type="checkbox"/> 1 à 2 semaines | <input type="checkbox"/> 2 à 3 semaines |
| <input type="checkbox"/> 1 mois | <input type="checkbox"/> 2 mois | <input type="checkbox"/> 3 mois |
| <input type="checkbox"/> Plus de 3 mois | | |

5.1 Sur les 12 derniers mois,

5.1.1 avez-vous pris en charge de nouveaux patients ?

- oui non

5.1.2 Si non, pourquoi ? :

.....
.....
.....

5.2 Sur les 12 derniers mois, avez-vous pu répondre aux demandes en urgence ?

- oui, toujours ou presque
- uniquement pour les patients connus du cabinet
- rarement ou jamais

5.2.1 Si oui, sous quel délai ?

- un jour
- 2 ou 3 jours
- Une semaine
- Plus d'une semaine

6 Satisfaction professionnelle

6.1. Satisfaction par rapport à l'intérêt des soins pratiqués

- Très satisfait
- assez satisfait
- peu satisfait
- pas satisfait

6.2 Satisfaction par rapport à la charge de travail

- Très satisfait
- assez satisfait
- peu satisfait
- pas satisfait

6.3 Satisfaction par rapport au rythme de travail

- Très satisfait
- assez satisfait
- peu satisfait
- pas satisfait

6.4 Satisfaction par rapport à la rémunération

- Très satisfait
- assez satisfait
- peu satisfait
- pas satisfait

6.5 Souhaitez-vous apporter des précisions, par rapport à votre satisfaction ou insatisfaction professionnelle :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7 Les patients

7.1 Dans quel rayon autour de votre cabinet résident la plupart de vos patients ?

- Moins de 10km
- Entre 10 et 20 km
- Entre 21 et 30 km
- Plus de 30 km

7.2 Globalement, quel est le profil de vos patients en termes de profession (actifs ou retraités) ?

	Part estimée de votre patientèle (en %)
- Ouvriers	
- Cadres	
- Artisans	
- Agriculteurs	
- Employés	
Autres, précisez :	
.....	
.....	

7.3 Quelle part de vos patients bénéficient de la CMU complémentaire, environ (en %)?
.....%

7.4 Globalement, avez-vous le sentiment que la plupart de vos patients sont couverts avec,
 Une mutuelle « basique »
 Une mutuelle « assez performante »
 Une mutuelle « très performante »

7.5 Globalement, quel est le profil de vos patients en termes de tranches d'âge ? (Le relevé des données RIAP peut vous aider à répondre)

	Part de votre patientèle (en %)
- Enfants (3-6 ans)	
- Enfants (6-12 ans)	
- Adolescents (12-16 ans)	
- Jeunes(16-25 ans)	
- Adultes (25-65 ans)	
- Plus de 65 ans	

7.6 Avec vos patients, les points suivants vous apportent-ils satisfaction ?

7.6.1 Relations avec les patients

Très satisfait assez satisfait peu satisfait pas satisfait

7.6.2 Respect des rendez-vous par les patients

Très satisfait assez satisfait peu satisfait pas satisfait

7.6.3 Respect des traitements, prise en compte des conseils par les patients

Très satisfait assez satisfait peu satisfait pas satisfait

7.6.4 Solvabilité des patients

Très satisfait assez satisfait peu satisfait pas satisfait

8 Le choix d'installation

8.1 Pouvez-vous donner la ou les raisons qui vous ont conduit à exercer dans votre localité actuelle (plusieurs réponses possibles) :

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

.....
.....

8.2 Vous est-il arrivé de regretter ce choix de territoire d'exercice ?

oui non

8.3 Si vous regrettez votre choix de territoire d'exercice, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

oui non

8.4.1 Si oui, à quelles conditions ?

.....
.....
.....
.....

8.5 Recommanderiez-vous votre territoire comme lieu d'installation pour un jeune chirurgien-dentiste ?

oui non

8.5.1 Si oui, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

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

.....
.....
.....
.....

8.5.2 Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

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

.....
.....

9 Eléments de qualité de vie

9.1 Votre commune de résidence est située:

- En zone rurale
- A moins de 10km d'une ville de plus de 30 000 habitants
- Dans une ville de plus de 30 000 habitants

9.2 Quelle est votre temps de trajet en voiture entre votre cabinet et ... ?

- Votre domicile:minutes
- L'axe autoroutier le plus proche :minutes
- La « ville-centre » la plus proche (ville où est implanté un lycée) :minutes

9.2.1 Etes-vous satisfait du temps de trajet et de la distance entre le cabinet et votre domicile ?

- oui non

9.2.2 Si non, pourquoi ?

- Trop long Route difficile Intempéries
- autre, précisez :
-
-

9.3 Si vous ne résidez pas dans la zone où se trouve le cabinet où vous exercez, allez à la question 10

Si vous résidez dans la zone où se trouve le cabinet où vous exercez :

9.3.1 Si vous vivez en couple, cela a-t-il posé problème à votre conjoint pour trouver ou conserver son emploi ?

- oui non

9.3.2 Si vous vivez en couple, cela pose-t-il problème à votre conjoint dans la vie quotidienne (déplacements, ressources de loisirs, vie sociale...)?

- oui non

9.3.3 Si vous vivez avec des enfants ou des adolescents, cela pose-t-il problème en termes de déplacements (pour activités, sociabilité, ...)?

- oui non

9.3.4 Si vous vivez avec des enfants ou des adolescents, cela pose-t-il problème en termes d'accès aux établissements scolaires de votre choix ?

- oui non

9.4 Au bilan, êtes-vous satisfait de la qualité de vie créée par votre exercice professionnel en territoire « sous doté », pour vous-même et vos proches ?

- oui, complètement oui, partiellement
- non, pas vraiment non, pas du tout

Pourquoi, expliquez :

.....

.....

.....

.....

10 Les zones sous dotées en chirurgiens-dentistes

10.1 La zone dans laquelle vous exercez est classée comme « sous dotée » en chirurgiens-dentistes par l'Assurance Maladie, êtes-vous d'accord avec cette classification ?

oui non pas d'avis sur cette question

Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

10.2 Différentes mesures pourraient être envisagées pour favoriser l'installation de chirurgiens-dentistes en zones sous dotées. Pour chaque mesure proposée ci-dessous, préciser l'intérêt de cette mesure, ainsi que la manière dont elle pourrait être mise en place :

Proposition 1 : l'augmentation du numéris clausus

Intérêt : aucun moyen élevé ne sait pas

Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

Proposition 2 : la création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires

Intérêt : aucun moyen élevé ne sait pas

Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

Proposition 3 : Faciliter et encourager les stages en zone rurale pour les étudiants de 6^{ème} année (aide au transport, au logement sur place, ...)

Intérêt : aucun moyen élevé ne sait pas

Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

Proposition 4 : Aide à la mise aux normes des locaux du cabinet ?

Intérêt : aucun moyen élevé ne sait pas

Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

Proposition 5: Une aide financière lors de l'installation (telle que prévue dans l'avenant conventionnel n°2) ?

Intérêt : aucun moyen élevé ne sait pas

Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

Si vous avez d'autres idées d'actions possibles pour favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes en zones sous dotées, merci de les préciser :

.....
.....
.....
.....

11. Le départ en retraite

11.1 A quel âge pensez-vous partir en retraite ?

.....ans.

11.2 Pensez-vous vendre votre cabinet, trouver un successeur ?

oui non pas d'avis sur cette question

11.2.1 Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

***Nous vous remercions d'avoir consacré du temps au remplissage de ce questionnaire.
Merci de le retourner avant le 28 octobre 2013 à
l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes,
9, quai Jean Moulin
69001 Lyon
dans l'enveloppe affranchie ci-jointe.***