

# Erétudes et Résultats

drees



N° 595 • septembre 2007

## La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030

Un exercice de projection au niveau national

Ce scénario prospectif dessine les évolutions démographiques des chirurgiens-dentistes en activité à l'horizon 2030, sous l'hypothèse de comportements inchangés en termes de flux de formation, d'entrée dans la vie active, de mobilité professionnelle et de cessation d'activité.

Si le *numerus clausus* était maintenu à 977 étudiants, la densité des chirurgiens-dentistes en France diminuerait encore sensiblement, passant de 65 pour 100 000 habitants en 2006 à 40 en 2030. Les entrées dans la vie active devraient s'accroître pour se stabiliser à partir de 2010-2015. En revanche, les cessations d'activité seraient toujours plus nombreuses, et le solde avec les entrées projetées devrait se creuser au cours des quinze prochaines années.

La profession continuerait de vieillir jusqu'en 2015, avant de rajeunir et de retrouver en 2030 le même niveau qu'en 2006 (48 ans). La proportion de femmes au sein de la profession serait toujours plus importante, pour atteindre 45 % en 2030. À comportements identiques, la diminution du nombre de chirurgiens-dentistes affecterait autant les libéraux que les salariés, d'où une répartition stable entre les deux modes d'exercice à l'horizon 2030.

Deux scénarios alternatifs viennent compléter cette projection, l'un étudiant les effets d'un changement du *numerus clausus* et l'autre, l'impact de modifications concernant l'entrée dans la vie active ou la mobilité, sur les effectifs et la structure (par sexe et mode d'exercice) de la profession.

**Marc COLLET et Daniel SICART**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité  
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports  
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique



Les projections à moyen terme de la démographie des chirurgiens-dentistes en activité à l'horizon 2030 sont fondées sur la poursuite des comportements observés sur la période 2000-2004, tant pour les flux de formation que pour les comportements d'entrée dans la vie active, de mobilité professionnelle (au sens de changement de mode d'exercice) et de cessation d'activité. Elles retracent des évolutions tendanciennes sous l'hypothèse d'une réglementation inchangée. Aussi ne constituent-elles pas des prévisions mais des scénarios permettant d'apprécier l'impact potentiel de telle ou telle décision ou hypothèse de comportement.

Cet exercice prospectif a été réalisé à partir des effectifs recensés par les fichiers de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006. Il concerne les « chirurgiens-dentistes actifs », c'est-à-dire les diplômés exerçant en France une activité relevant de « l'art dentaire »<sup>1</sup> *stricto sensu* et tenus de s'inscrire à l'Ordre<sup>2</sup>.

### Après un fléchissement de la croissance, le nombre de chirurgiens-dentistes diminue depuis 2004

40 300 chirurgiens-dentistes exerçaient en France au 31 décembre 2006 (Collet et Sicart, 2007). La très forte croissance des effectifs dans les années 1970 (+50 % en 10 ans) s'est amenuisée au fil des décennies, passant de +20 % au cours de la décennie 1980 à +4 % dans les années 1990, et même -1,2 % entre 2000 et 2006.

Ce très net fléchissement de la croissance démographique de la profession est à rapprocher de l'instauration du *numerus clausus* en 1971 : après l'ouverture de près de 2 000 places par an et après un resserrement continu au cours des deux décennies suivantes, ce nombre a été divisé par deux au début des années 1990 (encadré 1).

Cette évolution a été encore plus marquée que celle observée pour les médecins ou les pharmaciens. S'en est suivi un vieillissement de la profession, l'âge moyen des praticiens

étant passé de 42 ans en 1990 à 47 ans en 2006. Ce vieillissement, dû aussi pour une faible part à l'allongement de la durée des études d'odontologie, a pour partie motivé un relèvement progressif du *numerus clausus* (de 800 en 2000-2001 à 977 à compter de l'année universitaire 2005-2006).

Le *numerus clausus* de 2005 ayant été maintenu pour l'année universitaire 2006-2007, le scénario tendanciel de projection démographique retient l'hypothèse d'un *numerus clausus* constant à 977 places dans les années à venir (encadré 2). Il fait également l'hypothèse que les caractéristiques et comportements des chirurgiens-dentistes actifs resteront identiques à ceux de 2006 et qu'ils varient par conséquent en fonction de la génération, du sexe et du mode d'exercice des praticiens (libéral ou salarié). Enfin, dans ce scénario, les migrations internationales demeurent stables<sup>3</sup>.

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

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

À court terme, l'évolution du nombre de dentistes ne dépend quasiment que des comportements de cessation d'activité des praticiens en exercice<sup>4</sup>. En effet, une nouvelle modification du *numerus clausus* ne peut avoir d'impact sur la démographie de la profession avant 2013, compte tenu de la durée des études d'odontologie (encadré 1).

D'après le scénario tendanciel, le mouvement de repli des effectifs amorcé en 2004 se poursuivrait. Cette diminution s'amplifierait, de

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

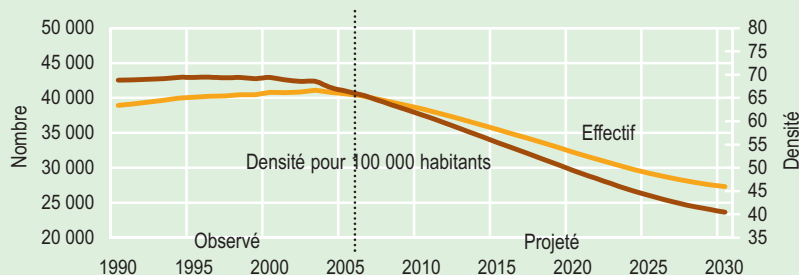
2. Cette définition exclut les diplômés d'odontologie qui n'exercent pas les métiers pour lesquels ils ont été formés ou les pratiquent à l'étranger. On peut considérer aujourd'hui que l'obligation de s'inscrire à l'Ordre est remplie par les chirurgiens-dentistes en activité en France, ce qui n'a probablement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

3. Elles sont implicitement prises en compte à leur niveau passé, par le biais des taux d'entrée et de sortie dans la profession.

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

## GRAPHIQUE 1

### Évolution du nombre et de la densité de chirurgiens-dentistes entre 1990 et 2030 selon les hypothèses du scénario tendanciel



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

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

## ENCADRÉ 1

### Les études d'odontologie et le devenir des diplômés

#### Organisation du cursus d'odontologie

Avant 1971, l'entrée dans les études d'odontologie était libre. Depuis cette date et au même titre que les études de médecine, l'accès à la deuxième année de ce cursus (et donc à la profession de chirurgien-dentiste) est soumis à un *numerus clausus*. La première année est donc commune à la première année d'études médicales (PCEM1) et l'admission en deuxième année des impétrants est soumise au rang de classement dans l'UFR duquel ils dépendent. Les étudiants choisissent de s'inscrire en chirurgie dentaire ou en médecine selon leur classement, leurs choix et les places disponibles dans chacune des deux filières.

Depuis la mise en place d'une année de formation supplémentaire à compter de l'année universitaire 1995-1996, les études d'odontologie durent désormais six ans pour les étudiants qui empruntent le cycle court classique et huit ans pour les très rares personnes qui accèdent, via l'internat, au cycle long. Dans les deux cas, ils sont obligés de soutenir une thèse pour obtenir leur diplôme d'État de docteur en odontologie.

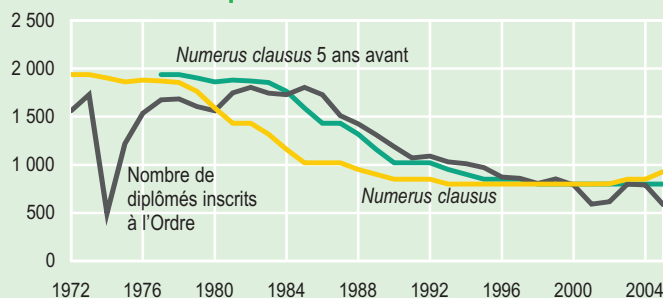
Par ailleurs, et indépendamment du cursus réalisé, les diplômés peuvent choisir d'acquérir la seule spécialité reconnue dans « l'art dentaire », à savoir l'orthopédie dento-faciale (ODF), validée par l'obtention d'un certificat d'études cliniques spéciales mention orthodontie (CECSMO). Elle s'acquiert après quatre années de formation supplémentaires. Bien que les praticiens « généralistes » ne puissent se réclamer de la spécialité, ils sont en droit d'effectuer tous les actes propres à cette spécialité.

#### Évolutions du *numerus clausus* et impact sur le nombre de diplômés inscrits à l'Ordre

Au même titre que le nombre de postes fournis à l'internat (39), le *numerus clausus* est chaque année fixé par arrêté du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et du ministère de la Santé. Depuis sa mise en place, le *numerus clausus*, institué à 1 938 postes pour les étudiants en odontologie, a connu plusieurs grands changements (voir graphique). Il s'est légèrement réduit d'une centaine de places pendant les six premières années de son existence avant de connaître sur la période 1977-1984 un mouvement de réduction massive (de 1 850 à 1 020 places). Cette diminution a persévéré jusqu'en 1992, mais de manière plus modérée, pour atteindre un *numerus clausus* restreint à 800 places. Ce niveau de quota est ensuite resté inchangé jusqu'en 2002, date à laquelle il a été décidé d'un rehaussement continu à 850 places en 2003, 930 en 2004 puis 977 à compter de 2005.

Enfin, le fort phénomène de féminisation des jeunes diplômés semble se stabiliser ces dernières années : près de 52 % de femmes s'inscrivent à l'Ordre pour 48 % d'hommes.

#### Évolution du nombre de diplômés inscrits à l'Ordre et du *numerus clausus*



Note • Le très faible nombre de diplômés enregistré en 1974 est lié à la mise en place du *numerus clausus*.

Sources • Direction générale de la santé (DGS) ; fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2006, calculs DREES.

-1 % à près de -2 % par an au début des années 2020, avant de revenir à -1 % à la fin de cette décennie avec environ 27 000 professionnels actifs (graphique 1). Ils seraient donc un tiers de moins qu'en 2006 (40 000) et retrouveraient un effectif similaire à celui de la fin des années 1970.

Le nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants (France entière) diminuerait continuellement et plus rapidement au cours des 25 prochaines années, passant de 65 dentistes pour 100 000 habitants en 2006 à 55 en 2015 puis environ 40 en 2030. Cette tendance devrait toutefois s'atténuer à partir de 2030 et les effectifs devraient se maintenir au cours des 20 années suivantes. Du fait d'une possible stabilisation de la population française entre 2035 et 2050<sup>5</sup>, sous les hypothèses retenues, la densité de chirurgiens-dentistes cesserait de décroître pour se stabiliser à environ 37 pour 100 000 habitants.

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

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

En revanche, le nombre de chirurgiens-dentistes qui cessent leur activité est appelé à fortement augmenter dans les quinze années à venir et devrait passer de 1 300 en 2007 à 1 650 par an au début des années 2020<sup>6</sup> (graphique 2). Les promotions plus nombreuses de chirurgiens-dentistes entrés en faculté à la fin des années 1960 et au début des années 1970 (issues du baby-boom et n'ayant pas été soumises au *numerus clausus*), atteindront en effet l'âge de la retraite pendant cette période. L'écart entre le nombre de cessations et le nombre

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

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

d'entrées dans la vie active projetées devrait donc se creuser, ce qui explique pourquoi l'on attend une diminution accentuée du nombre de chirurgiens dentistes entre 2006 et 2020. Une fois ce mouvement massif de départs en retraite passé, le nombre de sorties s'infléchirait sensiblement jusqu'en 2040, date à partir de laquelle les diplômés issus des promotions plus nombreuses des années 2000 parviendront à leur tour à l'âge de la retraite.

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

Compte tenu de ces projections d'entrées et de sorties, la pyramide des âges des dentistes actifs suivrait deux tendances différentes entre 2006 et 2015 puis entre 2015 et 2030 (graphique 3).

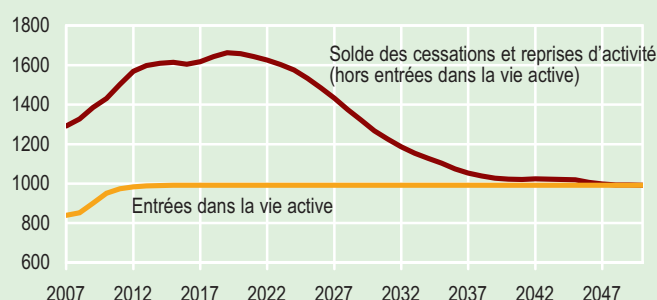
Si le nombre de dentistes actifs de moins de 40 ans, alimenté par les entrées des nouveaux diplômés, devrait rester relativement stable dans les dix prochaines années, il en va autrement pour les plus âgés. Entre 2006 et 2015, la part des plus de 55 ans parmi les praticiens actifs passerait ainsi de 29 % à 40 % (soit 11 000 à 13 500 dentistes). En revanche, en 2030, les générations les plus âgées ayant pris leur retraite, la part des chirurgiens-dentistes âgés de 50 ans ou plus diminuerait fortement (de 35 % à 25 % pour les 50-60 ans). Ce recul serait compensé par un accroissement de la part des actifs de moins de 45 ans (50 % contre 36 % en 2015).

Sous ces hypothèses, l'âge moyen des chirurgiens-dentistes continuerait donc à croître jusqu'en 2015 pour se stabiliser autour de 49 ans jusqu'en 2020. Avec les nombreux départs à la retraite, la profession rajeunirait ensuite, avec un âge moyen passant de 47 à 46 ans dans les décennies suivantes (graphique 4).

La féminisation de la profession devrait également rester très soutenue jusqu'en 2030 puis tendrait à se stabiliser, avec un taux de femmes supérieur à 45 % (contre 35 % en 2006). L'âge moyen des femmes et des hommes devrait cependant suivre des évolutions différentes et

## GRAPHIQUE 2

### Nombre des entrées et sorties d'activité des chirurgiens-dentistes prévues d'ici à 2050 Scénario tendanciel



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

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

## ENCADRÉ 2

### Le modèle de projection démographique : méthode et hypothèses retenues

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

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

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

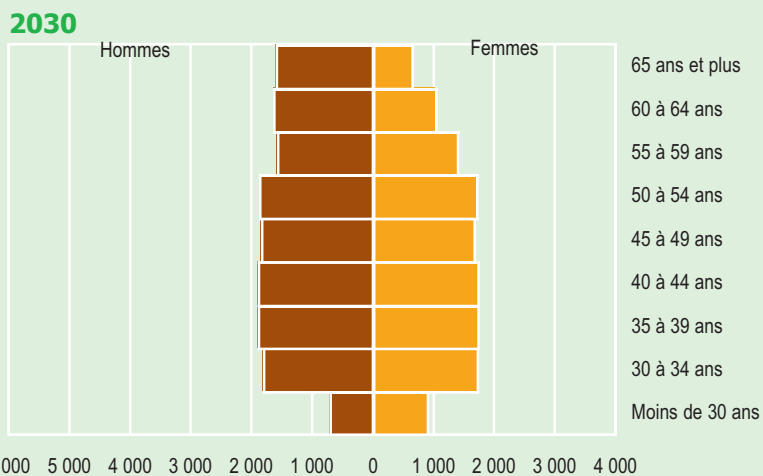
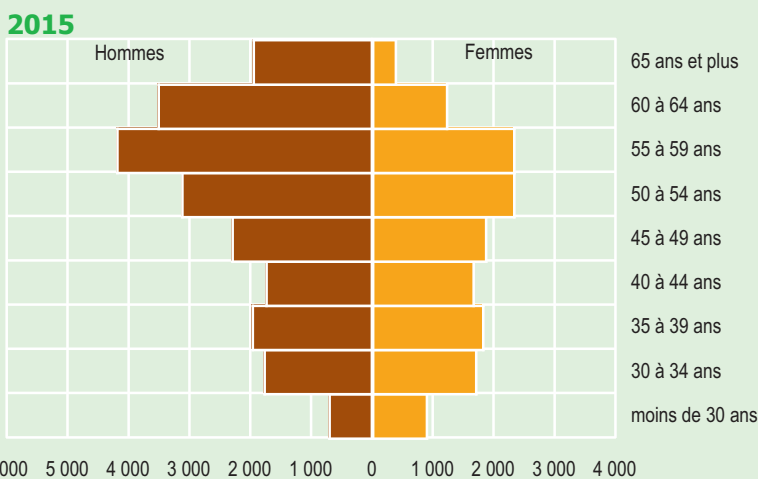
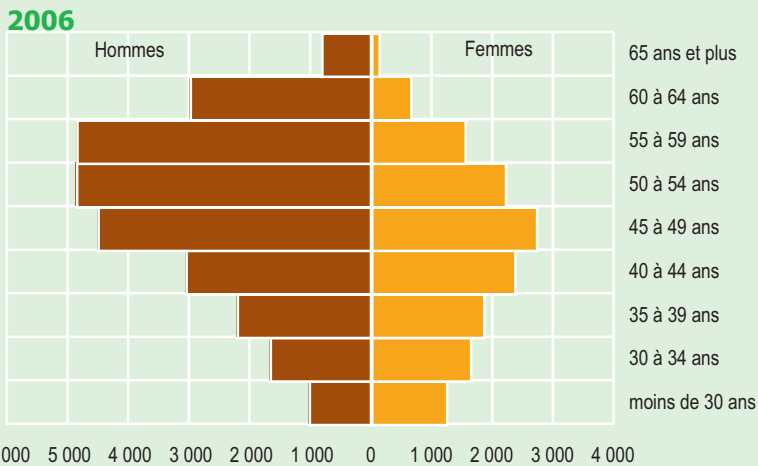
Le scénario tendanciel pose ainsi pour hypothèses que :

- L'organisation du cursus d'odontologie reste inchangée et le *numerus clausus* fixé pour l'année 2006-2007 (977 places) tout comme le nombre de places mises au concours de l'internat (une trentaine) sont maintenus à ce niveau sur toute la période de projection.
- Partant des observations réalisées sur les fichiers de l'Ordre, le nombre de diplômés susceptibles de s'inscrire à l'Ordre est estimé comme étant égal à 101,9 % du *numerus clausus* cinq ans avant et les caractéristiques d'âge, de sexe et de taux d'utilisation du diplôme sont considérées comme identiques à celles observées dans la période récente (Collet et Sicart, 2007).
- Les comportements des chirurgiens-dentistes actifs (caractéristiques sociodémographiques et modalités d'entrée sur le marché du travail, sorties temporaires ou définitives d'activité, mobilité professionnelle<sup>1</sup>) sont les mêmes que ceux observés entre 2000 et 2004. Ils sont calculés par génération, sexe et mode d'exercice.

1. L'ensemble de ces comportements sont décrits et analysés de manière détaillée dans l'article précédemment cité.

■ GRAPHIQUE 3

**Évolution de la pyramide des âges des chirurgiens-dentistes entre 2006 et 2030**  
Scénario tendanciel



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

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

l'écart d'âge devrait se réduire : en 2030, l'âge moyen projeté serait de 48 ans pour les hommes et de 45,5 ans pour les femmes, contre respectivement 49 et 44 ans actuellement.

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

L'évolution du nombre total de praticiens, largement déterminée par des phénomènes démographiques, est peu susceptible de varier à *numerus clausus* constant. En revanche, leur répartition selon le mode d'exercice est plus difficile à estimer. Dans le scénario tendanciel, les trajectoires professionnelles futures, et notamment les mobilités, s'inscrivent dans le prolongement des comportements récents observés par âge, sexe et mode d'exercice. Sous ces hypothèses, la répartition entre les chirurgiens-dentistes exerçant en cabinet libéral et en qualité de salarié demeurerait stable dans les 25 prochaines années, à hauteur respectivement de 92 % et 8 % (graphique 5). Autrement dit, la diminution des effectifs serait à peu près identique dans les deux secteurs (-33 %). Le nombre de praticiens libéraux passerait de 37 000 à 25 000 et celui des salariés de 3 500 à 2 200.

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

**Deux séries de variantes pour approcher les impacts de variations du *numerus clausus* et des comportements d'entrée et de mobilité professionnelle**

Comme cela a été rappelé en introduction, les résultats issus du scénario tendanciel dépendent des hypothèses retenues. C'est pourquoi il est important d'analyser leur sensibilité à des variations dans ces hypothèses, en introduisant des scénarios de projection alternatifs. Pour chacun d'entre eux, une seule hypothèse est modifiée par rapport au scénario



de référence afin de mieux en isoler les effets et donc de tester les variables qui, au-delà des tendances de fond, sont susceptibles d'avoir le plus d'influence sur l'évolution de la démographie des chirurgiens-dentistes.

Deux séries de variantes ont, à cet égard, été considérées. Les premières envisagent l'impact de variations du niveau du *numerus clausus* et permettent donc d'approcher, à comportements et trajectoires professionnelles inchangés, les effets de décisions des pouvoirs publics dans ce domaine (variantes 1 à 4), même si la question de l'offre en chirurgiens-dentistes et de son adéquation aux besoins des patients dans le futur<sup>7</sup> dépasse largement celle du nombre de professionnels en activité. Le second type de variantes étudiée, à *numerus clausus* constant, les répercussions qu'auraient diverses modifications des choix des diplômés et des professionnels actifs : ces changements peuvent relever de choix individuels ou de réactions à la situation du marché du travail, du système de soins ou de mesures prises par les pouvoirs publics (variante 5).

### Quels *numerus clausus* pour quelles densités de chirurgiens-dentistes sur le territoire ?

Par rapport au scénario tendanciel de maintien du *numerus clausus* au niveau de 2006 (977 étudiants), il s'agit de simuler l'impact d'une augmentation du nombre de places ouvertes à partir de l'année universitaire 2007-2008 (graphiques 6 et 7). Un relèvement à 1 100 étudiants atténuerait la très forte baisse de densité prévisible entre 2015 et 2030 : à cette date, la densité de chirurgiens-dentistes serait encore de 35 % inférieure à celle d'aujourd'hui (graphique 7). Des *numerus clausus* portés respectivement à 1 200 et 1 500 étudiants permettraient de contenir le recul de densité de la profession à l'horizon 2030 à hauteur de 45 et 51 dentistes pour 100 000 habitants (soit un tiers et un quart de moins qu'aujourd'hui). Dans ces scénarios, la densité de chirurgiens-dentistes se stabiliserait ensuite entre 2030 et 2050, voire

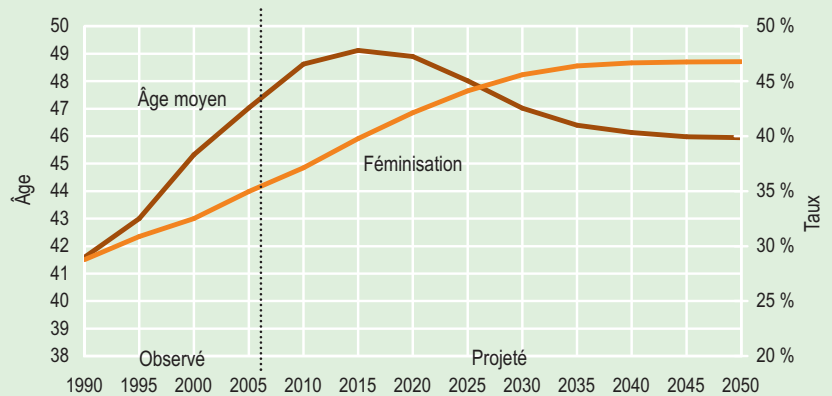
augmenterait de nouveau si le *numerus clausus* était relevé à 1 500 places. De manière générale, une augmentation de 100 places du *numerus clausus* sur toute la période réduirait la diminution de la densité de chirurgiens-dentistes de 3 points à l'horizon 2030 et de 5,5 points en 2050.

Deux enseignements peuvent être tirés de cette première série de

variantes. Le premier tient à la relative inertie de la démographie des chirurgiens-dentistes face aux variations du *numerus clausus*. Le second est que l'évolution du *numerus clausus* doit tenir compte non seulement des niveaux souhaités de densité de praticiens, mais également de la date à laquelle cet objectif est atteint. Ainsi, quel que soit le *numerus clausus* fixé pour les prochaines années,

GRAPHIQUE 4

### Évolution de l'âge moyen et du taux de féminisation des chirurgiens-dentistes entre 1990 et 2050 Scénario tendanciel

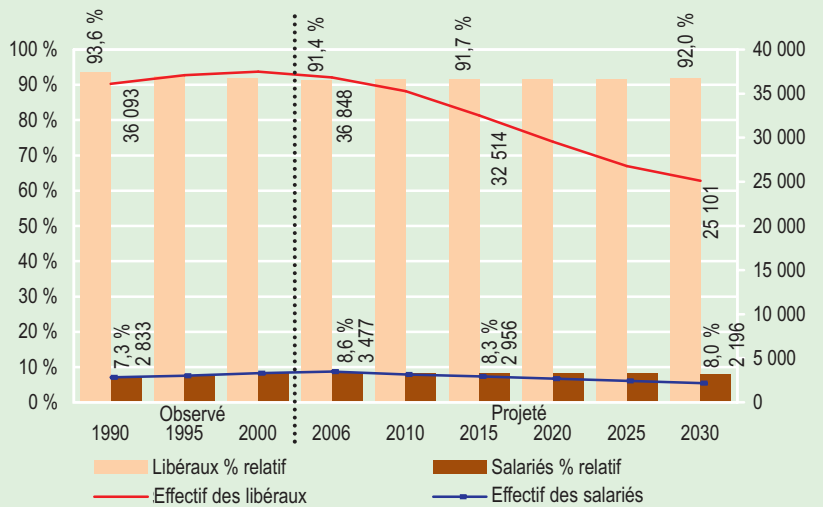


Champ • France entière, chirurgiens-dentistes de moins de 80 ans.

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

GRAPHIQUE 5

### Évolution du nombre et de la part des chirurgiens-dentistes actifs selon le mode d'exercice Scénario tendanciel



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

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

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

les projections à comportements constants aboutissent à une diminution de la densité de dentistes jusqu'au début de la décennie 2010, moment où elle atteindrait un peu moins de 62 pour 100 000 habitants. Pour maintenir ensuite la densité de praticiens à ce niveau, les fluctuations du *numerus clausus* devraient être très contrastées : augmentation immédiate à 3 000 places jusqu'en

2010, puis à un peu moins de 2 000 places entre 2010 et 2020, date à laquelle le *numerus clausus* devrait entamer une baisse continue pendant 25 ans jusqu'à atteindre 1 300 en 2040, puis remonter à nouveau à 1 700 places, pour compenser les nombreux départs à la retraite induits par les recrutements des années 2010. Il est évident que de telles variations<sup>8</sup>, dans des délais aussi rap-

prochés, du degré de sollicitation de l'appareil de formation ne sont pas envisageables.

Ces mesures théoriques doivent tenir compte du contexte et de la faisabilité de telles augmentations des *numerus clausus*. Il faut en effet s'interroger sur les capacités matérielles (fauteuils) et humaines (enseignants, praticiens hospitaliers<sup>9</sup>) qu'ont, en l'état, les unités de formation à résister à de fortes augmentations du *numerus clausus*, d'autant qu'elles ont déjà dû récemment absorber la mise en place de la sixième année et de l'internat à moyens constants (Bois *et al.*, 2003).

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

L'analyse de différentes variantes portant sur les trajectoires des diplômés et actifs montre que des modifications dans les modalités d'entrée et de mobilité dans la vie active<sup>10</sup> ou encore une forte féminisation des diplômés n'auraient quasiment aucun impact sur le nombre et donc la densité de chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030<sup>11</sup>. Le niveau de féminisation de la profession peut varier sensiblement selon le taux de féminisation au diplôme. Cette évolution se répercuterait cependant dans des proportions identiques parmi les libéraux et parmi les salariés.

### Les projections démographiques au regard de l'évolution des besoins, des pratiques et des disparités géographiques

Les évolutions démographiques, de comportement de soins ou les changements organisationnels pour les professions de santé joueront bien évidemment un rôle dans les années à venir. Plusieurs éléments issus d'études quantitatives et qualitatives ou provenant d'experts permettent d'éclairer ces différents enjeux.

Des statistiques récentes indiquent qu'environ 35 % des Français ont consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année (Raynaud, 2005). Par ailleurs, en 2004, 6,5 % de la population déclara-

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

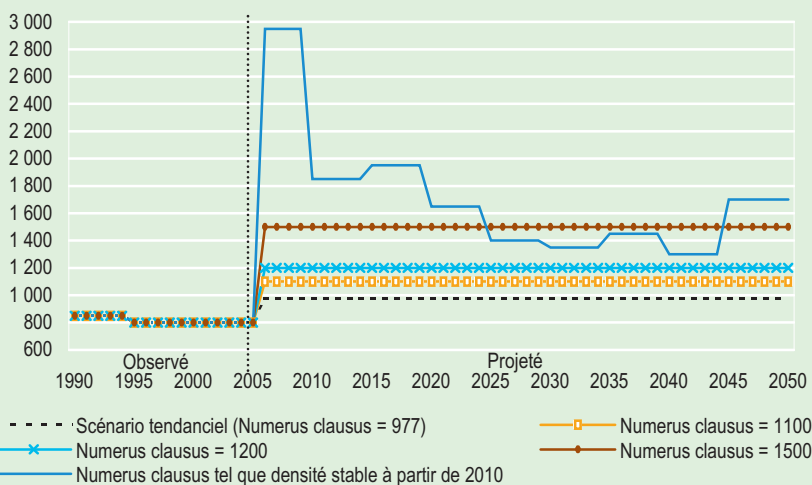
9. Moins de 1 000 personnels hospitalo-universitaires répartis dans les 16 unités de formation (une centaine de professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), environ 400 maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) et 400 assistants hospitalo-universitaires (AHU),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

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

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

GRAPHIQUE 6

### Différentes hypothèses d'évolution du *numerus clausus*

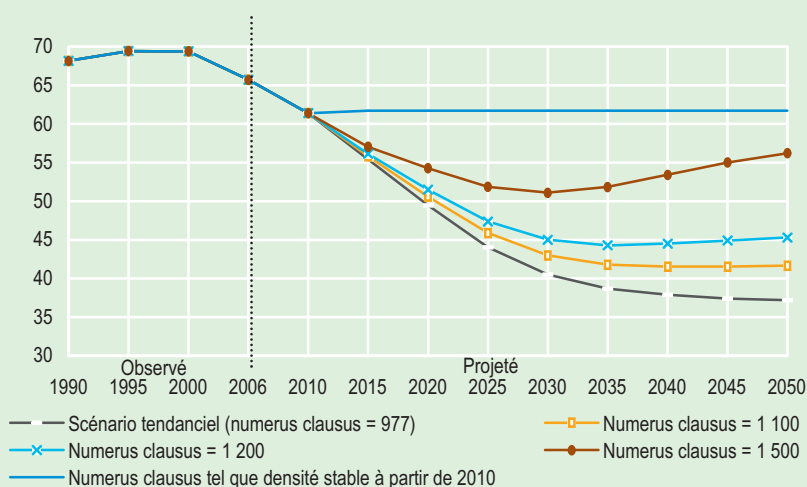


Champ • France entière, chirurgiens-dentistes de moins de 80 ans.

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

GRAPHIQUE 7

### Impact sur la densité de chirurgiens-dentistes de différentes hypothèses d'évolution du *numerus clausus*



Champ • France métropolitaine, pour 100 000 habitants

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

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

(TO) et des actes en radiologie (Z) [CNAMTS, 2004].

À état de santé constant, de nouveaux besoins ou des demandes de prises en charge plus complexes se sont également développés : une attention accrue au « corps et à la santé », une plus forte demande « esthétique », l'accès aux soins dentaires de populations qui en étaient auparavant exclues, notamment grâce à la couverture maladie universelle (CMU)<sup>12</sup>.

Ces problématiques soulèvent des questions relatives à l'organisation des soins dentaires, caractérisée par des inégalités territoriales fortes de l'offre libérale, des carences en termes d'offre de substitution à la pratique de ville (maillage ville-hôpital) et une existence limitée de formes d'exercice adaptées au vieillissement de la population (réseaux de prise en charge des urgences, structures intermédiaires ou mobiles... ; voir Azogui-Lévy et

Boy-Lefèvre, 2005). Des incertitudes pèsent aussi sur le souhait ou la possibilité des futurs chirurgiens-dentistes de prendre la succession ou de racheter les cabinets des praticiens qui exercent actuellement dans certaines zones rurales. Enfin, l'émergence de nouveaux besoins et la baisse attendue des effectifs de chirurgiens-dentistes doivent également être prises en compte dans les réflexions menées sur les délégations de tâches et les coopérations possibles avec d'autres professions (notamment les assistants dentaires ou encore les stomatologues et les médecins spécialisés en chirurgie maxillo-faciale).

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

## Pour en savoir plus

- Allonier C., Guillaume S., Rochereau T., 2006, « Enquête Santé, Soins et Protection Sociale 2004 : premiers résultats », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 110, juillet.
- Azogui-Lévy S., Boy-Lefèvre M.-L., 2005, « La santé bucco-dentaire en France », *Actualité et dossier en santé publique*, Haut comité de santé publique, n° 51, juin.
- Azogui-Lévy S., Rochereau T., 2005, « Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire – Exploitation de l'enquête Santé et protection sociale 2000 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 94, mai.
- Bessière S., Breuil-Genier P., Darriné S., 2004, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats*, DREES, n° 352, novembre.
- Bois D., Massonau J., Melet J., 2003, « Rapport de la mission odontologie », Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, La Documentation française.
- CNAMTS, 2004, « Le secteur libéral des professions de santé en 2004 », *Carnets Statistiques*, n° 112.
- Collet M., Sicart D., 2007, « Les chirurgiens-dentistes en France. Situation démographique et analyse des comportements en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 594, septembre.
- Collet M., 2005, « La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030. Un exercice de projections au niveau national », *Études et Résultats*, DREES, n° 438, octobre.
- Darriné S., 2003, « Les masseurs-kinésithérapeutes en France : situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », *Études et Résultats*, DREES, n° 242, juin.
- Guignon N., avec la collaboration de Herbet J.-B. et Danet S., Fonteneau L., 2007, « La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers Résultats », *Études et Résultats*, DREES, n° 573, mai.
- Hescot P., Roland E., 1998, *Le CAO des enfants de 12 ans*, Union française pour la santé bucco-dentaire.
- Raynaud D., 2005, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Études et Résultats*, DREES, n° 378, février.