UNIVERSITÉ DE NANTES

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année : 2012 N° 039

PROTOCOLE DE REALISATION D'UNE ETUDE DE MARCHE PREALABLE A LA CREATION D'UN CABINET DE CHIRURGIE DENTAIRE

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée
et soutenue publiquement par

Julien PRODHOMME

Né le 20 Janvier 1985

Le 05 Juillet 2012 devant le jury ci-dessous :

Président Monsieur le Professeur Alain JEAN
Assesseur Monsieur le Docteur François BODIC

Directeur de thèse Monsieur le Docteur Dominique MARION
Co directeur de thèse Madame le Docteur Myriam GARNIER

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Pr LABOUX Olivier
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr Yves AMOURIQ
Assesseurs	Dr Stéphane RENAUDIN Pr Assem SOUEIDAN Pr Pierre WEISS
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Madame ALLIOT-LICHT Brigitte Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur JEAN Alain	Monsieur Philippe LESCLOUS Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur BOULER Jean-Michel
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	**Assistants hospitaliers universitaires des C.S.E.R.D.**
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BODIC François Madame CASTELOT-ENKEL Bénédicte Monsieur CLERGEAU Léon-Philippe Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Monsieur DENIAUD Joël Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LAGARDE André Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Monsieur RENAUDIN Stéphane Monsieur ROUVRE Michel Madame ROY Elisabeth Monsieur UNGER François Monsieur VERNER Christian	Monsieur BADRAN Zahi Madame BERTHOU-STRUBE Sophie Madame BLERY Pauline Madame BOUVET Gaëlle Monsieur CAMPARD Guillaume Monsieur COIRIER François Monsieur DEMOERSMAN Julien Monsieur FREUCHET Erwan Monsieur FRUCHET Aurélien Madame GIGOU Valériane Madame GOEMAERE-GALIÈRE Hélène Monsieur GOURÉ Tony Madame HYON-ROY Isabelle Monsieur MARGOTTIN Christophe Madame ODIER Amélie Monsieur PAISANT Guillaume Monsieur PERROT Erick Madame POUCH-TORTIGER Daphné Madame RENARD Emmanuelle

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION 7
2 ANALYSE DE L'OFFRE 7
2.1 La situation démographique de la profession dans le bassin de vie 7
2.1.1 L'écart avec la situation nationale 7
2.1.2 La répartition des praticiens présents dans la région, le département, le bassin de vie selon : 9
2.2 La configuration de l'activité de chirurgie dentaire des professionnels dans le bassin de vie 10
2.2.1 La répartition par secteur conventionnel 10
2.2.2 Le ratio du nombre de chirurgiens dentistes exerçant en libéral par rapport au nombre de cabinets 11
2.2.3 Mode d'exercice des praticiens dans la zone 12
2.2.4 Honoraires et revenus professionnels moyens dans la zone étudiée 13
2.2.5 Le niveau d'activité 14
2.2.6 Le taux de consommation d'actes de soins au sein d'une commune. 15
2.2.7 Types de soins proposés par les praticiens en place 15
2.2.8 Points forts et points faibles des praticiens de la zone 16
2.2.9 Situation géographique 16
3 ANALYSE DE LA DEMANDE 19
3.1 Les besoins actuels et futurs de soins de chirurgie dentaire de la population générale
3.1.1 Chez les enfants de 6 à 12 ans. 19
3.1.2 Chez la population générale 20
3.1.3 Cas d'une étude ciblant les besoins en soins dentaires d'une population de 65 ans et plus relevant de la MSA (Mutualité Sociale Agricole) 21
3.1.4 Conclusion 22
3.2 Analyse de la population et des critères sociodémographiques ayant un lien avec l'état de santé bucco-dentaire du bassin de vie. 23
3.2.1 Evolution et structure de la population actuelle. 23
3.2.2 Catégorie socioprofessionnelle 23
3.2.3 La situation familiale 25

3.2.4 Le niveau d'éducation 26
3.2.5 Le niveau de vie 27
3.2.6 Emploi et chômage 28
3.2.7 Complémentaire santé 29
4 L'ENVIRONNEMENT : le cadre sanitaire, les aides à l'installation, le dynamisme et la cohésion territoriale du bassin de vie, la qualité de vie. 32
4.1 L'environnement sanitaire 32
4.2 La recherche des aides à l'installation 32
4.3 Le dynamisme et la cohésion territoriale du bassin de vie 32
4.3.1 L'orientation économique du bassin de vie 32
4.3.2 L'accessibilité de la population des bassins de vie aux services généraux, équipements de santé, soins de proximité et d'éducation et à l'emploi 33
4.3.3 L'accessibilité aux infrastructures numériques (haut débit) et de transports 34
4.4 Qualité de vie 34
4.4.1 Services publics et de proximité 35
4.4.2 Activités culturelles et de loisirs 35
4.4.3 L'héliotropisme, l'attractivité de la ville, de la montagne, ou de la mer 35
5 PROTOCOLE D'ETUDE DE MARCHE D'UN BASSIN DE VIE POUR LA CREATION D'UN CABINET DE CHIRURGIE DENTAIRE 35
6 CONCLUSION 39
7 TABLE DES TABLEAUX 41
8 TABLE DES FIGURES 41
9 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 43

1 INTRODUCTION

La création d'un cabinet de chirurgie dentaire nécessite, outre les démarches administratives auprès des caisses d'assurances maladies et des instances ordinales, d'étudier la faisabilité du projet. Devant l'absence de référencesur le sujet, nous avons élaboré un protocole de réalisation d'une étude de marché préalable à la création d'un cabinet de chirurgie dentaire.

L'étude de marché a pour objectif d'étudier la faisabilité du projet de création, de définir le type de soins à délivrer en fonction des besoins de santé publique, de connaître les perspectives d'évolution de l'exercice professionnel, enfin et surtout de corréler le projet personnel et le type d'implantation envisagé.

Cette étude de marché articulée en trois étapes, comprendra : une analyse de l'offre puis de la demande en soins, enfin l'analyse de l'environnement du futur cabinet.

2 ANALYSE DE L'OFFRE

Pour l'évaluerl'offre de soins dentaires, la situation démographique de la profession et la configuration de l'activité des praticiens de la zone envisagée seront étudiées. (6)(17)(32)

2.1 La situation démographique de la profession dans le bassin de vie

2.1.1 L'écart avec la situation nationale

Cet écart se mesure avec les informations suivantes : densité de praticiens, nombre de praticiens actifs, répartition des praticiens selon l'âge, le sexe ou le taux de féminisation, le nombre de cessations d'activité. Ces informations recenséespar la commissiondémographie du conseil national de l'ordre, sont consultables en ligne sur le site du conseil national de l'ordre, à l'adresse suivante : http://carto.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/ (16)

Par exemple, mesurer l'écart de densité en praticiens aux échelles locale et nationale permet de qualifierle bassin de vie étudié,comme une zone excédentaire (ex : Paris) ou déficitaire (ex : la Picardie) en chirurgiens dentistes.(16)

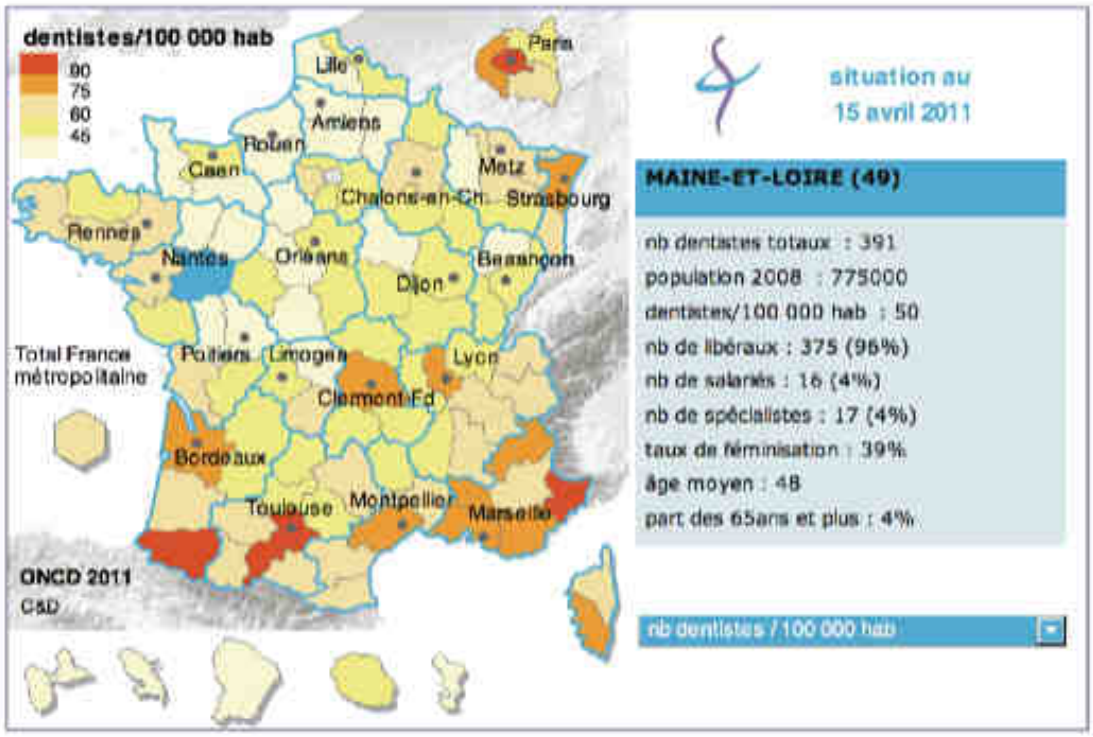


Figure 1 : Carte de la situation démographique des chirurgiens dentistes du Maine-et-Loire au 15 avril 2011, disponible en libre accès sur http://carto.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/

La situation démographique actuelle des chirurgiens dentistes en France est la suivante :

	Situation en 2010	**Situation prévue en 2030**
Nombre de chirurgiens dentistes	40930	41756
Nombre de cessations d'activité/ an	1300	1650
Densité (praticien/100000 hab)	64	42
Age moyen des praticiens	49	46
Taux de féminisation (%)	38	45
Exercice libéral (%)	90	?

Tableau 1 : La situation démographique des chirurgiens dentistes en 2010. La démographie professionnelle exposée en session du conseil national de l'ordre du 13/09/2010.Conseil national de l'ordre.

2.1.2 La répartition des praticiens présents dans la région, le département, le bassin de vie selon :

2.1.2.1 L'âge des praticiens actifs

La connaissance de l'âge des praticiens actifs, permet d'anticiper les cessations d'activité à venir dans le cas de praticiens prochesdu départ à la retraite (proche de 65 ans) et d'apprécier l'expérience des praticiens déjà installés. Ces cessations laissent entrevoir la possibilité de reprise de cabinet dans le cas d'un projet de reprise, ou bien une patientèle dépourvue de chirurgien dentiste dans le cas d'un projet de création (7).

2.1.2.2 Le sexe ou le taux de féminisation

Le taux de féminisation des praticiens installés, est un paramètre à interpréter avec prudence puisque certaines femmes chirurgiens dentistes peuvent travailler à temps partiel afin de passer plus de temps avec leurs enfants, d'autres afin d'exercer une activité hospitalière ou mutualiste, tandis que d'autres travaillent à temps complet. De plus le temps consacré aux soins par ces praticiens femmes peut varier au cours de leur carrière, notamment en fonction de l'âge de leurs enfants (11)(27).

2.1.2.3 La densité de praticiens (nombre de praticiens/100 000 hab), zone déficitaire ou excédentaire

La densité est le ratio du nombre de praticiens en place pour 100 000 habitants (19).

La connaissance de la densité de praticiens permet de localiser les zones surpeuplées en praticiens (ex : Paris 153/100000) et les zones déficitaires (ex : La Creuse 38/100000)(16).

A l'échelle nationale, les disparités interrégionales entre le nord et le sud et entre les communes rurales et les grands pôles urbains sont très marquées. A une échelle réduite, la densité varie selon la taille de l'unité urbaine et le type de commune (urbaine, périurbaine, périphérique, rurale). En effet, la densité urbaine s'accroît avec la taille de l'unité urbaine, 20/100000 dans une commune rurale, 80/100000 dans une commune de moins de 200000 habitants et proche de 90/100000 habitants dans les grandes agglomérations. Les chirugiens dentistes privilégient les pôles urbains au détriment des communes périphériques ou multipolarisées (11)(27).

	Angers	Doué la Fontaine	Le Lion d'Angers	Segré
Densité de praticiens	65	42	33	54

Tableau 2 : Densité de praticiens pour 100 000 habitants de 4 cantons du Maine et Loire en 2008. Source : C@rtosanté, URCAM des Pays de la Loire.

La nature et la teneur de ces disparités sont constantes depuis 2000 (27). Au delà des phénomènes d'héliotropisme, d'attractivité des villes (proximité des entreprises pour le

conjoint, loisirs et services pour la famille), et de réticence envers les zones urbaines difficiles, la non prise en charge par les régimes d'assurance maladie des techniques modernes (dont l'accès semble plus facile aux publicsles plus aisés) découragerait les chirurgiens dentistes de s'installer dans les zones rurales et plus modestes. De plus il semblerait que le lieu d'installation dépende davantage de critères personnels, familiaux, de modes d'activité et d'exercice que de considérations économiques (10). Ces paramètres seront analysés dans le chapitre sur l'étude de l'environnement.

2.1.2.4 Le nombre de praticiens spécialistes et non spécialistes ayant un exercice exclusif dans un domaine

Il importe de savoir quel praticien a un exercice exclusif (ex : orthodontie, chirurgie orale), mixte (ex : omnipratique, ODF, parodontologie et implantologie), ou est dîplomé en tant que spécialiste (ex : CECSMO) (7). Cette dernière information est disponible avec l'outil de cartographie du conseil national de l'ordre (16).

En effet, cela permet de connaître les domaines de la chirurgie dentaire déjà exercés dans la localité, l'importance du marché dans ces domaines, et donc d'y voir les possibilités d'évolution dans ce domaine.

Par exemple, un cabinet d'ODF créé par un spécialiste qualifié en ODF, dans un bassin de vie dépourvu de spécialiste qualifié, donc non référencé dans l'annuaire et non identifié par le praticien spécialiste arrivant, risque de voir démarrer difficilement son activité si les praticiens dudit bassin ont déjà leurs correspondants en ODF non spécialiste.

C'est le cas également pour le praticien qui souhaite exercer l'implantologie exclusive, puisque le nombre d'omnipraticiens posant des implants est croissant, ce dont témoigne l'augmentation du nombre de formations non universitaires en implantologie.

Ainsi, il faut demander au conseil de l'ordre départemental dont relève la localité quels sont les praticiens qui exercent un domaine exclusif et surtout visiter les praticiens d'une localité pour mieux connaître le marché (7).

2.2 La configuration de l'activité de chirurgie dentaire des professionnels dans le bassin de vie

2.2.1 La répartition par secteur conventionnel

Le site Ameli.fr (http://ameli-direct.ameli.fr/) et le Conseil Départemental de l'Ordre renseignent sur le conventionnement ou non conventionnement des praticiens en exercice. (6)(7)

Les patients consultant des chirurgiens dentistes conventionnés sont remboursés sur les actes opposables et sur la base du tarif de remboursement des actes non opposables. Alors que ceux consultant les chirurgiens dentistes non conventionnés ne sont pratiquement pas remboursés quelque soit le type d'acte (25)(27).

Selon l'article R.4127-210 du code de déontologie, le patient est libre de choisir son chirurgien dentiste(10).L'application de cette réglementation peut néanmoins être limitée si le

patient réside dans une zone à faible démographie médicale ou si ses conditions matérielles ne lui permettent pas de consulter un chirurgien dentiste non conventionné (21)

Ainsi le choix d'un chirugien dentiste non conventionné paraît réservé à une patientèle aisée.

2.2.2 Le ratio du nombre de chirurgiens dentistes exerçant en libéral par rapport au nombre de cabinets

Le ratio du nombre de praticiens par cabinet permet de connaître le type d'exercice (seul ou en association) des confrères déjà installés. Il permet d'augurer des possibilités d'association. (6)(7)

La tendance actuelle au regroupement des praticiens permet de bénéficier des avantages suivants (1)(27):

- l'expérience des confrères qui peuvent aussi bien conseiller au niveau des interventions en bouche pour des cas complexes, que dans la gestion du cabinet, du personnel, des relations avec les organismes de santé ou avec le patient.

- diminution de l'investissement de départ en mutualisant une partie des frais : plateau technique, locaux, équipement informatique et radiologique, etc…

- exercice plus convivial

- diminution du temps de travail, puisqu'avec un système de roulement entre confrère, il est possible de maintenir le cabinet ouvert toute l'année.

- meilleure sécurité, puisqu'en cas d'indisponibilité imprévue (maladie, grossesse…), le cabinet continue de fonctionner ce qui permet de payer les charges et les frais fixes en l'absence du praticien. Dans une SCP (société civile professionnelle) la sécurité est encore plus importante car elle garantit un revenu au praticien dans l'impossibilité de travailler.

- spécialisation plus aisée dans un domaine, car le praticien a des correspondants sur place.

Forte de ces avantages l'association présente néanmoins l'inconvénient d'une possible mésentente entre les praticiens. Celle ci peut concerner la gestion des locaux, du matériel, du personnel, la prise en charge des patients, la qualité du travail, le partage de la patientèle et des actes les plus rémunérateurs jugés inéquitables par l'un des associés, ou encore les incompatibilités de personnalité.

Travailler seul permet de disposer d'un maximum de liberté, même si cette tendance est en diminution.

2.2.3 Mode d’exercice des praticiens dans la zone

2.2.3.1 Libéral ou salarié hospitalier/mutualiste

Tous les praticiens de la zone concernée doivent être recensés selon leur mode d’exercice, afin de connaître le type d’offre de soins déjà en place et de savoir si le mode d’exercice envisagé dans le cadre d’une création (libéral), est viable dans la zone étudiée.(7)

2.2.3.1.1 L’exercice libéral

Il représente 90% de l’exercice de la chirurgie dentaire en France (11)(16), donc il s’avère statistiquement viable. L’exercice libéral présente des avantages (autonomie, liberté de planning,…).

L’exercice libéral nécessite un engagement financier personnel du praticien. Ce mode d’exercice entraîne donc, à la différence d’un exercice salarié, un investissement plus important sur le temps de présence au cabinet pour en assurer les dépenses de fonctionnement (salaires, immobilier, impôts, charges sociales, etc…). Cette augmentation de temps de présence au cabinet permet d’un point de vue de santé publique, d’augmenter la réponse à la demande de soins et constitue un point fort du praticien en exercice libéral dans la zone étudiée à ne pas négliger dans le cadre d’une création.

En outre, un cabinet de chirurgie dentaire est une entreprise à part entière, ce qui implique une capacité de mise à jour permanente du processus de management pour rester attrayante. (7) Ces mises à jour concernent :

-Les investissements concernantl’immobilier, le plateau technique et l’informatique

-La gestion de l’hygiène, l’asepsie, la protection du patient, des infections nosocomiales via la stérilisation, la gestion des déchets et l’entretien des locaux.

-Le respect de la réglementation concernant l’accès au cabinet, les normes anti incendie…

-L’organisation du cabinet avec la gestion des : stocks, travaux de laboratoire, ententes préalables en ODF, honoraires et courriers

-La gestion du personnel (planning, formations, délégation des tâches, salaires, congés)

-La gestion comptable et administrative (paiement des charges EDF, eau, impôts, télétransmission, prise en charge spécifique selon tel ou tel régime d’assurance maladie…)

C’est pourquoi avoir une idée du processus de management des cabinets d’exercice libéral de la zone étudiée, conduit à répondre à la question : puis-je répondre à la demande de soins aussi bien, sinon mieux que mes confrères déjà installés ?

2.2.3.1.2 L'exercice salarié

Le salariat peut être exercé au sein d'un cabinet, d'une mutuelle ou bien à l'hôpital. En progression depuis l'an 2000, il représente actuellement 9,4% de l'exercice de la chirurgie dentaire (la part du salariat exclusif étant constante depuis 1993 à 7%). (11)(16)

On distingue d'une part les femmes qui exercent moins souvent en libéral quelque soit leur âge, et d'autre part les praticiens de moins de 30 ans qui ont opté temporairement pour ce mode d'exercice pour les premières années de pratique. (27)

Ce mode d'exercice ne présentant pas les contraintes de l'exercice libéral permet de conjuguer vie familiale et professionnelle différemment, et de travailler sans le souci de rentabilité du cabinet, d'où une pression moins forte. (27)

2.2.4 Honoraires et revenus professionnels moyens dans la zone étudiée

2.2.4.1 Les honoraires

Les honoraires moyens nets sont variables selon la taille de l'unité urbaine, allant de 140 000 euros pour une commune rurale (moins de 2000 habitants) à 200000 euros pour une unité urbaine (ensemble de communes regroupant au moins 2000 habitants dont les habitations ne sont pas séparées de la plus proche de plus de 200m) de 20000 à 50000 habitants en moyenne en 2003. Aujourd'hui la moyenne des honoraires nets est de 220000 euros, montant variable de 167000 euros en région PACA à 311000 euros en Eure et Loire (9)

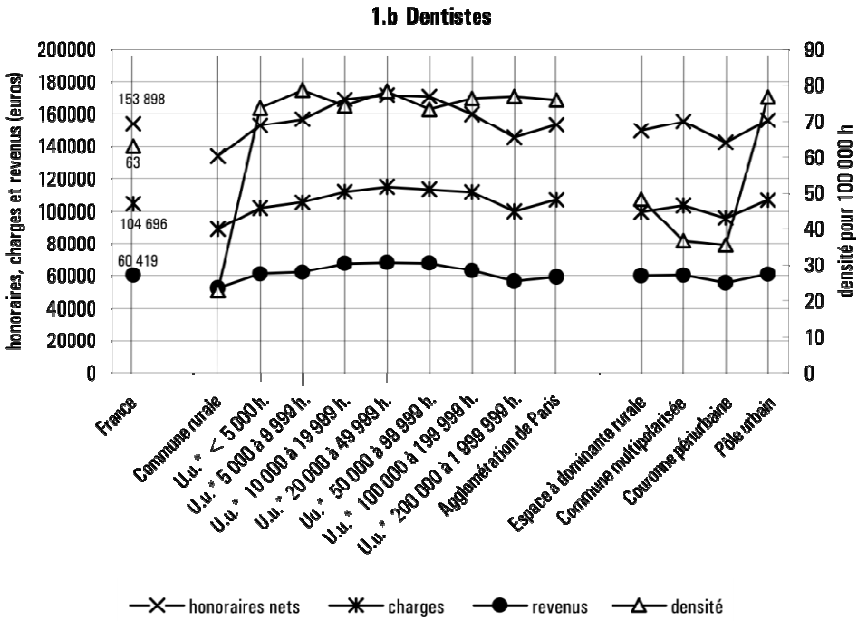


Figure 2 : Graphique des honoraires, charges, revenus (euros), et densité des chirurgiens dentistes en 2000 en fonction du type de commune. Direction de la recherche et études en économie de la santé.

Les dépassements d'honoraires sont qualitativement plus élevés dans des unités urbaines telles que Paris, où ils peuvent atteindre 60% des honoraires nets, contre 40% dans

une commune rurale. L'importance relative de ces dépassements est justifiée par les charges (prothèses, loyer, salaire…) plus élevées en agglomération parisienne qu'en province.

2.2.4.2 Les revenus

Les revenus libéraux sont estimés par la DREES (direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques) en rapprochant les honoraires produits par la CNAMTS (caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) et les données sur les charges issues de la DGI (direction générale des împots).

Les revenus annuels nets de charges sont plus élevés dans les zones de faible densité en chirurgiens dentistes (22). Par exemple un dentiste exerçant en Picardie perçoit un revenu supérieur de 65% à celui d'un dentiste installé en région PACA ou en Corse. En 2004, la moyenne nationale était évaluée à 79700 euros.

Les chirurgiens dentistes qui perçoivent les revenus moyens les plus élevés sont ceux dunord de la France, à l'exception de l'Ile de France. Cette opposition nord-sud est flagrante puisque ceux exerçant dans les régions qui s'étendent de l'Aquitaine à la région PACA et la Corse perçoivent en moyenne 10% de moins que la moyenne nationale tandis que ceux exercant dans les régions allant de la Basse Normandie à la Franche-Comté ainsi que dans les régions Poitou-Charente, Centre et Limousin perçoivent 10% de plus que la moyenne.

2.2.5 Le niveau d'activité

Le niveau d'activité moyen des chirurgiens dentistes de la zone peut être évalué par le service en ligne C@rto Santé sur le site (http://www.ars.sante.fr) de l'ARS (agence régionale de santé) lequel indique le coefficient moyen d'actes (SC, DC, SPR) réalisé par praticien au niveau cantonal, départemental et régional.

		Nbe de chirurgiens dentistes actifs	Coefficient moyen d'actes	Rapport coeff. Moyen d'actes Canton/ Département	Coefficient SPR moyen	Coefficient SC+DC moyen	Part coefficient SPR
Région	Pays de la Loire	1569	47431		18805	28626	39,6
Département	Maine et Loire	331	49477		19738	29739	39,9
Canton	Angers	96	46993	0,95	19066	27927	40,6
	Doué la fontaine	6	61140	1,24	28074	33066	45,9
	Le Lion d'Angers	4	87240	1,76	40841	46399	46,8
	Segré	8	51519	1,04	23238	28281	45,1

Tableau 3 : Le niveau d'activité moyen des actes de chirurgie dentaire par praticien selon le coefficient d'actes de prothèse SPR moyen, d'acte de soins conservateurs moyens SC, d'acte de chirurgie DC, de 4 cantons du Maine et Loire(Angers, Doué la Fontaine, Le Lion-d'Angers, Segré) en 2008. Source : C@rtoSanté, URCAM des Pays de la Loire

Cet outil permet de comparer l'activité de chirurgie dentaire par praticienentre différents cantons au sein d'un département ou d'une région et donc d'évaluer les possibilités d'activité de chirurgie dentaire du canton étudié(6)(32). Par exemple le coefficient moyen d'acte du canton d'Angers, de Doué la Fontaine, du Lion d'Angers et de Segré représente respectivement une activité de soins inférieure de 5% et supérieure de 24%, 76% et 4% par rapport à la moyenne départementale.

2.2.6 Le taux de consommation d'actes de soins au sein d'une commune.

Il correspond au rapport du nombre d'actes de soins consommés par les habitants d'une commune auprès de dentistes de la même commune sur le nombre d'actes de soins consommés par les habitants de cette commune (32). Il est également disponible sur le service en ligne C@rtosanté.

	Angers	Doué la Fontaine	Le Lion d'Angers	Segré
Taux de conso. %	83,2	72	63	72

Tableau 4 : Taux de consommation d'actes de soins de 4 cantons du Maine et Loire (Angers, Doué la Fontaine, Le Lion-d'Angers, Segré) en 2008. Source : C@rtosanté, URCAM des Pays de la Loire.

Ce taux de consommation, montre qu'une partie des habitants consommateurs d'actes de soins ont fait le choix de consulter d'autres praticiens que ceux de leur commune de résidence. En comparant ce taux à la densité en praticiens de ces 4 cantons, vue supra en 2.1.2.3, on remarque que le taux de consommation est proportionnel à la densité en praticiens. C'est pourquoi, pour des raisons de santé publique, et donc d'amélioration de l'accès aux soins, il semble que le canton d'installation le plus judicieux soit celui où la densité en praticiens et le taux de consommation d'actes de soins sont les plus faibles.

2.2.7 Types de soins proposés par les praticiens en place

Il est important de les connaître puisqu'ils sont le reflet de la demande des patients (détartrages, couronnes, prothèses amovibles, soins conservateurs, implants, etc…) ou bien de la patientèle visée par le praticien (ex : implantologie exclusive)(6)(7)(8)(27).

D'autre part les soins proposés peuvent ne pas répondre à toutes les demandes (implantologie, parodontologie, orthodontie, blanchiment, facettes, méopa, etc…). Dans ce cas, on peut y voir des services à apporter en plus, permettant ainsi de compléter le panel de

soins proposé par un praticien déjà en place. On peut également interpréter l'absence de ce type de soins par une demande quantitativement insuffisante voire inexistante (7).

2.2.8 Points forts et points faibles des praticiens de la zone

Dans l'optique de se différencier des confrères, il faut lister leurs points forts et points faibles. (6)(7)(26)

-Nombre de jours de présence par semaine des confrères
-Cabinet de groupe (possibilité d'être ouvert tous les jours et toute l'année/possibilité de spécialisation)
-Horaires de consultation
-Temps d'attente pour avoir un rendez-vous
-Accueil/attractivité/ambiance dans le cabinet
-Performance du plateau technique (nombre de fauteuils, équipement radiographique, salle de chirurgie…)
-Niveau des honoraires

2.2.9 Situation géographique

2.2.9.1 Choix à l'échelle régionale

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé des missions régionales de santé (MRS) dans chaque région, chargées de préparer et d'exercer les missions conjointes de l'URCAM (union régionale des caisses d'assurance maladie) et de l'ARH (agence régionale d'hospitalisation). La MRS détermine notamment (2):

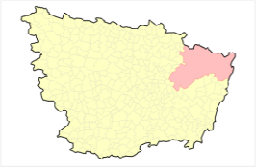
1) Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique.

2) Des zones de recours aux soins ambulatoires qui sont déterminées en fonction de critères démographiques, géographiques, d'activité économique et d'existence d'infrastructures de transports. Ces zones, les territoires de premier recours, ont pour objectif d'améliorer la réponse aux besoins de soins et de santé de la population, au plus près des habitants, sur l'ensemble du territoire régional (2).

Malgré la liberté du lieu d'installation dont jouit encore aujourd'hui la profession, le chirurgien dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, a pour devoir de prêter son concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé (10).Le chirurgien dentiste doit donc prendre en compte, à l'échelle régionale, départementale puis cantonale, les territoires de premier recours dans le choix de son lieu d'installation.

Au sein d'un territoire, ou canton ou bassin de vie, on peut connaître le nombre de chirurgiens dentistes en activité et l'écart de densité par rapport à la médiane régionale. Cet écart de densité montre le besoin au sein d'un territoire en chirurgiens dentistes. Par exemple, le territoire de Baugé présente un écart de densité de moins de 20% par rapport à la médiane régionale, il y a donc une nécessité plus importante de chirurgiens dentistes dans le territoire de Baugé.

MAINE ET LOIRE
Territoire de Baugé



SUPERFICIE : 708,9 km²

POPULATION *(Recensement 2006)* :
32 687 habitants dont 11,8 % en ALD

Répartition de la population par âge
(Recensement 2006)

	Territoire de Baugé	Région
Moins de 30 ans	35 %	37 %
30 – 59 ans	40 %	41 %
60 ans et plus	24 %	22 %
Total	100 %	100 %

DEMOGRAPHIE MEDICALE ET PARAMEDICALE *(1er janvier 2010)*

	Effectif	*Dont plus de 55 ans*	
Généralistes	29	*9*	*31 %*
Infirmiers libéraux	19	*2*	*11 %*
Infirmiers libéraux + salariés des centres de soins	19		
Masseurs kinésithérapeutes	15	*6*	*40 %*
Dentistes	11	*3*	*27 %*
Pharmacies	10		

DENSITE MEDICALE ET PARAMEDICALE STANDARDISEE (*)

	Densité pour 100 000 habitants		Densité moyenne régionale pour 100 000 hab	Ecart actuel par rapport à la médiane régionale	
	Aujourd'hui	*Dans 5 ans, si départs à 60 ans sans remplacement*		Densité médiane régionale pour 100 000 hab.	Niveau d'écart (**)
Généralistes	91	63	84	80	=
Infirmiers libéraux	55	*49*	60	56	-
Infirmiers libéraux + salariés des centres de soins	55		72	74	- -
Masseurs kinés	47	28	76	69	- -
Dentistes	35	26	54	45	- -

(**) *Niveaux d'écarts retenus*
Supérieur à +20% ++
Compris entre +10 et +20% +
Compris entre -10 et +10% =
Compris entre -10 et -20% -
Inférieur à -20% - -

(*) *C'est-à-dire établie sur une base populationnelle qui tient compte de l'âge des habitants, les personnes âgées ayant un recours plus fréquent aux soins*

CENTRE HOSPITALIER OU HOPITAL LOCAL : Baugé ; Beaufort-En-Vallée

PROJET CONNU DE MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE :
Noyant

URCAM Pays de la Loire
05/02/2010

Figure 3 : L'offre de soins des territoires de premiers recours de la région Pays de la Loire en février 2010, exemple du territoire de Baugé. URCAM des Pays de la Loire

2.2.9.2 L'échelle cantonale

Cette échelle géographique correspond le plus souvent aux territoires de premier recours ou aux bassins de vie. Afin de répondre de façon optimale aux besoins en soins de la population, et dans un souci de coordination avec les chirurgiens dentistes en activité, le choix du bassin de vie d'installation doit prendre en compte (6)(13)(16):

1) Son accessibilité géographique, que l'on peut connaître sur le service C@rto Santé de l'ARS, matérialisée par la distance des communes voisines à la commune envisagée et l'existence d'infrastructure de transport. Ce paramètre sera étudié dans la partie traitant l'analyse de la demande.

2) Son activité économique, génératrice de mobilité de la population vers la dite commune. Ce paramètre sera étudié dans la partie traitant l'analyse de l'environnement.

3) Sa situation démographique par rapport aux autres communes. Ce paramètre sera étudié dans la partie traitant l'analyse de la demande

4) L'offre de soins déjà présente au sein du territoire de premier recours et de ses voisins, car un bassin de vie déjà pourvu en chirurgien dentiste peut expliquer la désertification du bassin voisin. Il faut donc raisonner en logique de patientèle (21)

2.2.9.3 L'échelle communale

La commune d'installation étant choisie, la prochaine étape consiste à déterminer judicieusement l'emplacement du cabinet au sein de la commune.

Toujours dans l'objectif de répondre au mieux aux besoins des patients, notamment en facilitant l'accès, la continuité et la qualité des soins, se rapprocher des autres professionnels de santé, à l'image des maisons de santé pluridisciplinaires, peut être une solution. De plusun cabinet proche d'une pharmacie ou d'un centre commercial est plus visible que s'il se situe dans un quartier peu animé (7).

2.2.9.4 Projet : l'élaboration d'un schéma régional de l'offre de soins par les ARS

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a créé, dans son article 118, les Agences Régionales de Santé (ARS)(3). Elles sont le pilier de la réforme du système de santé et leur mise en œuvre repose sur des décrets d'application et des ordonnances. Parmi ces décrets, le n° 2010-514 du 18 mai 2010, relatif au projet régional de santé, comporte une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, qui prévoit les mesures de nature à améliorer l'efficience de l'offre de soins(10). L'élaboration d'un schéma régional de l'offre de soins (SROS) dont l'échéance est fixée fin 2011 fait partie de ces mesures.

3 ANALYSE DE LA DEMANDE

L'analyse de la demande consiste à étudier :

En première partie, les besoins actuels et futurs de soins de chirurgie dentaire de la population générale.

En deuxième partie, les critères sociodémographiques ayant un lien avec les besoins en soins de chirurgie dentaire du bassin de vie envisagé dans la pratique future.

3.1 Les besoins actuels et futurs de soins de chirurgie dentaire de la population générale

Faute de données chiffrées et permettant de faire un lien certain avec des critères sociodémographiques, les besoins en soins dentaires sont évalués à partir d'enquêtes réalisées par l'Union Française pour la Santé Bucco Dentaire et la Mutualité Sociale Agricole.

3.1.1 Chez les enfants de 6 à 12 ans.

3.1.1.1 La régression de la carie.

La carie régresse chez les enfants de 6 à 12 ans (31). En effet :

A l'âge de 12 ans,l'indice carieux (ou indice CAO, représentant le nombre moyen de dents Cariées, Absentes ou Obturées par enfant) qui était de 4,20 en 1987 et de 1,94 en 1998 était,en 2006, de 1,23. La proportion d'enfants de 12 ans totalement indemnes de carie, qui était de 12% en 1987 et de 40% en 1998, atteignait56% en 2006.

A l'âge de 6 ans, l'indice carieux baisse dans la même proportion (environ un tiers), et le taux d'enfants totalement indemnes de carie est de 63,4%.

3.1.1.2 Les inégalités de santé bucco-dentaire.

La carie est très inégalement répartie(31), à 12 ans, 6% des enfants non-indemnes cumulent 50% des dents atteintes et 20% cumulent 72% des dents atteintes.
Ces inégalités sont liées à la situation sociale des parents. En effet, les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en ZEP ou en zone rurale, sont plus significativement atteints, ce dont témoigne l'indice CAO à 12 ans :

1,55 chez les enfants d'ouvriers ; 0,90 chez les enfants de cadres supérieurs ;
1,59 en zone rurale ; 1,16 dans les petites agglomérations

3.1.1.3 Des besoins en soins importants

A 6 ans, 30% des enfants présentent au moins une dent cariée (temporaire ou

permanente) non traitée. *[Sur 100 enfants de 6 ans, 63 sont totalement indemnes, 7 ont eu des caries mais ont été soignés, 30 ont encore besoin de soins]*.

A 12 ans, 22% des enfants présentent au moins une dent cariée non traitée. *[sur 100 enfants de 12 ans, 56 sont totalement indemnes, 22 ont eu des caries mais ont été soignés, 22 ont besoin de soins]*

3.1.1.4 Un recours aux soins insuffisant :

Le recours aux soins (mesuré par la proportion de dents soignées par rapport à l'ensemble des dents atteintes) a peu progressé par rapport aux enquêtes précédentes(31).

A 12 ans, chez les 44% d'enfants non-indemnes, la moitié seulement des dents atteintes ont été traitées.

A 6 ans, le recours aux soins est encore plus faible : parmi les dents permanentes atteintes, une sur cinq seulement a été traitée.

Malgré l'amélioration observée concernant la survenue des lésions, parmi les enfants non indemnes, le recours aux soins reste très insuffisant.

3.1.2 Chez la population générale

3.1.2.1 La carie n'est pas encore une maladie éradiquée

Malgré la théorie de la disparition du phénomène carieux au XXIè siècle, de Bourgeois (2008), la carie n'est pas encore une maladie éradiquée. En effet, ses causes sont pluri-factorielles et dépendent de la politique de santé, et surtout du comportement des patients, tant en terme de consultations, d'hygiène bucco-dentaire, qu'en terme de mauvais comportements alimentaires (grignotage et aliments sucrés).

3.1.2.2 Le développement de soins en lien avec l'amélioration quantitative et qualitative de la vie.

L'augmentation de la durée de vie et la meilleure qualité de vie, associées au progrès, font que se développent des pathologies qui étaient plus rares (30)(caries de collet chez les personnes âgées, problèmes parodontaux, troubles articulaires…), car la solution de l'appareil complet était adoptée beaucoup plus tôt il y a quelques années.
Il pourrait donc y avoir une augmentation des besoins en soins, même si le comportement des patients reste difficile à prévoir(30). En outre, les images de « bonne santé », largement véhiculées par les médias, modifient le comportement des patients devenus « consommateurs », pouvant faire penser à une augmentation de la demande de soins, notamment les soins dits de « confort » (facette esthétique, blanchiment,…).

3.1.3 Cas d'une étude ciblant les besoins en soins dentaires d'une population de 65 ans et plus relevant de la MSA (mutualité sociale agricole)

3.1.3.1 Des besoins en soins importants

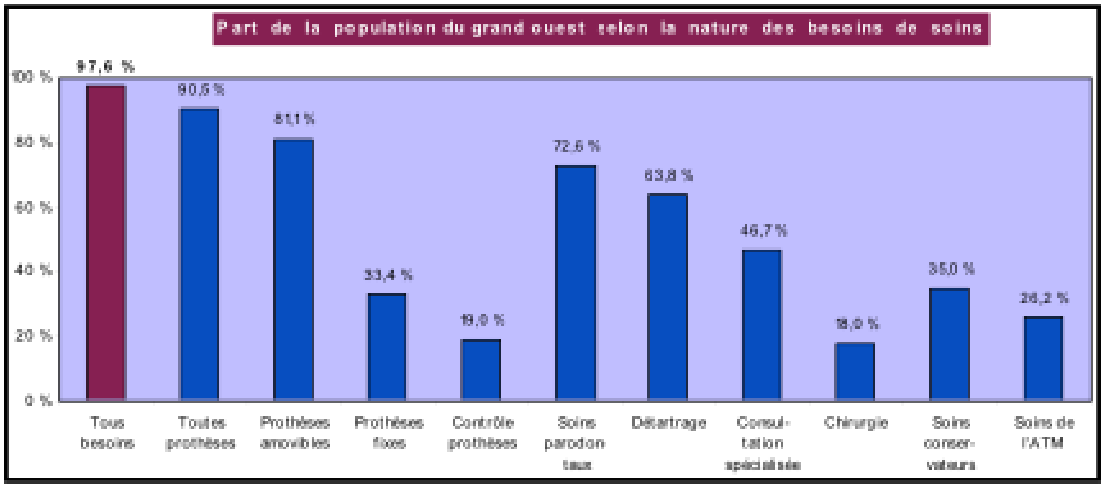


Figure 4 : Graphique représentant la part de la population du grand ouest présentant des besoins en soins dentaires d'une population de 65 ans et plus relevant de la MSA en 2002. Associations régionales des Organismes de Mutualité Sociale Agricole de Basse Normandie, Bretagne et Pays de la Loire 10/2004.

Cette étude permet de constater les besoins en soins dentaires, au sein de la population des 65 ans et plus relevant de la MSA(24). Parmi les 1225 bilans effectués, 1196 cas présentent des besoins en soins dentaires soit, 97,6 %, dont :

-Prothèse 90 % (Prothèse amovible (81 %), Prothèse fixe (33 %))
-Soins parodontaux autres que détartrage 72%
-Détartrage 64%
-Soins de caries 33%
-Soins chirurgicaux 20%
-Etat bucco-dentaire susceptible d'interférer sur l'état général 66%
-Consultation spécifique 25%. *Les besoins en consultations spécifiques concernent les personnes présentant des lésions endobuccales inflammatoires, infectieuses, traumatiques, bénignes ou malignes, associées ou non à des adénopathies, ou des tuméfactions quelle que soit leur origine.*

L'échantillon des personnes examinées n'est pas représentatif de la population agricole car la sélection à porté sur les seules personnes vivant à domicile. Donc les personnes examinées sont globalement plus jeunes, mobiles et volontaires. Il est possible que les difficultés de déplacement de certains assurés les conduisent à renoncer à se faire examiner. De plus l'âge étant un facteur de renoncement aux soins, il peut également être un facteur de non réponse à l'invitation.Cependant, on peut penser que le volontariat a sélectionné des personnes susceptibles de consulter au cabinet dentaire, et donc que le praticien en cabinet

privé est amené a soigner.

3.1.3.2 Un recours aux soins insuffisant

Parmi la population examinée, plus de 80 % des personnes présentant des besoins en ont connaissance, mais seulement 35 % d'entre elles prévoient d'entreprendre des soins dans les trois mois.

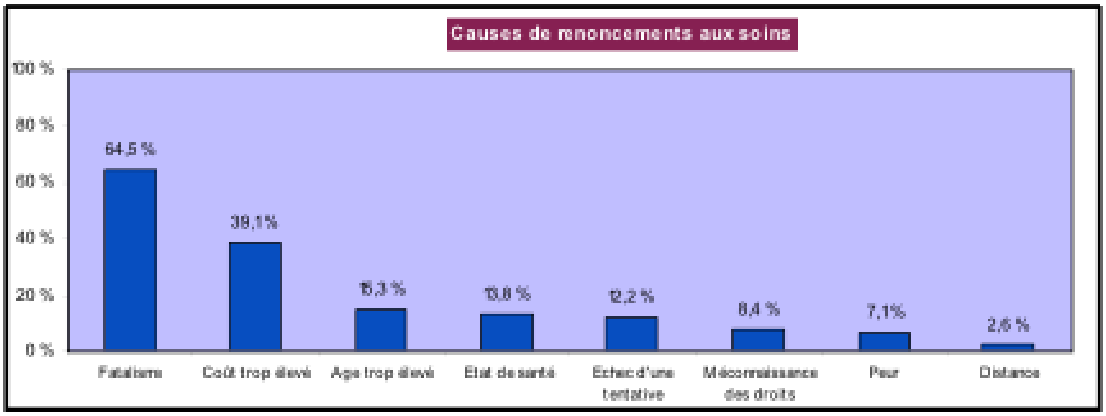


Figure 5 : Graphique représentant les causes de renoncements aux soins de la population du grand ouest de 65 ans et plus relevant de la MSA en 2002. Associations régionales des Organismes de Mutualité Sociale Agricole de Basse Normandie, Bretagne et Pays de la Loire 10/2004.

Parmi les causes de renoncement aux soins dentaires, on trouve principalement le fatalisme ("çà ira comme ça", "à mon âge"…)(64,5%) marqué par le relativisme par rapport aux autres problèmes de santé, le coût des soins prothétiques (40%), et enfin la méconnaissance des droits (8%) tel que le refus de soins à tarification opposable.

3.1.4 Conclusion

Ainsi, les enfants d'aujourd'hui, dont l'indice carieux n'a jamais été aussi faible et qui continue de baisser n'ont et n'auront pas les besoins en soins dentaires de leurs parents(8). Les deux tiers de ces enfants n'ont d'ailleurs déjà actuellement aucun besoin significatif de soins dentaires.

L'amélioration de la santé bucco-dentaire des populations a ou va avoir à moyen terme un retentissement évident sur l'activité professionnelle,qui à ce jour découle de la gestion de la mauvaise santé bucco dentaire des populations des enfants devenus adultes des années 1960 et 1970(8).

Le recul de la carie chez l'enfant, amorcé dans les années 1980 en France, se traduit d'ores et déjà par le fait que davantage d'adultes gardent des dents fonctionnelles et la tendance va s'accroître. La suractivité constatée des chirurgiens-dentistes en 2007 et décrite dans de nombreuses régions masque la diminution drastique et inexorable du marché « carie » à l'horizon de 15 ou 20 ans(8). On peut prévoir que :

•Les soins conservateurs concerneront des caries beaucoup moins nombreuses et de plus

faible étendue pour des enfants qui déjà sont dans la majorité indemnes de caries.

•Les actes prothétiques chez les patients âgés de plus de 45 ans qui constituent actuellement le 1/3 des activités des chirurgiens-dentistes, et les 2/3 de leurs revenus, auront considérablement diminué d'ici 2025, tandis que les soins parodontaux, de prévention et de confort vont augmenter(8)(24)(30)(32).

3.2 Analyse de la population et des critères sociodémographiques ayant un lien avec l'état desanté bucco-dentaire du bassin de vie.

3.2.1 Evolution et structure de la population actuelle.

La population représente l'ensemble des personnes dont la résidence habituelle se situe sur le territoire considéré (19). Les caractéristiques de cette population à l'échelle locale, départementale et régionale, sont disponibles auprès de l'INSEE (institut national de la statistique et des études économiques).

3.2.1.1 Population par grande tranche d'âge.

L'étude de la population par grande tranche d'âge permet de prévoir qualitativement les soins à effectuer (8), pour exemple, la tranche d'âge des 0-18 ans est concernée par la prévention et les soins (conservateurs, chirurgicaux, ODF). Les tranches des 25-60 ans et des séniors sont plutôt concernées par des soins de parodontologie (détartrage, surfacage, maintenance…) et de prothèse (couronne, prothèse amovible...).

3.2.1.2 Variation annuelle moyenne de la population.

La variation annuelle moyenne de la population est la différence entre le nombre d'habitants présents au début et à la fin de l'année sur un même territoire (19). Elle indique si la population augmente ou diminue.

3.2.2 Catégorie socioprofessionnelle

3.2.2.1 Définition.

La catégorie socioprofessionnelle est une méthode de classement de la population active en catégorie sociale homogène selon des critères définis par l'INSEE (situation professionnelle, position hiérarchique, statut professionnel)(19)

3.2.2.2 Lien entre catégorie socioprofessionnelle et état de santé bucco-dentaire.

Ainsi que nous l'avons déjà souligné, l'indice carieux CAO est intimement liée à la catégorie socioprofessionnelle(5). En 2006, l'indice CAO est de 1,55 parmi les enfants d'ouvriers contre 0,9 parmi les enfants de cadres supérieurs. Selon l'enquête « santé et protection sociale » de 2000 réalisé par l'IRDES (institut de recherche et documentation en économie de la santé), la catégorie ouvrière présente un risque 1,3 fois plus élevé que celle des cadres d'avoir au moins une dent absente. Le risque de déclarer un mauvais état de santé bucco-dentaire, est 1,6 fois plus élevépour la catégorie ouvrière et 1,5 fois plus élevépour la catégorie agricole par rapport à celle des cadres supérieurs.

Tableau 5 : Répartition de la population de 15 ans ou plus des cantons d'Angers, Doué la Fontaine, Le Lion d'Angers et de Segré (49) selon la catégorie socioprofessionnelle en 2008. INSEE

Angers

	2008	%	1999	%
Ensemble	**125 615**	**100,0**	**126 252**	**100,0**
Agriculteurs exploitants	66	0,1	161	0,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 357	1,9	2 906	2,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	11 606	9,2	8 777	7,0
Professions intermédiaires	18 148	14,4	16 237	12,9
Employés	20 468	16,3	20 229	16,0
Ouvriers	14 815	11,8	16 019	12,7
Retraités	27 373	21,8	24 721	19,6
Autres personnes sans activité professionnelle	30 784	24,5	37 202	29,5

Doué la Fontaine

	2008	%	1999	%
Ensemble	**11 555**	**100,0**	**10 832**	**100,0**
Agriculteurs exploitants	543	4,7	520	4,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	432	3,7	440	4,1
Cadres et professions intellectuelles supérieures	320	2,8	256	2,4
Professions intermédiaires	1 140	9,9	840	7,8
Employés	1 809	15,7	1 432	13,2
Ouvriers	2 365	20,5	2 328	21,5
Retraités	3 658	31,7	3 016	27,8
Autres personnes sans activité professionnelle	1 287	11,1	2 000	18,5

Le Lion d'Angers

	2008	%	1999	%
Ensemble	**9 436**	**100,0**	**8 206**	**100,0**
Agriculteurs exploitants	266	2,8	432	5,3
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	336	3,6	259	3,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	567	6,0	311	3,8
Professions intermédiaires	1 303	13,8	881	10,7
Employés	1 638	17,4	1 167	14,2
Ouvriers	1 910	20,2	1 812	22,1
Retraités	2 340	24,8	1 921	23,4
Autres personnes sans activité professionnelle	1 077	11,4	1 423	17,3

Segré

	2008	%	1999	%
Ensemble	**13 452**	**100,0**	**12 475**	**100,0**
Agriculteurs exploitants	337	2,5	482	3,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	424	3,2	355	2,9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	566	4,2	390	3,1
Professions intermédiaires	1 528	11,4	1 068	8,6
Employés	1 780	13,2	1 585	12,7
Ouvriers	3 137	23,3	3 010	24,1
Retraités	3 940	29,3	3 231	25,9
Autres personnes sans activité professionnelle	1 739	12,9	2 344	18,8

		Angers	Doue la Fontaine	Le Lion d'Angers	Segré
A	Nbe Ouvriers + Agriculteurs	35349	4717	3814	5254
B	Nbe Cadres	11606	320	567	566
	Rapport A/B	3	15	7	9

Tableau 6 : Rapport du nombre d'ouvriers et d'agriculteurs sur le nombre de cadres au sein de 4 cantons du Maine et Loire en 2008. INSEE

Compte-tenu du lien entre la catégorie socioprofessionnelle et l'état de santé bucco-dentaire, et vu le rapport du nombre d'ouvriers et d'agriculteurs sur le nombre de cadres au sein de 4 cantons, il semble qu'il y ait proportionnellement plus de besoins en soins de chirurgie dentaire dans les cantons où ce rapport est le plus élevé.

3.2.3 La situation familiale

3.2.3.1 Définitions

Un ménage, au sens du recensement de la population, désigne l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté(19)(20). Un ménage peut être constitué d'une seule personne. Il y a égalité entre le nombre de ménages et le nombre de résidences principales.

3.2.3.2 Lien entre situation familiale et état de santé bucco-dentaire.

La risque relatif respectif par individu d'une famille monoparentale et d'un couple de :
-déclarer l'absence d'au moins une dent est de 1,2 et 0,8
-déclarer un mauvais état de santé bucco-dentaire est de 1,4 et 0,8
-de renoncer aux soins dentaires est de 1,6 et 1 (5)

Malgré les chiffres, l'interprétation de la probabilité de renoncement aux soins dentaires pour les familles monoparentales ne paraît pas évidente. Cela souligne peut-être des difficultés (logement, transport, financière…) compromettant l'accès aux soins pour ces familles. Il conviendra donc d'envisager des solutions pour leur faciliter cet accès. Ces familles sont majoritairement composées d'enfants, et seront concernées en particulier par des soins de pédodontie (soins conservateurs, odf…).

3.2.4 Le niveau d'éducation

3.2.4.1 Définition

Il correspond au niveau de scolarisation atteint ou au niveau de diplôme obtenu de la population non scolarisée de 15 ans ou plus.

3.2.4.2 Lien entre niveau d'éducation et état de santé bucco-dentaire.

Le niveau d'éducation atteint ou de diplôme sont parmi les variables qui prédisent le mieux l'état de santé d'un groupe ou d'une population (5)(28). Le passage par l'école induit de façon forte la vie ultérieure, notamment la santé. De plus la réussite strictement scolaire est plus décisive que les dépistages des pathologies pour assurer la santé à long terme. En effet, le risque de présenter au moins une dent manquante est de 1,2 pour le niveau « école primaire » contre 0,7 pour le niveau « études supérieures ».

Ainsi un canton présentant un niveau d'éducation moyen plus faible aura des besoins en soins primaires (soins conservateurs, chirurgie, prothèse, parodontologie…) plus importants.

3.2.5 Le niveau de vie

3.2.5.1 Définition

Le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (19). Le niveau de vie est donc le même pour tous les individus d'un même ménage.

Le revenu disponible d'un ménage comprend les revenus d'activité, les revenus du patrimoine, les transferts en provenance d'autres ménages et les prestations sociales (y compris les pensions de retraite et les indemnités de chômage), nets des impôts directs. Quatre impôts directs sont généralement pris en compte : l'impôt sur le revenu, la taxe d'habitation, les contributions sociales généralisées (CSG) et la contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS).

L'unité de consommation est un système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC). Pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation (en particulier, les biens de consommation durables) par le nombre de personnes pour garder le même niveau de vie. Aussi, pour comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante : - 1 UC pour le premier adulte du ménage ; - 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ; - 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

3.2.5.2 Lien entre le niveau de vie et état de santé bucco-dentaire.

La capacité financière des individus, donc de leur niveau de revenu, conditionne leur capacité à satisfaire leur demande de santé ou besoins de soins (5)(23).

En effet, un niveau de revenu faible par unité de consommation (UC), soit inférieur à 534 euros par mois en 2001, 791 euros en 2008, implique un risque mutiplié par 1,4 de présenter au moins une dent manquante par rapport à un niveau de vie élevé supérieur à 838 euros par mois par UC en 2001. De plus, les ménages les plus pauvres, revenu par UC du ménage inférieur à 791 euros mensuel en 2008, soit 9492 euros annuel, représentent une probabilité de renoncement aux soins 2 fois plus importante parmi les individus qui déclarent des soins de caries comparés à ceux qui ne déclarent aucun problème de santé bucco-dentaire.

Par exemple, on compte au moins 10% des ménages du Maine et Loire vivant sous le seuil de pauvreté (20). A l'échelle cantonale, les 4 cantons mentionnés précédemment vérifient cette proportion. Cela signifie que dans ce département ainsi que les cantons étudiés, il faut disposer d'un panel de soins accessible aux ménages les plus modestes.

3.2.6 Emploi et chômage

3.2.6.1 Population active

3.2.6.1.1 Définition

La population active au sens du recensement de la population comprend les personnes qui déclarent (19):

-exercer une profession (salariée ou non) même à temps partiel
-aider un membre de la famille dans son travail (même sans rémunération)
-être apprenti, stagiaire rémunéré
-être chômeur à la recherche d'un emploi
-être étudiant ou retraité mais occupant un emploi
-être militaire du contingent (tant que cette situation existait)

3.2.6.1.2 Population active ayant un emploi

Au recensement, les personnes actives ayant un emploi peuvent être comptées à leur lieu de résidence ou à leur lieu de travail (19). Au lieu de résidence, on parle de population active ayant un emploi. Il faut donc distinguer les actifs ayant un emploi et résidant dans la zone et ceux qui n'y résident pas.

	2008	%	1999	%
Ensemble	**58 313**	**100,0**	**55 242**	**100,0**
Travaillent :				
dans la commune de résidence	38 283	65,7	39 193	70,9
dans une commune autre que la commune de résidence	20 031	34,3	16 049	29,1
située dans le département de résidence	16 265	27,9	13 544	24,5
située dans un autre département de la région de résidence	1 989	3,4	1 254	2,3
située dans une autre région en France métropolitaine	1 688	2,9	1 178	2,1
située dans une autre région hors de France métropolitaine (Dom, Com, étranger)	88	0,2	73	0,1

Tableau 7 : Lieu de travail des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi et résidant dans la zone étudiée, ici le canton d'Angers (49). INSEE.

Dans ce tableau, on remarque que les actifs, résidant dans la zone étudiée, ne travaillent pas tous dans cette commune de résidence. Deux situations sont alors à envisager : soit ces actifs consulteront dans leur commune de résidence (auquel cas il faudra prévoir des horaires de consultation en dehors des horaires de travail de ces personnes, consultation aux heures de repas et/ou le samedi), soit ces actifs consulteront un chirurgien dentiste dans la commune de leur lieu de travail.

3.2.6.1.3 Population active au chômage

Concernant les horaires de consultation, les personnes au chômage seront disponibles en journée, néanmoins cette population présente un risque de renoncer aux soins de 1,7 par rapport à la population des actifs occupés (5).

3.2.6.1.4 Le statut professionnel et les conditions d'emploi.

3.2.6.1.4.1 Définition

Le statut professionnel est le fait d'être salarié ou non (19). Les conditions d'emploi concernent le type de contrat (CDI, CDD, Interim, …) dont bénéficient les salariés.

3.2.6.1.4.2 Lien entre le statut professionnel(salarié/non salarié), les conditions d'emploi (CDI,CDD,interim), le chômage et l'état de santé bucco-dentaire

Le risque relatif de renoncer aux soins est de 1,7 pour une personne au chômage par rapport à une personne active occupée (5). De même le risque de renoncement aux soins est de 1,6 pour un salarié sans CDI. Ainsi dans un canton, où les conditions d'emploi majoritaires sont le CDD et où le chômage est important, il faut s'attendre à un taux de renoncement aux soins bucco dentaires important.

3.2.7 Complémentaire santé

3.2.7.1 Etat des lieux

Actuellement, 13% des personnes appartenant à une famille monoparentale n'ont pas de complémentaire santé, contre 5% des individus vivant dans un ménage composé d'un couple avec deux enfants.En 2003, 9 personnes sur dix possédaient une couverture complémentaire. Parmi les personnes ne possédant pas de couverture complémentaire, on retrouve surtout les chômeurs avec un risque 3 fois plus élevé par rapport a un actif ayant un emploi, les personnes les plus pauvres, les étrangers, les ménages sans enfant mineur et les jeunes adultes (23).

Le statut socioprofessionnel a un rôle central dans le bénéfice ou non d'une complémentaire santé (5)(23). En effet, un assuré social exerçant une profession intellectuelle supérieure libérale, type avocat, médecin, architecte, présente un risque 3,7 fois plus élevé qu'un assuré exerçant une profession intermédiaire dans le secteur des services comme secrétaire ou fonctionnaire de catégorie B de ne pas posséder de couverture santé complémentaire (23).

Le degré d'urbanisation du lieu de résidence a une importance, puisqu'un assuré social vivant dans une commune urbaine a 1,4 fois plus de risque de ne pas bénéficier d'une complémentaire santé, par rapport à une commune rurale (23).

Les déterminants de la non-couverture par une complémentaire santé en 2003

Variable	Modalités	Odds ratio
Sexe	Femme	1
	Homme	1.1
Âge	18-29 ans	2
	30-39 ans	1.0
	40-49 ans	1.0
	50-59 ans	
	60-69 ans	
	70 ans et plus	1
Niveau de vie	1 quintile	3.0
	2 quintile	2
	3 quintile	1.4
	4 quintile	
	5 quintile	1
Nationalité	Français de naissance	1
	Français par acquisition	2.5
	Europe	3.7
	Afrique	3.2
	Reste du monde	3.4
Enfants mineurs dans le ménage	Oui	1
	Non	1.7
Occupation	Actif occupant un emploi	1
	Chômeur	3
	Inactif	1.6
Catégorie professionnelle*	Non salarié travailleur	
	Agriculteur	
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	1.0
	Profession intellectuelle supérieure libérale	1.7
	Profession intellectuelle supérieure salariée	
	Profession intermédiaire dans les services	1
	Profession intermédiaire hors services	
	Employé dans les services	
	Employé hors services	
	Ouvrier dans l'industrie	
	Ouvrier hors industrie	1.7
Zone d'habitation	Rural	1
	Urbain	1.4
Sécurité sociale 100 %	Non	1
	Oui	1.3

Tableau 8 : Les déterminants de la non-couverture par une complémentaire santé en 2003, INSEE. INSEE Première N° 1142, Juin 2007, La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités.

3.2.7.2 Complémentaire santé et recours aux soins bucco dentaire(5)(23)

Selon les études, le renoncement aux soins dentaires serait lié pour plus de la moitié des cas à des raisons financières(5)(23). Le bénéfice ou l'absence de couverture complémentaire est le premier élément de cette capacité financière, laquelle est fonction du niveau de revenu, et est mesurée par la catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, les ménages d'ouvriers renoncent 1,8 fois plus que les ménages de cadres.

De plus, les personnes ne possédant pas de complémentaire santé ont un risque de présenter une dent manquante de 1,4 et de renoncer aux soins de 2,1 par rapport aux personnes en possédant.

D'après les études sur les liens entre catégorie socioprofessionnelle, possession ou non

d’une complémentaire santé, renoncement aux soins bucco dentaires et état de santé bucco dentaire, il apparaît que s’installer dans un canton où la population est constituée en très forte proportion d’une catégorie socioprofessionnelle ouvrière et où la probabilité de posséder une complémentaire santé est faible, conduit le praticien à s’exposer à de nombreux renoncements aux soins. C’est pourquoi, le plateau technique et les tarifs pratiqués devront être adaptés à la patientèle du canton d’installation.

4 L'ENVIRONNEMENT : le cadre sanitaire, les aides à l'installation, le dynamisme et la cohésion territoriale du bassin de vie, la qualité de vie.

L'étude de l'environnement du bassin de vie nécessite l'identification des autres professionnels de santé, la recherche des aides à l'installation, de connaître le dynamisme économique et les projets d'aménagement du territoire et enfin d'analyser la qualité de vie.

4.1 L'environnement sanitaire

L'analyse de l'environnement sanitaire a pour intérêt de connaître les acteurs et infrastructures de santé du bassin de vie et donc du réseau de soins déjà en place (cabinet dentaire, prothésiste dentaire, médecin, infirmier, hôpital, clinique, maison médicale, dispensaire, maison de retraite, société d'ambulance,…)(6)(7). Elle permet également d'identifier ses prescripteurs potentiels (médecin, pharmacien, infirmier,…)dans le cas d'une activité d'omnipratique ou d'aller convaincre les omnipraticiens dans le cas d'une activité spécialisée (odf, parodontologie, implantologie…).

4.2 La recherche des aides à l'installation

Selon la région d'installation envisagée, l'ARS (agence régionale de santé) peut renseigner sur les diverses aides disponibles (1)(4)(6):

-Informations sur la consommation médicale (outil en ligne c@rtosanté) et les données socio-économiques relatives aux bassins de vie

-Financement du logement et des transports des étudiants au titre d'un contrat d'engagement de service public durant les études

-Exonérations fiscales et/ ou de charges sociales en ZFU (zone franche urbaine) et ZRR (zone de revitalisation rurale)

4.3 Le dynamisme et la cohésion territoriale du bassin de vie

Le dynamisme et la cohésion territoriale du bassin de vie, mesurés à l'aide d'indicateurs comme l'orientation économique, la couverture en haut débit, l'accessibilité aux services d'un bassin de vie, sont les principaux facteurs qui rendent compte de l'attractivité de ce dernier (17). Ces indicateurs, utilisés par l'observatoire territorial de la DATAR (la Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale), sont consultables en ligne sur :http://www.territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/

4.3.1 L'orientation économique du bassin de vie

La connaissance de l'orientation économique du bassin de vie étudié selon le poids dans l'emploi local des trois grands types d'activités (le secteur de l'économie résidentielle, celui de la sphère agro-alimentaire et celui de l'industrie) permet dans le contexte d'une économie mondialisée d'identifier les atouts et inconvénients de ce territoire (17). En effet, un bassin de vie dont l'économie repose sur une activité unique, comme l'industrie de l'électroménager, peut en cas de délocalisation de ses industries vers les pays en voie de développement, devenir une zone sinistrée avec en corolaire un taux de chômage élevé et des difficultés à trouver des patients motivéspour leur santé bucco-dentaire.

La typologie économique par bassin de vie est disponible en ligne sur http://www.territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/enjeux-thematiques/dynamiques-territoriales?ind=682. Ci-dessous quelques exemples d'orientation économique :

Bassin de vie ou Canton	Typologie économique
Baugé	Résidentielle sans dominance industrielle et agri alimentaire
Beaupreau	Industrielle monospécialisée
Chemillé	Diversifiée
Doué la Fontaine	Agri alimentaire à tendance agricole
Segré	Industrielle non monospécialisée

Tableau9 : La typologie économique de quelques bassins de vie du département du Maine et Loire en 1998/1999 selon la DATAR.http://www.territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/enjeux-thematiques/dynamiques-territoriales?ind=682

Le bassin de vie de Chemillé, grâce à son activité économique variée, constitue un tissu économique *a priori* stable en vue d'une installation. A l'inverse, celui de Beaupreau repose sur un seul grand secteur d'activité, l'industrie monospécialisée, d'où une stabilité économique moins assurée.

4.3.2 L'accessibilité de la population des bassins de vie aux services généraux, équipements de santé, soins de proximité et d'éducation et à l'emploi

La population des bassins de vie a recours, plus ou moins fréquemment, à plusieurs catégories de ressources, les services dits de "gamme intermédiaire", d'éducation et de santé. L'accessibilité à ces ressources est conditionnée, d'une part, par l'intérêt qu'elles représentent pour tel ou tel individu (attractivité) et, d'autre part, par la distance qui sépare cet individu du lieu ou se localisent les ressources (18).En 2006, les habitants des bassins de vie se situent en moyenne à 20 minutes en voiture d'un ensemble de 28 commerces et services d'usage courant, dits de la « gamme intermédiaire », qui comprennent le supermarché, la librairie-papeterie, le magasin de vêtements, le collège, le garage automobile, etc.Les temps d'accès sont plus faibles dans les bassins de vie des grandes agglomérations (15). Ils sont particulièrement élevés dans ceux situés dans les zones reculées de montagne et à la périphérie des départements. La présence de services sur les trajets domicile-travail améliore l'accessibilité.

L'installation d'un cabinet doit donc prendre en compte les temps d'accès aux soins de proximité de l'ensemble de la population d'un bassin de vie (7), ainsi que la part de la

population éloignée de plus de 20 minutes de ces soins, afin de garantir le mieux possible l'accès auxsoins bucco dentaires.

Un outil en ligne de la DATAR permet de connaître l'accessibilité de la population d'un bassin de vie, aux services dits de la « gamme intermédiaire », aux équipements de santé et d'éducation ainsi qu'aux emplois (15): http://www.territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/enjeux-thematiques/dynamiques-territoriales?ind=1462

Bassin de Vie	Part %
Angers	0,6
Doué la Fontaine	3,3
Le Lion d'Angers	3,8
Segré	10,3

Tableau 10 : Part de la population à plus de 20 minutes des services de santé de proximité des bassins de vie d'Angers, Doué la Fontaine, Le Lion d'Angers et Segrédans le Maine et Loire en 2006 selon la DATAR.

4.3.3 L'accessibilité aux infrastructures numériques (haut débit) et de transports

L'accessibilité aux infrastructures numériques et de transports routier, ferroviaire, aérien et maritime constituent les principaux facteurs d'attractivité d'un territoire tant pour les patients que pour le praticien qui s'y installe (7)(15).

Les données concernant le nombre d'opérateurs offrant un service de haut débit du territoire sont disponibles par l'outil de cartographie en ligne mis à disposition par l'observatoire des territoires sur http://www.territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/enjeux-thematiques/dynamiques-territoriales. Pour exemple en 2008, le département du Maine et Loire compte une vingtaine de communesdisposant d'un seul équipement technologique permettant l'accès au haut débit, soit une couverture départementale en haut débit de 99%, ce qui montre les quelques communes enclavées du département.

La carte du réseau ferroviaire français est disponible sur le site du réseau ferré de France, (http://www.rff.fr/fr/le-reseau/les-cartes/), et permet de savoir si le bassin de vie est desservi par le transport ferroviaire.

4.4 Qualité de vie

La qualité de vie est aujourd'hui, le premier critère de choix du lieu d'implantation du chirurgien dentiste (7)(13)(25). Elle repose sur la présence de services de proximité, d'activités culturelles et de loisirs dynamiques ainsi que sur la météo de la région.

4.4.1 Services publics et de proximité

Les services publics et de proximité regroupent la présence de structures d'accès aux soins comme un cabinet médical et/ou l'hôpital, d'une pharmacie, de structures d'éducation telles que l'école, le collège et le lycée. Ils regroupent également les services de secours, la présence de supermarché.

4.4.2 Activités culturelles et de loisirs

La présence d'activités culturelles (cinéma, théâtre, opéra, salle de concert…) et de loisirs (salle et terrain de sport, parc d'activité,…) à proximité constitue un confort de vie pour toute la famille.

4.4.3 L'héliotropisme, l'attractivité de la ville, de la montagne, ou de la mer

Pour de nombreux praticiens, ces facteurs sont les premiers critères de choix du lieu d'implantation devant le besoin en praticiens de certaines régions en sous densité et le niveau de revenu (25)(27).

L'héliotropisme, les régions balnéaires et montagnardes comme le montre la surdensité en praticiens de certaines régions du sud de la France, est un facteur de choix important (16)(25).

L'attractivité des villes est le résultat de la proximité des entreprises pour le conjoint, ainsi que des services et des loisirs pour la famille (27). De même la réticence envers des zones urbaines dites « difficiles » ainsi que la non prise en charge par l'assurance maladie de certaines techniques modernes (et donc réservées aux publics les plus aisés)décourageraient les praticiens de s'installer dans les milieux ruraux et plus modestes.

5 PROTOCOLE D'ETUDE DE MARCHE D'UN BASSIN DE VIE POUR LA CREATION D'UN CABINET DE CHIRURGIE DENTAIRE

ETUDE DE MARCHE DU CANTON DE ……
POUR LA CREATION D'UN CABINET DE CHIRURGIE DENTAIRE

PARAMETRES D'ETUDE	NOMBRE	INTERPRETATION

L'AUGMENTATION DE L'OFFRE DE SOINS EST-ELLE NECESSAIRE ?

DEMOGRAPHIE PROFEESIONNELLE	Chirurgiens dentistes (CD)		Ecart de densité supérieur à +20% "++", entre +10% et +20% "+", compris entre -10% et +10% "=" compris entre -20% et -10%."-", inférieur à -20% "--"
	Habitants		
	CD > 60 ans		
	Densité		
	Densité dans 5 ans si départ en retraite à 65 ans sans remplacement		
	Ecart de densité avec la situation départementale		

OUI NON ==> CHOISIR UN AUTRE CANTON

©

EST-IL POSSIBLE D'AMELIORER L'OFFRE DE SOINS ?

MODE D'EXERCICE	Part de l'exercice libéral		
	Part de CD non conventionnés		
	Part d'exercice en association		
POINTS FORTS/FAIBLES DES PRATICIENS DU BASSIN DE VIE	Jours de présence par semaine		OUI / NON
	Cabinet de groupe		OUI / NON
	Horaires de consultation		OUI / NON
	Temps d'attente pour obtenir un rdv (en jours)		OUI / NON
	Honoraires pratiqués (prothèse, paro, odf,…)		OUI / NON
	Plateau technique		OUI / NON

OUI NON ==> CHOISIR UN AUTRE CANTON

©

LE NIVEAU D'ACTIVITE, LE TAUX DE CONSOMMATION DE SOINS ET LA DENSITE EN CD SONT-ILS COMPATIBLES AVEC LA CREATION D'UN CABINET ?

NIVEAU D'ACTIVITE	Coefficient moyen d'acte cantonal/ départemental/ régional		

	Rapport coefficient moyen d'actes canton/ departement		
	coefficient spr moyen		
	Coefficient SC + DC moyen		
	Part coefficient SPR		
TAUX DE CONSOMMATION DE SOINS INTRACANTONNAL (%)			
TAUX DE CONSOMMATION DE SOINS DES CANTONS LIMITROPHES (%)			

OUI NON ==> CHOISIR UN AUTRE CANTON

©

L'EXERCICE D'UNE SPECIALITE EST-IL ENVISAGEABLE ?

Age moyen des praticiens spécialistes		
Nombre CD ayant un exercice exclusif dans un domaine		
Domaine de spécialité exercé exclusivement		
Domaine de spécialité non pratiqué		
POURQUOI (absence de demande, correspondant en odf/implanto/paro déjà sollicité)		

OUI/ NE SOUHAITE PAS EXERCER DE SPECIALITE NON ==> CHOISIR UN AUTRE CANTON

©

LA POPULATION EST ELLE COMPATIBLE AVEC L'EXERCICE ENVISAGE ?

POPULATION	Nombre d'habitants		EXERCICE RURAL/ SEMI RURAL/ URBAIN
	Variation annuelle moyenne		AUGMENTATION/ DIMINUTION

PART D' HABITANTS PAR GRANDE TRANCHE D'AGE	0 à 18 ans		PREVENTION/ SOINS CONSERVATEURS/ ODF
	25 à 60 ans		SC/ PARODONTOLOGIE/ CHIRURGIE/ PROTHESE
	60 ans et +		SC/ PARODONTOLOGIE/ CHIRURGIE/ PROTHESE
PART DE LA POPULATION ACTIVE	Ayant un emploi dans le canton de résidence		
	Ayant un emploi dans un autre canton que celui de résidence		exercer au heures de repas/ plus tard le soir et/ou le samedi
IMPORTANCE RELATIVE DE BESOINS EN SOINS	Part de la catégorie ouvrière et agricole		
	Part de la catégorie cadres		
	Rapport catégorie ouvrière et agricole sur catégorie cadres		A COMPARER AVEC UN AUTRE CANTON
	Niveau d'éducation moyen (primaire, collège, lycée, études sup…)		FAIBLE/ MOYENNE/ FORTE
IMPORTANCE RELATIVE DE RENONCEMENT AUX SOINS	Part des CDD et Interim		
	Part des chômeurs		
	Part des CDI et Non salarié (indépendant + employeur)		
	Rapport Parts des chômeurs, CDD et Interim sur Part des CDI et Non salarié		FAIBLE/ MOYENNE/ FORTE

OUI NON ==> CHOISIR UN AUTRE CANTON

©

LE BASSIN DE VIE/ CANTON EST-IL VIABLE ?

DYNAMISME ET COHESION TERRITORIALE DU BASSIN DE VIE	Orientation économique du bassin de vie		STABILITE ECONOMIQUE : FAIBLE/ MOYENNE/ FORTE
	Acces population aux services de santé, éducation, emploi		
	Part de la population à plus de 20 min des services		

	Acces au haut debit		BASSIN ENCLAVE : OUI / NON
	Temps d'acces aux réseaux ferroviaires, autoroutier, aérien		ACCES AUX 3 RESEAUX : FAIBLE/ MOYEN/ FORT

OUI NON ==> CHOISIR UN AUTRE CANTON

©

LE DOMAINE MEDICAL EST-IL REPRESENTE ?

SANITAIRE	Profession de santé présente	CD/ MEDECIN/ INFIRMIER/ KINE/…..
	Structure médicale existante	CSD/ HOPITAL/ CLINIQUE/ MAISON DE RETRAITE/ EPHAD/ MAISON MEDICALE/ PHARMACIE….
	Profession dentaire	PROTHESISTE/ ODF/…..

OUI NON

PUIS-JE BENEFICIER D'AIDE A L'INSTALLATION ?

AIDES A L'INSTALLATION	ZFU, ZRR,..		

OUI NON

LE BASSIN DE VIE/ CANTON EST-IL AGREABLE A VIVRE ?

QUALITE DE VIE	Présence de services publics et de proximité	SUPERMARCHE/ GARAGE AUTO/ POSTE/ PRESSE….	
	Activités culturelles et de loisirs		
	Proximité Mer/ Montagne		

NULLE / MOYENNE / EXCELLENTE

©

LE PROJET EST-IL REALISABLE ?

6 CONCLUSION

L’étude de marché préalable à la création d’un cabinet de chirurgie dentaire semble être indispensable pour connaître le bassin de vie ou canton dans lequel le praticien envisage de s’installer. En effet, elle permet de prévoir, en fonction du type de population et de l’offre de

soins déjà en place, la pratique future de l'art dentaire, quelle soit omnipratique à orientation rurale ou semi-rurale, ou encore les possibilités de spécialisation,…

Les prévisions en besoins de soins bucco dentaires semblent difficiles à anticiper, étant donné le peu de publications sur le sujet. Cependant, l'établissement de liens entre les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé bucco dentaire des populations met en évidence ; les différences de besoins en soins bucco dentaires ainsi que les possibilités thérapeutiques pour y répondre de populations aux caractéristiques sociodémographiques différentes.

L'analyse de l'environnement du futur cabinet n'est pas à négliger, puisqu'elle évalue l'état du tissu économique et de la dynamique territoriale du bassin de vie dans lesquels s'insère le projet de création ainsi que les possibles corrélations entre le projet professionnel et la vie personnelle.

La politique de remboursement des soins dentaires par la sécurité sociale et le coût des assurances complémentaires santé, non étudiés dans cette thèse, pourraient constituer de nouveaux paramètres à prendre en compte dans quelques années, si ces éléments ne s'améliorent pas en faveur des patients aux revenus modestes.

Enfin, pour répondre aux besoins de santé publique, il semble nécessaire de prendre en compte les paramètres socioéconomiques présents dans ce travail, plutôt que le seul aspect « confort de vie », actuellement prédominant comme critère d'installation.

7 TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : La situation démographique des chirurgiens dentistes en 2010. La démographie professionnelle exposée en session du conseil national de l'ordre du 13/09/2010. 9
Tableau 2 : Densité de praticiens pour 100 000 habitants de 4 cantons du Maine et Loire en 2008. Source : C@rtosanté, URCAM des Pays de la Loire. 10
Tableau 3 : Le niveau d'activité moyen des actes de chirurgie dentaire par praticien selon le coefficient d'acte de prothèse SPR moyen, d'acte de soins conservateurs moyens SC, d'acte de chirurgie DC, de 4 cantons du Maine et Loire (Angers, Doué la Fontaine, Le Lion-d'Angers, Segré) en 2008. Source : C@rtoSanté, URCAM des Pays de la Loire 15
Tableau 4 : Taux de consommation d'actes de soins de 4 cantons du Maine et Loire (Angers, Doué la Fontaine, Le Lion-d'Angers, Segré) en 2008. Source : C@rtosanté, URCAM des Pays de la Loire. 16
Tableau 5 : Répartition de la population de 15 ans ou plus des cantons d'Angers, Doué la Fontaine, Le Lion d'Angers et de Segré (49) selon la catégorie socioprofessionnelle en 2008. 25
Tableau 6 : Rapport du nombre d'ouvriers et d'agriculteurs sur le nombre de cadres au sein de 4 cantons du Maine et Loire en 2008. INSEE 26
Tableau 7 : Lieu de travail des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi et résidant dans la zone étudiée, ici le canton d'Angers (49). INSEE 29
Tableau 8 : Les déterminants de la non-couverture par une complémentaire santé en 2003, INSEE 31
Tableau 9 : La typologie économique de quelques bassins de vie du département du Maine et Loire en 1998/1999 selon la DATAR. 34
Tableau 10 : Part de la population à plus de 20 minutes des services de santé de proximité des bassins de vie d'Angers, Doué la Fontaine, Le Lion d'Angers et Segré dans le Maine et Loire en 2006 selon la DATAR. 35

8 TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Carte de la situation démographique des chirurgiens dentistes du Maine-et-Loire au 15 avril 2011, disponible en libre accès sur http://carto.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/ 9
Figure 2 : Graphique des honoraires, charges, revenus (euros), et densité des chirurgiens dentistes en 2000 en fonction du type de commune. DREES 14
Figure 3 : L'offre de soins des territoires de premiers recours de la région Pays de la Loire en février 2010, exemple du territoire de Baugé. URCAM des Pays de la Loire 18
Figure 4 : Graphique représentant la part de la population du grand ouest présentant des besoins en soins dentaires d'une population de 65 ans et plus relevant de la MSA en 2002.

Associations régionales des Organismes de Mutualité Sociale Agricole de Basse Normandie, Bretagne et Pays de la Loire 10/2004..... 22
Figure 5 : Graphique représentant les causes de renoncements aux soins de la population du grand ouest de 65 ans et plus relevant de la MSA en 2002. Associations régionales des Organismes de Mutualité Sociale Agricole de Basse Normandie, Bretagne et Pays de la Loire 10/2004. 23

9 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ASSOCIATION DE GESTION AGREE DES PROFESSIONNELS DE SANTE
Guide pratique d'installation des professions de santé.
http://www.agaps.com

2. AGENCE REGIONALE DE SANTE
Les objectifs des ARS, 2010.
http://www.ars.sante.fr/Les-objectifs.89787.0.html

3. AGENCE REGIONALE DE SANTE
La stratégie des ARS.
http://www.ars.sante.fr/La-strategie.102280.0.html

4. AGENCE REGIONALE DE SANTE
Les aides au maintien ou à l'installation des professionnels de santé libéraux.
http://www.urcam.assurance-maladie.fr

5. AZOGUI-LEVY S et ROCHEREAU T.
Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. n°94. 2005.
http://www.irdes.fr

6. BESNION C.
Caisse primaire d'assurance maladie du 49.
Rappel sur les conditions d'installation des professionnels de santé libéraux.
Angers : Entretien, 2010.

7. BINHAS E, HAREL Y, RAHAL D et coll.
S'installer, déménager, réaménager son cabinet dentaire. Guide professionnel.
Paris : CdP, 2007.

8. BOURGEOIS D.
Confédération nationale des syndicats dentaires.
Contribution de la CNSD aux Etats généraux de la santé.
Le déclin de la carie en France.
Paris : CNSD, 2008.

9. BREUIL-GENIER P.
Direction de la recherche des études évaluation et statistiques
Honoraires et revenus des professions de santé en milieu rural et urbain
Etudes et Resultats, n°254. 2003.
http://www.drees.sante.gouv.fr

10. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Art. R.4127-202, code de déontologie, titre 1er devoirs généraux des chirurgiens dentistes.
Art. R.4127-210
Art. L.1434-7

11. COLLET M et SICART D.
Direction de la recherche des études évaluation et statistiques.
Les chirurgiens dentistes en France situation démographique et analyse des comportements en 2006.
Etudes et resultats, N°594 . 2007.
http://www.drees.sante.gouv.fr

12. COLLIN N et VAISSIERRE C.
Exercer en libéral.
http://www.vieliberale.fr/exercice-en-liberal-professionnels-sante.html

13. COUFFINHAL A, LUCAS GABRIELLI L et MOUSQUES J.
Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.
Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ?
Questions d'économie de la santé. N°61. 2002.
http://www.credes.fr

14. DELEGATION INTERMINISTERIELLE A L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE ET A L'ATTRACTIVITE REGIONALE.
L'orientation économique des bassins de vie en France.
http://www.territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/enjeux-thematiques/dynamiques-territoriales?ind=682

15. DELEGATION INTERMINISTERIELLE A L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE ET A L'ATTRACTIVITE REGIONALE.
L'accessibilité aux services (en minutes) par bassin de vie.
http://www.territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/enjeux-thematiques/cohesion-territoriale?ind=681

16. GARNIER M.
Démographie professionnelle.
Session ordinale du 13 septembre 2010. Commission démographie
Paris : Conseil National de l'Ordre, 2010.

17. GAUTHY SENECHAL M et VANDERCAMMEN M.
Etudes de Marchés Méthodes et Outils. Perspectives Marketing.
Bruxelles : de Boeck, 2010.

18. GUERRERO D.
L'accessibilité aux soins de proximité par bassin de vie en 2006.
Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale.
http://www.territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/enjeux-th-matiques/dynamiques-territoriales?ind=1462

19. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES.
Définitions.
http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/liste-definitions.htm

20. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES.
Base de données locales.
http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=statistiques-locales.htm

21. JUILHARD JM, CROCHEMORE B, TOUBA A et VALLANCIEN G.
Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement.
Paris : Ministère de la Santé, 2010.

22. LEGENDRE N.
Les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes.
Etudes et Résultats. N°501. 2006.
Paris : Direction de la Recherche des Etudes Evaluation et Statistiques, 2010.

23. MAURICAL F et SAINT POL T.
La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités, 2007
http://www.insee.fr/

24. MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE.
Etat bucco-dentaire et besoins en soins d'une population âgée de 65 ans et plus du grand ouest relevant de la mutualité sociale agricole, 2004.
http://www.msa.fr

25. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE.
Analyse des professions : chirurgien dentiste, et les métiers de la périnatalité, rapport 2006-2007.
http://www.sante.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps.html

26. RENAUD P.
La démarche qualité au cabinet de chirurgie dentaire.
Paris : Association Dentaire Française, 2005.

27. RIGAL E et MICHEAU J.
Le métier de chirurgien dentiste, caractéristiques actuelles et évolutions.
Paris : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, 2007.

28. SCHEFFLER R, PETRIS N, BORGONOVI F et coll.
Social capital, Human capital and Health : What is the Evidence ? 2010.
http://www.oecd.org

29. SICART D.
Les professions de santé au 1er Janvier 2010.
Etudes et Résultats. N°144. 2010.
Paris : Direction de la Recherche des Etudes Evaluation et Statistiques, 2010.

30. UNION FRANCAISE POUR LA SANTE BUCCO DENTAIRE.
Colloque national de santé publique : “La santé des personnes âgées, état des lieux et perspectives. Les enseignements à tirer dans le domaine de la santé bucco-dentaire”, 2004
http://www.ufsbd.fr

31. Union française pour la santé bucco dentaire.
La santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans en France, en 2006.
http://www.sante.gouv.fr

32. UNION REGIONALE DES CAISSES D’ASSURANCE MALADIE.
Cartosanté,selon les données stat du recensement 2006.
Offre de soins des territoires de 1er recours 49.
Angers : Union Régionale des Caisses d’Assurance Maladie, 2010.

33. VINAY E.
Réaliser votre étude de marché.
Agence pour la création d’entreprise, 3è éd.
Paris : Editions d’Organisation, 2010.

PRODHOMME Julien. Protocole de réalisation d'une étude de marché préalable à la création d'un cabinet de chirurgie dentaire. 50 f. ; 5 ill. ; 10 tabl. ; 33 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2012)

RESUME

L'étude de marché a pour objectif d'étudier la faisabilité du projet de création, de définir le type de soins à délivrer en fonction des besoins de santé publique, de connaître les perspectives d'évolution de l'exercice professionnel, enfin et surtout de corréler le projet personnel et le type d'implantation envisagé.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Santé Publique

MOTS CLES MESH

Cabinet dentaire – Dental offices

Etudes évaluation – Evaluation studies

Evaluation des besoins – Needs assessment

Santé publique – Public health

JURY

Président : Professeur Alain JEAN
Directeur : Docteur Dominique MARION
Assesseur : Docteur François BODIC
Assesseur :Docteur Myriam GARNIER