

UNIVERSITE DE NANTES
UNIVERSITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
D'ODONTOLOGIE

Année : 2015

Thèse n° 002

**INSTALLATION DES CHIRURGIENS
DENTISTES EN EUROPE : LE LIBRE
CHOIX EST-IL LA REGLE ?**

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN
CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par :

Tasnim ALOLAIWY

Née le 20 Janvier 1990 à Nantes

Le 22 Mai 2015 devant le jury ci-dessous :

Président : Madame le Professeur Fabienne PEREZ

Assesseur : Monsieur le Professeur Alain JEAN

Assesseur : Monsieur le Docteur Denys GRAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Dominique MARION

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Pr LABOUX Olivier
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr AMOURIQ Yves
Assesseurs	Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOULER Jean-Michel	
Professeurs Emérites	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain
Praticiens Hospitaliers	
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame BLERY Pauline Madame Isabelle HYON Madame Hélène GOEMAERE GALIERE
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 BADRAN Zahi Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Madame BOEDEC Anne Monsieur CLÉE Thibaud Monsieur DAUZAT Antoine Monsieur DEUMIER Laurent Madame Béatrice GOUGEON Monsieur KOUADIO Kouakou (Assistant associé) Monsieur LANOISELEE Edouard Monsieur LE BOURHIS Antoine Madame LE GOFFE Claire Madame MAÇON Claire Madame MALTHIERY Eve Madame MELIN Fanny Madame MERAMETDJIAN Laure Monsieur PILON Nicolas Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur RESTOUX Gauthier Madame RICHARD Catherine Monsieur ROLOT Morgan
Enseignants Associés	A.T.E.R.
Madame BRETECHE Anne (MC Associé) Madame RAKIC Mia (MC Associé) Madame VINATIER Claire (PR Associé)	Monsieur COUASNAY Greig

29/01/15

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, improbation.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Fabienne PEREZ,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de

Recherche Dentaire à Nantes

Docteur de l'Université de Toulouse 3

Habilitation à Diriger des Recherches

Responsable du Département d'Odontologie Conservatrice-

Endodontie

Chef du Service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse,

*Veillez trouver ici l'expression de ma sincère considération et de
mon profond respect.*

A Monsieur le Docteur Dominique MARION,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Praticien Hospitalier des centres de soins d'enseignement et de
recherche dentaire à Nantes

Maitre de conférences des universités

Pour votre aide et votre patience.

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail.

*Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mes sincères
remerciements*

A Monsieur le Professeur Alain Jean,

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université de Nantes,
Habilité à diriger des recherches.
Professeur Emérite

*Pour m'avoir fait le grand plaisir de prendre part au jury de cette
thèse.*

*Merci pour tout votre soutien, pour vos qualités tant humaines que
pédagogiques, pour m'avoir fait partager d'autres aspects de la
pratique de notre profession.*

Merci pour tout ce que vous m'avez apporté durant mon cursus.

*Veillez trouver ici l'expression de ma profonde estime, de mon grand
respect et de ma sincère reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur Denys GRAND,

Docteur en Chirurgie Dentaire.

Chirurgien-dentiste conseil chargé de mission sur le plan régional
(Assurance Maladie).

Attaché universitaire des centres de soins, d'enseignement et de
recherche dentaires.

Pour avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.

*Je vous remercie de votre sympathie, de votre authenticité, de votre
disponibilité et de vos précieux conseils.*

*Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde
considération.*

1. Introduction

2. Les valeurs fondamentales des professions médicales

- 2.1. L'exercice libéral de la médecine et de la Chirurgie Dentaire
- 2.2. Responsabilité morale des praticiens et responsabilité de l'Etat

3. Etat des lieux et enjeux du système de santé français

- 3.1. Limites actuelles de la liberté d'installation
- 3.2. Les déserts médicaux
- 3.3. Baisse du nombre de praticiens
- 3.4. Inégalité de répartition
- 3.5. Implications du *Numerus Clausus*
- 3.6. Nouvelles visions de l'exercice professionnel et contraintes sociales
- 3.7. Féminisation de la profession
- 3.8. Vieillesse et augmentation de la demande de soins
- 3.9. La précarité
- 3.10. Déterminants du choix d'installation
- 3.11. Synthèse

4. La liberté d'établissement en Europe

- 4.1. Réglementations Européennes
- 4.2. Régulation administrée complète
 - 4.2.1. Royaume-Uni
- 4.3. Régulation administrée incomplète
 - 4.3.1. Allemagne
 - 4.3.2. Belgique
 - 4.3.3. Suisse
- 4.4. Régulation faiblement administrée
 - 4.4.1. Pays-Bas
- 4.5. Synthèse

5. Conclusion

6. Index

7. Bibliographie

1. Introduction

En France, la liberté d'installation pour les professions médicales, longtemps considérée comme une valeur fondamentale et inébranlable, semble aujourd'hui se trouver sur le banc des accusés. C'est un sujet qui a suscité et suscite encore bien des passions, mais également les intérêts de groupes très divers : des politiques, des économistes, des sociologues, des professionnels de la santé, des assureurs, des patients etc... Certains feignent d'ignorer la problématique, pensant pouvoir y échapper, tandis que d'autres n'hésitent pas à charger leur offensive pensant pouvoir forcer le changement.

Ceci étant, la situation actuelle est alarmante et se dégrade d'années en années. Les questions démographiques, économiques et sociales s'entremêlent. On parle de « déserts médicaux », d'isolement, de responsabilités... Mais y-a-t-il réellement un rapport de cause à effet direct entre les problèmes auxquels nous faisons face et la liberté d'installation des praticiens ? Est-ce qu'une alternative à la liberté d'installation est possible ? Sera-t-elle suffisante pour répondre aux défis rencontrés ? L'ouverture de la France à l'Europe apportera-t-elle la réponse ?

Il est certain que la tâche des décideurs est ardue et qu'une crise se rapproche à grands pas dont le risque majeur serait l'apparition d'une médecine à deux niveaux : d'un côté ceux qui pourront s'offrir des soins de plus en plus nombreux et coûteux, et de l'autre, une population totalement délaissée qui ne pourra même plus s'offrir une prise en charge et un suivi minimum.

Or, si l'on souhaite pouvoir apporter des réponses durables et efficaces, il faut que la problématique soit abordée de manière globale. La première étape serait donc d'étudier en profondeur la légitimité d'une telle réforme : quel serait le bien fondé d'une remise en cause de cette liberté ? Pour ensuite pouvoir évaluer sa nécessité sur le terrain français, comprendre où en est la France aujourd'hui, et enfin étudier les différentes alternatives qui existent auprès des pays européens et leurs effets. L'objectif est de savoir si le modèle français est une référence en Europe en matière de libre choix dans l'installation des praticiens, et sinon, quelles sont les différentes possibilités et leurs applications en fonction des systèmes de santé propres à chacun des Etats.

2. Les valeurs fondamentales des professions médicales

Historiquement, le métier de Chirurgien Dentiste a longtemps été assimilé soit, d'une part, aux médecins, soit d'autre part, aux chirurgiens. Ceci a laissé place à un flou juridique, particulièrement durant le 19^{ème} siècle donnant lieu à des jugements contradictoires à propos des « experts-dentistes ». [44]

Le diplôme de Chirurgien Dentiste a été créé en novembre 1892 et l'exercice des praticiens est depuis, presque intégralement libéral [64].

2.1. L'exercice libéral de la médecine et de la chirurgie dentaire

L'exercice libéral de la médecine dentaire, ou plus généralement de la médecine est l'une des bases historiques de cette profession.

La définition littéraire du terme « libéral », qui vient du latin « *liberalis* », selon le dictionnaire de Français Larousse (2014), signifie : « Qui est généreux, qui donne avec largesse ». Egalement, le mot latin « *liberalitas* » issu de « *liberalis* » signifie une libéralité, un don, un présent [64]. Historiquement, les professionnels libéraux étaient issus de milieux aisés et pratiquaient leur savoir de manière désintéressée, et ceci par opposition aux commerçants, dont l'objectif légitime était le profit. C'est l'activité intellectuelle qui prédomine et qui permet l'exercice d'une science ou d'un art [64]. Ce n'est que très récemment qu'une définition juridique a été établie à propos des professions libérales. Selon la LOI n° 2012-387 du code civil (2012) : « Les professions libérales groupent les personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées et dans le respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle, sans préjudice des dispositions législatives applicables aux autres formes de travail indépendant. ».

Depuis la charte de 1927 adoptée par la fédération nationale des syndicats de France, la médecine libérale est basée sur 5 principes fondamentaux [45]:

- la liberté thérapeutique et de prescription
- le respect du secret professionnel
- le droit à des honoraires fixés par « entente directe » entre le médecin à son patient et le paiement de ceux ci directement par le malade au médecin
- le contrôle des médecins exclusivement par leurs pairs
- la liberté d'installation

Ces principes résultaient de la pratique des praticiens en exercice libéral et qui les ont ensuite considérés comme le socle d'exercice de leur métier. Ils ont ensuite été repris par le code de la déontologie et applicables par extension aux Chirugiens Dentistes via l'article R.4127-210 du code de la santé publique [10] [64]. Ils ont permis d'établir une conception forte d'indépendance professionnelle à laquelle les professionnels de santé français sont attachés jusqu'à aujourd'hui. Qui plus est, à cette époque, en 1927, l'activité hospitalière à temps plein n'existait pas, il faut attendre l'année 1958 pour que la Réforme dite « Debré » réorganise l'ensemble du milieu hospitalo-universitaire. Le milieu hospitalier devient ainsi le centre de gravité de la formation des étudiants en médecine et de l'exercice de la médecine de pointe [45] [33]. Viendront ensuite plusieurs réformes permettant l'extension de la protection sociale aux différentes catégories sociales et instaurant pour certains le tiers payant longtemps refusé par les syndicats médicaux, ce qui modifiera en profondeur l'exercice libéral puisque deux des principes fondamentaux précédents sont remis en cause : la liberté de prescription et l'entente directe entre le médecin et le patient pour la fixation des honoraires [45]. C'est l'idée d'un praticien et d'un patient libres : le praticien est libre dans sa pratique et le patient est libre de choisir son praticien. Cette remise en cause va alors créer un clivage à l'intérieur de l'exercice médical qui se poursuivra plusieurs décennies, puisque le CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux de France), le syndicat qui s'était opposé avec virulence à ces accords, va réussir en 1980 à instaurer un nouveau secteur à honoraires libres, et donc à rétablir l'entente directe [33]. Ce secteur est connu aujourd'hui sous le nom de « secteur 2 » et est sujet à controverse.

Si l'exercice de la médecine libérale est l'objet d'autant de conflits entre les différents acteurs de pouvoir, c'est parce qu'elle dispose d'un statut tout à fait particulier. En effet, les

professions libérales ont été créées, d'une part, par opposition aux professions commerciales. Elles ne font partie ni de l'industrie ni du commerce [64]. De Forges explique dans son ouvrage « Le droit de la santé » (2012) : « L'exercice libéral dans un cabinet exclut tout caractère commercial, bien que dans certains cas, des actes de commerces puissent être accomplis à titre accessoire (ex : vente d'appareils par les Chirugiens Dentistes) ». D'autre part, elles s'opposent également au travail salarié qui place le praticien dans une situation de subordination. Il existe 2 situations de salariat : le contrat de collaborateur salarié ou l'exercice dans une institution de médecine sociale. Ceci étant, le Chirurgien Dentiste ou le médecin salarié doivent pouvoir préserver et bénéficier de leur entière indépendance professionnelle comme le souligne le code de la santé publique, article. R.4127-209, [10] : « Le chirurgien-dentiste ne peut aliéner son indépendance professionnelle de quelque façon et sous quelque forme que ce soit ». [64]

En conséquence, les professions libérales médicales se retrouve aujourd'hui prise entre deux feux, tentant de définir son identité face à deux modes de fonctionnement opposés : un exercice très encadré par les institutions publiques (organismes de protection sociale, etc...) et un exercice indépendant basé sur la relation du médecin avec son patient. [45]

2.2. Responsabilité morale des praticiens et responsabilité de l'Etat

Les professions médicales ont un rôle fondamental dans nos sociétés d'un point de vue de la santé, mais également en matière de construction sociale et collective. A *contrario*, même si les professionnels de santé ne sont pas des employés directs de l'Etat, il n'empêche que ce dernier détient un rôle de « chef d'orchestre ».

Historiquement, deux conceptions se sont toujours confrontées : un Etat « gendarme » ou un Etat « garde de nuit » [46].

L'Etat français a connu deux périodes vis à vis des professions libérales médicales : l'une de retrait jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, et l'autre de moteur.

En 1882, l'Etat décrète la suppression des officiers de santé pour ne permettre l'exercice de la médecine qu'en cas d'obtention du titre de docteur en médecine et délègue implicitement la gestion de la santé aux médecins sans intervenir d'une quelconque façon. A partir de là sont issues les traditions de liberté d'installation, de liberté d'honoraires et d'exercice isolé [61].

A partir de la moitié du 20^{ème} siècle, et notamment avec la création de l'assurance maladie en 1930 et les ordonnances « Debré » de 1958, la France va peu à peu revendiquer une position de moteur en matière de santé publique [61]. La France se porte désormais garante de la préservation de la santé, de la qualité des soins et de leur accessibilité [60]. Son rôle est par ailleurs clairement affirmé par le CIADT (Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire) le 13 Décembre 2002 lorsqu'il affirme que l'Etat a la responsabilité de la cohésion nationale, comprenant la réduction des inégalités entre les territoires français [42]. Ceci va alors créer des situations de conflits et de tensions, puisqu'elle ne dispose pas des outils suffisants de régulation du système de santé face à des professionnels profondément attachés à leur indépendance [60]. C'est le cas de la réforme HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) qui a permis de créer un nouveau dispositif de gestion que sont les ARS (Agences Régionales de Santé). Nul doute que ces récents changements introduisant de nouvelles structures ont permis de renforcer l'emprise de l'Etat sur le système de santé. Ainsi, les contrôles et l'évaluation sont devenus la règle imposée à l'exercice médical [60]. Or il est à noter que malgré cela, les cas rares de délégations par l'Etat sont tournés en grande majorité vers des agences nationales du type : HAS (Haute Autorité de Santé) ou l'Institut National du Cancer par exemple, et non pas vers les ARS considérées davantage comme des déclinaisons locales de politiques nationales [29]. Par conséquent, la volonté actuelle de l'Etat d'imposer sa réglementation quant aux libertés dont bénéficient les professionnels libéraux, et particulièrement la liberté d'installation, semble être la continuité d'une politique de pilotage, de planification, de prévention et d'encadrement, et cela depuis plus d'un demi siècle.

En plus de la responsabilité de l'Etat face aux déserts médicaux et à leurs conséquences, la responsabilité des praticiens est également mise en cause. Si les praticiens libéraux souhaitent conserver leur statut libéral, alors une prise de conscience de leur

responsabilité individuelle est nécessaire autour des trois valeurs fondamentales : responsabilité, efficacité et besoin [42]. La déontologie médicale et les récentes réformes ont introduit la notion de « droit à la santé » pour chacun. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), ce droit correspond au droit fondamental de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Il suppose donc de pouvoir accéder en temps opportun à des soins acceptables, abordables et de qualité appropriée. C'est donc du rôle de chaque praticien de répondre à ces objectifs, faute de quoi il se retrouverait face à un manquement déontologique et en cas de manque d'organisation des praticiens libéraux entre eux, il est du rôle de l'Etat d'y répondre [42]. L'exemple de la Suède peut être intéressant. En effet, ce pays présente la particularité d'avoir intégré la profession médicale à l'Etat, tout en conservant la liberté d'installation des praticiens, ceci étant, avec une incitation au salariat par la création de centres médicaux. Une étude comparative réalisée entre la France, l'Allemagne et la Suède a mis en évidence la conclusion suivante [33] : « les politiques de maîtrise des dépenses ont provoqué le moins de conflits et de tensions là où les médecins sont le plus fortement intégrés (la Suède), et le plus en France du fait de l'importance de l'identité et du statut libéral ». Or, une limitation de la liberté d'établissement dans le but de réduire les dépenses de santé par réduction de l'offre de soins est souvent revendiquée [42]. Le cas étonnant de la Suède met en avant le développement de deux aspects différents : une initiative privée et des initiatives locales [33].

L'Union Européenne a mis en place une politique de concurrence, à différencier des règles de concurrence. En effet, celle-ci marque une ambition de ne pas avoir pour unique volonté l'établissement d'une libre concurrence, par opposition notamment aux Etats-Unis qui considèrent la concurrence comme une fin et non pas comme un moyen de préserver le marché, indépendamment des considérations sociales et/ou économiques. La politique économique européenne est certes basée sur le principe d'une économie de marché ouverte permettant la libre concurrence, mais sur la base d'objectifs communs. Elle affirme ainsi son attachement à l'économie libérale tout en ayant pour objectifs les intérêts de l'Union Européenne de manière primordiale [42].

Ainsi, l'Union Européenne, un des deux géants des échanges internationaux, se caractérise par l'élaboration d'un régime juridique qui lui est spécifique puisqu'il confère aux différents Etats qui la composent, la possibilité d'être plus interventionnistes dans l'économie [42].

En conclusion, l'orientation générale de la politique européenne s'éloigne de la théorie économique classique libérale du « laissez aller-laissez faire » et s'oriente vers une approche spécifique et caractéristique de l'histoire des Etats qui la composent, c'est à dire d'une intervention de l'Etat en cas de nécessité et d'une concurrence servant ses intérêts.

3. Etat des lieux et enjeux du système de santé français

L'actualité de ces dernières années touchant à la liberté d'installation des professionnels libéraux a suscité les passions des uns et des autres. Certains accusant la jeunesse de paresse avec leurs nouveaux choix de vie, d'autres désignant les politiques publiques inefficaces, qui manquent de volonté, et d'autres enfin pointant du doigt l'ancienne génération qui avait profité d'un système sans se soucier de confrères qui allaient leur succéder.

Ceci étant, il est essentiel de pouvoir cerner la situation actuelle avec ses facteurs divers et variés qui influencent ou ont influencé notre présent et joueront certainement un rôle à l'avenir. Ainsi, cette situation [28] : « a progressivement amené les hôpitaux français à prendre en compte de manière plus forte les caractéristiques sanitaires et socioéconomiques, voire culturelles, des populations des territoires de santé qu'ils desservent », données qui jusqu'alors avaient été négligées.

Il est indispensable de connaître l'évolution au cours des années passées pour pouvoir envisager l'avenir de notre système français dans sa globalité.

3.1. Limites actuelles de la liberté d'installation

A l'heure d'aujourd'hui, le Chirurgien Dentiste est libre de s'installer partout en France (et en Europe) selon le code de la déontologie et la loi du 3 juillet 1971 qui vient appuyer et confirmer une liberté reconnue de longue date [10].

Le code de la santé publique ne comprend que 4 grandes restrictions :

- installation dans le même immeuble qu'un confrère
- installation dans un local quitté par un confrère depuis moins de 2 ans
- installation après remplacement ou assistantat
- installation dans un immeuble à caractère exclusivement commercial

L'article R4127-278 stipule en effet qu'un praticien de même discipline ne peut s'installer dans le même immeuble que son confrère sans l'accord de celui-ci ou l'autorisation du Conseil Départemental de l'Ordre. Ce dernier peut être saisi par le Chirurgien Dentiste à condition seulement qu'il soit motivé par un besoin en santé publique non couvert. L'absence de réponse dans un délai de 2 mois équivaut à un accord en faveur de l'installation. Enfin, un recours peut éventuellement être déposé auprès du Conseil National [10].

L'alinéa 2 du même article stipule également qu'il est interdit de s'installer dans l'immeuble où exerçait un confrère de même discipline et ceci pendant une durée de 2 ans, sauf en cas d'accord convenu entre les deux praticiens ou autorisation délivrée par le Conseil départemental [10].

L'article R4127-277 établit une limite à la liberté d'installation du praticien en cas de remplacement ou d'assistantat. Cette limitation est définie lors du contrat émis entre les 2 confrères et est déterminée dans le temps, pour une durée de 2 ans, et dans l'espace. Cependant cette clause est valable uniquement si le remplacement ou les remplacements répétés excèdent 90 jours. Cette clause de non réinstallation, également appelée clause de non concurrence peut être annulée en cas d'accord écrit entre les deux parties. Tout litige fera l'objet d'une décision prise par le Conseil Départemental avec possibilité de recours auprès du Conseil National [10].

L'article R4127-215 interdit aux professionnels de santé de s'installer [10] [14] « dans un ensemble immobilier à caractère exclusivement commercial » et impose que les locaux ne soient pas d'apparence commerciale.

Au vu de l'ensemble de ces législations, les lois actuellement en vigueur codifiant la liberté d'installation des praticiens ont pour but de protéger le Chirurgien Dentiste en exercice

d'éventuelles tentatives de détournement de patientèle, mais n'ont aucun objectif de gestion et/ou de répartition des praticiens sur le territoire français.

3.2. Les déserts médicaux

Il n'existe actuellement aucune définition juridique et reconnue de la notion de « désert médical ». La première étape serait donc d'en établir une, qui deviendrait la référence des discours politiques et la base de l'ensemble des données et statistiques émises.

Nous avons donc constitué notre propre définition exhaustive et globale : « Zone géographique dont la densité en professionnels de santé dans un domaine donné par rapport à la population, économiquement et géographiquement accessibles, est inférieure de 30% à la moyenne nationale » [5] [55]. Ceci étant, les données statistiques relevées dans la suite de l'étude sont établies à partir de définitions spécifiques à chacun des organismes de publication.

S'agissant du problème des déserts médicaux, 3 facteurs prédominants semblent les définir :

- L'absence ou le manque de professionnels de santé dans une zone donnée et à proximité. En effet, le rapport praticien/patient peut être dans la moyenne nationale sans pour autant que la répartition et l'accès aux soins soient facilités, particulièrement pour les personnes en difficultés (personnes âgées, handicapées, etc.). D'autant plus que l'isolement de ces habitants entraînent parfois une augmentation des coûts liés à la santé : transports, situations de santé critiques liées aux renoncements préalables aux soins, etc.
- L'augmentation de la population qui a déstabilisé le système de soins. S'il faut au moins 6 à 10 ans pour former un praticien, voire davantage avant qu'il ne s'installe, il n'en faut pas moins pour doubler le nombre d'habitants d'une ville et particulièrement d'une commune [55]. Ces dernières deviennent alors des déserts médicaux sans pour autant être des communes isolées. Cela a été le cas, par exemple, d'une commune de Loire Atlantique, La Chevallerai situé à moins de 30 minutes de la ville de Nantes et qui a vu sa population doubler en seulement 10 ans.

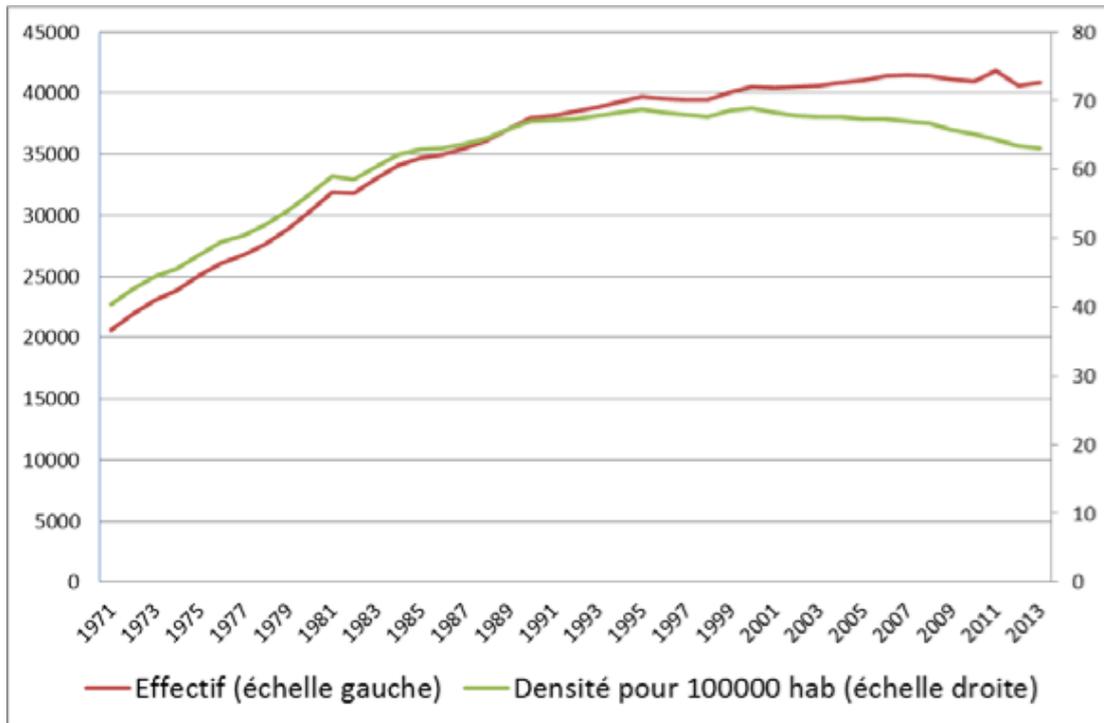
- Les déserts économiques. Ils sont de deux types, le premier est lié aux dépassements d'honoraires des médecins en secteur 2, phénomène très présent, particulièrement en région parisienne, où le ratio praticien/patient est satisfaisant mais où le secteur 2 est très répandu, rendant difficile l'accès aux soins pour les populations les plus démunies. Et malheureusement, la réponse des pouvoirs publics n'est pas toujours la meilleure. Le second type concerne plus particulièrement les Chirugiens Dentistes et a été relevé par le sénateur Charles DESCOURS (2003) lors de son rapport au ministre de la santé en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire : « le faible niveau de revenu des patients potentiels généralement mal couverts par une assurance complémentaire ne leur permet pas d'accéder aux travaux bucco-dentaires qui non seulement permettent aux praticiens de réaliser un chiffre d'affaires suffisant mais également de pratiquer un exercice de qualité et de pouvoir s'exprimer au plan technique. Au demeurant, l'inégalité face aux soins dentaires semble être davantage économique et sociale que géographique. ».

3.3. Baisse du nombre de praticiens

Au 1^{er} janvier 2014, la France comptait 41 186 Chirugiens Dentistes en exercice, DOM-TOM compris [59]. Dans les années 1970, elle en comptait la moitié pour une population d'environ 50 millions d'habitants. Aujourd'hui, elle en compte 66 millions avec un effectif de praticiens stagnant depuis plus d'une dizaine d'années, ce qui veut dire que l'entrée de nouveaux Chirugiens Dentistes en exercice équivaut au nombre de Chirugiens Dentistes sortant (départ à la retraite ou autre) – Figure 1 [48].

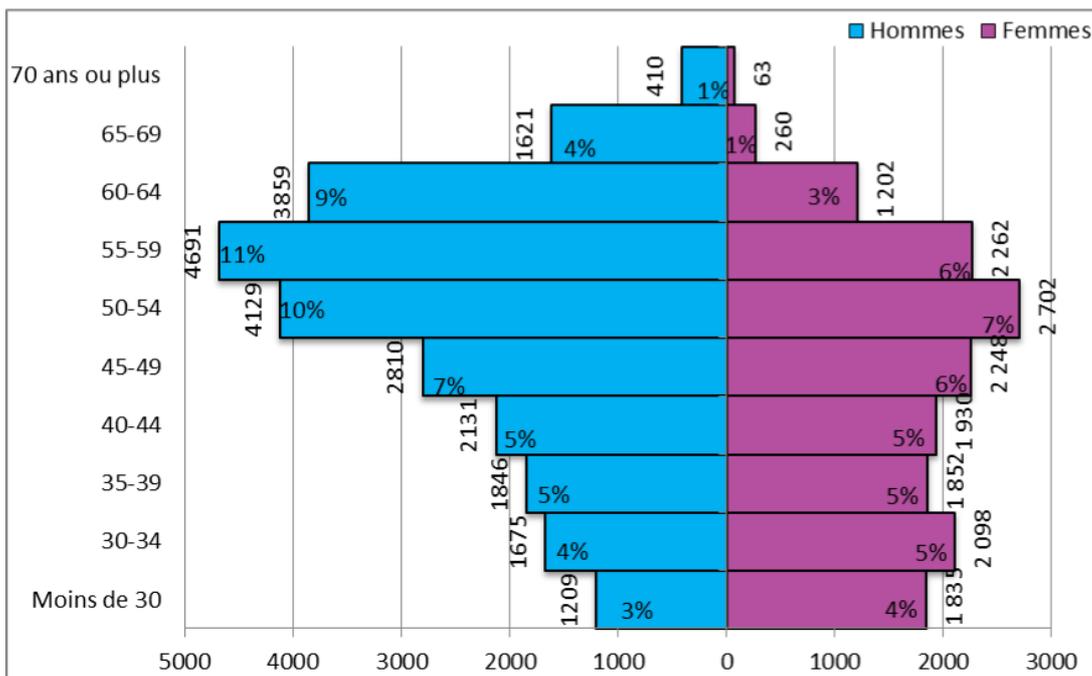
Or la moyenne d'âge actuelle des praticiens est de 48,4 ans [48] avec un pic qui s'élève à 29% pour les séniors de 55 à 64 ans – Figure 2. Ce qui veut dire que d'ici 5 à 10 ans, ce sera presque un tiers des Chirugiens Dentistes français qui seront prêts à laisser leur place à la nouvelle génération. Cependant seulement 16% des dentistes ont moins de 35 ans, laissant ainsi place à un gouffre – Figure 2.

Figure 1 – Effectifs et densité de Chirurgiens Dentistes depuis 1971 (ONDPS, 2013)



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

Figure 2 – Pyramide des âges des Chirurgiens Dentistes en activité en 2013 (ONDPS, 2013)



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

Prenant conscience de cette réalité, une étude a été publiée en 2007 [58] établissant une projection au niveau national du nombre de Chirugiens Dentistes jusque 2030. Celle-ci faisant état que : « Le nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants (France entière) diminuerait continûment et plus rapidement au cours des 25 prochaines années, passant de 65 dentistes pour 100 000 habitants en 2006 à 55 en 2015 ». Or les chiffres actuels remettent en questions les prévisions passées, car comme précisé auparavant, l'effectif a stagné et non pas diminué. Cette stagnation ne peut être attribuée à l'augmentation du *Numerus Clausus* (NC) dont les effets ne seront visibles que dans plusieurs années encore.

Deux points semblent avoir été négligés : l'espérance de vie qui s'allonge et donc les départs retardés, et les flux migratoires européens et internationaux. Les diplômes obtenus à l'étranger (1 786) représentent 4,3 % des Chirugiens Dentistes en activité et sont en constante augmentation. Par exemple, les Chirugiens Dentistes de nationalité étrangère représentent un quart des primo-inscrits chaque année [48].

C'est ainsi donc que nous observons que les prévisions qui avaient été émises ont été remises en cause. Dans notre monde actuel, en changement perpétuel, il s'avère que de nombreuses variables, souvent difficilement prévisibles, entrent constamment en interaction et modifient sans cesse notre société. Le vrai défi serait donc d'être capable d'anticiper ces nouveaux facteurs et de les intégrer dans les équations des études à venir, car comme l'a souligné l'Union des syndicats des Pharmaciens d'Officine en 2010, le manque de professionnels de santé implique des répercussions sur l'ensemble de l'économie nationale.

3.4. Inégalité de répartition

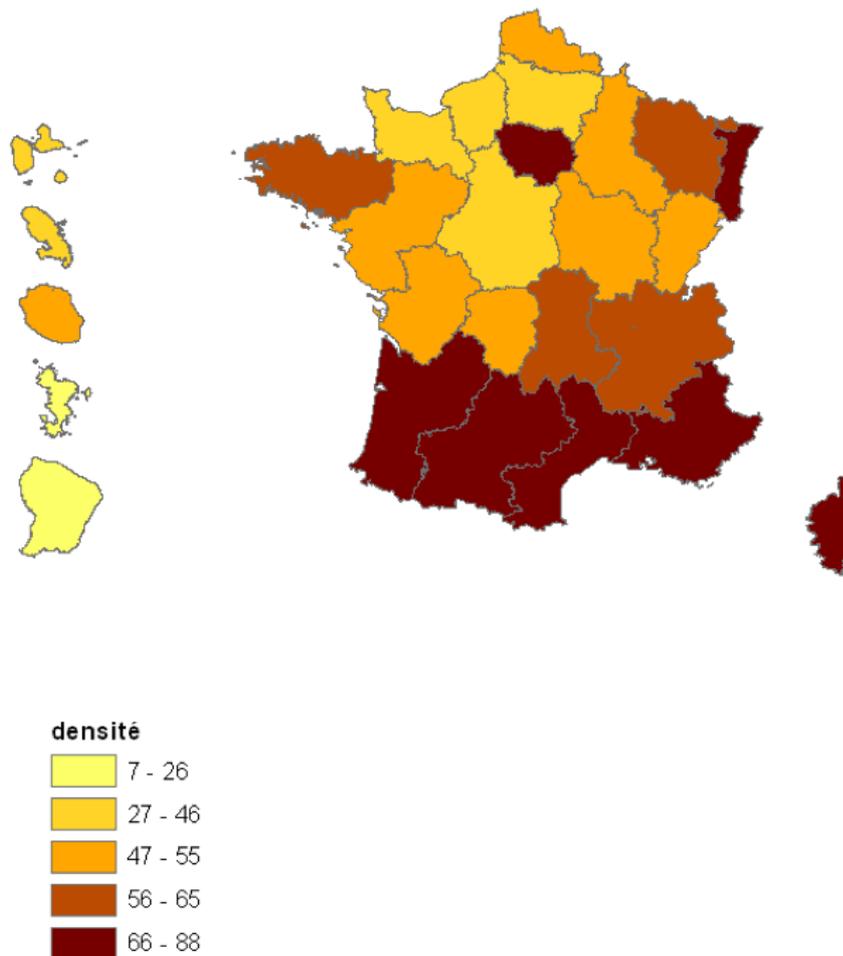
Au delà de la question du nombre insuffisant de praticiens en exercice, le principal fléau se révèle être leur inégale répartition sur le territoire. Ces disparités se déclinent non seulement au niveau inter-régional, mais également en intra-régional.

Chacune des 22 régions françaises a ainsi un profil singulier. Une corrélation très nette a été mise en évidence entre la région de formation d'un étudiant et la région d'exercice qu'il

choisira [48] : « En moyenne, les praticiens formés en France sont 32 % à exercer dans le département où ils ont obtenu leur diplôme, 32% dans un autre département de la même région et 35 % dans une autre région. ». D'autant plus que cela est particulièrement vrai pour les moins de 35 ans [48].

A l'heure d'aujourd'hui, il existe 16 facultés de Chirurgie-dentaire réparties sur 13 régions. Ce sont donc 9 régions et les DOM qui ne possèdent pas de lieu de formation : Haute et Basse-Normandie, Picardie, Limousin, Centre, Corse, Poitou-Charentes, Bourgogne et Franche-Comté. A l'exception de la Corse, ce sont ces mêmes régions que l'on retrouve comme étant les zones les plus faiblement dotées en Chirurgiens Dentistes [48] - Figure 3.

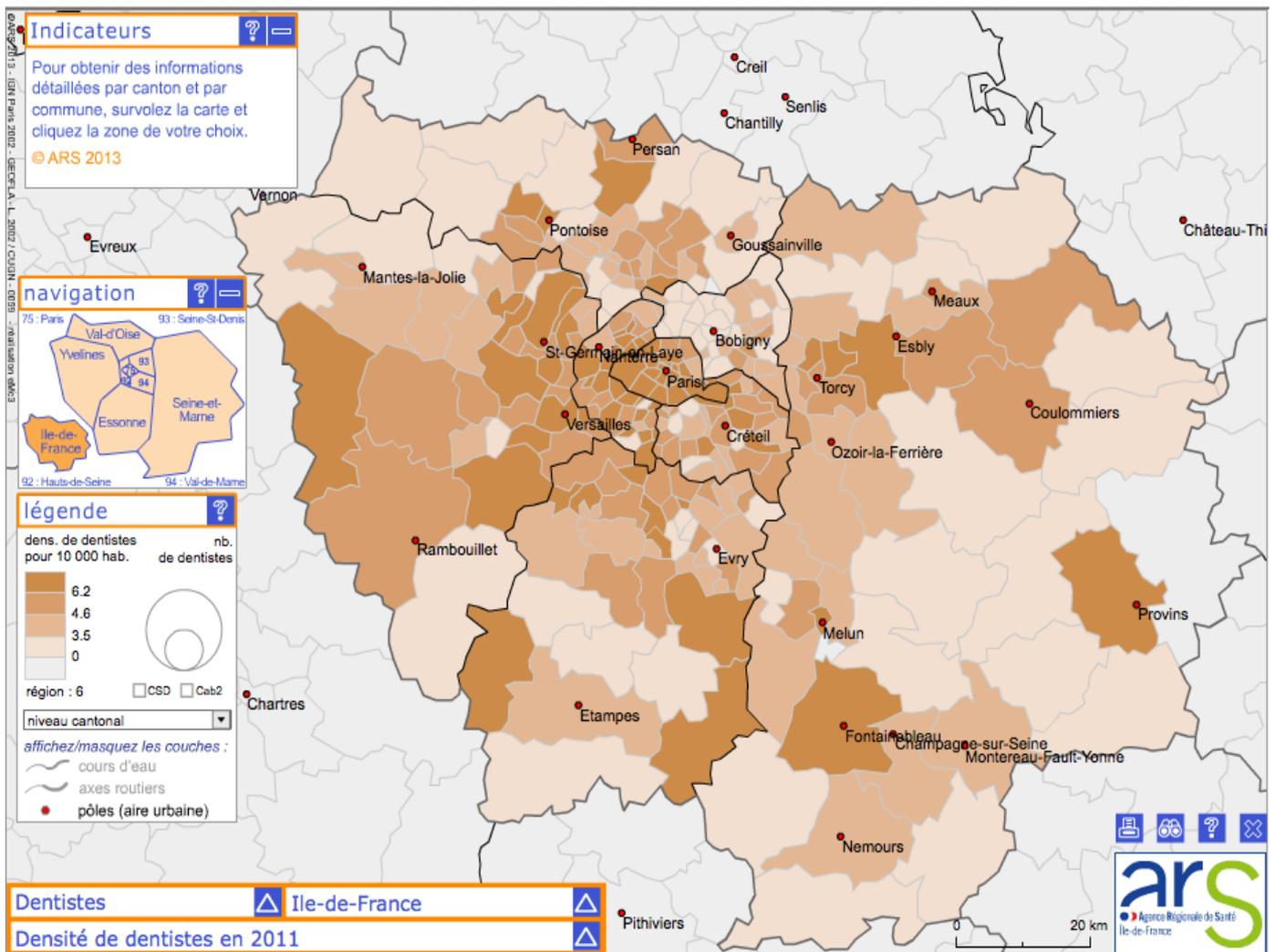
Figure 3 - Densité de Chirurgiens Dentistes par région au 1^{er} Janvier 2014 (DREES, 2014)



Source : ASIP - RPPS, TRAITEMENTS DREES, INSEE - ESTIMATIONS DE POPULATION.

A cela s'ajoute également des disparités intra-régionales et même intra départementales. Les pénuries sont principalement constatées dans les zones rurales et périurbaines souvent considérées comme des zones d'exercice et de conditions de vie plus difficiles [4] [13] [29] [30] [42] [51]. Par exemple, l'Ile de France est l'une des régions dont la densité de Chirugiens Dentistes est la plus élevée, et pourtant les inégalités y persistent – Figure 4.

Figure 4 – Densité de Chirugiens Dentistes en région Ile de France (ARS Ile de France, 2013)



Source : ARS Ile de France.

De plus, les professionnels de santé ont depuis toujours une forte propension à s'installer proches des centres hospitaliers, or [28] : « La carte hospitalière française est davantage le reflet de l'historique des établissements que des réels besoins de la population ».

Enfin, il existe deux notions qui semblent n'avoir été prises en compte que très récemment par les autorités. La première est la question des spécialités. Contrairement à de nombreux pays d'Europe, certaines spécialités ont très récemment vu le jour et d'autres ne sont toujours pas reconnues en France, comme la Parodontologie par exemple, considérée comme une spécialité à part entière au Royaume Uni et dans d'autres pays européens. Or ces praticiens qui ont une pratique très restreinte sont comptabilisés et pris en compte en tant qu'omnipraticien dans les études statistiques réalisées.

La seconde notion se rapporte d'avantage à l'accessibilité économique et concerne avant tout les médecins. Car si tous les dentistes facturent des honoraires hors nomenclature, ce n'est pas le cas de tous les médecins. Certains praticiens peuvent donc être installés et conventionnés et pratiquer des tarifs rendant très difficile l'accès aux soins pour la population. Ainsi, selon les statistiques, cette même zone pourra être considérée comme bien desservie.

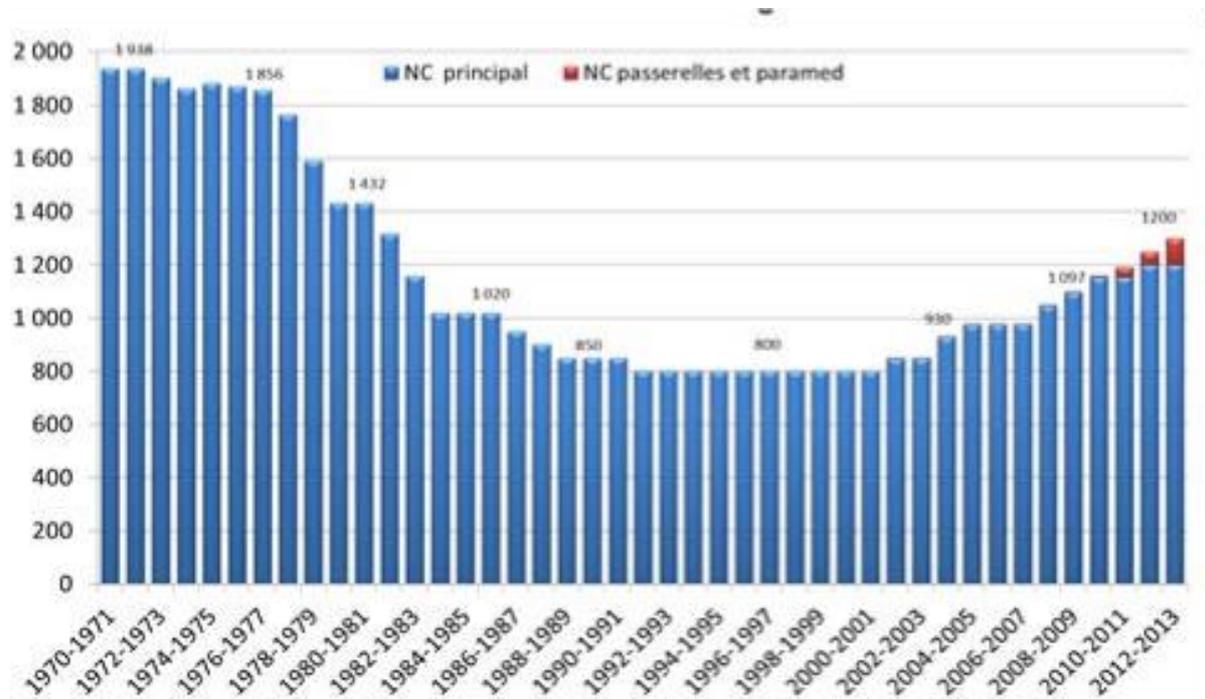
En conséquence, si nous voulons établir des données proches de la réalité sur le terrain, il est indispensable de tenir compte de la manière plus forte des caractéristiques socio-économiques des populations desservies, dans le but de maîtriser et d'anticiper le développement de ces territoires par les pouvoirs publics.

3.5. Numerus Clausus

Les études d'odontologie sont régies par un *Numerus Clausus* fixé en France chaque année par arrêté national depuis 1971. En 2014, il était de 1200.

Durant les 20 dernières années, l'évolution du NC s'est faite en 2 étapes. Les années 90 furent une période de stagnation à un palier proche de 800. Ce n'est qu'à partir de 2002 que ce dernier a augmenté pour atteindre 1200 [48] – Figure 5

Figure 5 - Évolution du *Numerus Clausus* des études en odontologie depuis 1971 (ONDPS, 2013)



Source : ONDPS 2013

Les autorités politiques voulaient faire de cette augmentation du nombre d'étudiants formés un objectif pour pallier les problèmes démographiques. Ceci étant, selon une récente étude menée par l'ONDPS (2013) comparant le nombre de places par région et le poids de chacune des régions dans la population générale face à la densité de Chirurgiens Dentistes déjà existante pour chacune d'elles, il apparaît que certaines régions dont la densité est supérieure à la moyenne sont en plus de cela sur-dotées en nombre de places par rapport à leur poids en terme de population [48]. C'est le cas de la région PACA par exemple. A l'inverse, des régions dont la densité en Chirurgiens Dentistes est largement sous la moyenne nationale se retrouvent sous dotées en terme de place en comparaison du poids qu'elles représentent en terme de population. L'étude conclut : « la répartition au PACES n'obéit ni à une logique démographique en termes de population (attribution du nombre de places en fonction du poids de la région dans la population générale), ni à un objectif strict de rééquilibrage de la répartition des praticiens (sur-dotation dans régions à faible densité de Chirurgiens Dentistes et sous-dotation dans les régions à forte densité) ».

Il existe différents facteurs qui pourraient également être pris en compte : l'évolution de l'espérance de vie des populations, de la pyramide des âges, l'évolution des mentalités, etc... [4]. Mais ceux-ci restent secondaires.

Cependant, si l'on élevait trop brutalement le NC, l'on se retrouverait face à de nombreux problèmes : manque de places dans les universités, manque d'infrastructures d'accueil des étudiants, manque d'enseignants etc...[4]. Seulement, aujourd'hui, il est clair que le NC ne comble pas les départs à la retraite, et comme vu précédemment, il est à prévoir une grande vague de départs d'ici 5 à 10 ans. A cela s'ajoute le fait que sur les 3 dernières années (2012/2013/2014), le NC a stagné à 1200 places [48]. Or faut il rappeler que les 1200 DO2 ne donneront pas 1200 thèses 5 ans plus tard : taux de redoublement, réorientation, spécialisations... [13]. Il est donc indispensable d'anticiper de 10 à 15 ans, car agir sur le NC n'aura d'effets que 6 à 7 ans plus tard pour les Chirurgiens Dentistes et jusqu'à 12 ans pour les médecins.

Aujourd'hui, un nouveau débat fait écho et concerne la suppression éventuelle du NC. Seulement, comme expliqué précédemment, le principal frein se trouve dans les capacités d'accueil des étudiants par les universités et ceci est particulièrement vrai dans le cas des UFR (Unité de Formation et de Recherche) d'Odontologie qui nécessitent un matériel spécifique et coûteux tout au long du cursus de l'étudiant. Donc même si le NC venait à être supprimé, une sélection inévitable serait opérée (moyenne minimum requise, notes minimum requises dans certaines matières, etc...) comme c'est le cas actuellement en Belgique.

3.6. Nouvelles visions de l'exercice professionnel et contraintes sociales

La société française a connu une évolution générale durant les 30 dernières années et les professionnels de santé n'ont pas été épargnés, laissant place à une redéfinition de leur

place dans la société et à une mise en avant des aspirations personnelles pour cette nouvelle génération.

Cette société contemporaine souhaite certes travailler moins, privilégiant la qualité de vie, mais surtout travailler autrement. L'exercice isolé, la charge de travail, la difficulté de trouver un remplaçant et la multiplication des permanences sont autant de facteurs retardant, voire freinant l'installation des jeunes diplômés [13] [61]. Ces derniers retardent leur entrée en activité et seul 7% des Chirurgiens Dentistes ont moins de 35 ans [48].

Ainsi, un nouveau phénomène, encore minime chez les Chirurgiens Dentistes, se développe au fil des années c'est le travail salarié. Il représente 9,6% du total des Chirurgiens Dentistes et concerne particulièrement les femmes et les plus jeunes [48]: « La répartition des Chirurgiens-Dentistes par âge et lieu d'exercice montre que les plus jeunes (moins de 35 ans) exercent davantage en cabinet de groupe ou en société qu'en cabinet individuel, contrairement aux seniors de 55 ans et plus (50 % en cabinet individuel) ». En effet, ce mode d'exercice représente une sécurité et permet de libérer du temps au professionnel pour se réaliser et se recréer au niveau personnel. Tout ceci nous met face à une réalité [4] : « Un jeune diplômé ne suffit plus à remplacer un médecin partant à la retraite, puisqu'il n'accomplira pas la même charge de travail. Les horaires de travail ont été réduits de 35 à 40% en libéral, pour favoriser la qualité de vie ».

BOUET (2003) conclut: « Ainsi la population des jeunes médecins s'inscrit bien dans la modification comportementale de la jeune société française qui aujourd'hui arrive plus âgée dans le monde du travail avec une exigence de qualité de vie personnelle devançant les objectifs à moyen et long terme de progression de carrière ».

Mais la profession de Chirurgien Dentiste a connu elle aussi, de profondes mutations liées à des contraintes extérieures. La démocratisation des savoirs a remis en cause la position du Chirurgien Dentiste, alors qu'en parallèle, ces derniers aspirant à une reconnaissance accrue de leur travail. De nouveaux acteurs recrutent : mairies, organismes privés ou publics, organismes professionnels etc... A cela s'ajoute également une réduction des dépenses budgétaires liées à la santé [4].

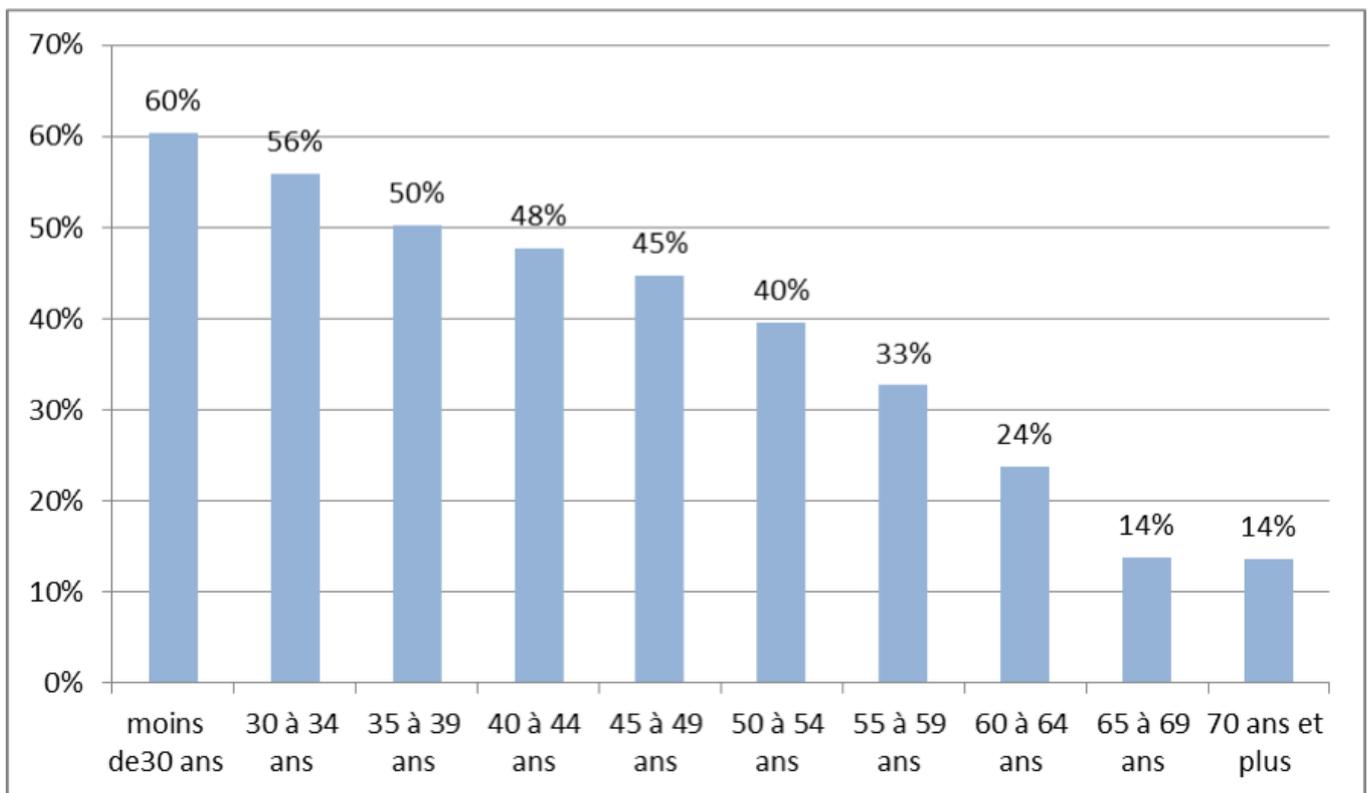
Tout ceci contribue à créer une interaction entre les différentes problématiques et les différents acteurs du système de santé, acteurs de plus en plus nombreux et variés.

3.7. Féminisation de la profession

De nos jours, la féminisation est un phénomène global et généralisé qui ne touche pas uniquement les professions de santé. C'est à la fois une chance et un défi pour la profession de Chirurgien Dentiste.

Au 1^{er} Janvier 2014, les femmes représentaient 41,3% des praticiens [14]. Toutefois, si la profession est majoritairement masculine aujourd'hui, ce ne sera pas plus vrai dans les quelques années à venir. Le nombre d'étudiantes dans les universités d'odontologie et le nombre de praticiennes de moins de 40 ans, dépassent largement celui des hommes. – Figure 6

Figure 6 – Part des Chirurgiens-Dentistes femmes par tranche d'âge (ONDPS, 2014)



Champ : France métropolitaine-Sources : RPPS traitements DREES au 1^{er} janvier 2013.

La difficulté réside dans le fait que cette donnée implique une révision en termes d'organisation de la profession face à 2 éléments : le mode d'exercice (salarié ou libéral) et la durée du temps de travail.

Même si le travail salarié reste moindre chez les Chirurgiens Dentistes (seulement 9,6% du total des Chirurgiens Dentistes [48], les femmes, qui tentent de conjuguer vie privée et vie professionnelle, semblent beaucoup plus attirées par le travail salarié, dans des maisons médicales par exemple, que leurs aînées. Ces mêmes maisons médicales sont souvent elles-mêmes des enjeux de pouvoir pour les élus locaux, voire les élus départementaux ou régionaux [8]. 18% des praticiennes ont opté pour le travail salarié total ou partiel et la majorité des praticiens salariés sont des femmes – Figure 7.

Figure 7 – Tableau récapitulatif des modes et lieux d'exercice au 1^{er} janvier 2013 (ONDPS, 2014)

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

Champ : France entière

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

Le second élément important à prendre en compte est que l'activité moyenne féminine est souvent nettement inférieure à celle des hommes [13] : « L'activité moyenne féminine est égale à 70% de celle de leurs homologues masculins ceci parce que les femmes travaillent pour 25% d'entre elles à temps partiel soit 28 h en moyenne hebdomadaire et que lorsqu'elles travaillent à temps plein elles le font avec une moyenne de dix heures de moins que pour les hommes ».

Ces résultats posent donc la question cruciale de la valeur absolue en termes de Chirurgiens Dentistes formés chaque année.

A noter qu'il existe une spécialité particulièrement féminine et qui est l'orthodontie. En effet, 54% des spécialistes sont des femmes [58].

3.8. Vieillesse et augmentation de la demande de soins

Les progrès médicaux et sociétaux et les améliorations de l'environnement de vie ont permis une augmentation de l'espérance de vie et ont transformé des maladies mortelles en maladies chroniques, nécessitant une prise en charge nouvelle et spécifique, influençant directement la démographie de la population. Selon une étude de l'INSEE, la proportion des plus de 60 ans progresserait fortement jusqu'en 2035 et correspondrait à la génération du baby-boom. Ainsi, ce phénomène de vieillissement de la population s'étendrait jusqu'en 2060 et l'âge moyen qui était de 40,8 ans au 1^{er} janvier 2014 sera de 45 ans en 2060. [38] Parallèlement, c'est aussi la population médicale qui a vieilli, avec, comme signalé précédemment, un âge moyen des Chirurgiens Dentistes de 48,4 ans [48].

Idéalement, il faudrait pouvoir prendre en compte l'ensemble de ces variables pour évaluer les besoins de soins et donc les besoins en Chirurgiens Dentistes, sans oublier que la généralisation de la sécurité sociale a permis de vulgariser l'accès aux soins.

La première constatation porte sur la progression des effectifs de santé [60] : « Le nombre des médecins en exercice est passé de 112 066 en 1979 à 212 972 en 2005 dont environ 110 000 en établissements de santé publics, l'effectif des infirmiers a crû de 39 % entre 1985 et 2001. De manière générale, les effectifs hospitaliers publics ont augmenté de 11% entre 2000 et 2006. La progression des effectifs a fait du monde de la santé un secteur économique à part entière. Plus d'un million de personnes avaient un emploi hospitalier en 2008 (1 250 194 exactement), ce qui représentait 4,9 % de la population active ». Donc nul doute que les besoins se sont accrus au fil des décennies. Ceci étant, il faut pouvoir quantifier et anticiper son évolution future. Malheureusement, l'Assurance Maladie ne peut suivre que

les éléments remboursables et présentés sur la feuille de soins [48]. Or depuis 2004, date de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) tous les actes médicaux non remboursés ont été exclus de la feuille de soins. Donc les études effectuées sur la consommation des soins ont toutes été limitées à la partie des actes inscrits comme remboursable dans l'ancienne nomenclature NGAP.

Un rapport de la Sécurité Sociale datant de 2010 faisant état des soins dentaires, conclut ainsi [25] :

« L'analyse des besoins en soins est difficile et les éléments d'appréciation qualitatifs sur leur évolution future sont contradictoires. D'une part, le vieillissement de la population pourrait entraîner un accroissement des besoins, principalement parodontaux, implantaires ou prothétiques. Les besoins des personnes âgées sont d'ores et déjà importants. Les personnes âgées dépendantes, en particulier, n'ont pas bénéficié des progrès sanitaires continus. La proportion de personnes édentées de plus de 65 ans atteint, dans notre pays, un niveau élevé (plus de 35 %), seuls la Pologne, l'Irlande, la Belgique, la Finlande et le Portugal faisant moins bien. De plus, il faut prendre en compte une plus grande exigence sanitaire et esthétique, c'est-à-dire une moindre tolérance à l'égard de problèmes dentaires, concomitamment à de nouvelles possibilités techniques permettant la préservation ainsi que le remplacement des dents tout en concourant à réduire la « crainte du dentiste ». En sens inverse, l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire de la population, en particulier des plus jeunes, devrait limiter le recours aux soins dans les années à venir. Le nombre de dents cariées, absentes ou obturées (indice CAO) a fortement reculé chez les enfants de 12 ans, passant de 4,2 en 1987 à 1,9 à la fin des années 1990 puis à 1,2 en 2006. En outre, une denture plus saine et mieux entretenue pourrait avoir peu à subir les effets du vieillissement et ce, jusqu'à un âge avancé. Enfin, les soins auxquels on doit avoir recours en vieillissant sont plus chers et moins bien remboursés, ce qui en limite la demande ».

3.9. La précarité

Au 31 Décembre 2013, 4,41 millions de personnes bénéficiaient de la CMU complémentaire. Il s'agit d'un droit à une complémentaire gratuite permettant l'exonération du ticket modérateur et du forfait hospitalier. En odontologie, un panier de prise en charge prothétique leurs permet de bénéficier d'un certain nombre de soins et prothèses. Or l'on

estime que la population cible se trouve dans une fourchette de 5,3 à 6,3 millions d'habitants [31]. Comment les 2 millions de personnes restants se soignent elles ?

En effet, les zones d'inégalités sociales sont pour les Chirugiens Dentistes, et pour l'ensemble des professionnels de santé, des zones beaucoup moins attractives, participant ainsi à la création de véritables « déserts médicaux ». En effet, les tarifs opposables sur les soins dentaires n'ont pas été revalorisés depuis plus de 4 décennies. Ceci a provoqué l'augmentation des dépassements d'honoraires et la nécessité de compensation des frais non couverts par le montant insuffisant des tarifs conventionnels imposés [60] : « Le développement du secteur 2 permet aux médecins de dépasser le tarif conventionnel et certainement aussi de gonfler le volume des actes [...]. Dans les faits, une mesure qui fixait des tarifs de soins abordables et relativement bien remboursés par la sécurité sociale a abouti à une situation très inégalitaire car les honoraires pratiqués dans le secteur 2 représentent un frein, voire une barrière, à l'accès aux soins pour les personnes défavorisées. ». Ceci est tout aussi vrai pour l'ensemble des soins dentaires. Les praticiens dentistes revendiquent des tarifs prothétiques élevés mais compensatoires face à des tarifs conventionnels les mettant dans une situation de travail à perte.

A l'inverse, certains patients se plaignent d'un refus de soins de la part de certains confrères à cause de leur situation financière et de leur affiliation à la CMU. Nous rappelons le serment d'Hippocrate effectué par chaque professionnel de santé : « Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera ». Ceci étant, cet état de fait même s'il existe, reste marginal. Il est également possible que le refus ait fait suite à un comportement irrespectueux, à des retards ou des absences répétées, etc... Et éventuellement sans rapport avec la situation du patient. En effet, le reproche souvent mis en avant dans le système de la CMU est d'avoir pour effet de déresponsabiliser le patient.

3.10. Déterminants du choix d'installation

Chaque jeune diplômé est confronté plus ou moins rapidement à cette situation, à savoir, quel lieu choisir pour installer son cabinet médical ou dentaire. Mais face aux

inégalités de répartition géographique des praticiens de professions libérales en France, il est impératif d'analyser et d'étudier les différents critères influençant ce choix pour permettre ensuite d'agir et d'inciter de manière efficace ces mêmes praticiens à s'installer dans ces zones de déserts médicaux.

Selon plusieurs études, et notamment la grande enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le principal critère dont il a été fait état fût : le cadre de vie. [30] [51] Cela correspond aux nouvelles aspirations, à la nouvelle vision qu'a cette génération de privilégier le temps libre, le respect de la vie privée et d'avoir à disposition les infrastructures locales nécessaires : écoles pour les enfants, accès aux services publics et commerciaux, environnement culturel, sportif et/ou social, etc... En contrepartie, pour continuer à bénéficier de ces avantages, les jeunes praticiens se trouvent de plus en plus enclins à s'éloigner de leur lieu de travail. En effet, selon une étude réalisée dans la région des Pays de la Loire, on note que seul 32% des praticiens de moins de 35 ans habitent à moins de 5 minutes contre 70% des plus de 55 ans. Mais globalement, ce sont 87% des professionnels qui vivent à moins de 15 minutes [6].

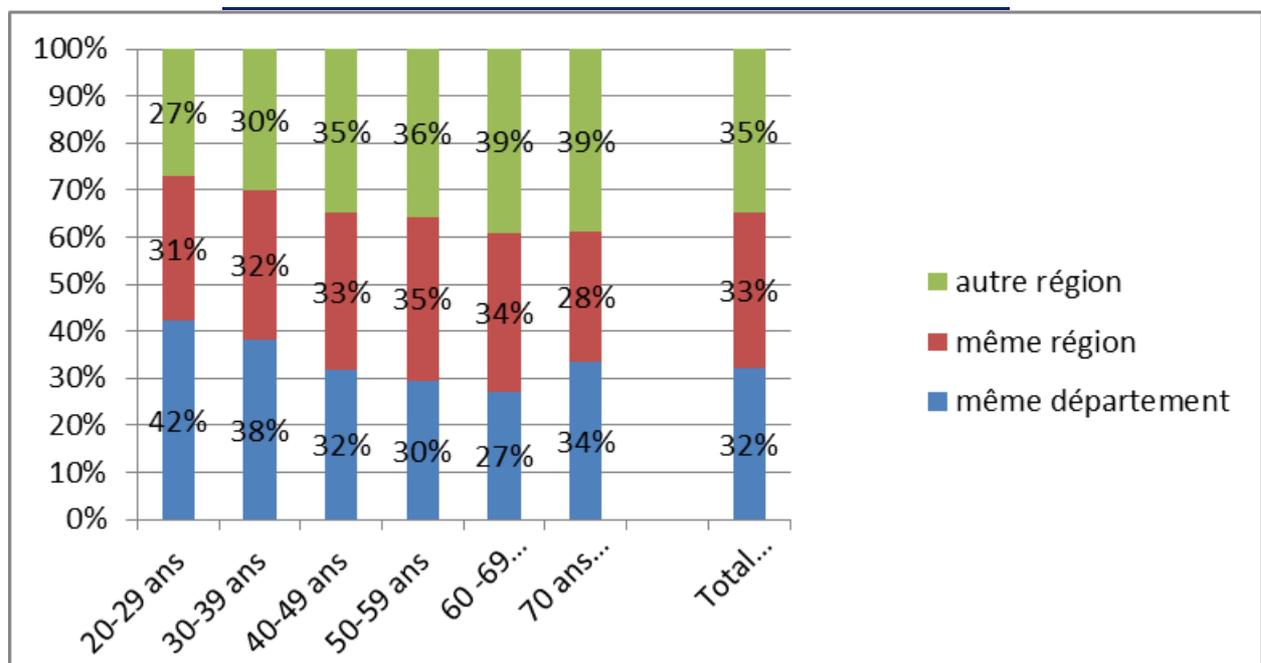
Egalement, l'une des principales évolutions sociétales de notre époque est que désormais ce sont les 2 conjoints qui ont une activité professionnelle et non plus un seul. Le cadre professionnel du conjoint est donc également un critère de choix dans l'installation des jeunes praticiens car si, il y a plusieurs décennies, les traditions voulaient que la conjointe suive systématiquement son mari avec une possibilité d'activité professionnelle incertaine, ce n'est plus forcément le cas aujourd'hui. Il est à noter que dans presque la moitié des cas les praticiens ont un conjoint entrant dans la catégorie des cadres supérieurs. Selon une étude réalisée en 2005 [7] « 46% des médecins actifs ont un conjoint cadre supérieur » et nul doute que les opportunités professionnelles sont plus nombreuses dans les pôles urbains.

De plus, on retrouve aussi les conditions de travail et d'exercice comme étant parfois un frein à l'établissement de certains praticiens [13] [30]. L'époque n'est plus à l'isolement, mais au contraire, à la pratique en groupe. Les professionnels redoutent l'éventuelle surcharge de travail, la difficulté, à terme, de trouver un remplaçant ou un successeur. Ainsi, selon une étude réalisée par l'union régionale des caisses d'assurance-maladie en Basse-Normandie en 2001 [29] « l'accès aux établissements de santé est un critère déterminant dans l'installation

pour 49% des jeunes médecins. ». Les jeunes aspirent donc à une pratique plus structurée et plus collective et c'est ainsi qu'en médecine, de nouvelles pratiques sont nées comme la télémédecine.

Même si elle est rarement évoquée par les praticiens comme étant un critère dans leurs choix d'installation, il semblerait que le lieu de formation initial ait un impact direct sur ce dernier. En effet, comme rappelé précédemment, ce sont en moyenne 64% des praticiens qui exercent dans la région même, voire le département même dans lequel ils ont été formés et [48] : « on observe que plus le praticien est jeune, plus il exerce en proximité de son lieu de formation » – Figure 8.

Figure 8 – Région de formation par rapport à la région d'exercice en fonction de l'âge (ONDPS, 2013)

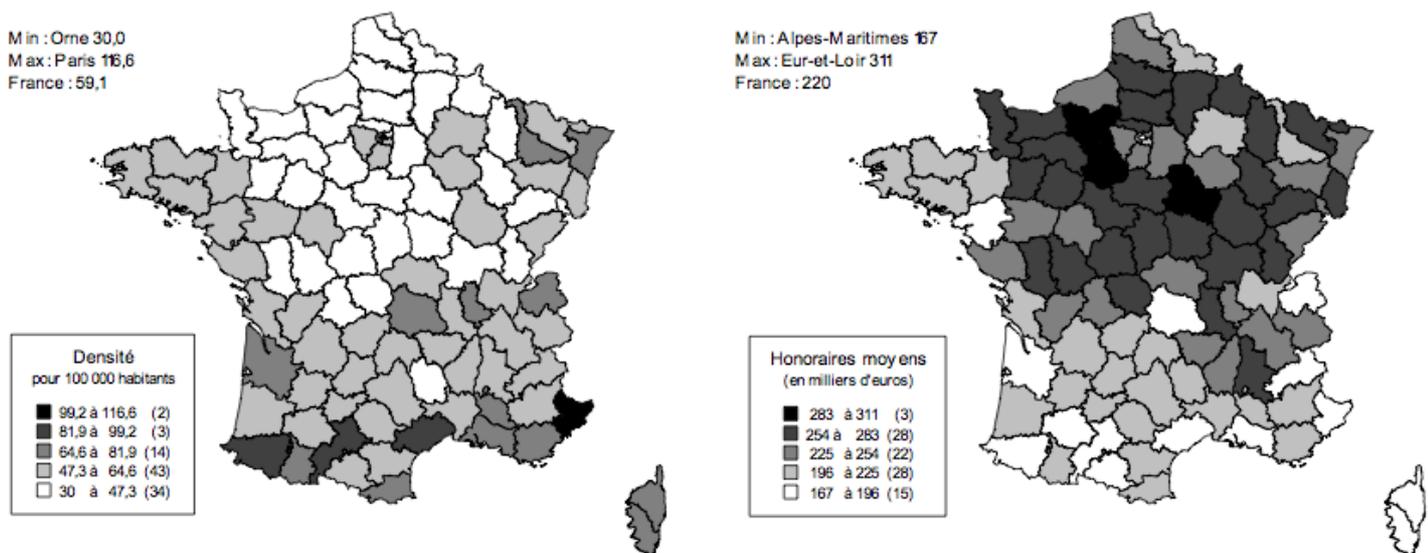


Source : ONCD juillet 2013 - Champ : praticiens formés en France Lecture : 42% des praticiens de moins de 30 ans exercent dans le département où ils ont été formés.

Enfin, et contrairement à toute attente et à tous les *a priori*, l'importance des revenus est considérée comme un critère secondaire pour les praticiens lorsque le choix du lieu d'installation s'impose. Plusieurs études ont été réalisées dans différentes régions mettant en évidence que les critères du choix d'installation ne sont pas motivés par d'éventuels revenus anticipés [62] [63]. En Île de France, seul 0,6% des médecins interrogés souhaitant s'installer pour la première fois, l'ont fait pour des raisons d'opportunités financières [63].

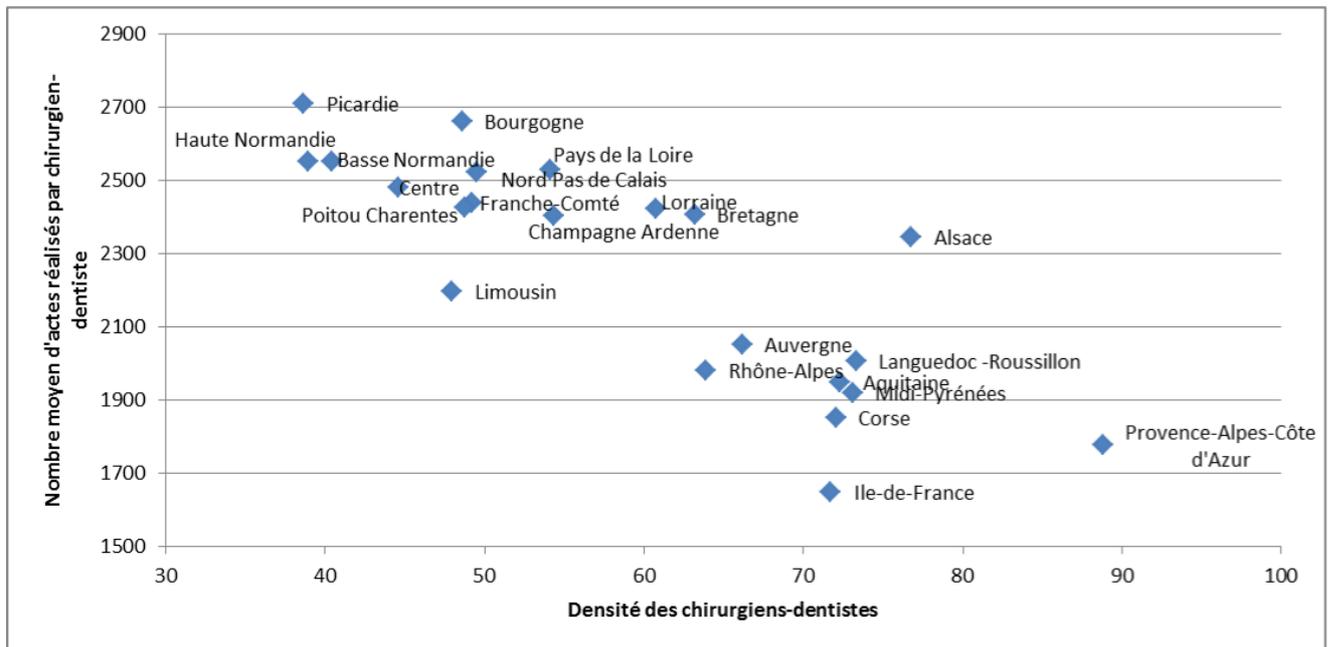
De plus, selon un rapport émis sur l'activité et les revenus des Chirurgiens Dentistes en France, et contrairement à ce qui avait été rapporté par le sénateur Descours au ministère de la santé [29], les honoraires décroissent à mesure que la densité en Chirurgiens Dentistes augmente [52]. En effet, il semblerait que dans les zones où la concurrence est plus élevée, les dépassements soient plus élevés sans pour autant que les honoraires totaux soient plus importants.

Figure 10 – Comparaison entre la densité des Chirurgiens Dentistes libéraux pour 100 000 habitants en 2007 (à gauche) et entre les honoraires moyens, y compris les dépassements, des Chirurgiens Dentistes libéraux en 2007 (Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, 2010)



Source : CNAMTS, SNIR

Figure 11 – Situation des régions en fonction de la densité de praticiens et de leur niveau d’activité conventionnelle (ONDPS, 2013)



Le nombre d’actes est mesuré par la somme des actes suivants : consultations, actes de chirurgie dentaire, soins conservateurs, actes de prothèses et les actes d’orthopédie dentofaciale. La radiologie n’est pas comptabilisée. Source : données d’actes CNAMTS, SNIIRAM 2012 ; Densité : nombre de Chirurgiens Dentistes pour 100 000 habitants, effectifs de praticiens issus du RPPS 2012 et estimations Insee de population générale 2012.

Car dans ces zones de forte densité, il a été mis en évidence que le nombre d’actes réalisés par praticien est nettement inférieur à celui des praticiens installés en zone de faible densité. En 2012, la moyenne d’actes remboursables réalisés par praticien en France était de 2066, oscillant de 1650 actes en Île de France à 2711 en Picardie [48] – Figure 11.

Ainsi, selon les statistiques, un praticien installé dans une zone de forte densité réalisera moins d’actes mais il aura des dépassements plus élevés contrairement à ses confrères installés en zone de faible densité qui réaliseront davantage d’actes avec des dépassements plus modestes. Il s’agirait donc d’un phénomène d’ajustement pour réduire les écarts d’honoraires.

En définitif, les jeunes professionnels de santé ne sont pas systématiquement réticents à s'installer en milieu rural à condition de ne pas rester isolés, mais surtout, de pouvoir garder un équilibre entre leur vie privée et leur vie professionnelle.

3.11. Synthèse

Le monde se complexifie à mesure que nous avançons. Les variables et les jeux d'influence augmentent. Il ne s'agit plus d'une équation linéaire où si 100 praticiens de plus partent à la retraite il faudra augmenter le *Numerus Clausus* de 100 étudiants. De nombreux facteurs se sont ajoutés au fil des années. Le nombre de praticiens n'a jamais été aussi important que de nos jours, pourtant il est toujours considéré comme insuffisant. C'est du côté de « l'offre de soin » que la diminution s'opère ; la profession se féminise, elle vieillit et la tendance est à la réduction du temps de travail et de la durée de vie active. L'ouverture de la France à l'Europe et les nouvelles directives européennes ont fait apparaître de nouveaux flux migratoires en constante augmentation, modifiant ainsi la balance nationale et remettant en question l'ensemble des hypothèses et des prévisions qui avaient été réalisées plusieurs années auparavant. Le système de santé initialement créé, dans un contexte particulier, connaît aujourd'hui ses limites et l'on se retrouve confronté à ses dérives.

Les professionnels de santé choisissent un mode d'exercice correspondant à leurs aspirations personnelles plus qu'aux besoins collectifs. Et l'on voit aujourd'hui se développer un nouveau marketing dentaire proposant des formations purement commerciales dont l'unique objectif est d'initier les Chirugiens Dentistes à maximiser la rentabilité de leur cabinet. En 2006, La Lettre du Collège Odontologique et de Droit rappelle que cette culture mercantile est totalement étrangère à la relation médicale et qu'à terme elle transforme le contrat médical en contrat de service et que par conséquent c'est le droit pénal de la consommation qui se voit appliqué. En parallèle, les patients se déresponsabilisent et la population « consomme » les soins comme tout autre produit sur le marché, avec des exigences plus commerciales que sanitaires. Mais la société d'aujourd'hui ne se veut-elle pas individualiste et de consommation ? Alors, à qui la faute ?

L'évolution de la dynamique démographique ne peut plus être isolée des analyses de la dynamique économique et sociale, aussi bien à l'échelle nationale qu'à l'échelle européenne.

4. La liberté d'établissement en Europe

La France n'est plus un hexagone isolé, aujourd'hui elle fait partie d'une communauté de 28 pays. Face aux crises qu'elle traverse, il semble essentiel de se questionner sur les différents systèmes de régulation de l'installation des professionnels de santé aussi bien dans l'Europe géographique que dans l'Union Européenne (UE).

Ceci étant, même s'il existe une réglementation européenne permettant de régir les grands principes de la politique de santé, chaque pays est une entité à part entière possédant sa propre histoire et son propre système de santé aboutissant à ses propres mesures de régulation de l'établissement des praticiens. Trois modes de régulations ont été mis en évidence suivant le degré d'intervention de l'Etat ou des services publics : une régulation administrée complète (Angleterre), une régulation administrée incomplète (Allemagne, Belgique, Suisse) et une régulation faiblement administrée (Pays bas). [18]

4.1. Réglementations européennes

En France comme en Europe, le Chirurgien Dentiste est libre dans son choix d'installation. Le terme juridique utilisé par l'Europe économique pour définir cette liberté s'intitule « La liberté d'établissement » [64]. Cette liberté concerne les personnes physiques ou morales qui exercent une activité économique indépendante [43]. Or il est à noter que le droit d'établissement ne peut être invoqué que dans le cas où une personne ressortissante d'un Etat européen souhaiterait s'établir dans un autre Etat de l'UE différent de son Etat d'origine. Ce droit ne peut donc pas s'appliquer aux Etats qui ne sont pas membres de l'UE.

La jurisprudence qui régit cette liberté peut donc se diviser en 3 échelles :

- L'Union Européenne (UE)
- Pays européen non membre de l'UE
- Jurisprudence à l'échelle nationale d'un pays membre de l'UE

Au sein de l'UE, la liberté d'établissement est garantie par les articles 49 à 55 du Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne (TFUE) correspondant anciennement aux articles 43 à 48 du Traité instituant la Communauté Européenne (TCE). Elle permet aux ressortissants d'un pays membre de l'UE d'exercer une activité non salariée dans un autre Etat de l'UE différent de leur pays d'origine. Est considérée comme ressortissante de l'UE, toute personne possédant la nationalité de l'un des Etats membres. L'article 49 du TFUE commence par poser le principe qu'il est interdit de restreindre la liberté d'établissement, alors que les articles 50 à 53 du TFUE fixent les modalités de suppression progressives des entraves au droit d'établissement, ainsi que les éventuelles justifications possibles à ces entraves [40].

La liberté d'établissement distingue également la possibilité d'exercice à titre principal et/ou à titre secondaire [43]. L'établissement à titre principal correspond à la création ou au transfert d'une entreprise dans un Etat membre autre que l'Etat d'origine. L'établissement à titre secondaire est mis en évidence par l'alinéa 1 de l'article 49 (2012) et concerne : « la création d'agences, de succursales ou de filiales, par les ressortissants d'un Etat membre établis sur le territoire d'un Etat membre. ». En effet, la Cour de Justice des Communautés Européennes (CJCE) a permis lors du procès Klopp en 1984 à un avocat allemand déjà installé à Düsseldorf de s'inscrire également au barreau de Paris. Or la législation française autorisait un avocat à n'avoir qu'un seul domicile professionnel. La CJCE a annulé la décision du Conseil de l'ordre des avocats de Paris en précisant que si un avocat ne pouvait avoir qu'un seul domicile professionnel en France, l'interdiction ne saurait être élargie et qu'un avocat est autorisé à s'inscrire à un ou plusieurs barreaux étrangers. [18] Ainsi la Cour de Justice permet, via l'article 49 TFUE, à des ressortissants européens l'exercice de professions libérales dans plusieurs centres d'activité au sein de l'UE.

Dans ce sens, il existe donc différentes hypothèses dans lesquelles le droit d'établissement pourrait être appliqué :

- Une personne, française par exemple, et donc ressortissante de l'UE, souhaitant installer son exercice professionnel dans un autre pays de l'UE
- Une personne, française par exemple, résidant dans un autre Etat membre de l'UE, et souhaitant installer son exercice professionnel en France, Etat membre d'origine,

relève du droit communautaire européen car son lieu de résidence est défini dans un autre Etat membre de l'UE. En effet, il a été rappelé dans l'affaire N contre Inspecteur Van de Belastingdienst Oostkan-toor Almelo du 7 septembre 2006, que tout ressortissant d'un Etat membre de l'UE qui exerce une activité professionnelle dans un Etat membre autre que celui de résidence relève de l'article 43 TCE (correspondant aujourd'hui à l'article 49 TFUE), ou selon les cas, de l'article 39 TCE [24].

- Une personne, française par exemple, ressortissante d'un Etat membre de l'UE, réside et exerce dans un autre Etat membre. La CJCE a émis lors du procès Asscher, en 1996, qu'un ressortissant d'un pays membre de l'UE exerçant une activité non salariée dans un Etat membre où il réside relève du droit communautaire européen [20].
- Une personne, française par exemple, ressortissante d'un Etat membre de l'UE ayant obtenue un diplôme reconnu dans un autre Etat membre de l'UE. La Cour de Justice considère également que cette personne bénéficie du droit d'établissement et que l'Etat membre d'origine ne peut s'opposer à l'établissement d'un de ses ressortissants au seul motif que son diplôme n'est pas national. L'introduction d'un élément étranger permet au ressortissant de bénéficier de la liberté d'établissement sans discrimination d'origine du diplôme si celui ci a été obtenu dans un Etat membre de l'UE. Ce fût la décision de la CJCE dans l'arrêt Auer en 1979 où il s'agissait d'un vétérinaire français ayant été diplômé en Italie [16].

A noter que dans le procès Asscher, en 1996, la Cour de Justice a également stipulé que la liberté d'établissement pouvait également s'appliquer pour un salarié dans un Etat membre de l'UE qui souhaiterait établir un travail non salarié indépendant dans un autre Etat membre. En effet, M. Asscher, néerlandais d'origine pratiquait une activité salariée au Pays-Bas et une activité non salariée en Belgique, pays dans lequel il s'est installé par la suite. [20]

Toute discrimination de nationalité vis à vis d'un ressortissant communautaire est interdite et les articles du TFUE assurent un traitement national à ces ressortissants s'établissant dans les différents pays européens. On distingue 2 types de discriminations : directe et indirecte. On considère que la discrimination est directe lorsqu'elle fait référence à la nationalité. On considère que la discrimination est indirecte lorsqu'elle n'est pas fondée sur

la nationalité mais que les conditions établies aboutissent aux mêmes résultats. C'est le cas par exemple lorsque l'Etat d'exercice exige un diplôme national ou une obligation de résidence. Par extension, les « entraves » sont également sanctionnées, c'est à dire toutes mesures nationales qui interdisent, gênent ou rendent moins attrayant l'exercice d'une liberté de circulation [9]. Le CJCE est notamment intervenu dans le litige qui a opposé la Commission des Communautés Européennes (CCE) à l'Italie pour rappeler que les Etats membres se doivent de respecter le droit communautaire, notamment la liberté d'établissement lorsqu'elle concerne la possibilité pour un tiers d'être propriétaire d'une pharmacie en l'absence de diplôme de pharmacien [19]. Ceci étant, il existe des exceptions lorsque l'Etat choisit d'intervenir.

Ainsi, les Etats membres disposent également d'une marge de manœuvre. Au niveau national, selon les articles 51 et 52 TFUE, chacun d'eux peut en effet introduire ou maintenir une restriction si l'activité participe à l'autorité publique, ou à condition seulement que celle-ci soit justifiée pour des raisons : d'ordre public, de sécurité publique ou de santé publique [60]. Cela a été le cas pour l'Espagne qui limitait le nombre d'ouvertures des pharmacies en fonction des besoins de la population. Elle imposait aux professionnels l'obtention d'une autorisation. Cette limitation a été jugée contraire au principe de liberté d'établissement du traité européen, en revanche, la mesure a tout de même été admise pour des raisons de santé publique [23].

Le second cas de figure, cette fois lié à la jurisprudence, et qui permettrait d'admettre une entrave serait une Raison Impérieuse d'Intérêt Général (RIIG). Mais pour l'admettre comme telle, celle-ci doit répondre à 4 conditions [22] :

- non discriminatoire, la mesure doit être indistinctement applicable
- les justifications invoquées doivent être d'intérêt général
- qu'elle soit propre à garantir la réalisation de l'objectif qu'elle poursuit. A ce niveau là, la Cour de Justice étudie en profondeur la cohérence de la législation de l'Etat membre. Cela a été le cas dans l'affaire Hartleur en 2009 en Autriche, où une société allemande s'est vue refuser l'autorisation d'installation d'une polyclinique suite à une

demande préalable au motif que les besoins en soins sont suffisamment pourvus, alors qu'en contre-partie, les cabinets de groupe, qui sont une structure d'exercice semblables aux polycliniques, ne sont soumis à aucun examen des besoins. Le CJCE a donc rejeté l'entrave imposée par l'Etat d'Autriche [21].

- Elle ne doit pas aller au delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre, c'est à dire qu'elle se doit d'être proportionnelle. La mesure instaurée doit être la moins restrictive possible envers le droit d'établissement. Le CJCE examine également le mode de fonctionnement de ces entraves et la manière dont elles sont appliquées comme ce fût le cas pour le procès Hartleur cité précédemment. La Cour avait examiné le mode de décision pour la délivrance d'une autorisation d'installation qui s'est révélée non conforme. Il s'agissait d'une pratique non objective puisqu'elle demandait l'avis des confrères Chirugiens Dentistes pour évaluer les besoins en soins et ne s'appuyait pas sur des organismes indépendants [21].

Enfin, le droit d'établissement a ses limites et ne peut être invoqué pour toutes les situations. En effet, lorsqu'il s'agit d'un cas purement national, sans élément d'extranéité, la Cour de Justice se refuse d'intervenir et c'est alors le droit du pays qui prévaut. Cela s'est produit en 1987 dans l'affaire Gauchard. Un gérant d'un supermarché avait agrandi son établissement sans accord des autorités françaises et avait invoqué par la suite le droit d'établissement du traité européen. Le CJCE a alors pris position en rappelant qu'en l'absence d'élément sortant du cadre national, il n'était pas en mesure d'intervenir et que le plaignant ne pouvait bénéficier du droit d'établissement [17].

Ainsi, une personne de nationalité française par exemple, ayant son exercice professionnel et sa résidence dans le même pays, ne peut invoquer le droit communautaire.

Les pays de l'Europe géographique, mais n'ayant pas signé les différents traités disposent d'une réglementation nationale spécifique et ne peuvent être soumis aux règles du TFUE. En revanche, il peut exister des accords binationaux entre 2 pays permettant de faciliter la circulation et l'établissement de leurs ressortissants.

4.2. Régulation administrée complète

4.2.1 Le Royaume Uni

L'Angleterre comme la France, est aujourd'hui confrontée à une pénurie de médecins et de Chirurgiens Dentistes. Celle-ci avait d'ailleurs suscité beaucoup de controverses suite à une dépêche de l'AFP en 2007 [1] : « Face à la pénurie de dentistes, des Anglais s'arrachent eux-mêmes les dents ». En effet, selon une étude européenne sur l'accessibilité aux soins dentaires, la moyenne en Europe est de 92% des habitants qui affirment avoir un accès à un cabinet ou à une clinique dentaire, or le Royaume Uni se trouve sous la moyenne européenne et seul 87% des personnes interrogées affirment avoir accès aux soins. [12]

Au Royaume Uni, on distingue 2 types de systèmes : public, représenté par le National Health Service (NHS), et privé.

Le NHS est le système de santé publique du Royaume Uni. Il a pour rôle de développer des centres de soins partout sur le territoire anglais. Il est financé par les impôts nationaux et dépend du ministère de la santé. L'accès aux soins y est toujours gratuit sauf pour les médicaments, les soins dentaires et les tests d'acuité visuelle [41]. Pour les soins dentaires, les prix sont très peu élevés comparés au secteur privé.

Chaque médecin et chaque Chirurgien Dentiste peut conclure un contrat de prestation de service avec un Primary Care Trust (PCT), organisme affilié à la NHS. Ils sont chargés [57] : « de la fourniture, de la coordination et de la gestion des prestations de santé courantes dites primaires dans une zone géographique donnée ». Or ce contrat est accepté uniquement si l'évaluation des besoins en soins réalisée par la PCT en charge d'un territoire donné est jugée insuffisamment couvert. Cette évaluation est basée sur plusieurs critères : les besoins actuels, les besoins futurs, l'évolution démographique, la liste des patients en attente de soins etc... En 2013, les PCT sont remplacés par les Clinical Commissioning Group (CCG) mais le système de régulation reste le même. La liberté d'installation des médecins et des Chirurgiens

Dentistes est donc très limitée car dépendant des centres mis en place par le NHS, s'ils souhaitent être conventionnés. Le rôle de l'Etat est ici central. [57]

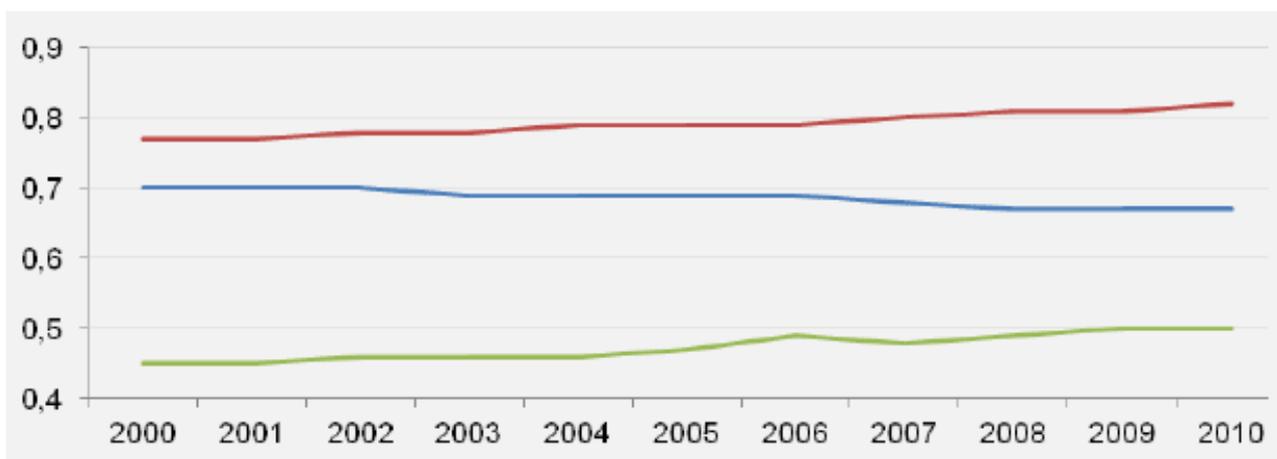
Cependant, le secteur privé est florissant. Le NHS, système jugé aujourd'hui engorgé faute de moyens et de praticiens, a poussé au développement de cabinets privés, qui eux ont une liberté d'installation totale. Les patients de ces cabinets ne peuvent prétendre à un remboursement des honoraires que s'ils ont souscrit à une assurance santé privée. Ainsi, selon une étude réalisée en Europe, 31% des britanniques affirment qu'ils vont traditionnellement chez un Chirurgien Dentiste ou dans une clinique privée pour leurs soins dentaires, contre 97% en France. Pour autant, la majorité (62% de la population) dit se rendre très souvent dans une clinique gérée par la ville ou par le gouvernement [12].

4.3. Régulation administrée incomplète

4.3.1. Allemagne

En 2010, la densité de praticiens dentaires en Allemagne était de 80 pour 100 000 habitants avec une légère augmentation durant la dernière décennie.

Figure 12. Nombre de Chirurgiens Dentistes pour 1000 habitants (IREF, 2013)



Allemagne – France – Pays Bas

Source : OCDE Eco-santé 2012

En effet, l'Allemagne possède un grand nombre de Chirugiens Dentistes sur son territoire. Pour preuve, 96% des allemands considèrent qu'en cas de besoin, ils pourraient se rendre chez un Chirurgien Dentiste situé à moins de 30 minutes (contre une moyenne européenne de 88%) [12].

Il n'existe quasiment pas de cliniques liées à l'Etat et plus de 99% des citoyens allemands se rendent dans un cabinet privé pour bénéficier de soins dentaires [12].

En 1992, de nouvelles mesures ont été mises en place, structurant ainsi le système de santé allemand. Parmi les règles instaurées, une limitation de la liberté d'installation a été décrétée par un système de conventionnement sélectif des professionnels de santé. Cette mesure s'applique pour les médecins généralistes, pour les spécialistes et pour les Chirugiens Dentistes, mais ne s'applique pas pour les spécialités dont le nombre de professionnels est inférieur à 1000 pour tout le territoire. En effet, il existe des commissions fédérales réunissant plusieurs acteurs : des représentants des caisses d'assurance maladie et des délégués des organisations professionnelles médicales. Ce sont ces mêmes commissions qui sont chargées de la planification des besoins en soins médicaux sur le territoire allemand. Ensuite, chaque Land constitue une commission paritaire de professionnels représentant les praticiens conventionnés et de représentants des caisses de sécurité sociale et c'est cette dernière qui attribue ou non l'autorisation pour l'installation d'un praticien en fonction des directives édictées par la commission fédérale [57].

Pour évaluer les besoins en soins, l'Etat fédéral d'Allemagne a divisé le territoire en 395 circonscriptions médicales classées dans 10 catégories différentes qui sont les suivantes [57] :

- zones très peuplées : villes centres de plus de 100 000 habitants, les arrondissements très densément peuplés (plus de 300 habitants au km²), les arrondissements densément peuplés (entre 150 et 300 habitants au km²) et les arrondissements moins peuplés (moins de 150 habitants au km²)
- zones en voie de densification : 3 sous catégories
- zones rurales : 2 sous catégories
- Ruhr

Pour chaque spécialité médicale, y compris la médecine générale et la chirurgie dentaire, et pour chacune des 10 catégories, la commission fédérale détermine un indicateur de médicalisation qui correspond au nombre d'habitants par professionnel. Ces indicateurs

permettent de déterminer le nombre de praticiens par circonscription et par spécialité et de fixer ainsi un quota. Les autorisations sont délivrées jusqu'à un seuil de 110% du quota. Mais à l'heure actuelle, le marché est saturé et seuls les cabinets de médecine générale sont autorisés à s'installer [5]. Mais il existe tout de même des exceptions : en cas de reprise d'un cabinet, le praticien a la possibilité de vendre son cabinet et le nouvel arrivant n'est pas contraint de demander une nouvelle autorisation, ou en cas de besoins particuliers, principalement pour les sous spécialités, ou en cas d'installation dans un cabinet de groupe [57].

Ce qu'il faut savoir également, c'est que les études sont très largement ouvertes en Allemagne. En effet, la constitution allemande garantit la liberté de choix de la profession et il est interdit aux universités de restreindre l'accès aux étudiants sauf en cas d'épuisement des possibilités d'accueil et de formation. L'Etat allemand souhaiterait donc mettre en place une limitation de l'accès aux études médicales justifiée par le fait que la demande de soins augmente avec l'offre de médecins et de praticiens et constitue un facteur d'augmentation des dépenses de santé. Il s'agit là d'un enjeu politique, économique et sanitaire. Or ce n'est pas au niveau fédéral mais au niveau des Länder, responsables de l'enseignement, que se situe le pouvoir de déterminer le nombre d'étudiants admis dans les facultés. Le nombre d'étudiants est déterminé en fonction des places disponibles et non pas en fonction de l'évaluation des besoins. Il n'y a donc pas de régulation en terme de démographie médicale. [5]

En conclusion, l'Allemagne possède une réglementation stricte par le biais du conventionnement lors de l'installation des professionnels médicaux, qui permet de compenser la faible régulation à l'entrée des études.

4.3.2. Belgique

Le système de santé belge a historiquement toujours été très proche du système de santé français. En effet, comme en France, ce sont les partenaires sociaux qui gèrent le budget réservé au système de soins issu des prélèvements obligatoires effectués sur les salaires des

travailleurs. Cet organisme de gestion en Belgique s'intitule l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité) [5].

Le 29 août 1997, une nouvelle réforme est mise en place qui a pour objectif de fixer le nombre global de dentistes autorisés à exercer, appelés aussi « titre professionnel particulier » [11]. En effet, la Belgique présente une densité de Chirurgiens Dentistes très supérieure à celle de la France et qui s'élevait à 8,3 pour 100 000 habitants en 2003 alors qu'en France elle était de 6,9 [39]. Ceci étant, le territoire connaît d'importantes disparités régionales [57]. C'est pourquoi ce quota était réparti par communauté territoriale par une commission nationale instituée par le gouvernement belge. C'est cette commission de la planification et de l'offre médicale qui fixait le nombre de Chirurgiens Dentistes qui seraient conventionnés par l'INAMI. Elle était composée d'universitaires, d'experts en santé publique, de représentants du ministère des affaires sociales, des mutuelles, des représentants politiques des communautés et de représentants de l'INAMI (présents à titre consultatif). En revanche les doyens des facultés étaient absents. Chacun des acteurs y recherchaient ses intérêts : les mutuelles souhaitent diminuer les effectifs pour diminuer leurs dépenses, les professionnels veulent surtout préserver le paiement à l'acte sans plafonner leur activité et les représentants des communautés se soucient de la qualité des soins prodiguée à la population [5]. Cette commission disposait de 3 missions principales : évaluer les besoins en soins médicaux de la population (pour les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes), évaluer l'accès aux études en fonction de ces besoins et adresser un rapport final au gouvernement sur la relation entre ces besoins, l'accès aux études médicales et l'accès aux stages nécessaires pour valider la formation des étudiants [11]. Une fois l'autorisation d'exercer obtenue par l'INAMI, il n'existait alors plus de restriction quant au choix d'installation du praticien. Il détient alors une totale liberté d'établissement, ce qui est également le cas des praticiens non conventionnés [57].

A partir de 2002, un nouvel arrêté instaure une nouvelle limitation à l'accès à la formation via un quota de places en stage pour les étudiants. Cette double régulation sera maintenue jusqu'au 19 Août 2011 où un arrêté abrogea l'obligation de demande d'autorisation d'exercice auprès de l'INAMI pour se focaliser uniquement sur une régulation de la formation des étudiants. En effet, pendant ces 10 années, le pays fût confronté à un écart important entre le nombre d'étudiants qui avaient accès à la formation dentaire, le quota annuel d'accès aux stages et le quota annuel de jeunes praticiens conventionnés par l'INAMI [11].

En conclusion, la Belgique bénéficie d'une régulation des professionnels qui s'effectuait à l'installation via un système de conventionnement sélectif institué par le gouvernement belge et mis en œuvre par l'INAMI puis s'est progressivement dirigé vers une régulation administrée de l'accès à la formation.

4.3.3. Suisse

La Suisse est un des rares Etats d'Europe à ne pas faire partie de l'Union Européenne. Elle n'est donc pas contrainte par les différents traités établis et expliqués auparavant.

La Suisse compte sur son territoire 4208 praticiens en médecine dentaire, soit une densité de 52 médecins dentistes pour 100 000 habitants, nettement inférieure à la moyenne française et européenne [5]. Or, il semblerait que ces effectifs réduits soient issus d'une politique nationale visant à réduire les dépenses de santé par réduction de l'offre de soins [57].

Initialement, la législation Suisse ne prévoit pas de restrictions de la liberté d'installation des médecins ou des médecins dentistes. Mais en 2002, une mesure appelée « La clause de besoins » a été votée et est entrée en vigueur le 4 Juillet 2002. Elle a pour but de mieux répartir les professionnels sur le territoire et de limiter le nombre de prestataires, et par là les prestations, à la charge de l'assurance maladie. Cette clause concerne aussi bien les médecins généralistes que les spécialistes, ainsi que les Chirugiens Dentistes. L'Etat fédéral détermine à travers cette clause le nombre maximum de professionnels par catégorie et par canton. Ceci étant, il est donné aux cantons la possibilité de revoir à la hausse ou à la baisse ce nombre, en fonction des besoins sur le terrain, sans oublier de tenir compte des cantons voisins. Ainsi, chaque nouveau professionnel souhaitant s'installer sur le territoire suisse, doit, au préalable, obtenir une autorisation auprès du canton dans lequel il souhaite s'établir et de la fédération de professionnels auquel il est rattaché [57].

Il est à noter que lorsque cette clause de besoins a été mise en place, celle-ci était prévue pour une durée de 3 ans, mais elle a été prolongée jusqu'au 3 Juillet 2008, date à laquelle elle a pris fin. Puis elle a finalement été réinstaurée à partir du 1 er Juillet 2013, pour

une durée de 3 ans renouvelable également.

En 2004, une étude a été publiée sur les effets de la clause du besoin. Celle-ci met en avant que sur la liste des médecins ayant reçu une autorisation d'installation, 15% n'avaient pas d'activité et parmi eux des médecins retraités toujours inscrits sur les listes des praticiens en exercice. Elle critique notamment les autorités qui utilisent des chiffres officiels obsolètes et lance un appel urgent pour assurer la relève de la médecine et pouvoir couvrir les besoins en soins dans les années à venir [35].

Enfin, la Suisse a depuis 1998 instauré un système de *Numerus Clausus* limitant le nombre d'étudiants accédant aux études médicales. Ce nombre est fonction des capacités d'accueil des universités [57].

La Suisse possède donc une double régulation. Une première régulation du nombre de professionnels, et ceci de manière permanente, et une nouvelle régulation en terme de choix d'installation. Mais il est important de noter que cette limitation de choix est temporaire, limitée dans le temps et exceptionnelle.

4.4. Régulation faiblement administrée

4.4.1. Pays-Bas

Les Pays-Bas ont, comme la France, de manière générale, une faible ingérence de l'Etat quant au choix d'installation des professionnels de santé. En effet, jusqu'en 1992, les médecins étaient forcés d'obtenir l'autorisation de la commune où ils souhaitaient s'installer avant de pouvoir ouvrir le cabinet. Cette loi a été abrogée par la suite et dorénavant, les praticiens ont le libre choix dans leur installation professionnelle. Ceci étant, il est à noter qu'il existe de nombreux cas où les praticiens déjà installés font pression sur les nouveaux collègues souhaitant s'installer dans la même commune, à travers les assurances maladies qui les menacent de ne pas les conventionner [57].

En amont, il existe une régulation du nombre de praticiens sur le territoire néerlandais. C'est le ministre de l'éducation qui fixe chaque année un *Numerus Clausus* au niveau national

déterminant le nombre d'étudiants qui vont pouvoir poursuivre des études médicales dans les universités néerlandaises. Ce nombre est souvent sujet à controverse entre les différents interlocuteurs que ce soit du côté du gouvernement ou du côté des professionnels [57].

Ainsi, l'on retrouve de nombreuses similitudes entre le système français et le système néerlandais. Il existe une unique régulation du nombre d'étudiants et une libre installation par la suite. Or les Pays-Bas ont l'une des plus faibles densités européennes en matière de Chirugiens Dentistes qui oscille à environ 50 praticiens pour 100 000 habitants (contre 80 en France) – Figure 12. Les praticiens accusent les politiques d'entretenir cette pénurie.

4.5. Synthèse

Au fil des années, l'Europe a su regrouper les pays qui la composent sous une coupole de valeurs uniques et reconnues par tous, permettant la liberté de circulation et d'établissement de ses ressortissants entre autres. Ceci a permis d'unifier les Etats européens tout en préservant les particularités des systèmes politiques de manière générale, et plus spécifiquement, des systèmes de santé.

En effet, il s'avère que l'ensemble des Etats d'Europe possède des systèmes de régulation des professions de santé. Ces régulations sont plus ou moins strictes et font intervenir l'Etat à plus ou moins grande échelle. En revanche, elles ont toutes pour objectif de couvrir en proportion suffisante les besoins en soins de la population, de manière égale et équitable. Certaines préconisent une régulation en amont sur le nombre d'étudiants à intégrer les facultés de Chirurgie Dentaire, souvent appelé *Numerus Clausus* et qui est sensé être déterminé en fonction des besoins en praticiens mais qui aujourd'hui est souvent déterminé en fonction des capacités des universités ce qui, au fil des années, a participé à la création d'une pénurie. Ou bien une régulation en aval, à la sortie des études, limitant la liberté d'installation des jeunes diplômés par différents moyens : refus de conventionnement, clause de besoins etc... Mais aucun Etat européen n'a instauré de double régulation. Seule la Suisse a récemment instauré une limitation de la liberté d'installation, de manière temporaire, alors qu'elle possédait déjà un système de *Numerus Clausus*. Il semblerait qu'une limitation et à

l'entrée et à la sortie des études aurait pour effet de dissuader les jeunes étudiants et donc d'accentuer le manque de professionnels. Et comme vu précédemment, la Suisse à l'une des plus faibles densités en Chirugiens Dentistes en Europe.

5. Conclusion

Face à un défi sans précédent, aujourd'hui plus que jamais, la nécessité de réconcilier les professionnels libéraux avec les pouvoirs publics est indispensable.

Les professions libérales en France sont chargées d'un bagage historique qui fait leur identité et leur richesse, mais pour pouvoir aller de l'avant, il faut que les praticiens soient en mesure de dominer leur mémoire collective et d'envisager une intégration intelligente dans les grands et rapides bouleversements que connaissent actuellement nos sociétés. Ne plus subir, mais créer le changement car il est inévitable, et accepter que l'Etat ou les caisses d'assurances maladies ou même les associations de patients, soient des interlocuteurs à part entière, ceci dans le but de créer des partenariats et une cohésion entre eux.

Or, avant de pouvoir envisager de réformer tout un système, il est urgent de redéfinir les rôles de chacun en termes de droits et de devoirs, de connaître les limites et le champ d'action délivré à chaque acteur. Cela serait également l'occasion de pouvoir déléguer certaines tâches habituellement réalisées par les médecins ou les Chirurgiens Dentistes à d'autres professionnels. Par exemple, en Europe, plusieurs pays ont intégré le métier d'hygiéniste dentaire qui se différencie du métier de Chirurgien Dentiste et qui permettraient à ces derniers de dégager du temps médical et de désengorger la situation dans de nombreux cabinets.

Vient ensuite la nécessité de définir une vraie stratégie territoriale. Maltraiter des professions déjà fragilisées par la situation actuelle, n'en est pas une. Cette stratégie doit impérativement prendre en compte l'environnement local, intégrer le maximum de facteurs qui pourraient l'influencer et les particularités sanitaires de la population qu'il dessert, le tout dans le but de cerner les problématiques spécifiques et de fournir une analyse territoriale précise et anticiper au moins à court terme, les besoins futurs et ainsi développer et fournir une offre de soins plus pertinente, plus adaptée et plus ciblée. Ceci à toutes les échelles, et à titre d'exemple, le plan Alzheimer 2008-2012 qui a été doté

d'un budget de 1,6 milliards d'euros tandis qu'aucun plan d'action destiné à inciter les praticiens à s'installer dans les zones de déserts médicaux n'a connu une telle envergure.

A plus grande échelle, en revanche, il semble que ce défi soit commun à tous puisque de nombreux pays voisins y font face, plus ou moins efficacement. Mais comme nous l'avons dit, chaque système est né d'une histoire qui lui est propre et spécifique.

Le changement n'est pas impossible, loin de là. Au contraire, le renouvellement des conditions d'exercice est indispensable et inévitable. Seulement, l'objectif est de réussir à l'orienter vers un approfondissement de la démocratie sanitaire qui garantirait l'intégrité de tous.

6. Index

ARS : Agences Régionales de Santé

CCE : Commissions des Communautés Européennes

CCG : Clinical Commissioning Group

CIADT : Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire

CJCE : Cour de Justice des Communautés Européennes

CMU : Couverture Maladie Universelle

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux de France

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

NC : *Numerus Clausus*

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NHS : National Health Service

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONCD : Ordre National des Chirurgiens Dentistes

ONDPS : Ordre National de la Démographie des Professions Médicales

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PCT : Primary Care Trust

RIIG : Raison Impérieuse d'Intérêt Général

TCE : Traité instituant la Communauté Européenne

TFUE : Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne

UE : Union Européenne

UFR : Unité de Formation et de Recherche

7. Bibliographie

1. AGENCE FRANCE-PRESSE.

Face à la pénurie de dentistes, des Anglais s'arrachent eux-mêmes les dents.

15 Octobre 2007

<http://www.ladepeche.fr/article/2007/10/15/61020-face-penurie-dentistes-anglais-arrachent-memes-dents.html>

2. AGENCE REGIONAL DE SANTE.

Projet Régional de Santé de l'ARS Ile-de-France, Détermination des niveaux de dotation en Chirurgiens Dentistes libéraux, Document de concertation régionale, 2013

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE->

[FRANCE/ARS/Actualites/2013/Concertation_zonageIdf_CD_2013.pdf](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/2013/Concertation_zonageIdf_CD_2013.pdf)

3. BERLAND Y., GAUSSERON T.

Mission « Démographie des professions de santé ».

Rapport n°2002135. Novembre 2002.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643/0000.pdf>

4. BLONDIN S.

Zones rurales à votre santé.

Paris : Ginkgo Editions, 2012.

5. BOURGUEIL (Y.), DURR (U.), ROCAMORA-HOUZARD (S.).

La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats- Unis, au Québec et au Royaume-Uni.

DREES, Etudes et résultats, n°120, juin 2001.

6. BOURNOT M-C, GOUPLI M-C, TUFFREAU F ET COLL.

Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007.

Février 2008, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelMG/2008panel1_V1_rapport.pdf

7. BREUIL-GENIER P et SICART D.

La situation professionnelle des conjoints de médecins.

Etudes et Résultats, n° 439, septembre 2005.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/la-situation-professionnelle-des-conjoints-de-medecins,4752.html>

8. CEPRE L.

Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire.

Hérodote, 2011, 4(143) : 65-88.

http://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=HER_143_0065

9. CHEVALIER B.

L'encadrement de la compétence des Etats membres en matière fiscale par le droit communautaire.

<http://www.etudes-fiscales-internationales.com/media/00/00/1097109859.doc>

10. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.

11. COMMISSION DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MEDICALE.

La planification de l'offre médicale en Belgique.

Bruxelles. 2012.

http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@healthprofessions/documents/ie2divers/19090405_fr.pdf

12. COMMISSION EUROPEENNE.

La santé dentaire.

Eurobaromètre Spécial 330, février 2010.

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_330_fr.pdf

13. COMMISSION NATIONALE PERMANENTE.

Liberté d'installation, liberté d'exercice quelle médecine pour quels médecins ?

14 Juin 2013.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rapportdudr.bouet.pdf>

14. CONFEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS DENTAIRE.

Chirurgiens Dentistes... Données chiffrées

Paris, 28 Aout 2014.

http://www.cnsd.fr/images/PDF/cnsd/2014_08_28_chirurgiens_dentistes_donnees_chiffrees.pdf

15. CONSEIL FEDERAL SUISSE.

Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

Arrêté du 3 Juillet 2013 art. 55a, al. 1, 3 et 5, de la loi fédérale du 18 mars 1994

<http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20123206/201307050000/832.103.pdf>

16. COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTES EUROPEENNES.

7 février 1979, Ministère public c/ V. Auer, aff 136/78

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:61978CJ0136&from=FR>

17. COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTES EUROPEENNES.

8 décembre 1987, Ministère public c/ André Gauchard, aff. 20/87, Rec. p. 4879

http://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:d680e374-d6bc-4844-892b-b56ba704bdc0.0001.06/DOC_1&format=PDF

18. COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTES EUROPEENNES.

12 juillet 1984, Klopp, affaire 107/83, Rec. p. 2985.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:61983CJ0107&from=FR>

19. COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES.

19 mai 2009, Commission c/ Italie, aff. C-531/06

http://curia.europa.eu/juris/document/document_print.jsf?doclang=FR&text=&pageIndex=0&part=1&mode=lst&docid=78517&occ=first&dir=&cid=359619

20. COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES.

27 juin 1996, P.H. Asscher contre Staatssecretaris van Financiën, aff.C-107/94, Rec.1996, p.I-03089.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:61994CJ0107&from=FR>

21. COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES.

27 Octobre 2005, Commission c/ Autriche, aff C-437/03

<http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?text=&docid=58099&pageIndex=0&doclang=FR&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=359817>

22. COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES.

30 novembre 1995, Gebhard , affaire C-55/94, Rec . p. 1-4165

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:61994CJ0055&from=FR>

23. COUR DE JUSTICE DE L'UNION EUROPÉENNE.

1er juin 2010, aff. C-570/07 et 571/07, Blanco Perez.

<http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=83710&pageIndex=0&doclang=FR&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=359926>

24. COUR DE JUSTICE DE L'UNION EUROPÉENNE.

N.V. Inspecteur Van de Belastingdiest Oost c/ Kantor Almelo, 7 septembre 2006, C-470/04.

<http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?text=&docid=63683&pageIndex=0&doclang=FR&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=360101>

25. COUR DES COMPTES.

Paris. FRA. Rapport de la sécurité sociale.

Chapitre 13 : les soins dentaires. Septembre 2010

http://www.ccomptes.fr/content/download/1471/14551/file/Rapport_securite_sociale_2010_septembre_2010_chapitre_13.pdf

26. DE FORGES J-M.

Le Droit de la Santé. 8^e ed. Collection « Que sais-je ? »

Paris : Presses Universitaires de France, 2012.

27. DEGENES P.

Définir les besoins démographiques en professions de santé. Fiche n°1

Janvier 2004.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Definir_les_besoins_demographiques_en_professions_de_sante.pdf

28. DELAS A.

L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques.

Hérodote, 2011 ; 4 (143) : 89-89.

<http://www.herodote.org/IMG/pdf/143.Delas.pdf>

29. DESCOURS C.

Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire, Rapport au ministère de la Santé, mai 2003.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000383/0000.pdf>

30. GICQUEL P.

Déterminants de l'installation en zone rurale : enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Thèse Doctorat : Médecine, Nantes, 2010.

31. FONDS DE FINANCEMENT DE LA PROTECTION COMPLEMENTAIRE DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE.

Rapport d'activité 2013

Paris : Fonds Cmu, 2014, 132 pages

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2013.pdf

32. GOBERT M, ARTOISENET C, ROCH I.

Offre et besoins en soins dentaires, Perspectives d'avenir.

Université catholique de Louvain. 2007.

[http://www.sesa.ucl.ac.be/sesaweb/publications/acrobat/RapportSynthese%20Dentistes%20Pases%20+3\(2007\)%20.pdf](http://www.sesa.ucl.ac.be/sesaweb/publications/acrobat/RapportSynthese%20Dentistes%20Pases%20+3(2007)%20.pdf)

33. HASSENTEUFEL P, DAVESNE A.

Les médecins face aux réformes du système de soins.

Institut Montparnasse. Octobre 2013.

<http://www.institut-montparnasse.fr/wp-content/files/Collection-recherche-n-6-les-medecins-entre-politique-publique-et-aspiration-liberale.pdf>

34. HEMINGWAY. IN.

Le Petit Larousse Grand Format.

Paris : Larousse 2014 : 1391-1392.

35. HORN T., WICK H-D.

Application de la clause du besoin dans le canton de Vaud.

PrimaryCare 2005;5: (18) : 414-418

<http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/defr/2005/2005-18/2005-18-135.PDF>

36. HUBERT E.

Mission de concertation sur la médecine de Proximité.

Rapport, Décembre 2010.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000622/0000.pdf>

37. INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET FISCALES.

Réformer et améliorer le système de santé grâce au privé et à la concurrence

Octobre 2013.

<http://fr.irefeurope.org/Reformer-et-ameliorer-le-systeme-de-Sante-grace-au-privé-et-a-la-concurrence,a2586>

38. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES.

Projections de population à l'horizon 2060 – Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans
Insee Première n°1320, octobre 2010.

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf>

39. INTERREG III.

Prestataire de soins.

Observatoire Régional de la Santé de Champagne – Ardenne, Observatoire Régional de la Santé de Picardie, Observatoire de la Santé du Hainaut, Observatoire Franco - Belge de la Santé.

Mai 2006.

<http://www.or2s.fr/Portals/0/TBTS/Prestataires%20100706.pdf>

40. JOURNAL OFFICIEL DE L'UNION EUROPEENNE.

Traité sur le fonctionnement de l'union européenne.

26 Octobre 2012.

41. LAPLACE L. ET COLL.

Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90.
Santé Publique, 2002 ; 14 (1) : 47-56

http://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=SPUB_021_0047

42. LAURENT E.

Vers l'Egalité des territoires : Dynamiques, mesures, politiques.

Février 2013.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000131/0000.pdf>

43. LECOURIEUX A.

La libre circulation des personnes physiques et morales, la libre circulation des services, la liberté d'établissement, la libre prestation de services dans la constitution européenne.

8 Avril 2005, 6p

<http://hussonet.free.fr/alcircu.pdf>

44. LEGENT F.

Une brève histoire de la stomatologie.

Bibliothèque numérique Medica. Mars 2012.

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/orli.htm>

45. LEGMANN M.

Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale.

Avril 2010.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000184/0000.pdf>

46. MERRIER F-X.

L'État-providence. 3^e ed. Collection « Que sais-je ? »

Paris : Presses Universitaires de France, 2007.

47. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE.

Stratégie nationale de santé.

23 septembre 2013.

<http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/breves,2325/feuille-de-route-de-la-strategie,16246.html>

48. ORDRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS MEDICALES.

Etat des lieux de la démographie des Chirurgiens Dentistes en France.

Décembre 2013.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf

49. PARIZEL E ET COLL.

La télé-médecine en questions.

Études. 2013 ; 419 (11) : 461-472.

http://www.cairn.info/resume_p.php?ID_ARTICLE=ETU_4195_0461

50. PERCHOUX L.

La féminisation de la profession dentaire va-t-elle modifier l'offre de soins ?

Inf Dent 2005.

51. PERIGEOIS E.

Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel.

Mars 2007(BVA opinion).

<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetebvaattentesdesmedecins.pdf>

52. RAPPORT À LA COMMISSION DES COMPTES DE SECURITE SOCIALE

Démographie, activité et revenu des Chirurgiens Dentistes.

10-1. Juin 2010.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss201006_fic-10-1.pdf

53. REPUBLIQUE FRANCAISE.

Loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025553296&categorieLien=id>

54. RIGAL E., MICHEAU J.

Le métier de Chirurgien Dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions. Une étude qualitative.

Septembre 2007.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_metier_de_chirurgien_dentiste_-_caracteristiques_actuelles_et_evolutions.pdf

55. SCHNEIDER H.

Pourquoi les déserts médicaux ?

18 décembre 2012

<http://www.les4verites.com/economie-4v/pourquoi-les-deserts-medicaux>

56. SENAT.

Déserts médicaux : agir vraiment.

5 février 2013.

<http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-335-syn.pdf>

57. SENAT.

La démographie médicale : étude de législation comparée.

Rapport n°185, mai 2008

<http://www.senat.fr/lc/lc185/lc185.pdf>

58. SICART D, COLLET M.

Projection de Chirurgiens Dentistes en activité en France à l'horizon 2030 : sources, méthodes et principaux résultats.

Série Etude: n°68, septembre 2007.

<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13457/1/serieetud68.pdf>

59. SICART D.

Les professions de santé au 1^{er} Janvier 2014.

DREES. Document de travail : Serie statistiques n°189, Juin 2014.

60. SORNIN N.

La santé, affaire d'État.

Le Débat. 2011 ; 5 (167) : 124-136.

61. TABUTEAU D.

La crise de la médecine : comment en sortir ?

Le Débat. 2011 ; 5 (167) : 113-117.

62. UNION REGIONALE DES CAISSE D'ASSURANCE-MALADIE D'ILE DE FRANCE.

Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux.

Mars 2002.

http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_020409.pdf

63. UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE-MALADIE DE BASSE NORMANDIE.

Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux.

Caen : URCAM Basse N, 2001

64. VASSAL, J-P.

L'Entreprise cabinet dentaire.

Paris : EDP Sciences, 2012.

ALOLAIWY (Tasnim). – Installation des Chirurgiens Dentistes en Europe : Le libre choix est il la règle ?.

RESUME

La liberté d'installation des Chirurgiens Dentistes est aujourd'hui plus que jamais l'objet de controverse. Les uns y voient la cause directe d'une inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire français et d'autres y voient le socle d'un ensemble de valeurs propres aux professions libérales. Mais le conflit entre ces deux visions est-il inéluctable ? Existerait-il une alternative ? L'Europe peut-elle apporter la solution ? Profiter de l'expérience des différents Etats européens pourrait-il être la réponse à la situation actuelle en France ?

Pour répondre à cette question, des réglementations en termes de liberté d'installation de 5 pays européens ont été étudiées : Angleterre, Allemagne, Suisse, Belgique, Pays-Bas.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Santé publique

MOTS CLES MESH

Liberté– Freedom
Autorisation d'exercer – Licensure
Cabinet dentaire – Dental Office
Europe – Europe
Chirurgien dentiste - Dentist

JURY

Président : Professeur Perez F.
Assesseur : Professeur Jean A.
Directeur : Docteur Marion D.
Assesseur : Docteur Grand D.

ADRESSE DE L'AUTEUR

13 rue de la Soulère – 49080 Bouchemaine
Tasnim.alolaiwy@gmail.com