



Erétudes et Résultats

N° 594 • septembre 2007

Les chirurgiens-dentistes en France

Situation démographique et analyse des comportements en 2006

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

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

Marc COLLET, Daniel SICART

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

A PRÈS une présentation de la situation des chirurgiens-dentistes en France au 31 décembre 2006, cette étude décrit leurs comportements d'entrée, de mobilité et de sortie de la vie active. Une telle analyse permet de mieux comprendre les trajectoires professionnelles des chirurgiens-dentistes, leurs évolutions dans le temps et leurs déterminants, autant d'éléments indispensables pour fonder des projections démographiques (Collet et Sicart, 2007).

40 300 chirurgiens-dentistes actifs au 31 décembre 2006

Au 31 décembre 2006, l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) recense environ 40 300 chirurgiens-dentistes actifs, c'est-à-dire exerçant une activité relevant de « l'art dentaire »¹ sur le territoire français et donnant donc lieu à une inscription à l'Ordre (encadré 1). Si leur nombre a crû de plus de 4 % par rapport à 1990 (graphique 1), on observe depuis 2004 une diminution des effectifs (-2 %). La population française ayant évolué plus rapidement au cours des quinze dernières années, la densité de chirurgiens-dentistes a diminué, passant de 67 praticiens pour 100 000 habitants en 1990 à 65 actuellement. La France se situe ainsi dans une position intermédiaire par rapport aux autres pays développés comparables, en termes d'offre de soins bucco-dentaires² : les données 2005 montrent en effet que la France présente une densité de chirurgiens-dentistes par habitant proche de celle de l'Allemagne, de la Belgique, des États-Unis et du Japon. Elle reste inférieure à celles observées dans les pays scandinaves mais nettement supérieure à celles du Royaume-Uni et des pays de l'Europe du Sud et de l'Est.

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

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

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

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

À la fin de l'année 2006, 91,5 % des chirurgiens-dentistes exercent en libéral pour seulement 8,5 % de salariés. Les libéraux se répartissent de manière à peu près égale entre exercice individuel et exercice en groupe. Seuls deux praticiens sur trois emploient une assistante dentaire qualifiée, la moitié à temps plein et l'autre moitié à temps partiel. Bien que la part des salariés ait augmenté

de 2 points par rapport à 1990 (6,5 %), l'exercice de l'odontologie se fait donc encore essentiellement en cabinet libéral. Le faible taux de féminisation enregistré dans la profession peut donc aussi s'expliquer pour partie par le fait que les femmes ont été (et sont encore) beaucoup moins enclines à exercer en libéral (Evain, Amar, 2006 ; Aïach, Cèbe, Cresson, Philippe, 2001). D'autre part, l'apparition de techniques et d'outils modernes a récemment permis une réduction de la charge physique inhérente à l'exercice de la profession, charge probablement cause d'un moindre attrait pour les femmes dans le passé.

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

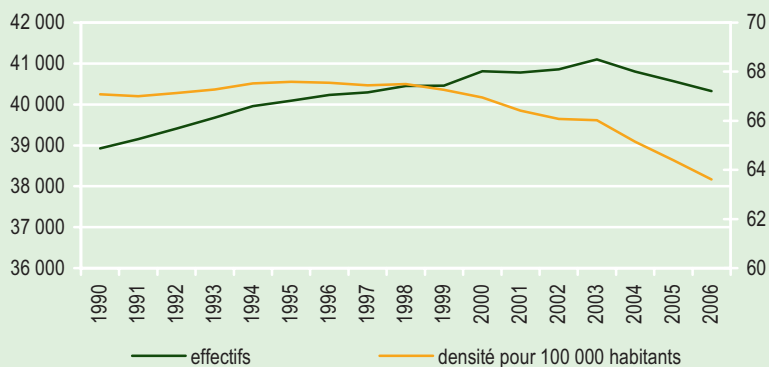
Par ailleurs, la part des spécialistes en orthopédie dento-faciale (ODF) demeure relativement minoritaire (un peu moins de 5 % des praticiens actifs) en dépit d'un accroissement de 2 points par rapport à 1990. La part des femmes parmi les spécia-

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

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

■ GRAPHIQUE 1

Évolution du nombre et de la densité des chirurgiens-dentistes entre 1990 et 2006

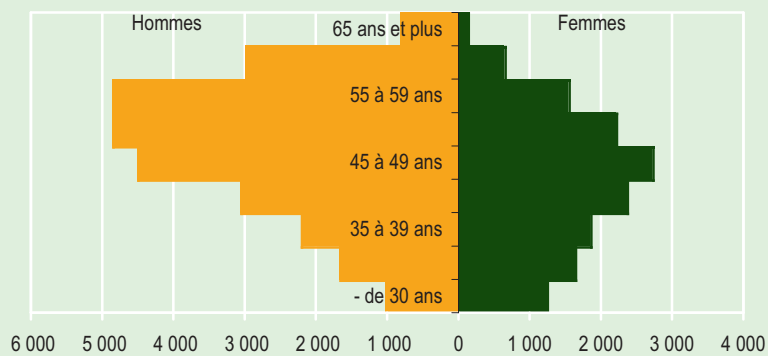


Champ • France entière.

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

■ GRAPHIQUE 2

Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes actifs au 31 décembre 2006

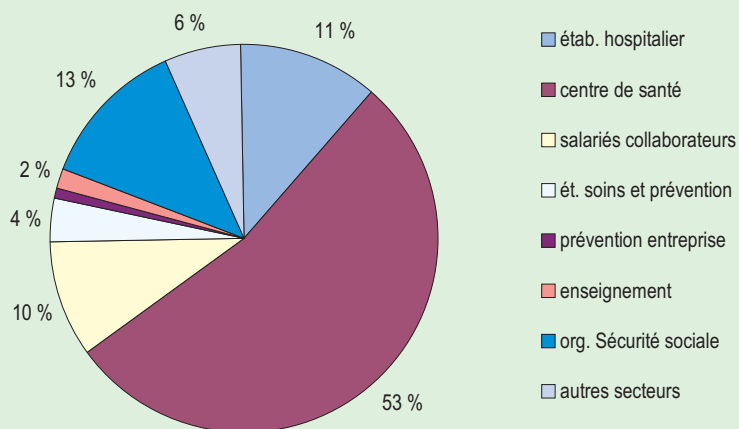


Champ • France entière.

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

■ GRAPHIQUE 3

Répartition par secteur d'activité des chirurgiens-dentistes salariés en 2006



Champ • France entière.

Sources • Répertoire Adeli au 1^{er} janvier 2007, DREES.

listes est restée stable et relativement élevée à hauteur de 56 %.

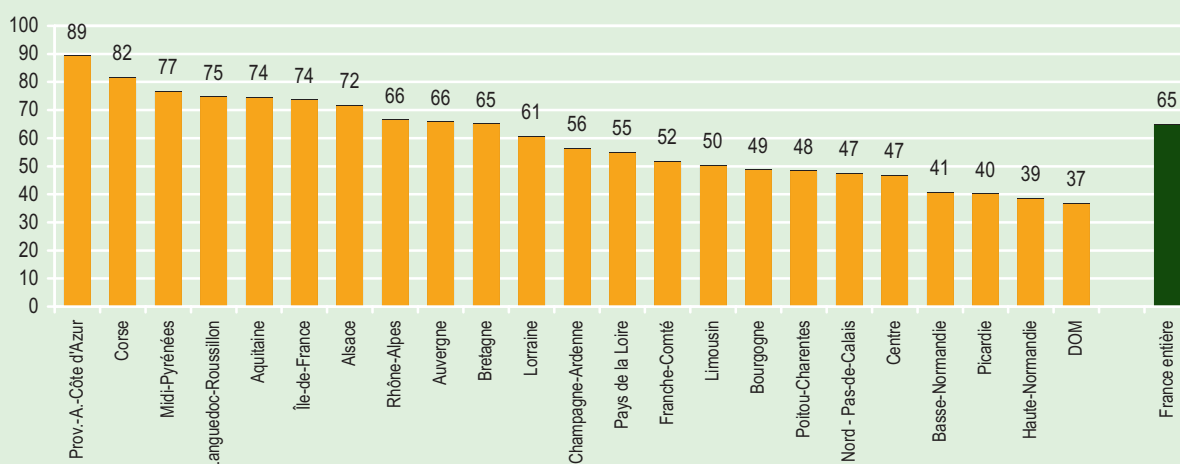
Des inégalités territoriales fortes : entre Nord et Sud et entre communes rurales et grands pôles urbains...

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

À un niveau géographique plus fin, les densités varient selon la taille d'unité urbaine et le type de communes (urbaines, périurbaines, périphériques, rurales). Tout d'abord, la

GRAPHIQUE 4

Densité régionale de chirurgiens-dentistes (pour 100 000 habitants)



Champ • France entière.

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

ENCADRÉ 1

Les sources statistiques relatives aux chirurgiens-dentistes

De quels dentistes parle-t-on ?

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

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

Les autres sources de données existantes

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

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

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

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

À leur première inscription à l'Ordre, les professionnels se voient attribuer un identifiant unique et invariant au cours de leur vie professionnelle. Grâce à cet identifiant commun aux bases historiques consécutives de l'Ordre entre 2000 et 2004, il est possible de constituer un panel couvrant ces cinq années, c'est-à-dire de regrouper dans une seule base les informations disponibles pour chacun des professionnels sur les années considérées : âge, sexe, année de diplôme, année d'entrée dans la vie active, situation d'exercice (actif ou inactif, salarié ou libéral)... Ces données longitudinales, bien que partielles, autorisent ainsi à réaliser des estimations sur les trajectoires professionnelles des individus selon leur âge, leur sexe et leur mode d'exercice (comportements d'entrée dans la vie active, interruptions et reprises d'activité, passage d'un statut d'exercice à l'autre). La principale limite de ce type de données est d'imposer des hypothèses parfois simplificatrices (telles que des comportements inchangés dans le temps en fonction de l'âge, du sexe et du mode d'exercice).

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

Champ • France entière.

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

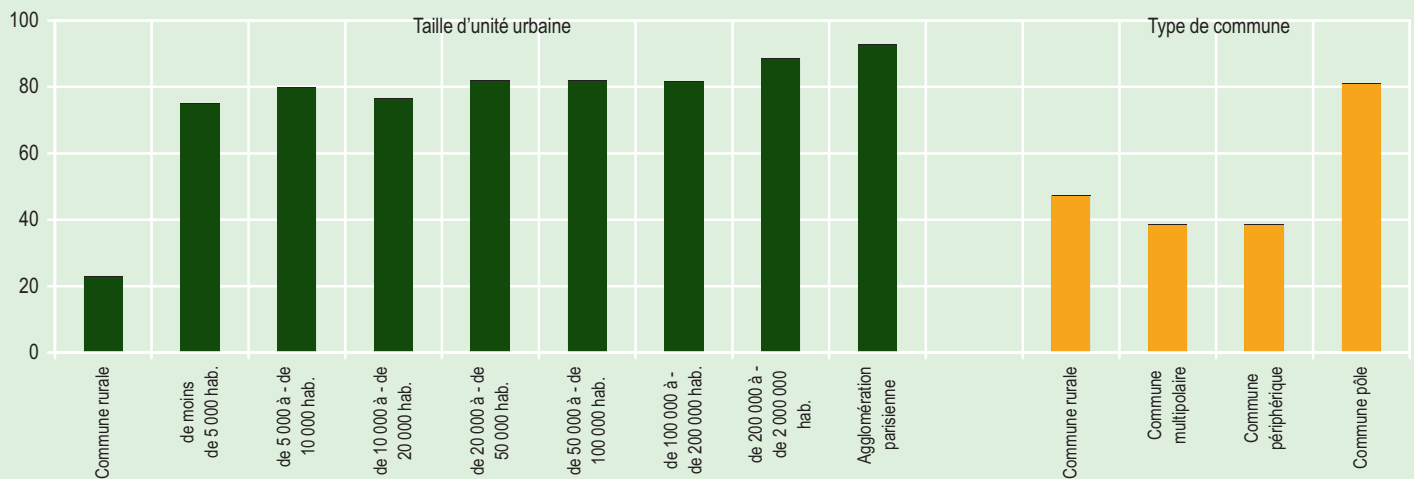
densité en chirurgiens-dentistes s'accroît avec la taille de la commune (graphique 5), avec trois grands profils. Ces professionnels sont peu implantés dans les communes rurales (un peu plus de 20 dentistes pour 100 000 habitants). Les densités observées sont en revanche uniformes autour de 80 pour 100 000 habitants dans les communes de moins de 200 000 habitants et proches de 90 pour 100 000 habitants

dans les grandes agglomérations. Les chirurgiens-dentistes, à l'instar de nombreuses professions libérales, privilégient très nettement les « pôles urbains » au détriment des communes « périphériques » ou « multipolarisées » (graphique 5). Par ailleurs, des études ont montré que l'activité en soins dentaires varie fortement selon les caractéristiques des zones considérées : avec 50 % d'actes relevant de traitements orthodon-

tiques (TO : séance de surveillance, prise d'empreinte...) en 2003 pour seulement un quart de soins conservateurs (SC : détartrage, plombage...) et un quart d'actes de prothèse dentaire (SPR), les praticiens des zones rurales se distinguent de leur confrères qui affichent en moyenne 48 % de SC, 40 % d'actes de prothèse dentaire pour seulement 12 % d'actes codés en TO (Bessière, Coldefy, Collet, 2006).

GRAPHIQUE 5

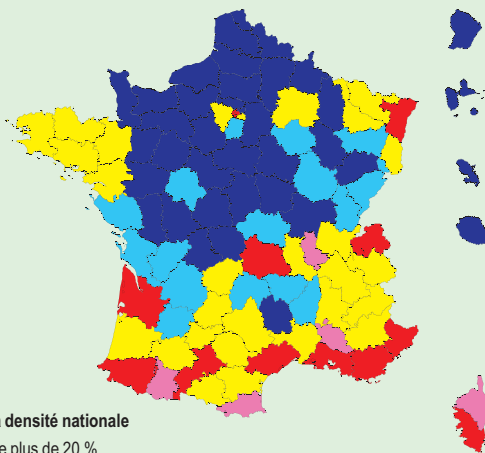
Densité moyenne des chirurgiens-dentistes au 1^{er} janvier 2007 selon la taille de l'unité urbaine et le type de commune d'exercice



Sources • Répertoire Adeli au 1er janvier 2007, DREES.

CARTE 1

Densité des chirurgiens-dentistes, par département



Par rapport à la densité nationale

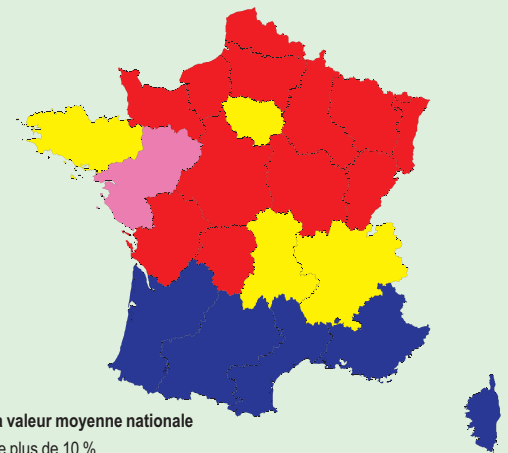
- inférieur de plus de 20 %
- inférieur de 10 % à 20 %
- compris entre -10 % et +10 %
- supérieur de 10 % à 20 %
- supérieur de plus de 20 %

Champ • France entière.

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

CARTE 2

Revenu libéral moyen des chirurgiens-dentistes, par région



Par rapport à la valeur moyenne nationale

- inférieur de plus de 10 %
- inférieur de 5 % à 10 %
- compris entre -5 % et +5 %
- supérieur de 5 % à 10 %
- supérieur de plus de 10 %

Champ • Ensemble des praticiens ayant perçu au moins un euro d'honoraire au cours de l'année.

Sources • Fichier SNIR (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES des revenus 2003.

... qui s'expliqueraient davantage par des choix personnels ou professionnels que par la recherche de rentabilité économique

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

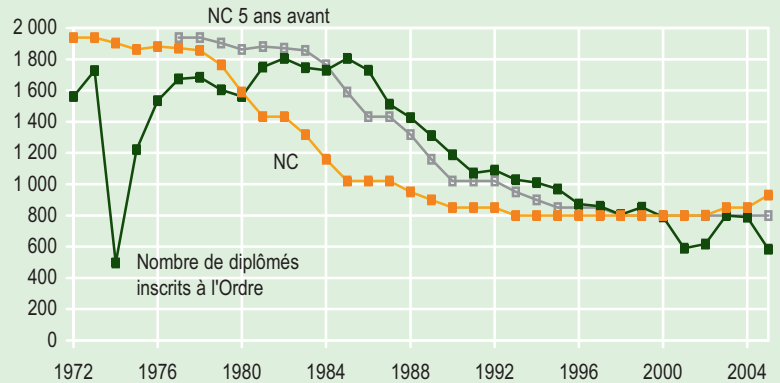
Le nombre de diplômés s'inscrivant à l'Ordre a fluctué avec la mise en place du *numerus clausus*

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

Les *numerus clausus* (comme le nombre de postes ouverts à l'internat) dans le cursus d'odontologie sont, chaque année, fixés par arrêté

GRAPHIQUE 6

Évolution du *numerus clausus* (NC) en odontologie et du nombre de premières inscriptions à l'Ordre

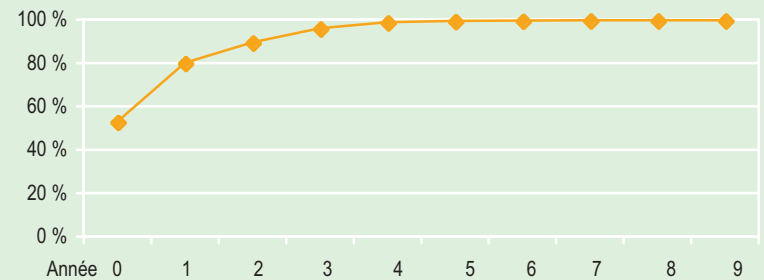


Note • Le très faible nombre de diplômés enregistré en 1974 est lié à la mise en place du *numerus clausus* qui a différé l'obtention du diplôme de ces promotions de diplômés. De même, le léger décrochage observé au début des années 2000 est lié à l'allongement d'un an des études en odontologie.

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

GRAPHIQUE 7

Délai (en années) entre obtention du diplôme et entrée dans la vie active, estimé sur les dix dernières promotions de diplômés



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

Champ • France entière.

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

TABLEAU 1

Répartition par classe d'âge et par mode d'exercice des entrées dans la vie active au cours des trois dernières années selon le sexe (en %)

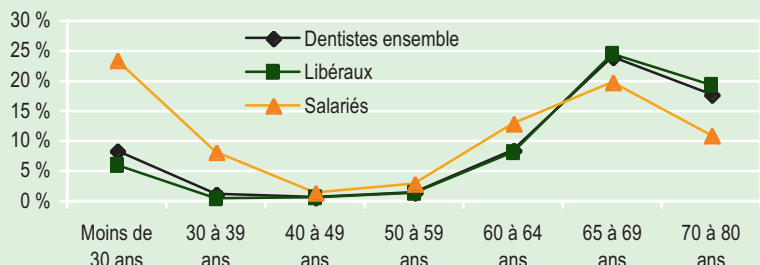
Classe d'âge	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Libéral	Salarié	Libéral	Salarié	Libéral	Salarié
Moins de 25 ans	2,5	0,1	3,4	0,7	2,9	0,4
25 à 29 ans	69,1	9,3	66,0	18,1	67,5	13,7
30 à 34 ans	9,4	2,1	4,7	1,8	7,1	2,0
35 à 39 ans	1,5	0,6	1,6	0,9	1,6	0,7
40 ans et plus	3,4	1,8	1,6	1,3	2,5	1,6
Ensemble	86,0	14,0	77,3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

Champ • France entière.

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

GRAPHIQUE 8

Taux de sortie / entrée estimés (soldes des interruptions et des reprises d'activité) par classe d'âge, selon le mode d'exercice (moyenne sur les trois dernières années)



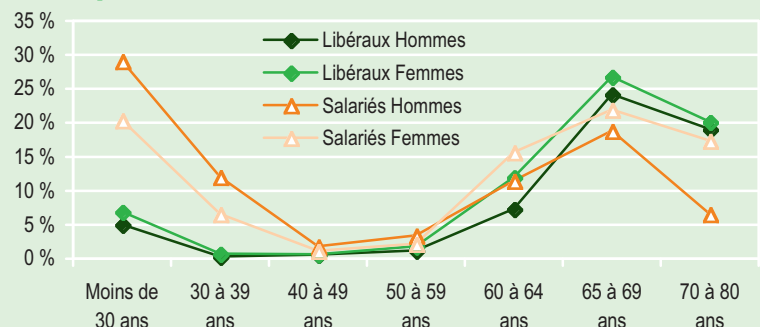
Lecture • Les courbes donnent, pour chaque classe d'âge et pour chacun des groupes de chirurgiens-dentistes, les taux de cessation d'activité « nets » estimés. Ils s'interprètent comme suit : pour une classe d'âge donnée, le taux de cessation « net » correspond au solde des praticiens actifs de cette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

Champ • France entière.

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

GRAPHIQUE 9

Taux de sortie / entrée estimés par classe d'âge et mode d'exercice selon le sexe (moyenne sur les trois dernières années)



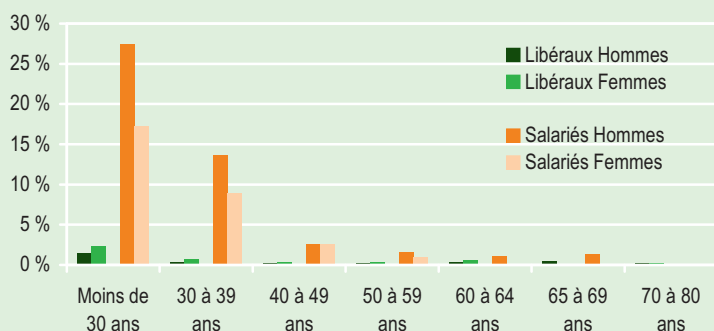
Lecture • Idem que le graphique 8.

Champ • France entière.

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

GRAPHIQUE 10

Taux de mobilité par classe d'âge et sexe entre exercice libéral et salarié



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

Champ • France entière.

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

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

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

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

La notion de « délai d'entrée dans la vie active » doit prendre en compte cumulativement les temps écoulés entre l'obtention du diplôme et la première inscription à l'Ordre d'une part, puis entre la primo inscription et le premier exercice professionnel d'autre part. En effet, dans les données étudiées, la primo inscription à l'Ordre ne saurait être assimilée à l'entrée dans la vie active : parmi les

primo entrants entre 2000 et 2004, plus d'un quart d'entre eux se déclaraient inactifs au moment de leur inscription.

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

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

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

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

Une fois passé cet âge, et jusqu'à 60 ans, le solde entre les sorties et les reprises d'activité devient très marginal (à hauteur de 1 %). Au-delà, les reprises d'activité demeurent négligeables, alors que les interruptions (qui peuvent dès lors s'interpréter comme des cessations) augmentent sensiblement. Les cessations d'activité des chirurgiens-dentistes ne sont toutefois pas concentrées à un âge

précis et certains praticiens ont tendance à cesser tardivement leur exercice : on estime ainsi, sur la base des données 2000-2004, que l'effectif de ceux qui prennent leur retraite entre 60 et 64 ans est à peu près équivalent à l'effectif de ceux qui la prennent à partir de 65 ans (graphique 8). Pour autant, à compter de 75 ans, la quasi-totalité des praticiens ont cessé toute activité.

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

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

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

■ Pour en savoir plus

- Aiach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C., 2001, « Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques », ENSP, éditions Recherche Santé Social de l'ENSP.
- Bessière S., Coldefy M., Collet M., 2006, « Une typologie des configurations de l'offre de soins de premier recours au niveau cantonal », in *Rapport 2005 de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé*, tome 1, Paris, La Documentation française.
- Bessière S., 2005, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, DREES, janvier-mars.
- Billaut A., Breuil-Genier P., Collet M., Sicart D., 2006, « Les évolutions démographiques des professionnels de santé », *Données sociales : la société française*, INSEE, mai.
- Bois D., Massonnaud J., Melet J., 2003, *Rapport de la mission odontologie*, La Documentation française, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, novembre.
- CNAMTS, 2006, « Le secteur libéral des professions de santé en 2004 », *Carnets statistiques*, n° 112.
- Collet M., Sicart D., 2007, « La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 - Un exercice de projection au niveau national », *Études et Résultats*, DREES, n° 595, septembre.
- Evain F., Amar M., 2006, « Les indépendants », *Insee Première*, INSEE, n° 1084, juin.
- Legendre N., 2006, « Les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes », *Études et Résultats*, DREES, n° 501, juin.