



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I  
U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

Année 2015

THESE N° 2015 LYO 1D67

**T H E S E  
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

**Présentée et soutenue publiquement le : 10 décembre 2015**

**par**

**COTE Cyrielle**

**Née le 15 juillet 1990, à Evian-Les-Bains (74)**

---

**Exercice en montagne : un exercice à part entière ?**

---

**JURY**

<b>Mme GROSGOGEAT Brigitte</b>	<b>Présidente</b>
<b>M. <u>COMTE</u> Bruno</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Mme RICHARD Béatrice</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Mme BERTONI-TALIN Angélique</b>	<b>Assesseur</b>

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	M. le Professeur F-N. GILLY
Vice-Président du Conseil d'Administration	M. le Professeur H. BEN HADID
Vice-Président du Conseil Scientifique et de la Commission de Recherche	M. le Professeur P-G. GILLET
Vice-Président du Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire et de la Commission de la Formation et de la Vie Universitaire	M. le Professeur P. LALLE

## SECTEUR SANTE

Faculté de Médecine Lyon Est	Directeur : M. le Professeur. J. ETIENNE
Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux	Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON
Faculté d'Odontologie	Directeur : M. le Professeur D. BOURGEOIS
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Directrice : Mme la Professeure C. VINCIGUERRA
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation	Directeur : M. le Professeur Y. MATILLON
Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine	Directrice : Mme la Professeure A.M. SCHOTT

## SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies	Directeur : M. F. DE MARCHI, Maître de Conférences
UFR des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives	Directeur : M. Y. VANPOULLE, Professeur Agrégé
Institut Universitaire de Technologie Lyon 1	Directeur : M. le Professeur C. VITON
Ecole Polytechnique Universitaire de l'Université Lyon 1	Directeur : M. P. FOURNIER
Institut de Science Financière et d'Assurances	Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de Conférences
Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPE)	Directeur : M. le Professeur A. MOUGNIOTTE
Observatoire de Lyon	Directeur : M. B. GUIDERDONI, Directeur de Recherche CNRS
Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique	Directeur : M. G. PIGNAULT

# FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

<b>Doyen</b> :	M. Denis BOURGEOIS, Professeur des Universités
<b>Vice-Doyen</b> :	Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités
<b>Vice-Doyen</b> :	M. Stéphane VIENNOT, Maître de Conférences
<b>Vice-Doyen</b> :	Mlle DARNE Juliette

## **SOUS-SECTION 56-01:**

### **PEDODONTIE**

Professeur des Universités :	<u>M. Jean-Jacques MORRIER</u>
Maître de Conférences :	M. Jean-Pierre DUPREZ

## **SOUS-SECTION 56-02 :**

### **ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE**

Maîtres de Conférences :	Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, <u>Mme Claire PERNIER</u> ,
--------------------------	---

## **SOUS-SECTION 56-03 :**

### **PREVENTION - EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE**

Professeur des Universités	M. Denis BOURGEOIS
Professeur des Universités Associé :	M. Juan Carlos LLODRA CALVO
Maître de Conférences	<u>M. Bruno COMTE</u>

## **SOUS-SECTION 57-01 :**

### **PARODONTOLOGIE**

Maîtres de Conférences :	Mme Kerstin GRITSCH, <u>M. Philippe RODIER</u> ,
--------------------------	--

## **SOUS-SECTION 57-02 :**

### **CHIRURGIE BUCCALE - PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION**

Maître de Conférences :	Mme Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD, <u>M. Thomas FORTIN</u> , M. Jean-Pierre FUSARI, M. Arnaud LAFON
-------------------------	---

## **SOUS-SECTION 57-03 :**

### **SCIENCES BIOLOGIQUES**

Professeur des Universités :	<u>M. J. Christophe FARGES</u>
Maîtres de Conférences :	Mme Béatrice RICHARD, Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, M. François VIRARD

## **SOUS-SECTION 58-01 :**

### **ODONTOLOGIE CONSERVATRICE - ENDODONTIE**

Professeur des Universités :	M. Pierre FARGE, <u>M. Jean-Christophe MAURIN</u> , Mme Dominique SEUX
Maîtres de Conférences :	Mme Marion LUCCHINI, M. Thierry SELLI, M. Cyril VILLAT

## **SOUS-SECTION 58-02 :**

### **PROTHESE**

Professeurs des Universités :	M. Guillaume MALQUARTI, Mme Catherine MILLET
Maîtres de Conférences :	M. Christophe JEANNIN, M. Renaud NOHARET, <u>M. Gilbert VIGUIE</u> , M. Stéphane VIENNOT

## **SOUS-SECTION 58-03 :**

### **SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES OCCLUSODONTIQUES, BIOMATERIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE**

Professeur des Universités :	Mme Brigitte GROSGOGEAT, <u>M. Olivier ROBIN</u>
Maîtres de Conférences :	M. Patrick EXBRAYAT, Mme Sophie VEYRE-GOULET
Maître de Conférences Associé :	AYARI Hanène

## **SECTION 87 :**

### **SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES**

Maître de Conférences	Mme Florence CARROUEL
-----------------------	-----------------------

*A notre Présidente du jury,*

**Professeure GROSGOGÉAT/BALAYRE Brigitte**

Professeure des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Lyon I

Habilité à Diriger des Recherches

*Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous avez fait en  
présidant cette thèse.*

*Veillez trouver par ce travail l'expression de notre gratitude.*

*A notre juge et directeur de thèse,*

**Docteur COMTE Bruno**

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Lyon I

Responsable de la sous-section Prévention

*Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger ce travail.  
Nous sommes honorées de votre collaboration pour cette  
thèse, et avons su apprécier vos conseils avisés.*

*Vous trouverez, ici l'expression de notre gratitude.*

*A notre juge,*

**Docteur RICHARD Béatrice**

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Bordeaux 2

*Nous sommes honorées de votre présence dans ce jury.*

*Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez pu porter à  
notre travail.*

*Nous avons pu apprécier durant nos études votre  
professionnalisme, votre gentillesse ainsi que votre bonne humeur  
et votre disponibilité.*

*Vous trouverez ici l'expression de notre gratitude.*

*A notre juge,*

**Docteur BERTONI-TALIN Angélique**

Assistant hospitalo-universitaire au CSERD de Lyon

Docteur en Chirurgie Dentaire

*Nous vous remercions pour votre implication et votre  
intérêt dans notre travail.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude.*

*Au Docteur Houg*, pour avoir cru en la faisabilité de ce travail, nous vous remercions pour toute l'aide que vous avez pu nous apporter.

*Au Docteur Calloc'h Anne Sophie*, pour votre aide dans le recueil d'informations de cette thèse, pour votre disponibilité, et pour m'avoir montré tous les avantages au fait d'exercer en montagne. Vous trouverez par ce travail l'expression de notre gratitude.

*A la bibliothécaire, Mme Marie-Christine Rostaing*, pour son aide et son implication dans notre travail.

1.	INTRODUCTION.....	1
2.	DEMOGRAPHIE DES CABINETS DE MONTAGNE.....	3
2.1.	Historique des cabinets dentaires en montagne.....	3
2.1.1.	Introduction .....	3
2.1.2.	Le développement touristique .....	4
2.1.3.	Historique des cabinets de montagne .....	6
2.2.	Démographie des chirurgiens-dentistes .....	10
2.2.1.	En France .....	10
2.2.2.	En région Rhône-Alpes .....	12
2.2.3.	Démographie des départements savoyards.....	14
2.2.4.	Comparaison de la démographie de montagne avec la plaine .....	14
3.	ORGANISATION DES SOINS DENTAIRES EN MONTAGNE .....	15
3.1.	L'exercice en montagne : une organisation spécifique .....	15
3.1.1.	Le personnel.....	15
3.1.1.1.	Chirurgien-dentiste.....	15
3.1.1.2.	Assistante, secrétaire, collaborateur .....	17
3.1.1.3.	Prothésiste / personnel de maintenance.....	18
3.1.2.	La patientèle : dualité saisonnier / touriste .....	18
3.1.3.	Le cabinet .....	21
3.1.4.	Le matériel.....	22
3.2.	Organisation des soins dans les cabinets de montagne .....	23
3.2.1.	En fonction de la saison : dualité été / hiver / intersaison .....	23
3.2.2.	La place des urgences parmi les soins.....	24
3.2.2.1.	Les soins, la prothèse.....	24
3.2.2.2.	Les urgences : nature de l'urgence, fréquence .....	24
3.2.3.	Pathologies bucco-dentaires spécifiques à la montagne.....	25
3.2.3.1.	Dûes au froid .....	26
3.2.3.2.	Dûes à la pression .....	26
3.2.3.3.	Dûes aux activités touristiques dans les stations de sports d'hiver .....	27
4.	PERSPECTIVES .....	31
4.1.	Praticiens exerçant dans les stations de sports d'hiver.....	31
4.2.	Autres : praticiens exerçant en zones sous-dotées .....	32
4.3.	Solutions .....	33
4.3.1.	Mesures en place .....	34
4.3.1.1.	Financières .....	34

4.3.1.2.	Cumul emploi-retraite .....	34
4.3.1.3.	Aide aux étudiants .....	34
4.3.1.4.	Aides à l'installation ou au maintien des professions de santé.....	35
4.3.1.5.	Modes d'exercices particuliers autorisés.....	35
4.3.1.6.	Maison de santé pluridisciplinaire.....	35
4.3.1.7.	Contrat incitatif du chirurgien-dentiste .....	35
4.3.1.8.	Contrat d'engagement de service public .....	36
4.3.2.	Mesures possibles.....	37
5.	CONCLUSION.....	38
	BIBLIOGRAPHIE .....	I

## 1. INTRODUCTION

La montagne a longtemps été méconnue, crainte, perçue comme un milieu hostile, éloigné et avec des conditions climatiques parfois extrêmes.

Petit à petit, au cours du XXème siècle, avec le développement des moyens de communications et de transport, il y a eu une extension vers la montagne. On a alors tenté de « l'apprivoiser » et d'en faire un « terrain de jeu », qui s'est progressivement transformé en destination touristique.

Ainsi, la venue de la population locale et d'un nombre important de touristes, a été accompagné d'une migration de professionnels de santé tels que médecins ou chirurgiens-dentistes ; dans le but de répondre à une demande de soins croissante au sein de cet environnement.

En cela, une question nous vient à l'esprit : l'exercice de ces professionnels de santé est-il différent de celui que l'on pourrait rencontrer en ville ?

Nous étudierons tout d'abord l'historique de ces cabinets de montagne, avec en premier lieu le développement des populations dans ces zones montagnardes, ainsi que celui du tourisme.

Nous verrons comment s'en est suivi, petit à petit, l'installation de chirurgiens-dentistes dans ces zones pour répondre à une demande de soins.

Puis nous observerons la démographie des chirurgiens-dentistes, avec un rappel de la démographie des chirurgiens-dentistes en France, dans la région Rhône-Alpes et les départements savoyards, et nous comparerons cette démographie de chirurgiens-dentistes en montagne avec les chirurgiens-dentistes « de plaine ».

Ensuite nous présenterons l'organisation spécifique du cabinet dentaire de montagne. Nous nous intéresserons au personnel travaillant pour ces cabinets de montagne : les différents profils de praticiens exerçant dans ces zones, aussi variés soient-ils, les éventuels collaborateurs, assistantes également, ainsi que les relations avec les protagonistes travaillant pour les cabinets dentaires.

Nous verrons en quoi une patientèle différente de la ville entraîne une certaine organisation du cabinet, que nous étudierons par la suite. Nous nous intéresserons enfin à la nécessité de matériel spécifique.

Nous analyserons également comment s'organisent les soins, avec une activité rythmée par la saisonnalité ainsi que la place des urgences parmi les soins.

Nous noterons de plus que certaines pathologies dentaires se retrouvent alors davantage en montagne, notamment aux vues des conditions climatiques.

Pour terminer, suivant le lieu où l'on se trouve, et la façon dont on gère le cabinet, différentes problématiques apparaîtront pour ces cabinets de montagne, avec notamment la question des zones sous-dotées en milieu rural.

Enfin, nous étudierons les perspectives et les solutions afin de gérer cette problématique.

## 2. DEMOGRAPHIE DES CABINETS DE MONTAGNE

### 2.1. Historique des cabinets dentaires en montagne

#### 2.1.1. Introduction

Pourquoi parler de chirurgiens-dentistes en montagne ? Pourquoi y a-t-il eu besoin de chirurgiens-dentistes en montagne ?

Il est devenu nécessaire, avec l'installation progressive d'une population dans des villages et stations de montagne nouvellement créés, de disposer de professionnels de santé en ces zones, afin de répondre à une demande de soins nouvelle.

De plus, l'afflux de touristes toujours plus nombreux chaque année bouleverse cette demande. L'arrivée d'urgences dentaires dans les cabinets, qu'il faut alors prendre en charge, nécessite d'une offre de soins dentaires dans ce milieu isolé, qui peut être alors très éloigné de la ville la plus proche dotée en chirurgiens-dentistes.

Les Alpes sont considérées comme la plus grande destination de ski et le premier domaine skiable au monde (1), comportant ainsi le plus de stations de ski (35 % des stations de ski au monde se situent dans les Alpes), et de remontées mécaniques (39%) au monde.

De plus, le rapport de L.Vanat (1), référence mondiale pour évaluer l'évolution du tourisme en montagne, montre que les cinq stations de ski au monde les plus visitées se situent dans les Alpes.

Pour la France, la station de sports d'hiver La Plagne occupe la première position dans le classement des stations internationales les plus visitées, suivi des Arcs (4<sup>ème</sup>), Val Thorens (8<sup>ème</sup>), Courchevel (9<sup>ème</sup>).

Les Alpes Françaises se développent sur 80 % du territoire de la Savoie (détenant l'altitude la plus élevée de France, et département le plus montagneux de France), et la moitié de la Haute Savoie. (2)

Il apparaît alors judicieux de centrer notre étude sur les Alpes et les départements de Savoie et Haute Savoie.

Depuis toujours, les chirurgiens-dentistes ont suivi l'évolution des populations et du tourisme qui se développe en Savoie et Haute Savoie.

Le premier type de tourisme à se développer fut un tourisme estival. Puis est apparu, en complément, un tourisme hivernal.

En cela, nous allons étudier les différentes étapes du développement touristique de la région, puis nous étudierons ces flux de professionnels de santé qui suivent ces populations.

### 2.1.2. Le développement touristique (3–7)

Il est important de noter tout d'abord que Savoie et Haute Savoie appartenaient au duché de Savoie, et sont devenus départements Français en 1860.

Le développement touristique est ancien en Savoie. C'est aussi la région touristique la plus ancienne du territoire Français (4).

#### Naissance du tourisme :

La montagne a longtemps été ignorée et, de ce fait, crainte. Puis, au siècle des Lumières, s'est développé le sentiment de nature et l'extension à la montagne (4).

A la fin du XVIIIème siècle, on trouve donc un premier impact touristique avec une trilogie « stations thermales »-Genève et alentours-Mont Blanc.

- On a en effet une redécouverte des eaux (car les thermes étaient connus depuis l'époque des Romains) à Aix-les-Bains, Evian-les-Bains, Saint-Gervais-les-Bains, créant alors de véritables stations thermales, qui étaient le lieu de rencontre de la haute société.
- Genève et ses alentours appartenant à la Savoie, étaient un lieu de rencontre intellectuelle. L'idée d'aller à l'encontre de la montagne est alors née.
- Le Mont Blanc et Chamonix étaient un lieu d'excursions avec l'âge d'or de l'alpinisme. Se développe alors la première station des Alpes et de Savoie, avec création des premiers hôtels.

On a donc à la fin du XIXème siècle un premier développement touristique en Savoie grâce aux thermes : à Aix-les-Bains 1783, puis Saint-Gervais-les-Bains en 1806, suivi de la Tarentaise, avec en 1840 ouverture d'un premier établissement thermal à Moutiers, les thermes d'Evian-les-Bains créés en 1824 et Thonon-les-Bains en 1888.

Les stations thermales étaient le lieu de rencontre de la bourgeoisie européenne. Aix-les-Bains fut à la base du lancement des eaux thermales.

Au début du XXème siècle, en Savoie, le tourisme se développe donc à travers le thermalisme puis petit à petit c'est l'alpinisme qui fait des adeptes (6). En 1741, on voit émerger les premiers touristes à Chamonix (des anglais, venus visiter des glaciers) (8).

### Voies de communications :

Le développement des voies de communication facilite le développement touristique. On a alors plus facilement accès à la montagne. On observe dès 1878, l'ouverture du tunnel de Fréjus, axe de communication à l'échelle européenne, ainsi que l'arrivée de la voie ferrée en 1850 à Chamonix, de Chambéry à Saint-Jean-de-Maurienne,...

De plus, l'accès à la montagne est rendu possible avec la multiplication des routes carrossables.

Au fur et à mesure se développeront les liaisons routières, voies ferrées, transports aériens et même la voie fluviale sur le Rhône par exemple.

Cependant, le cœur de la Maurienne est oublié jusque tardivement, dans le XX<sup>ème</sup> siècle.

On voit également un contraste entre Savoie du Nord et Savoie du Sud : la première se densifie touristiquement plus que la deuxième, grâce à un accès plus facile (étant moins montagneuse).

### L'essor touristique :

A la base du tourisme d'hiver, le ski est l'élément majeur.

Apparu dès 1879 en France, il se développe alors progressivement après la Première Guerre Mondiale. En 1924, il y aura l'instauration des Jeux Olympiques d'Hiver à Chamonix.

Petit à petit, les populations rurales s'installent en montagne : se forment alors de véritables petits villages montagnards.

Avec l'arrivée du ski, ces villages se développent alors, surtout pour les touristes aisés, désirant s'essayer à ce nouveau sport. On a donc progressivement de 1900 à 1935 le développement de la villégiature d'hiver.

Un autre élément important dans l'essor touristique correspond à l'installation de la première remontée mécanique pour le ski en France en 1931 : le téléphérique de Megève, qui a alors permis un accès à la haute montagne, révolutionnant ainsi l'approche de la montagne.

Donc, durant l'entre-deux-guerres, avec l'arrivée d'une nouvelle clientèle et accès plus facile aux classes moyennes, on ne trouve plus seulement l'alpinisme mais le développement d'une pratique plus familiale en montagne. On passe alors d'une villégiature d'été à de véritables stations de sports d'hiver. C'est alors que se développent des stations villageoises telles que Megève, Morzine, Saint-Gervais, la Clusaz...

Par la suite s'est mise en place une lourde industrialisation de la montagne, avec la création de nombreux hébergements.

Cela a permis de conquérir les domaines skiables d'altitude avec par exemple la création en 1935 de la station de l'Alpe d'Huez, qui est la première station dans les alpages.

En 1936 avec la création des congés payés, le tourisme s'ouvre au milieu populaire.

Ainsi, à la veille de la Deuxième Guerre Mondiale, on assiste alors à la révolution des sports d'hiver.

La Deuxième Guerre Mondiale a mis entre parenthèses le développement touristique.

Les populations montagnardes, participant activement au mouvement de la Résistance durant la guerre, sont décimées, avant de réaugmenter à l'après-guerre.

Ensuite, on assiste à un essor important du tourisme hivernal, jusqu'à atteindre le niveau du tourisme montagnard d'été : le tourisme bi-saisonnier voit le jour, ainsi que la création de nouveaux emplois.

Dès les années 1960, le développement s'est accéléré avec la création du « plan Neige ». En effet, on veut alors aménager le territoire montagnard et se développe alors une multitude de stations « nouvelles », dans de nouveaux villages alpins. Un exemple type est celui de Courchevel, sur laquelle les autres stations prendront exemple, comme « station intégrée ».

Le développement touristique en montagne s'est ainsi déroulé en trois phases : à la fin du XIXème siècle, le développement d'une villégiature d'été ; dès 1925, la création de stations de sports d'hiver puis une phase de troisième génération dès 1960 avec la massification des sports d'hiver et créations de stations « intégrées » d'altitude.

Aussi, les chirurgiens-dentistes, au fur à mesure de cette évolution des mœurs et de l'ascension vers la montagne, ont suivi ces populations, à partir du XXème siècle.

### 2.1.3. Historique des cabinets de montagne (5,9)

- Nous nous intéresserons dans cette partie particulièrement à Chambéry et ses environs, capitale politique des Comtés de Savoie ; la Haute Savoie suivant ce modèle avec un peu de retard.

Le plus ancien dentiste connu en Savoie date du XIVème siècle : il s'agissait d'un barbier auprès de la cour d'Amédée VII (Comte de Savoie XIVème siècle). Au Moyen Age, l'art dentaire est alors pratiqué par les barbiers chirurgiens et arracheurs de dents.

Jusqu'au XIXème siècle, il est très difficile d'avoir des sources sur les barbiers-dentistes.

En effet, il ne nous est fait mention d'eux que par le biais de la presse, annonçant alors la venue d'un dentiste ou bien indiquant quels dentistes sont domiciliés à Chambéry. La presse en Savoie date de 1816, et on y retrouve les avis de passage des dentistes dès 1828, mais il n'est pas exclu qu'il y ait eu des passages avant.

Puis, au XIX<sup>ème</sup> siècle, à Chambéry, les dentistes de passage laissent place à deux modes d'exercices :

- Les dentistes ambulants

Exerçant sur les champs de foire, en tant qu'arracheurs de dents ou bien praticiens exerçant dans une chambre d'hôtel par exemple, avec une visite tous les deux ans.

Ils annoncent alors leur venue par le biais de la presse, sous forme de publicité.

La majorité est non diplômée (jusqu'à la loi de 1892 instaurant le diplôme de chirurgien-dentiste).

Il y en aura cinq en tout jusqu'à la Première Guerre Mondiale.

- Les dentistes sédentaires :

En 1846, on voit la première installation d'un chirurgien-dentiste en Savoie (Dr Grand). Il propose un abonnement à dix francs par an pour tous les soins (ce qui permet une fidélisation de la clientèle) pour contrer les dentistes de passage.

Suite au rattachement des Savoies à la France, et dès 1880, un bouleversement s'opère : alors qu'on ne trouvait que trois dentistes en 1880, douze s'installent alors de 1884 à 1896 dans le département de la Savoie. A ce moment, le mode d'exercice des dentistes de passage s'éteint dans la capitale.

Ceci a été fortement amplifié par la loi du 30/11/1892 sur l'organisation de la médecine en France qui stipule que « Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de Docteur en Médecine ou de Chirurgien-Dentiste ». La même année trois cent diplômés sortent des deux seules écoles de Paris (10).

De 1900 à 1914, Chambéry voit son nombre de praticiens stagner alors que dans les vallées, le retard se rattrape. Quatre dentistes sédentaires se succéderont dans la capitale savoyarde.

On trouve alors deux chirurgiens-dentistes en Maurienne et deux en Tarentaise.

Avant la première guerre mondiale on a donc un total de huit dentistes sédentaires à Chambéry (avec donc une hausse de 160 %) alors que la population n'augmente, elle, que de 25%.

La ville d'Aix-les-Bains, station thermale, voit arriver de nombreux touristes (surtout étrangers) et un chirurgien-dentiste saisonnier.

Il y a alors 11 200 touristes à Aix les Bains pour 4200 habitants.

Depuis l'antiquité, la ville est connue pour ses sources d'eau chaude et dès 1870, la station thermale attire de plus en plus de touristes avec une apogée au début du XX<sup>ème</sup> siècle. La ville vit alors au rythme de la saison d'été.

Deux chirurgiens-dentistes exercent en saison touristique dans un cabinet secondaire à Aix-les-Bains et, en intersaison, à Chambéry.

On voit également apparaître des dentistes de passages (anglo-saxons) pour la saison estivale (jusqu'à octobre, ensuite pas de chirurgiens-dentistes en dehors de l'été). En 1882 deux chirurgiens-dentistes viennent passer l'été à Aix-les-Bains, puis se déplaçant dans le sud de la France sur la côte d'Azur, suivant alors la clientèle, le reste du temps.

En 1904 l'un d'eux finit par s'installer à Aix-les-Bains.

Jusqu'à la première Guerre mondiale, ils seront six à se succéder de 1889 à 1912 puis ne seront plus que deux pendant la guerre.

Cependant, avec le début de la Première Guerre Mondiale, le thermalisme diminue fortement, ainsi que de la vie touristique.

Donc jusqu'en 1880, Aix-les-Bains vit dans l'ombre de Chambéry, puis se développe avec la notoriété touristique.

- Côté vallées, les premiers praticiens y viennent dès 1887. Ce sont des *praticiens itinérants* (trois seulement avant la Guerre, il y en a sûrement eu d'autres mais difficile à retrouver à cause de l'absence de la presse locale).

Ils restaient souvent entre trois et huit jours dans chaque localité (surtout à Albertville et Moutiers), et ceci jusqu'à la Première Guerre Mondiale.

Il faudra noter un décalage de vingt ans par rapport à Chambéry quant à la manière d'exercer : dans la capitale savoyarde, il n'y a plus de dentistes itinérants depuis 1890.

Puis on a vu apparaître des dentistes chambériens *de passage* (trois en tout) en Tarentaise, assez régulièrement. Ils venaient exercer leur art à l'hôtel, surtout à Albertville ; un seul venant à Moutiers. Présents environ deux à quatre jours par mois de 1886 à 1896, cela permit les premiers soins dispensés régulièrement en Tarentaise.

On notera une utilisation de publicité répétée, à l'inverse de Chambéry à cette époque pour les dentistes de passage.

De même, pour la première fois en 1889 en Maurienne, on observera le déplacement d'un dentiste américain Dr. Britten.

Les retombées du succès chambérien peuvent s'apercevoir dans les vallées : les dentistes y viennent faire des déplacements chaque mois. Par exemple, en 1911, Dr. Rossitti se rend en Tarentaise et Maurienne de façon périodique, Dr. Duclos se rend également régulièrement en Tarentaise.

Ils continuent d'effectuer des avis de passage pour annoncer leur venue.

- Durant les dernières années du XIXème siècle il y a un véritable bouleversement avec des visites régulières de dentistes dans les villages de montagne, particulièrement en Tarentaise.

A cette époque, on voit également les premières *installations*: l'exemple est celui du Dr Sutter, qui exerçait à Albertville jusqu'en 1913 puis à Annecy. Mais il se déplaçait le lundi à Moutiers, s'est rendu quelques fois à Bourg Saint Maurice. Ce fut le seul au XIXème siècle installé en Tarentaise.

Durant le début du XXème siècle, un autre chirurgien-dentiste a exercé à Albertville tous les jours, à l'exception du lundi où il travaillait à Moutiers.

La déclaration de guerre coupe court à toutes les publicités, mais nous le retrouvons toujours en exercice à Albertville en 1940.

Ainsi, quatre praticiens se sont installés en Tarentaise, mais un seul avec un exercice durable et jamais plus de deux en même temps jusqu'en 1914.

En 1914, aucun des deux praticiens qui exercent à Albertville ne se déplace plus à Moutiers.

Pour conclure, on pourrait dire qu'avant 1880, il n'y avait pas vraiment de chirurgiens-dentistes en Tarentaise. Deux passages seulement y sont décrits. Dès 1886 avec les premiers chirurgiens-dentistes chambériens, un début de couverture dentaire apparaît. Puis, il y a eu l'installation en 1893 de Dr Sutter, qui fut pratiquement le seul jusqu'en 1912 en Tarentaise.

- A la différence du reste du département, les premiers dentistes venant en Maurienne ne sont pas des dentistes itinérants, mais sont installés à Chambéry, et de passage dans la vallée.

Ils y viendront tous les mois, comme en Tarentaise. On y retrouvera alors trois dentistes en tout de 1889 à 1899.

<h2 style="margin: 0;">Avis</h2> <h3 style="margin: 0;">M. V. FISCHER</h3> <p style="margin: 0;"><b>Chirurgien-dentiste, de Lyon</b> Cabinet : 5, rue de la Barre dentiste consultant des hôpitaux de Thiers, etc.</p> <p style="text-align: center;"><b>RECEVRA</b></p> <p style="margin: 0;">A MODANE, G<sup>e</sup> Hôtel International, Jeudi, 27 Octobre ;</p> <p style="margin: 0;">A ST-MICHEL, Hôtel des Alpes, Vendredi, 28 octobre ;</p> <p style="margin: 0;">A ST-JEAN-DE-MAURIENNE, Hôtel Saint- Georges, Samedi, 29 Octobre.</p> <p style="margin: 0;">M. FISCHER est spécialiste pour la pose et l'extraction des dents <i>sans douleur</i>, pour les plombages et tout ce qui concerne les soins de la bouche.</p> <p style="text-align: center;">— PRIX MODÉRÉS —</p>	<h2 style="margin: 0;">Avis</h2> <h3 style="margin: 0;">M. CH. LEMOINE</h3> <p style="margin: 0;"><b>M<sup>e</sup>-DENTISTE</b></p> <p style="margin: 0;">a l'honneur d'informer sa clientèle qu'il est toujours visible à St-Jean-de-Maurien- ne le 1<sup>er</sup> samedi de chaque mois et qu'il fera toujours tous ses efforts pour conten- ter tout le monde.</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>ON DEMANDE</b></p> <p style="text-align: center;"> <b>Chamois Vivants</b></p> <p style="margin: 0;">Ecrire RAMBAUD, 4, Rue de la Comète, Marseille.</p>
--	--

Un autre dentiste originaire de Saint-Jean-de-Maurienne (Dr .Parez) effectue des visites régulières. Mais on perd sa trace en 1908 lorsque les publicités disparaissent.

Aussi, après 1908, la vallée se retrouve sans praticiens. On notera une absence de chirurgiens-dentistes pendant deux ans jusqu'en 1911 puis on verra les premières installations avec un chirurgien-dentiste à Saint-Jean-de-Maurienne, un autre à Modane : Dr. Truchet, de 1911 à 1960 et un second chirurgien-dentiste s'installe en 1914 jusqu'en 1919.

Après la guerre, on verra une augmentation régulière de chirurgiens-dentistes en Maurienne, avec paradoxalement une diminution de la population due à une migration de la montagne vers la vallée. (10)

Entre 1968 et 1982, on voit une hausse importante d'installations supérieures à 60 km de Chambéry, dû au développement des stations de sports d'hiver. L'expansion du tourisme hivernal Savoyard crée de nombreuses installations professionnelles (surtout dans les vallées de la Maurienne et Tarentaise).

Ainsi, la profession dentaire suit le développement du secteur tertiaire, et ce, depuis le XXème siècle.

## 2.2. Démographie des chirurgiens-dentistes (11)

### 2.2.1. En France (12–16)

En France, on dénombre 41 186 chirurgiens-dentistes en 2014. Cela correspond à une densité de 63,1 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.

La densité des chirurgiens-dentistes ne cesse de diminuer (13).

Ceci a été mis en évidence dès septembre 2007, avec la publication du premier rapport de démographie pour la profession des chirurgiens-dentistes organisé par un organisme public (16), donc disposant de données objectives. Celui-ci traitait des projections démographiques en 2030 en fonction des éléments statistiques de 2007, afin d'apprécier l'impact de telle ou telle décision.

A comportement et numéros clausus constants, avec l'augmentation des départs à la retraite, la densité passerait de 65 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants en 2006 à 55 en 2015 et 40 en 2030.

D'après la Lettre 41, la profession de chirurgien-dentiste est la seule profession médicale dont le nombre diminue, avec le taux de croissance le plus faible des professions de santé (17).

C'est également la profession médicale la plus âgée. La moyenne d'âge est de 48,4 ans.

Il y a encore une majorité d'hommes chirurgiens-dentistes (60 %), mais on assiste à une féminisation de la profession de par la jeune génération qui est majoritairement féminine.

L'exercice dans les grandes villes est de plus en plus privilégié alors que pour les populations, on rencontre le phénomène inverse : davantage de personnes s'installent dans les villes et villages de moins de 10 000 habitants. En effet, 19,3 % des chirurgiens-dentistes exercent dans une commune de moins de 10 000 habitants.

Il y a alors une tendance à l'urbanisation des chirurgiens-dentistes, et cela pourrait s'expliquer par trois raisons : un confort de vie urbain avec l'accès aux équipements et loisirs, l'activité du conjoint et l'amortissement du plateau technique qui serait plus rapide en ville qu'à la campagne. De plus, on note que les nouveaux praticiens ont tendance à rester près de la faculté, et à préférer vivre en ville.

Comme décrit dans « le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions » (18), : « on s'installe quelque part parce qu'on y a grandi, fait un remplacement, fait ses études ... »

Au niveau régional, on note également de grandes différences selon les territoires, avec une densité pour les communes rurales d'environ 20 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.

On voit donc ainsi les grandes disparités entre les régions françaises, les départements, ainsi qu'au sein même des départements.

Ainsi, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie propose un découpage des territoires français (19) en :

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

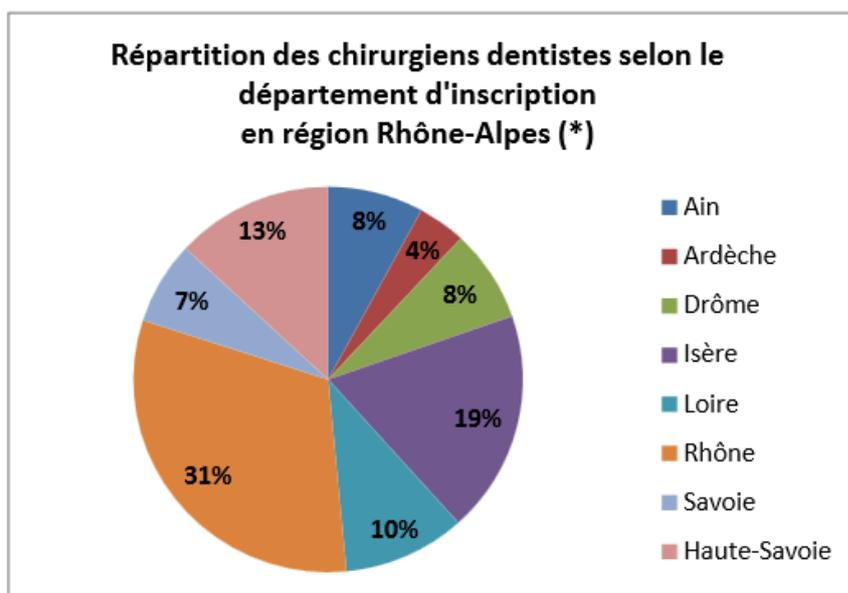
## 2.2.2. En région Rhône-Alpes (12)

En Rhône Alpes, la situation démographique est un peu semblable à celle de la France (20).

	Nombre de chirurgiens dentistes selon le département d'inscription (*)	Population légale au 1er janvier 2010	Densité de chirurgiens dentistes pour 100000 habitants
<b>Ain</b>	333	614 331	54,21
<b>Ardèche</b>	162	324 885	49,86
<b>Drôme</b>	324	499 313	64,89
<b>Isère</b>	759	1 233 759	61,52
<b>Loire</b>	415	766 729	54,13
<b>Rhône</b>	1285	1 756 069	73,17
<b>Savoie</b>	288	428 751	67,17
<b>Haute-Savoie</b>	548	760 979	72,01
<b>Rhône-Alpes</b>	4114	6 384 816	64,43
<b>France</b>	41458	64 612 939	64,16

Source DEOS/Ds-Pro - BO-RPPS – 02/10/2013

(\*) selon le département d'activité pour les chirurgiens-dentistes inscrits hors de la région Rhône-Alpes



Source DEOS/Ds-Pro - BO-RPPS – 02/10/2013

(\*) selon le département d'activité pour les chirurgiens-dentistes inscrits hors de la région Rhône-Alpes

En ce qui concerne la région Rhône-Alpes, on dénombre au 20 mars 2014, 4114 chirurgiens-dentistes (dont 209 orthodontistes) sur 6 384 816 habitants. Cela représente 9,92 % de l'effectif national.

On a donc une densité de 64,43 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, supérieure à la moyenne nationale. Cependant, on trouve des écarts importants entre les départements, avec de fortes disparités.

On note également une concentration progressive des chirurgiens-dentistes vers les villes (19). On passe en effet de 677 communes de la région Rhône-Alpes à posséder des chirurgiens-dentistes en 2007 à 688 en 2011.

Aussi, plus la densité de chirurgiens-dentistes est faible, plus la part des jeunes de moins de 35 ans y est faible (19). Il y a un réel manque d'attraction pour les communes à faible densité. On a donc un vieillissement de la population des chirurgiens-dentistes dans ces communes.

On note aussi que la répartition des chirurgiens-dentistes, comme pour le reste du pays, est inégale selon les départements.

Dans la région Rhône-Alpes, le sex-ratio est de 1,49 donc les hommes sont, comme au niveau national, plus nombreux que les femmes (ils représentent 60% des chirurgiens-dentistes en région Rhône-Alpes).

La moyenne d'âge est de 47,9 ans, donc un peu plus jeune qu'au niveau national.

Mais, comme pour le reste de l'hexagone, on assiste à une féminisation de la profession (les jeunes chirurgiens-dentistes sont majoritairement des femmes).

En ce qui concerne le mode d'exercice, il y a 3518 chirurgiens-dentistes libéraux en Rhône-Alpes, dont 484 en Haute Savoie, et 240 Savoie.

63% des chirurgiens-dentistes exerçant en Rhône-Alpes ont eu leur diplôme dans la région.

Ainsi, on voit que c'est une région attractive car 37% de la profession exerçant en Rhône-Alpes a obtenu son diplôme hors région, et 63 % de ceux qui sortent de Lyon (seule faculté de chirurgie dentaire en Rhône-Alpes) s'installent dans la région.

On notera également qu'en général, 32 % des praticiens formés en France restent dans le département où ils ont reçu leur diplôme et 32 % vont dans un autre département de la même région.

### 2.2.3. Démographie des départements savoyards

En 2013, on dénombre 288 chirurgiens-dentistes en Savoie pour 428 751 habitants, donc la densité des chirurgiens-dentistes est de 67,17 pour 100 000 habitants (cependant, la Savoie étant un département essentiellement montagneux, la densité n'est pas très représentative de l'accès aux soins).

En Haute Savoie, il y a 548 chirurgiens-dentistes, et 760 979 habitants donc une densité de 72,01 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.

Au niveau des deux départements, la Savoie détient une moyenne d'âge plus élevée (48,6 ans) que la Haute Savoie (47,4 ans). La population des chirurgiens-dentistes est vieillissante. Cela pose donc problème.

Encore une fois, au sein même de ces départements, les territoires sont très hétérogènes. Il y a alors beaucoup de zones rurales, avec une faible densité de chirurgiens-dentistes.

Cependant, on note que les revenus des praticiens sont d'autant plus élevés que la densité en chirurgiens-dentistes est faible.

### 2.2.4. Comparaison de la démographie de montagne avec la plaine (21)

« Les montagnes correspondent à une élévation du relief qui peut revêtir des formes très variées. Il faut distinguer la haute montagne (d'altitude élevée, généralement supérieure à 2 000 mètres), la moyenne montagne (moins élevée et dont les sommets sont usés par l'érosion) et les collines (de faible altitude). »(22)

Les praticiens se sont installés en montagne du fait d'une demande de soins par une population rurale ou touristique.

Ainsi, parler de « cabinet de montagne » est assez vaste, car ce dernier peut se trouver dans une station de sports d'hiver par exemple (dans la plupart des cas), ou bien même être situé dans la

vallée. Ainsi, même si l'organisation diffèrera entre ces deux cabinets, nous trouverons des éléments communs, étant donné que dans la vallée également, les cabinets sont confrontés au tourisme ; la région Rhône-Alpes étant la première région de France pour le tourisme hivernal. Certains sont donc plus ou moins impactés par la saisonnalité. Mais celle-ci se décline selon de nombreux micro territoires.

Il est important de noter qu'avec la montagne, est sous entendue la notion d'éloignement de la ville, ainsi que des conditions climatiques parfois extrêmes, amplifiées avec l'altitude : le froid, le vent, la neige.

### 3. ORGANISATION DES SOINS DENTAIRES EN MONTAGNE

#### 3.1. L'exercice en montagne : une organisation spécifique

##### 3.1.1. Le personnel

##### *3.1.1.1. Chirurgien-dentiste*

Une étude a été réalisée sur l'offre de soin libérale dans les zones touristiques alpines (23). Les résultats de celle-ci concernant le profil général des chirurgiens-dentistes ne diffèrent pas significativement de ceux de la population de chirurgiens-dentistes en France. Donc nous pouvons imaginer que cette étude peut être généralisable sur l'ensemble des cabinets de montagne, quelle que soit leur situation : en vallée ou en station de ski.

#### Qui sont les chirurgiens-dentistes qui exercent en montagne?

Il s'agirait pour les deux tiers de chirurgiens-dentistes masculins, avec une moyenne d'âge de 47 ans.

Les deux tiers sont omnipraticiens et le reste se dit être omnipraticien avec une spécialité non reconnue (implantologie, parodontologie,...), celle-ci représentant entre 25 et 50 % de leur activité en général.

En effet, il est nécessaire d'être omnipraticien en exerçant en montagne : les praticiens effectuent plus de soins variés, du fait de l'éloignement des villes, et orientent moins chez un spécialiste.

La plupart des chirurgiens-dentistes parle au minimum un peu anglais, et certains même une autre langue : par exemple les praticiens exerçant en Maurienne, près de la frontière italienne, parlent aussi italien.

Ce ne sont pas, contrairement aux médecins par exemple, des chirurgiens-dentistes saisonniers, en dehors de quelques collaborateurs exerçant en hiver.

Dans certaines communes, il y a peu d'habitants locaux. Il est alors difficile d'exercer en groupe en basse saison car l'activité serait insuffisante.

### Pourquoi en montagne? Une juste balance entre avantages et inconvénients

Pour la majorité des chirurgiens-dentistes étant installée en montagne, on note un goût prononcé pour le territoire, et souvent, la famille aux alentours. Ils ont fait leurs études à proximité (donc à Lyon).

Les chirurgiens-dentistes disent ainsi aimer la campagne / montagne et les activités de plein air (ski, randonnées,...).

La qualité de vie mentionnée est importante. On retrouve une qualité de paysage et environnementale, un contact avec la nature, l'absence de pollution. La vie y est plus tranquille, sans embouteillage ; et, malgré l'éloignement de la ville, il y a quand même des ressources suffisantes (écoles par exemple).

On notera que la vie rurale d'aujourd'hui n'a rien à voir avec celle d'il y a trente ou quarante ans.

Cependant, l'éloignement géographique des centres urbains peut repousser les chirurgiens-dentistes à aller s'installer en zone montagnarde.

Il faut aussi prendre en compte divers éléments de vie personnelle tel que le conjoint qui doit pouvoir exercer son activité en milieu rural, ce qui peut être un réel problème.

Une autre difficulté est le coût du loyer avec un coût de la vie en station très cher. Il est nécessaire également de s'adapter à la saisonnalité.

Deux tiers des chirurgiens-dentistes notent que leur activité n'est pas marquée par la saisonnalité. Ceux qui se sentent concernés trouvent que cela est un inconvénient, pour la majorité, avec une surcharge de travail notamment dûe aux urgences, à certaines périodes.

Le choix du lieu d'installation est donc fortement influencé par le choix du lieu de vie personnel.

### Chiffre d'affaire ?

- En montagne, on retrouvera les caractéristiques de l'exercice en zone rurale, comme présenté dans le rapport de l'URPS (19).

En effet, comme il y a un manque de chirurgiens-dentistes, la demande de soins est importante.

Il semblerait donc que les praticiens exerçant en zone rurale gagneraient mieux leur vie que ceux exerçant en ville, du fait de l'absence de concurrence.

Les praticiens exerçant en montagne ont généralement de bons revenus, qui, comme on l'a vu plus haut, sont supérieurs à la moyenne française (92 567 € en 2013 en France, d'après la DRESS, chiffres de la CARCDSF).

#### *3.1.1.2. Assistante, secrétaire, collaborateur*

D'après l'étude sur les conditions de travail des saisonniers (24), on note un réel problème quant au recrutement du personnel en général, comme l'assistante dentaire.

En effet, dans les stations de ski, les logements sont très chers. Ils sont réservés à des touristes prêts à payer des locations à prix élevés, souvent à la semaine. Il est alors difficile de recruter une assistante ou bien un collaborateur n'habitant pas dans les environs et ne possédant alors pas de logement. De même, le coût de la vie, élevé, peut être un frein supplémentaire quant au recrutement du personnel.

Souvent, les praticiens forment une assistante, résidant localement, pour contrer ce problème. L'enjeu en résultant est alors de garder son assistante sur le long terme, car une fois formée, l'assistante peut quitter le cabinet.

De plus, pour certains praticiens travaillant sept jours sur sept, notamment en saison d'hiver, il est alors difficile de trouver du personnel acceptant de travailler le dimanche par exemple, et avec des horaires parfois contraignants.

Aussi, comme il y a peu de praticiens en zones de montagne, l'interruption d'activité, pour raisons personnelles (maladie, maternité, ...) est plus compliquée car il est difficile de trouver un remplaçant venant exercer à l'écart de la ville. Peu de chirurgiens-dentistes prennent donc un remplaçant pendant leurs vacances.

De même, lors de la revente du cabinet, il devient problématique de trouver un acheteur car les jeunes praticiens qui n'ont pas grandi dans cet environnement particulier, désirent rester près des villes.

### 3.1.1.3. *Prothésiste / personnel de maintenance*

L'éloignement des cabinets de montagne avec la ville entraîne deux problématiques majeures :(19)

- le lien avec les entreprises de maintenance et de fonctionnement du cabinet est plus difficile.

En effet, dans le cas de pannes par exemple, il faudra plusieurs jours afin de résoudre le problème, le temps qu'un mécanicien se déplace.

Certains chirurgiens-dentistes alors achètent en double le matériel (surtout la stérilisation) afin de ne pas pénaliser l'activité du cabinet.

Ainsi, ils s'assurent également que tout soit en état de marche en début de saison, avec un contrôle rigoureux afin de prévenir ce genre de mésaventure.

- l'accès au prothésiste est aussi un problème.

Il est difficile d'être réactif face à la demande. Et, même si le recours à un transporteur est souvent le cas, les délais pour obtenir une prothèse pour les patients augmentent de façon conséquente.

Se pose alors la question de l'investissement dans du matériel de Conception et Fabrication Assistée par Ordinateur (CFAO), afin de contrer une partie du problème concernant la prothèse fixée par exemple.

Le cas le plus important est celui de réparations de prothèses. En effet, lorsqu'une réparation se présente, un vendredi soir, le transporteur ne vient, lui, que le lundi, et cela augmente encore les délais : avec le week-end, on perd trois jours. Ceci devient alors problématique pour les cabinets dentaires qui sont ouverts même le weekend en saison d'hiver.

### 3.1.2. La patientèle : dualité saisonnier / touriste

La région Rhône-Alpes, étant le premier domaine skiable au monde, comptait 160 400 saisonniers en 2007, et principalement dans le secteur du tourisme (25).

Ainsi, on pourra distinguer une patientèle très variée dans les cabinets dentaires de montagne.

En effet, en plus des locaux (ruraux), on distinguera les saisonniers (le plus souvent des jeunes, de passage pour la saison), ainsi que les touristes.

La patientèle semble être plus respectueuse et plus simple ; il y a alors de meilleures relations qu'en ville.

En général, l'état bucco-dentaire des ruraux est moins bon, et les soins sont davantage dictés par l'urgence.

Ainsi, un praticien travaillant à Courchevel (Savoie, France), raconte : « la patientèle est très hétéroclite. On peut avoir des patients venant au cabinet à ski, des patients de catégorie sociale très élevée, ainsi que le paysan du coin. Il faut donc s'adapter. Par exemple, j'ai dû acheter du composite A1 pour certains patients étrangers. Sans oublier le patient local, saisonnier, qui n'a pas le temps de se faire soigner pendant le « rush » de la saison. »

#### Les saisonniers :(24,26,27)

Le rythme de travail des saisonniers en général est très intensif, avec une fatigue et surmenage.

En effet, le chirurgien-dentiste ajoute « je n'ai jamais vu autant de patients bruxomanes ! Ici, les patients étant tellement sous pression avec un rythme intense, sept jours sur sept, pendant six mois, qu'ils sont stressés en permanence et bruxent beaucoup ».

De plus, les saisonniers en général, n'ayant « pas le temps » pour effectuer les soins en pleine saison, viennent au cabinet dentaire essentiellement pour les urgences : « ...là encore, les saisonniers ne consultent que dans l'urgence, lorsque la douleur est insoutenable ».

Il faudra cependant faire une distinction entre saisonniers locaux ou non.

#### *Les saisonniers non locaux :*

Il s'agit le plus souvent de jeunes, venus le temps d'une saison, ou deux, pour l'« ambiance » de la saison.

Pour beaucoup de saisonniers non locaux, il n'y a pas de suivi des soins car étant de passage, ils repartent une fois la saison finie. Il y a parfois une accumulation des problèmes à chaque saison, non traités à l'intersaison.

« Certains médecins notent des états dentaires catastrophiques chez les saisonniers, notamment parmi ceux qui enchaînent les saisons » (24).

Ceci ne se retrouve pas qu'au niveau dentaire : la santé en général est mise entre parenthèse, avec un problème d'accès aux soins, avec les horaires de travail, avec un contexte de fête, d'alcool et drogues, particulièrement présents durant la saison (24).

Un autre point à noter est l'accessibilité du saisonnier non local qui, souvent ne possède pas de moyen de transport. Il est alors difficile d'aller se faire soigner s'il ne trouve pas de chirurgien-dentiste dans la commune / station.

Beaucoup passent d'une vallée à l'autre en ski, font du stop ou prennent un bus, mais il faudra pour aller se faire soigner prendre en compte l'état des routes, parfois difficilement praticables à cause de la neige. Il arrive alors souvent que les patients préfèrent renoncer aux soins pour cette raison.

#### *Les saisonniers locaux :*

Au contraire, les saisonniers locaux profitent généralement de l'intersaison pour faire les soins ou même les traitements prothétiques. La vie du saisonnier est organisée en fonction de son travail, la saison passe avant tout.

De plus, si les soins sont nécessaires, il est difficile avec les patients de planifier un rendez-vous car ils n'ont pas leur planning à l'avance ; d'autant plus que le planning du cabinet est plein longtemps à l'avance.

L'été, avec le tourisme estival, il y a quand même des saisonniers mais peu de saisonniers non locaux.

Face à cette problématique des soins, les communes ont, par exemple, mis en place des « actions santé » : créer des « journées Santé » avec venue d'un chirurgien-dentiste par exemple afin de sensibiliser ces populations (28).

#### Les touristes :

Comme la patientèle est très diversifiée, avec des touristes venant parfois de chaque coin du globe, il est nécessaire d'être omnipraticien et d'être formé à de nombreuses techniques différentes afin de répondre à des demandes de soins très variées.

Par exemple, être formé aux protocoles de collage tout céramique, etc. ... si on se trouve en présence d'un décollement de couronne tout céramique.

De plus, afin de pouvoir soigner au mieux les différentes nationalités de patients, certains cabinets possèdent un questionnaire médical en différentes langues, anglais et russe par exemple, ainsi que des ordonnances dans ces mêmes langues.

Les touristes, en vacances, n'ont pas le même état d'esprit, et ont une meilleure reconnaissance pour les soins effectués. On parle même de « confiance aveugle » envers le praticien.

### 3.1.3. Le cabinet (29)

En général, tous les cabinets dentaires de montagne sont ouverts toute l'année. Les chirurgiens-dentistes exercent donc presque tous à l'année dans leur cabinet, et travaillent en moyenne huit demi-journées par semaine, mais cela est variable (certains travaillent douze demi-journées ou plus).

En moyenne, ils font, lors des saisons, 38,7 heures de consultation par semaine l'hiver, 38,1 heures l'été et 37,7 heures en hors-saisons (23).

Cependant, certains chirurgiens-dentistes exerçant en montagne dans des stations de ski s'adaptent aux variations d'activité. On pourra alors voir un cabinet ouvert sept jours sur sept en hiver et seulement trois jours en été, fermant plusieurs semaines en intersaison.

Certains ont un cabinet secondaire pour la basse saison.

En général, les chirurgiens-dentistes prennent plus de vacances en été qu'en hiver ou hors saison, et plus en hiver qu'en basse saison.

Un second collaborateur, saisonnier, peut alors aider dans ce type d'organisation, par exemple pour les grandes stations de ski.

La plupart des chirurgiens-dentistes ne modifie pas les horaires d'ouverture en fonction de la saison. Cependant, pour certains fortement marqués par la saisonnalité, les horaires seraient alors plus larges l'hiver pour répondre à une demande de soins importante, allant parfois jusqu'à 22h.

La majorité accueille les patients sur rendez-vous, hors urgences.

En général, la saison impacte les cabinets surtout au niveau des urgences, qui augmentent alors en saison d'hiver, du fait d'une augmentation de la population, touristes et saisonniers non locaux.

Les urgences, comme en ville, perturbent l'organisation du cabinet. Cela augmente de façon importante la charge de travail, et les délais de rendez-vous.

Les journées d'hiver sont en général plus chargées que celles d'intersaison ; mais pour certains, la charge de travail reste la même, car les saisonniers locaux viennent alors se faire soigner en intersaison.

Ainsi, certains chirurgiens-dentistes se disent « débordés » quelle que soit la saison.

En effet, même en hors saison, il y a alors beaucoup de monde car il y a la prise en charge des saisonniers locaux qui ont attendu la fin de la saison touristique pour faire les soins.

De plus, on peut rapprocher cela au fait qu'en montagne, il puisse aussi s'agir de zones sous dotées en chirurgiens-dentistes.

D'après l'Article 39 du Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes, modifié par Décret n°94-500 du 15 juin 1994 - art. 23 JORF 22 juin 1994 , Abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004 ,(30)

*« Il est du devoir de tout chirurgien-dentiste de prêter son concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins et la protection de la santé. Sa participation au service de garde est obligatoire. Toutefois, des exemptions peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre, compte tenu de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, de la spécialisation du praticien. »*

Au niveau de la permanence des soins les dimanches et jours fériés, cela est donc variable selon les conseils départementaux.

Cependant, un décret paru en janvier 2015 au Journal Officiel (31), va réorganiser cette permanence des soins, avec la collaboration de l'Agence Régionale de Santé et du CODAMUPS-TS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires).

Il faudra noter que certains chirurgiens-dentistes exerçant en fonction de la saisonnalité, travaillent déjà ces jours en pleine saison et effectuent ainsi déjà la permanence des soins.

En général en cabinet de montagne, les chirurgiens-dentistes s'organisent donc pour répondre au mieux aux besoins de la population.

#### 3.1.4. Le matériel

Afin de pouvoir traiter un maximum de patients, il est nécessaire, comme précisé plus haut, de pouvoir s'adapter à toutes les situations, aussi variées soient-elles au vu de la patientèle très diverse. Il est alors judicieux de posséder du matériel spécifique.

Un exemple serait de posséder du composite A1 par exemple afin de soigner la « jet set » étrangère. Cela dépend bien évidemment du lieu d'exercice.

De même, comme déjà énoncé, il est parfois judicieux de posséder du matériel en double, par exemple pour la stérilisation, au cas où il y ait une panne, qui affecterait alors l'activité du cabinet, compte tenu de son isolement.

De plus, il est intéressant d'être équipé en radiographie, orthopantomogramme par exemple, compte tenu de la fréquence élevée des traumatismes faciaux et dento-maxillaires, et de l'éloignement des cabinets de radiologie de ville.

### 3.2. Organisation des soins dans les cabinets de montagne

#### 3.2.1. En fonction de la saison : dualité été / hiver / intersaison

*« Il n'existe pas de définition légale de la saisonnalité, néanmoins elle est considérée comme étant l'impact de la saison sur la vie économique d'un territoire et des entreprises. Elle définit le caractère saisonnier de certains emplois et secteurs d'activités*

*Seule la notion d'activité saisonnière fait l'objet d'une définition légale par le code de la sécurité sociale qui dispose que : « est qualifiée de saisonnière l'activité limitée dans le temps correspondant à des tâches normalement appelées à se répéter chaque année, aux mêmes périodes, en fonction du rythme des saisons ou des modes de vie collectifs »*

*Ainsi, est saisonnière une entreprise dont l'activité connaît une variation qui, indépendamment de sa volonté, répond à un cycle régulier en fonction des saisons (été, hiver, etc.), ou des modes de vie collectifs (vacances scolaires, etc.).*

*A l'image de l'activité saisonnière, le caractère saisonnier de l'emploi doit présenter un aspect cyclique et périodique, et se distinguer du seul accroissement temporaire d'activité. » (26)*

La majorité des cabinets de montagne possède donc ce caractère saisonnier, plus ou moins marqué selon leur lieu d'installation.

En ce qui concerne les soins, les saisonniers, n'ayant que peu de temps pour effectuer des soins « plus longs », avec des plans de traitement lourds, ils attendent alors la fin de la saison pour se faire soigner. On aura alors plus de prothèse en intersaison par exemple, qu'en plein milieu de la saison.

Ainsi, en pleine saison on retrouvera surtout des soins rapides et urgences.

### 3.2.2. La place des urgences parmi les soins

Comme vu plus haut, la majorité des cabinets propose un accueil sur rendez-vous.

Les urgences, plus nombreuses dans les cabinets de montagne, peuvent être prises entre deux rendez-vous, ce qui complique le planning, entraîne des retards ou allonge encore le temps de travail.

Une alternative que l'on pourra voir dans certains cabinets, est la présence de créneaux particuliers d'urgence, bloqués spécialement pour l'urgence potentielle, avec pour conséquence un allongement du délai de rendez-vous, et réduisant les plages horaires pour les rendez-vous prévus.

#### 3.2.2.1. *Les soins, la prothèse*

En zone rurale par exemple, les soins sont plus basiques, dûs à la patientèle peu solvable (18). Mais il est noté un paradoxe important : les soins sont à la fois plus basiques et plus sophistiqués. En effet, le praticien, du fait de l'éloignement, prend en charge un type de soins qu'il aurait peut être adressé en ville (des soins de parodontologie avancée par exemple).

L'activité en zone rurale se décompose de cette façon (14): 50 % de traitements orthodontiques, un quart de soins conservateurs et un quart de prothèses contre 48 % de soins conservateurs, 40 % de prothèses, 12 % de traitements orthodontiques en ville.

De même, les zones rurales désertifiées (où il y a peu d'offre de soins), sont les zones où l'on voit les salles d'attente augmenter, surtout pour les urgences et soins conservateurs. (8)

#### 3.2.2.2. *Les urgences : nature de l'urgence, fréquence*

L'urgence odontologique peut avoir plusieurs natures : douloureuse, esthétique ou fonctionnelle.

En ce qui concerne l'urgence douloureuse, il peut s'agir de pulpite, cellulite, parodontite apicale aiguë, évolution de dents de sagesse, alvéolite, gingivites, phénomènes infectieux...

L'urgence peut être aussi d'ordre esthétique ou fonctionnel : par exemple avec des fractures prothétiques, pouvant entraîner des gênes, ou même urgences parodontologiques (avec différentes formes de gingivites), ainsi que la traumatologie dentaire.

La traumatologie ne diffère pas de ce qu'on pourrait trouver ailleurs mais l'étiologie est différente. Sa prévalence est aussi plus élevée due au milieu fréquenté et aux risques encourus.

On retrouve ainsi fractures, luxations et autres microtraumatismes :

- Les fractures représentent 89,30 % des accidents dentaires déclarés dus au sport. (32)

D'après la classification de l'OMS, modifiée par Andreason en 1995(33), on retrouve :

- Les fractures coronaires: avec fêlures, fractures de l'émail, fracture amélaire, amélo-dentinaires, fractures compliquées (avec exposition pulpaire)
- Les fractures corono-radiculaires : non compliquées et compliquées
- Les fractures radiculaires : du tiers cervical, moyen ou apical

Le but du traitement étant de conserver un maximum la vitalité de la dent

- Les luxations (4,19 % des accidents dentaires dus au sport) sont le plus souvent observées chez les enfants, possédant encore un os modelable. On retrouve alors les extrusions, luxations latérales, intrusions.
- Les microtraumatismes, eux, tels que concussion et subluxation représentent 6,5 % des accidents dentaires dus au sport, mais étant de gravité peu élevée, ils ne donnent pas lieu à des déclarations, ce qui fausse les données.

### 3.2.3. Pathologies bucco-dentaires spécifiques à la montagne

La vie en montagne, par l'environnement spécifique, les réponses induites par celui-ci, ainsi que les risques liés aux activités sportives, entraîne des pathologies bucco-dentaires spécifiques.

En effet, en montagne, avec l'altitude, on a une diminution de la pression atmosphérique, des températures qui peuvent être très basses, du vent, des radiations et une sécheresse de l'air importante.

De plus, dans cet environnement de plus en plus sportif, se retrouvent des pathologies dentaires dues aux multiples sports pratiqués.

### 3.2.3.1. *Dûes au froid (34)*

En montagne, la température baisse avec l'altitude. Aussi, l'abaissement thermique accroît la diminution de la densité de l'air ainsi que de la pression barométrique.

Le vent associé est souvent le pire des ennemis, car il accentue la vitesse de refroidissement de l'air.

Le froid bouleverse l'équilibre entre lésion infectieuse chronique et potentiel de défense de l'organisme, ce qui entraînera plus facilement une cellulite par exemple.

De même, il peut créer des pathologies des tissus mous comme sur les lèvres, avec son rôle par exemple dans la perlèche, mais aussi les gerçures.

De même, une dent saine devient douloureuse à -12 ° C.

Le froid est néfaste car entraîne également des changements de dimensions de l'amalgame qui peut alors créer des fractures dentaires.

“ Des pathologies dentaires qui passeraient inaperçues en plaine avec du paracétamol et des antibiotiques, ici, avec l'altitude, ça explose et ça fait des urgences terribles”, précisait un dentiste exerçant en montagne.

### 3.2.3.2. *Dûes à la pression (34–36)*

Les pathologies dentaires dûes à la pression peuvent se retrouver dans différents sports tels que la plongée sous-marine, les sports d'altitude ainsi que les sports avec un déplacement rapide (ce qui est le cas en avion).

En montagne, le changement de pression avec l'altitude est un des facteurs environnementaux les plus importants. On a en effet une relation exponentielle entre l'altitude et la pression barométrique. (32)

On peut apercevoir lors de la plongée sous-marine, sur un téléphérique en montagne également, donc lors de la variation brusque des volumes, des barotraumatismes au niveau des oreilles, sinus, et même dentaires. (32)

En montagne, beaucoup de cas ont été rapportés sur les fractures de restauration, de dents, ou douleurs aiguës ou diffusées ; on a une extension des gaz contenus dans la dent, donc une surpression ce qui entraîne des douleurs au niveau du péri apex.

Ceci est augmenté si on met un pansement volatile (ce qui a été le cas chez certains athlètes lors des Jeux Olympiques d'hiver d'Albertville en 1992 (35)). Il ne faut donc ne pas différer l'obturation radiculaire par exemple.

Les principales causes des barodontalgies sont les caries dentaires, les restaurations de dents défectueuses, pulpites, nécrose pulpaire, parodontite apicale, poches parodontales, dents incluses, kystes...

La barodontalgie peut être créée de 2 façons:

- en raison de la création de variation de pression entre l'intérieur et l'extérieur de la dent (avec la présence de caries ou même de restaurations défectueuses).
- lors de la montée en altitude, lorsque la pression diminue, ce qui conduit à la dissolution des gaz dans les vaisseaux sanguins (36).

Le terme odontocrexis a été inventé par Calder et Ramsey pour décrire cette perturbation physique des dents avec des restaurations défectueuses, suite à des changements de pression barométrique.

Le traitement de ces barodontalgies est de ne pas laisser de vide en refaisant la restauration, de refaire le traitement endodontique ou même de retirer la dent.

La pression en altitude va induire d'autres soucis, notamment sur la rétention de travaux prothétiques.

- En prothèse totale, la rétention sera moindre.
- En prothèse fixée, les changements de pression se produisent dans les microtubules de la couche de ciment, ce qui réduira alors la rétention.

Enfin, une étude à Chamonix montre que parmi cent trente-quatre montagnards, 52 % ont souffert d'un problème dentaire en altitude dont 17 % d'un abcès.(32)

### *3.2.3.3. Dûes aux activités touristiques dans les stations de sports d'hiver*

L'activité des chirurgiens-dentistes exerçant en montagne est fortement concernée par la traumatologie du sport, avec les accidents de ski/snowboard l'hiver ou bien même le VTT l'été.

### Traumatologie faciale

Une étude a été réalisée en Autriche entre 1991 et 2003 sur 1393 personnes traitées au « Department of Oral and Maxillofacial, University Hospital Innsbruck, Austria » ayant été victimes de blessures maxillo-faciales suite à un accident de ski ou de snowboard.(37)

Sur ces 1393 personnes, 1250 ayant subi un accident de ski et 143 de snowboard, il y a

- 686 skieurs avec fractures osseuses de la face, et 80 snowboardeurs.
- 810 skieurs ayant subi un traumatisme dento alvéolaire et 88 snowboardeurs
- 1295 blessures des tissus mous pour les skieurs, 187 pour les snowboardeurs.

On retrouvait les fractures faciales d'avantage chez les skieurs de sexe masculin par rapport aux skieuses et encore davantage chez les snowboardeurs par rapport aux skieurs.

Ces fractures sont principalement dûes à des collisions (surtout chez les jeunes skieurs), à des chutes (pour les skieurs plus âgés) ou encore à des collisions avec des obstacles fixes.

*Pour les skieurs*, les fractures faciales s'observent dans 55% des cas. Elles se divisent pour 76,7% en fractures de l'étage moyen, et pour 23,3% en fractures de la mandibule (avec 7,2% de fractures du col du condyle). On peut observer un traumatisme dento-alvéolaire dans 44% des cas.

*Pour les snowboardeurs*, on dénombre dans 55,9% des cas, des fractures faciales, qui se répartissent en 68,1% de fractures de l'étage moyen et 31,9% de fractures de la mandibule (dont 13,8% de fractures du condyle). On observe également 25,2% de cas de traumatismes dento-alvéolaires isolés et 18,9% de cas de blessures de tissus mous.

Chez les skieurs, les blessures faciales représentent entre 5 et 51,5% de toutes les blessures chez les skieurs.

On notera également le problème du casque qui ne protège pas la face inférieure. Or, les fractures de la mandibule, sont présentes dans 32 % des cas de snowboardeurs et 23 % de skieurs présentant des traumatismes faciaux suite à leur activité sportive. Il semble donc important de porter un casque plus recouvrant, protégeant la mandibule.

### Traumatologie dento-alvéolaire

Il est difficile d'obtenir des études fiables sur les traumatismes dento-alvéolaires car la majorité des statistiques existantes sont des statistiques relevant des déclarations aux assurances et mutuelles, ce qui est donc biaisé.

En effet, les « petites traumatologies dento-alvéolaires » (légères luxations par exemple) ne sont pas déclarées et non prises en compte dans ces statistiques.

De plus ces statistiques dépendent des pays, voire même des régions.

Il est alors intéressant de parler du ski mais il ne faut pas oublier aussi le VTT, qui pendant la saison estivale est l'un des principaux sports pratiqués en montagne.

Les accidents dento-maxillaires représentent 5 % des accidents sportifs dans toutes les disciplines confondues.

- D'après une autre étude (38) on retrouve aux Etats Unis entre 3,9 et 9,1 blessures sur 1000 skieurs par jour.

En général, cela est causé par des collisions et des chutes (le tout représentant 76 % des traumatismes). Les enfants en général sont plus à même d'être blessés à la tête que les adultes.

Comme cité précédemment, les traumatismes dentaires se constituent essentiellement de luxations et de fractures.

Ils sont associés principalement à une vitesse lente ou une mésaventure avec un équipement (barres de télésiège, bâtons de ski, etc.) alors que les fractures faciales, sont dûes à une vitesse plus élevée.

Il est important de souligner l'importance de la prévention par le port du casque, voire de gouttières.

On peut noter en effet que l'incidence des blessures en ski a diminué chez les adultes avec l'amélioration de l'équipement de ski.

- Une autre étude s'est déroulée de janvier à avril 2008 en Suisse (39), où 500 skieurs et snowboarders ont été interrogés pour savoir s'ils avaient déjà subi un traumatisme dentaire en pratiquant un sport d'hiver.

Sur ces 500, onze avaient subi un traumatisme dentaire, dont neuf hommes et deux femmes (soit 2,2 %). Il s'agissait surtout de fractures coronaires.

Il faut noter également que 67,4 % d'entre eux portaient des éléments de protections tels que casque, dorsale, etc., mais que seulement deux portaient un protège dent.

Au moment où a été réalisée cette enquête, les onze personnes, ayant appris de leurs erreurs, portaient alors un protège dent.

Il faut quand même prendre en compte la fréquence de ces personnes à aller au ski. Il y a ainsi moins de traumatismes chez les skieurs occasionnels (en nombre) que chez les skieurs assidus (car allant moins souvent au ski, ils ont moins de risque de se casser quelque chose) ; mais aussi parce que les skieurs chevronnés prennent plus de risques avec une augmentation de la confiance en soi et de la vitesse.

Aussi, même si la fréquence des traumatismes dentaires dans les cabinets de montagne est plus élevée qu'en ville, la fréquence due au ski reste moindre que celle due au handball ou basketball ou même du hockey sur glace.

Il est aussi intéressant de noter que 41 % des traumatismes faciaux dus au ski ont des répercussions dentaires.

- Une autre étude autrichienne réalisée (40) avec 784 patients ayant eu des blessures faciales en skiant (sur une période de 8 ans) montre que 326 d'entre eux (41.6 %) ont eu un traumatisme dentaire, avec un âge moyen de 26 ans.

Six cent trente-neuf dents ont été touchées et il s'agit plus précisément de luxations (53 %), fractures (42 %), et d'avulsions (5%).

On a une atteinte faible des tissus environnants dans 58 % des cas et des fractures osseuses dans 23 % des cas.

Les causes principales sont comme cité plus haut, les chutes, collisions avec d'autres personnes, et se blesser avec son propre équipement (bâtons de ski).

Sur tous les skieurs s'étant blessés, seulement 2 % ont des traumatismes dentaires.

En conclusion, nous pourrions dire que le ski et le snowboard sont considérés comme à haut risque de blessures, ce qui est en accord avec d'autres études montrant que les blessures dues au sport ne cessent d'augmenter. Mais ces sports de glisse entraînent moins de traumatismes cependant que le basketball par exemple car sans port de protections (casque).

On a donc en cabinet de montagne une fréquence plus élevée de traumatismes dento-alvéolaires qu'en ville, due notamment à la pratique des sports d'hiver, avec une prédominance de luxations dentaires et de fractures.

Il faut noter également que la probabilité d'avoir un traumatisme dento-alvéolaire dépend également du mécanisme l'ayant provoqué : si c'est plutôt une chute ou collision.

De plus, on voit bien l'intérêt de porter un casque avec une protection intégrale pour le menton, voire même une gouttière de protection dento-alvéolaire.

A propos du cyclisme, Paoli et Coll. estiment que 29,4 % de fractures de la mandibule sont dûs au cyclisme et tout particulièrement au VTT. Ce qui est le cas également de 28,4 % des traumatismes maxillo-faciaux (41).

#### 4. PERSPECTIVES (12)

Comme nous avons pu l'évoquer succinctement, les cabinets de montagne sont peu nombreux en général et souvent débordés.

Certains sont situés dans des zones définies comme sous-dotées ou très sous-dotées en chirurgiens-dentistes. D'autres voient leur patientèle augmenter fortement en période d'hiver donc ont un nombre de patients bien plus important, avec beaucoup d'urgences. D'autres encore se retrouvent dans ces deux cas de figure. Nous allons voir ainsi ces différents cas.

##### 4.1. Praticiens exerçant dans les stations de sports d'hiver

Grâce à l'étude régionale sur les conditions de travail des saisonniers (24), on met le doigt sur la problématique majeure des stations : la station est comme une ville temporaire en saison, dépassant les 10 000 à 20 000 habitants. Mais à la base, il ne faut pas perdre de vue que ce sont des zones rurales à l'année avec quelques milliers d'habitants au maximum.

De plus, des patients viennent aussi des villages alentours sans dentistes, ce qui augmente encore la population.

Il faudra donc répondre aux besoins de la population locale et touristique, ce qui est alors possible grâce à une offre de soins libérale.

L'enjeu est donc d'adapter les territoires à ces flux démographiques.

Mais, comme pour les médecins, certains de ces territoires en question apparaissent en surdensité de chirurgiens-dentistes.

Cependant, cette surdensité est virtuelle, elle est calculée sur la population permanente des villages de montagne et ne tient pas compte des flux touristiques et saisonniers. L'activité saisonnière n'entre donc pas dans le calcul des densités médicales (23).

Comme pour les praticiens exerçant en zone sous-dotée, on peut avoir deux réactions des chirurgiens-dentistes face à la forte demande de soins :

- Accepter toutes les demandes, surtout les urgences, mais cela impose un rythme de vie difficile
- Trier les demandes, et traiter les « vraies urgences ».

De plus, pour les chirurgiens-dentistes exerçant en station de sport d'hiver, on peut adopter un rythme « saisonnier » et ainsi répondre au maximum à la demande de soins très importante lors de la saison touristique d'hiver ou bien se fixer des limites d'horaires par exemple, et ne pas tout accepter, avec quand même le désarroi de ne pas pouvoir prendre tout le monde.

Mais, selon les personnes, « si on exerce en station, c'est pour jouer le jeu. Sinon, ça ne sert à rien d'exercer ici, on retourne en plaine».

#### 4.2. Autres : praticiens exerçant en zones sous-dotées (19)

Afin d'apprécier si une zone est sous-dotée, il faut voir si les besoins correspondent à l'offre.

L'offre dépend de la densité de chirurgiens-dentistes mais peut être complétée par les critères tels que le sexe, l'âge, l'indicateur distance/ temps.

La demande elle, prend en compte les données de consommation ainsi que l'âge des praticiens, mais cela est insuffisant.

De plus, on peut avoir une différence de ressenti entre les praticiens. Certains se sentiront en zones sous-dotées alors qu'ils ne le sont pas et inversement.

Dans le cas des zones de montagne, éloignées des centres ville avec de fortes intempéries en hiver, on sentira ainsi plus cet isolement et ce sentiment de zone sous-dotée en chirurgien-dentiste. Cependant, il ne faut pas raisonner en terme de distance, mais en temps d'accès aux ressources, car en fonction de l'importance des axes de communication, on a accès alors plus rapidement aux ressources, ce qui facilite le lien avec le centre-ville.

Mais il est impossible d'apprécier l'offre de soin dentaire aux véritables besoins de la population.  
(13)

En effet, il y a peu d'éléments permettant d'évaluer les éventuelles difficultés d'accès aux soins.

On ne peut se baser en effet que sur les chiffres de l'Assurance Maladie, donc que sur les actes remboursés aux bénéficiaires du régime général de l'Assurance Maladie.

Ainsi, les personnes affiliées au régime indépendant ou au régime agricole, ou bien même les touristes étrangers, ne rentrent pas en compte dans la demande de soins.

Il faut également regarder l'évolution des besoins, des pratiques et des disparités économiques. Selon la prise en charge, le type de soins, l'emploi du temps lourd ou non, à patientèle potentiellement équivalente, le praticien induit par sa pratique, ses tarifs, des modes de prise en charge différents (15).

L'indicateur est donc biaisé.

La loi HPST adoptée en 2009 introduit pour la première fois la notion d'accès aux soins, avec la notion d'accessibilité spatiale. Celle-ci est définie comme la facilité avec laquelle la population peut atteindre des services, les délais, et l'accessibilité économique en fonction du conventionnement (42).

De même, pour les données d'attente d'un rendez-vous donc sur l'accès aux soins, il n'y a pas non plus d'indicateur.

Quatre-vingt-quinze pour cent de la population peut recevoir des soins en général en moins de quinze minutes (43).

Cependant, il nous semble judicieux dans le cadre de cette thèse de considérer la population vivant en montagne comme faisant pour la majorité partie des cinq pour cent des personnes les plus éloignées des cabinets dentaires.

D'après l'étude sur l'offre de soin libérale (23), il est bien précisé que certaines stations sont à une heure « route sèche » d'un cabinet dentaire, situé alors en vallée, ce qui est alors compliqué et incite parfois à reporter le soin en cas de fortes intempéries.

#### 4.3. Solutions (12,19)

Afin de réduire cette problématique du manque de chirurgiens-dentistes dans les cabinets de montagne, du moins, nous allons étudier les différentes solutions qui sont actuellement en place, puis celles qui nous semblent envisageables.

Ce sont pour l'instant toutes des mesures incitatives.

#### 4.3.1. Mesures en place

##### 4.3.1.1. Financières

- On peut trouver des aides financières sous forme d'exonérations fiscales, par exemple pour les chirurgiens-dentistes qui s'installeraient dans des communes en zones de revitalisation rurale (communes définies dans l'arrêté du 9 avril 2009 du Code Général des Impôts (44)). L'exonération serait totale durant 5 ans puis partielle durant les 3 années suivantes.
- Il peut y avoir également des exonérations de charges patronales dans ces zones, pendant douze mois pour l'embauche d'un ou plusieurs salariés.
- Aussi, des Aides au Chômeur Créateur ou Repreneur d'Entreprise (ACCRE) permettent d'exonérer des cotisations, telle que celle pour l'Assurance Maladie par exemple. Elles sont valables pour les chirurgiens-dentistes de moins de vingt-cinq ans, pour des personnes inscrites plus de six mois à Pôle Emploi ou pour des chirurgiens-dentistes créant leur cabinet en zone urbaine sensible. Cette aide est plafonnée à 120 % du SMIC, le surplus étant soumis à cotisation.

##### 4.3.1.2. Cumul emploi-retraite

Comme la moyenne d'âge des chirurgiens-dentistes est en augmentation, cette mesure est mise en place afin d'éviter que toute une génération de chirurgiens-dentistes ne parte en même temps à la retraite.

##### 4.3.1.3. Aide aux étudiants

Par exemple, les collectivités financent une bourse d'étude mensuelle en échange de cinq ans de travail dans cette même collectivité.

#### *4.3.1.4. Aides à l'installation ou au maintien des professions de santé*

Avec des aides pour les frais d'investissement, la mise à disposition de locaux, la mise à disposition de logements, une prime d'installation, ou même une prime d'exercice forfaitaire par les collectivités territoriales.

#### *4.3.1.5. Modes d'exercices particuliers autorisés*

Particulièrement vrai pour l'exercice de montagne, on peut retrouver la possibilité d'exercer en lieux multiples, ou bien même la possibilité d'avoir un ou plusieurs praticiens ou étudiants adjoints, en accord avec le Conseil Départemental de l'Ordre.

En effet, il n'est en théorie possible de posséder qu'un seul cabinet et qu'un seul collaborateur ou « étudiant adjoint » d'après le Code de Déontologie du chirurgien-dentiste, mais ces règles peuvent être alors contournées (45).

#### *4.3.1.6. Maison de santé pluridisciplinaire*

Elles ont été créées après la loi HPST de 2009. Ces structures regroupent des professionnels de santé, qui ainsi peuvent participer à des actions de santé publique dans le cadre d'un projet de santé.

Des aides financières au montage du projet et de l'investissement sont en place.

En montagne, cela pourrait faciliter le travail entre médecin et chirurgiens-dentistes pour le cas des traumatismes par exemple. Cela pourrait également permettre de financer plus facilement du matériel de radiographie, mais on peut aussi imaginer une difficile cohabitation entre ces différents protagonistes de santé.

#### *4.3.1.7. Contrat incitatif du chirurgien-dentiste*

On retrouve ainsi, d'après l'avenant numéro 2, article 3 de la Convention Nationale des Chirurgiens-Dentistes (46), qui organise les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie, les mesures incitatives à venir en zones sous-dotées.

### *3.2.1. Mesures destinées à favoriser le maintien et l'installation en zone « très sous-dotée »*

*Les parties signataires souhaitent mettre en œuvre des mesures incitatives dans les zones « très sous-dotées ». Elles estiment en effet nécessaire, par des mesures structurantes, de privilégier l'implantation des chirurgiens-dentistes libéraux dans les zones « très sous-dotées » et de favoriser le maintien de l'activité des chirurgiens-dentistes qui y sont d'ores et déjà installés. Elles souhaitent permettre aux professionnels concernés de limiter leurs contraintes financières et de réaliser des investissements, de se former et ainsi de contribuer à améliorer la qualité des soins dentaires délivrés sur l'ensemble du territoire. Sur la base notamment des dispositions figurant aux articles L. 162-9 (7o) et L. 162-14-1 (4o) du code de la sécurité sociale, les parties signataires créent une option conventionnelle à adhésion individuelle appelée « contrat incitatif chirurgien-dentiste » destinée à favoriser l'installation et le maintien des chirurgiens-dentistes libéraux en zones « très sous-dotées », dans le cadre duquel sont allouées une participation à l'équipement et aux frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice professionnel ainsi qu'une participation adaptée des caisses aux cotisations sociales obligatoires. Les modalités de cette option sont définies aux annexes II à IV du présent avenant.*

Cet avenant, dont l'objectif est de favoriser l'implantation du chirurgien-dentiste dans une zone très sous-dotée, prévoit en effet une aide de 15 000 € pour l'équipement du cabinet situé en zone sous-dotée, pour le praticien, pour une durée de trois à cinq ans selon le contrat.

### *4.3.1.8. Contrat d'engagement de service public*

Le Contrat d'Engagement de Service Public, mis en place dès la rentrée 2013/2014 en odontologie, alloue une somme de 1200 € mensuel aux étudiants souhaitant en bénéficier.

En échange, l'étudiant devra, pendant un minimum de deux ans et pour le nombre d'années pour lesquelles il aura bénéficié de cette aide, s'installer dans une zone qualifiée de sous-dotée en chirurgiens-dentistes.

#### 4.3.2. Mesures possibles

Afin d'inciter les jeunes chirurgiens-dentistes à venir exercer en montagne, des solutions seraient :

- une revalorisation des soins, diminuer les tâches administratives, étant donné qu'en montagne les soins représentent la majorité des actes
- incitations financières à l'installation (1500 €)
- élargissement du numérus clausus (mais cela n'est pas fiable car les étudiants alors formés ne viendront pas forcément en zone sous-dotée, et pas spécialement en montagne non plus)
- faciliter les stages dans les zones rurales et montagnardes, afin de donner l'envie de s'installer en montagne
- aide à la mise aux normes des locaux, pour les jeunes praticiens souhaitant reprendre un cabinet.

## 5. CONCLUSION

Depuis le milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle, dû à un attrait toujours plus grandissant pour la montagne et les sports d'hiver, le tourisme a explosé dans les zones montagnardes jusque-là inoccupées. Nous avons vu que grâce au développement des axes de communication, les populations ont pu se développer dans ces zones rurales, entraînant alors la venue de divers professionnels de santé comme les chirurgiens-dentistes.

Mais, au vu des difficultés intrinsèques de la montagne, avec l'éloignement et les conditions climatiques rudes, on observe alors quelques différences quant à la façon d'exercer, avec un exercice de type plus « classique », comme en ville.

La gestion du personnel est différente. Une patientèle très diverse impose certains aménagements, différents de ce que l'on pourrait trouver en ville. Les modalités d'ouverture du cabinet peuvent elles aussi varier, selon l'endroit où l'on se trouve en montagne, plus ou moins marqué par la saisonnalité, avec des plages horaires plus grandes, des ouvertures le weekend.

Une des plus grandes différences avec un cabinet de ville serait la gestion de la saisonnalité. Le tourisme étant le moteur de celle-ci, on retrouve alors une fréquence de soins d'« urgences » beaucoup plus élevée. D'une part il s'agit, comme dans tout endroit touristique, de personnes en vacances loin de leur domicile et donc de leur praticien habituel, ayant besoin de soins d'urgence « classique » ; mais on trouve aussi les urgences dûes aux activités sportives, donc beaucoup de traumatologie, ainsi que des urgences dûes aux conditions climatiques spécifiques de la montagne, que sont le froid et la pression. Les soins sont nombreux, on y fait du dépannage, et il est difficile d'établir un plan de traitement, avec ces personnes de passage.

Ces urgences bouleversent alors la gestion du planning, surtout par leur nombre, et les plannings sont vite débordés.

On voit alors apparaître un phénomène de sous-effectif en chirurgiens-dentistes dans ces zones de montagne. Cela est parfois en désaccord avec le zonage des communes dotées en chirurgiens-dentistes, car cet afflux massif de touristes dans certains villages de montagne l'hiver n'est pas pris en compte dans les calculs de densité. Le manque réel de chirurgiens-dentistes n'est donc pas apparent au niveau des chiffres officiels.

Diverses mesures peuvent alors être adoptées pour contrer ce problème. Il s'agit surtout de faire venir les chirurgiens-dentistes dans ces zones de montagne où la population se développe de plus en plus. Cependant, nous observons que les chirurgiens-dentistes ont tendance à s'installer majoritairement dans les zones de dynamisme économique et sont également influencés par certains facteurs comme la proximité d'écoles, la sécurité, le climat.

Mais travailler en zones sous-dotées et de montagne, présente certains avantages : une meilleure relation avec la patientèle, avec des patients plus agréables, plus simples, plus respectueux, globalement solvables, fidèles, et avec une reconnaissance. Les revenus sont également plus élevés qu'en ville grâce à l'absence de concurrence. Par contre, on peut retrouver une pression à la demande de soins due au manque de chirurgiens-dentistes. De plus, la réputation est importante, car même s'il manque de praticiens, si un patient n'est pas satisfait, il n'hésitera pas à faire des kilomètres pour changer de praticien.

La difficulté concernant la vie professionnelle du conjoint est aussi un paramètre important quant à l'installation d'un chirurgien-dentiste. Cela exige des compromis, par exemple vivre à la ville et faire de la route.

Enfin, la transmission du cabinet est aussi très problématique du fait de l'isolement. Soit, les praticiens n'arrivent pas à transmettre, soit transmettent à des praticiens étrangers.

Il nous semble important qu'une information sur la démographie des professionnels de santé, notamment en zones de montagne soit donnée aux étudiants et aux praticiens installés, afin de connaître ces possibilités d'exercer en montagne, avec leurs avantages et inconvénients, et ainsi de leur permettre une installation réfléchie, dans des zones pauvres en chirurgiens-dentistes pour ainsi satisfaire la patientèle demandeuse.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Vanat L. 2015 International report on snow & mountain tourism - Overview of the key industry figures for ski resorts. Genève, Suisse: Vanat; 2015.
2. Alpes françaises. In: Encyclopédie Larousse en ligne [Internet]. [cité 17 nov 2014]. Disponible sur: [http://www.larousse.fr/encyclopedie/autre-region/Alpes\\_fran%C3%A7aises/104965](http://www.larousse.fr/encyclopedie/autre-region/Alpes_fran%C3%A7aises/104965)
3. Germain M, Hébrard J-L. La Savoie olympique autrefois. Ecully, France: Le Parc : Horvath; 1991. 144 p.
4. Préau P, Mazure P. L'Esprit des lieux: le roman de la Savoie. Les Marches, France: Fontaine de Siloé; 1991. 575 p.
5. Baud H, Mariotte J-Y. Histoire des communes savoyardes. 1, Le Chablais. Roanne, France: Horvath; 1980. 422 p.
6. Penna J-L. Tarentaise d'antan. Les Marches: Fontaine de Siloé; 1997. 195 p.
7. Baud H. Le Chablais: une province savoyarde originale. 2<sup>e</sup> éd. Société savoisienne d'histoire et d'archéologie; 1991. 72 p.
8. Thibault G. Contribution à l'étude de la démographie professionnelle des chirurgiens-dentistes dans le département de la Haute-Savoie [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard (Lyon 1). Faculté d'odontologie; 1989.
9. Ramaz D. Les dentistes en Savoie, 1828-1914 [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard (Lyon 1). Faculté d'odontologie; 1993.
10. Leclercq C. Contribution à l'étude de la démographie professionnelle des chirurgiens-dentistes en Savoie [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard (Lyon 1). Faculté d'odontologie; 1986.
11. Dhellemmes S. Étude de la démographie des chirurgiens-dentistes en France et en Savoie : bilan et perspectives [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Université Montpellier 1. Faculté d'odontologie; 2005.
12. Pierrot M, Robein N. Démographie des chirurgiens-dentistes en France: évolution, analyse de la situation actuelle, évaluation des mesures de régulation et enquête prospective sur les intentions d'installation des étudiants en T1 des Facultés de chirurgie dentaire françaises [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université de Strasbourg. Faculté d'odontologie; 2013.
13. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes. Paris, France: ONDPS; 2013 déc p. 41.
14. Collet M, Sicart D. Les chirurgiens-dentistes en France - Situation démographique et analyse des comportements en 2006. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2007 sept. Report No.: 594.

15. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Analyse des professions - Chirurgien-dentiste, les métiers de la périnatalité. Paris: ONDPS; 2008 p. 127. Report No.: 3.
16. Collet M, Sicart D. La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon en 2030. Un exercice de projection au niveau national. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2007 sept p. 8p. Report No.: 595.
17. Couzinou C, Garnier M, DREES, ONDPS. 2010-2030 : Le choc démographique. oct 2007;61:27-33.
18. Rigal E, Micheau J. Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolution. Paris: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS); 2007 sept.
19. Medina P, Giovanini E, Pangaud M, Bolamperti P, Fontaine-Gavino K, Pepin P. Les chirurgiens-dentistes dans les zones sous-dotées en Rhône-Alpes. Lyon: Observatoire Régional de la Santé (ORS) Rhône-Alpes; 2014 févr.
20. Alonso M, Roussel A, Cotart J-L. Etat des lieux de la profession de chirurgien-dentiste en région Rhône-Alpes. Lyon: Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes; 2013 oct p. 18.
21. Moyenne montagne : Définition du mot Moyenne montagne. In: Skitour [Internet]. [cité 17 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.skitour.fr/dico/moyenne+montagne>
22. Relief. In: Encyclopédie Larousse en ligne [Internet]. [cité 17 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/relief/87042>
23. Gruaz D, Fontaine D. Etude de l'offre de soin libérale dans les zones touristiques alpines de Rhône-Alpes en lien avec la saisonnalité. Lyon: Observatoire Régional de la Santé (ORS) Rhône-Alpes; 2009 oct p. 171.
24. Fontaine D, Gruaz D, Guye O, Medina P, Dreneau M. Etude régionale sur les conditions de travail, les conditions de vie et la santé des travailleurs saisonniers. Lyon: Observatoire Régional de la Santé (ORS) Rhône-Alpes; 2008 janv p. 151.
25. Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). 160 400 Travailleurs saisonniers en Rhône-Alpes. Lyon: DIRECCTE Rhône Alpes; 2012 févr p. 8.
26. Peripl. Gestion des ressources humaines saisonnières. Annecy-le-Vieux, France: Observatoire National de la Saisonnalité; 2012 nov p. 2. Report No.: Version 1.3.
27. Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). Les saisonniers dans la zone d'emploi de la Tarentaise. DIRECCTE Rhône Alpes; 2012 févr p. 2.
28. Gruaz D, Fontaine D. Etude régionale sur les conditions de travail, les conditions de vie et la santé des saisonniers. Lyon: Observatoire Régional de la Santé (ORS) Rhône-Alpes; 2008 sept p. 173.
29. Rigaud A. Les urgences dentaires les dimanches et jours fériés [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard (Lyon 1). Faculté d'odontologie; 1989.

30. Décret no 94-500 du 15 juin 1994 modifiant le décret no 67-671 du 22 juillet 1967 portant code de déontologie des chirurgiens-dentistes. 94-500 juin 15, 1994.
31. Décret n° 2015-75 du 27 janvier 2015 relatif à l'organisation de la permanence des soins des chirurgiens-dentistes en ville et des médecins dans les centres de santé. 2015-75 janv 27, 2015.
32. Magnin P, Cornu J-Y, éditeurs. Médecine du sport, pratiques du sport et accompagnements médicaux. Paris: Éditions Ellipses; 1997. 816 p.
33. International Association of Dental Traumatology. Permanent Teeth : Crown-root fracture with pulp involvement : Description [Internet]. [cité 28 avr 2015]. Disponible sur: [http://www.dentaltraumaguide.org/Permanent\\_Crown-root\\_fracture\\_with\\_pulp\\_involvement\\_Description.aspx](http://www.dentaltraumaguide.org/Permanent_Crown-root_fracture_with_pulp_involvement_Description.aspx)
34. Coulon PJ. Problèmes bucco-dentaires en haute montagne et en expéditions - Prophylaxie et premiers soins [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard (Lyon 1). Faculté d'odontologie; 1985.
35. Mangin J, Sametzky S. Organisation des soins dentaires lors des jeux olympiques: propositions pour les jeux d'hiver d'Albertville de 1992 [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard (Lyon 1). Faculté d'odontologie; 1988.
36. Lakshmi, Sakthi DS. Aviation Dentistry. J Clin Diagn Res JCDR. mars 2014;8(3):288-90.
37. Tuli T, Haechl O, Berger N, Laimer K, Jank S, Kloss F, et al. Facial Trauma: How Dangerous Are Skiing and Snowboarding? J Oral Maxillofac Surg. févr 2010;68(2):293-9.
38. Meyers MC, Laurent CM, Higgins RW, Skelly WA. Downhill Ski Injuries in Children and Adolescents. Sports Med. avr 2007;37(6):485-99.
39. Innerhofer K, Krastl G, Kühl S, Baumgartner EN, Filippi A. Dental trauma on ski slopes. Schweiz Monatsschrift Für Zahnmed Rev Mens Suisse Odonto-Stomatol Riv Mens Svizzera Odontol E Stomatol SSO. 2013;123(7-8):655-9.
40. Gassner R, Vázquez Garcia J, Leja W, Stainer M. Traumatic dental injuries and Alpine skiing. Endod Dent Traumatol. juin 2000;16(3):122-7.
41. Richard J-B, Allard Y. Traumatologie orale en pratique sportive : du risque aux conséquences [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard (Lyon 1). Faculté d'odontologie; 2006.
42. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
43. Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2011 juin p. 8. Report No.: 764.
44. Arrêté du 9 avril 2009 constatant le classement de communes en zone de revitalisation rurale.
45. Code de la santé publique - Article R4127-276-1. Code de la santé publique.

46. Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie [Internet]. AFSS1229645V avr 16, 2012. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/votre-convention/avenant-n-2.php>

**COTE (Cyrielle) – Exercice en montagne : un exercice à part entière ?**

(Thèse : Chir. Dent. : Lyon : 2015.067)  
N°2015 LYO 1D 067

Les cabinets de montagne sont apparus au cours du XXème siècle, suite à un développement touristique grandissant.

Ce travail s'intéresse aux conditions d'exercice spécifiques à ce milieu montagnard.

Après avoir fait l'historique de l'implantation des cabinets en montagne, nous présentons le profil des praticiens y exerçant, ainsi qu'un mode d'exercice dicté par la saisonnalité. Enfin nous soulevons certaines problématiques quant à l'exercice en milieu rural, montagnard, notamment en termes démographiques.

**Rubrique de classement** : Santé publique

**Mots clés** :

- Urgences dentaires
- Saisonnier
- Montagne

**Mots clés en anglais** :

- Dental emergencies
- Seasonal
- Mountain

**Jury** :

**Président :**  
**Assesseurs :**

Madame la Professeure Brigitte GROSGOGEAT  
Monsieur le Docteur Bruno COMTE Bruno  
Madame le Docteur Béatrice RICHARD  
Madame le Docteur Angélique BERTONI-TALIN

**Adresse de l'auteur** :

Cyrielle COTE  
25 Boulevard du Général Dessaix  
74200 Thonon-les-Bains