

ACADÉMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE - FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE
LORRAINE

Année 2023

N° 13213 C

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

Présentée et soutenue publiquement le :

Mardi 14 novembre 2023

par

Simon GIRARDIN

Né le 29 novembre 1998 à Saint-Dizier (Haute-Marne, 52)

**Installation des jeunes chirurgiens-dentistes en zones
sous-dotées : état actuel et résultats régionaux d'une
enquête observationnelle à l'échelle nationale**

Les différents leviers de dynamisation de l'attractivité d'un territoire au
travers d'exemples locaux

Composition du jury :

Président :

Pr Jean-Marc MARTRETTE

Membres :

Dr Vanessa MOBY

Pr Olivier BOUCHY

Co-directeurs de thèse :

Dr Céline CLÉMENT

Dr Kazutoyo YASUKAWA

ACADÉMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE - FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE
LORRAINE

Année 2023

N° 13213 C

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

Présentée et soutenue publiquement le :

Mardi 14 novembre 2023

par

Simon GIRARDIN

Né le 29 novembre 1998 à Saint-Dizier (Haute-Marne, 52)

**Installation des jeunes chirurgiens-dentistes en zones
sous-dotées : état actuel et résultats régionaux d'une
enquête observationnelle à l'échelle nationale**

Les différents leviers de dynamisation de l'attractivité d'un territoire au
travers d'exemples locaux

Composition du jury :

Président :

Pr Jean-Marc MARTRETTE

Membres :

Dr Vanessa MOBY

Pr Olivier BOUCHY

Co-directeurs de thèse :

Dr Céline CLÉMENT

Dr Kazutoyo YASUKAWA

« Par délibération en date du 11 décembre 1972, la Faculté de Chirurgie-Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

Présidente : Docteur Héléne BOULANGER

Doyen : Docteur Kazutoyo YASUKAWA

Vice-Doyens : Dr Charlene KICHENBRAND – Dr Rémy BALTHAZARD – Dr Marin VINCENT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr ARTIS

Doyens Honoraires : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Département odontologie pédiatrique Sous-section 56-01	Mme	JAGER Stéphanie	Maître de conférences *
	M.	PREVOST Jacques	Maître de conférences
	Mme	HERNANDEZ Magali	Maître de conférences *
	M.	HAINOT Raphaël	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	Mme	HILT Léa	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	Mme	HOMBOURGER Morgane	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	M.	MASSON Maximilien	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
Département orthopédie dento-faciale Sous-section 56-01	M.	VANDE VANNET Bart	Professeur des universités *
	Mme	DAMERDJI-BENHABIB Zaheira	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux ass. *
	M.	FAWAZ Paul	Chef de clinique des universités associé *
Département prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme	CLÉMENT Céline	Maître de conférences *
	M.	BAUDET Alexandre	Maître de conférences *
	Mme	CAIONE Mariette	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	M.	VEYNACHTER Thomas	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux*
Département parodontologie Sous-section 57-01	Mme	BISSON Catherine	Professeur des universités *
	M.	JOSEPH David	Maître de conférences *
	Mme	BERBE Ludivine	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux*
Département chirurgie orale Sous-section 57-01	M.	BRAVETTI Pierre	Maître de conférences *
	Mme	GUILLET-THIBAUT Julie	Maître de conférences
	Mme	KICHENBRAND Charlene	Maître de conférences *
	Mme	PHULPIN Bérengère	Maître de conférences *
	M.	CLERC Sébastien	Praticien hospitalier universitaire *
	Mme	BECKER Alice	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	Mme	PEREIRA Laure	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
Département biologie orale Sous-section 57-01	Mme	EGLOFF-JURAS Claire	Maître de conférences *
	M.	MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des universités *
	M.	YASUKAWA Kazutoyo	Maître de conférences *
Département dentisterie restauratrice, endodontie Sous-section 58-01	M.	MORTIER Éric	Professeur des universités *
	M.	ENGELS-DEUTSCH Marc	Professeur des universités *
	M.	AMORY Christophe	Maître de conférences
	M.	BALTHAZARD Rémy	Maître de conférences *
	M.	VINCENT Marin	Maître de conférences*
	M.	GISS Renaud	Maître de conférences associé*
	Mme	DAL MAGRO Claire	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	Mme	DAVRIL Jeanne	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux*
	M.	LESIEUR François	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	M.	DE MARCH Pascal	Maître de conférences
Département prothèses Sous-section 58-01	Mme	CORNE Pascale	Maître de conférences *
	M.	SCHOVER Jacques	Maître de conférences
	Mme	VAILLANT Anne-Sophie	Maître de conférences *
	M.	HIRTZ Pierre	Enseignant universitaire
	Mme	GERBER Caroline	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux*
	M.	JONVEAUX Maxime	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	Mme	MOUGEL Armande	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	M.	PERRIN Tom	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	M.	SYDA Paul-Marie	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	Mme	WILK Sabine	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
Département fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	Mme	STRAZIELLE Catherine	Professeur des universités *
	Mme	MOBY (STUTZMANN) Vanessa	Maître de conférences *
	M.	SALOMON Jean-Pierre	Maître de conférences
	M.	RITTIE François	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux

Souligné : responsable de département

* temps plein

Mis à jour le 17 mars 2023

REMERCIEMENTS

À NOTRE PRÉSIDENT DU JURY,

Monsieur le Professeur **Jean-Marc MARTRETTE**

Docteur en chirurgie-dentaire

Docteur en sciences pharmacologiques

Spécialiste qualifié en médecine bucco-dentaire

Habilité à diriger des recherches

Professeur des universités - praticien hospitalier

Ancien doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine

Officier des palmes académiques

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

*Nous vous remercions pour la patience et la bienveillance dont vous avez fait preuve
à notre égard tout au long de notre cursus en odontologie.*

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

À NOTRE CO-DIRECTRICE,

Madame le Docteur **Céline CLÉMENT**

Docteur en chirurgie-dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine, mention sciences de la vie et de la santé

Maître de conférences - praticien hospitalier

Responsable du département prévention, épidémiologie, économie de la santé,
odontologie légale

Ancien vice-doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine

Spécialiste qualifiée en médecine bucco-dentaire

Expert près de la cour d'appel de Nancy

Chevalier dans l'Ordre national du Mérite

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la direction de ce travail.

*Nous vous remercions pour la bienveillance et le dévouement dont vous avez fait
preuve envers nous tout au long de nos années d'études.*

*Nous nous souviendrons de votre engagement sans faille dans le domaine de la
santé publique.*

Veillez trouver dans ces termes l'expression de notre profonde gratitude.

À NOTRE CO-DIRECTEUR,

Monsieur le Docteur **Kazutoyo YASUKAWA**

Docteur en chirurgie-dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes, mention sciences de la vie et de la santé

Spécialiste qualifié en médecine bucco-dentaire

Maître de conférences - praticien hospitalier

Doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine

Vous nous avez fait le plaisir de codiriger ce travail.

*Nous voulons saluer le soutien et l'accompagnement que vous nous avez apportés
au cours de notre cursus.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre sincère obligation, de notre respect et de
nos profonds remerciements.*

À NOTRE JUGE,

Madame le Docteur **Vanessa MOBY-STUTZMANN**

Docteur en chirurgie-dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré Nancy I en ingénierie cellulaire et tissulaire

Maître de conférences - praticien hospitalier

Habilitée à diriger des recherches

Vous nous avez fait l'honneur de participer au jury de cette thèse.

*Nous vous remercions pour la bienveillance que vous nous avez témoignée au cours
de nos années d'études.*

*Nous nous rappellerons de la pédagogie et de l'engagement dont vous avez fait
œuvre pendant ces années de formation.*

Veillez trouver dans ces mots l'expression de notre sincère gratitude.

À NOTRE JUGE,

Monsieur le Professeur **Olivier BOUCHY**

Docteur en médecine générale

Professeur associé de médecine générale à la faculté de médecine de Nancy

Activité libérale à Revigny-sur-Ornain (Meuse)

Vous nous avez fait le plaisir et l'honneur de prendre part à notre jury.

*Nous voulons vous remercier pour les connaissances partagées et votre analyse
précieuse.*

*Nous saluons votre engagement constant et votre investissement pour le
rayonnement de la santé sur les territoires au quotidien.*

Veillez trouver dans ces termes l'expression de notre plus profond respect.

SOMMAIRE

1. Les zones sous-dotées :

1.1. Qu'est-ce qu'une zone sous-dotée ?

1.2. Démographie professionnelle des chirurgiens-dentistes aujourd'hui en France : où sont les zones sous-dotées en odontologistes ?

2. L'enquête observationnelle sur les projets d'installation future des jeunes chirurgiens-dentistes :

2.1. Contexte et présentation globale de l'étude

2.2. Résultats à l'échelle de la Lorraine

2.3. Résultats à l'échelle de la Bourgogne - Franche-Comté

3. Leviers de dynamisation de l'attractivité professionnelle d'un territoire :

3.1. Quelles sont les solutions proposées pour pallier le manque d'offre de soins actuellement ?

3.2. Exemples et mise en pratique à l'échelle locale ; la Meuse confrontée à la problématique : solutions actuelles et envisagées, retours d'expérience du territoire

Table des figures :

Figure 1 : Illustration par un exemple théorique de l'indicateur A.P.L. (source : EDP Sciences, 2018).....	27
Figure 2 : A.P.L. au médecin généraliste par commune en 2015 (source : EDP Sciences, 2018).....	29
Figure 3 : Évolution des effectifs et de la densité des chirurgiens-dentistes en France entre 2012 et 2021 (source : ONDPS, 2021).....	29
Figure 4 : Densités des chirurgiens-dentistes en France par régions en 2021 (source : ONDPS, 2021).....	31
Figure 5 : Scénarios de l'évolution des effectifs des chirurgiens-dentistes en France selon différentes variantes (source : DREES, 2016).....	33
Figure 6 : Nombre et densité des chirurgiens-dentistes libéraux en Grand-Est en 2020 (source : CartoSanté, 2021).....	43
Figure 7 : Nombre et densité des chirurgiens-dentistes libéraux en Bourgogne - Franche-Comté en 2020 (source : CartoSanté, 2021).....	46
Figure 8 : Orientations envisagées de l'activité professionnelle.....	50
Figure 9 : Projection géographique de la zone d'exercice.....	51
Figure 10 : Projection du statut d'activité professionnelle.....	51
Figure 11 : Carte d'implantation des praticiens de 25 à 35 ans selon leur lieu de formation (source : ONCD, 2020).....	60
Figure 12 : Cartographie des Z.R.R. en 2018 (source : Observatoire des territoires, 2021).....	66
Figure 13 : Cartographie des Z.F.U. en 2018 (source : Observatoire des territoires, 2021).....	66
Figure 14 : Cartographie des M.S.P. et P.S.P. en mars 2016 (source : L'Est Républicain).....	78
Figure 15 : Illustration du plan de la maison de santé pluridisciplinaire (M.S.P.) d'Éloyes dans les Vosges (88) dont l'ouverture est programmée pour l'été 2023 (source : cabinet d'architecture Mil Lieux Architecture de Nancy).....	91

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Les facteurs ayant incité au choix de la filière odontologique en P.A.C.E.S.	48
Tableau 2 : Les critères de choix pour le lieu d'exercice.....	52
Tableau 3 : Les raisons pour lesquelles l'exercice en zone sous-dotée ne serait pas envisageable.....	54

ABRÉVIATIONS

- A.C.C.D.M. : Association de Citoyens Contre les Déserts Médicaux
- A.N.D.R.A. : Agence Nationale pour la gestion des Déchets Radioactifs
- A.P.L. : Accessibilité Potentielle Localisée
- A.R.S. : Agence Régionale de Santé
- C.A.I.C.D. : Contrat d'Aide à l'Installation des Chirugiens-Dentistes
- C.A.M.C.D. : Contrat d'Aide au Maintien des Chirugiens-Dentistes
- C.D.D. : Contrat à Durée Déterminée
- C.E.S.P. : Contrat d'Engagement de Service Public
- C.N.G. : Centre National de Gestion
- C.N.O.M. : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- C.O.P.A.R.Y. : COmmunauté de communes du PAys de RevignY
- C.P.A.M. : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- C.P.T.S. : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- C.S.P. : Code de la Santé Publique
- D.R.E.E.S. : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- E.H.P.A.D. : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
Dépendantes
- E.P.C.I. : Établissement Public de Coopération Intercommunale
- E.T.P. : Éducation Thérapeutique des Patients
- E.T.P. : Équivalent Temps Plein
- F.N.A.L. : Fonds National d'Aide au Logement
- F.N.C.S. : Fédération Nationale des Centres de Santé
- H.A.S. : Haute Autorité de Santé
- H.U. : Hospitalo-Universitaire
- I.A. : Intelligence Artificielle
- I.D.E. : Infirmier Diplômé d'État
- I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- I.R.D.E.S. : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
- L.G.V. / T.G.V. : Ligne Grande Vitesse / Train Grande Vitesse

- Loi H.P.S.T. : loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
- M.S.A. : Mutualité Sociale Agricole
- {
 - M.S.P. : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
 - M.S.P.U. : Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire
 - P.S.P. : Pôle de Santé Pluriprofessionnel
- O.C.D.E. : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- O.D.F. : Orthopédie Dento-Faciale
- O.D.T. - U.E. : Concours national d'internat en odontologie – Union Européenne
- O.N.C.D. : Ordre National des Chirurgiens-Dentistes
- O.N.D.P.S. : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
- P.A.C.A. : Provence - Alpes - Côte d'Azur
- {
 - P.A.C.E.S. : Première Année Commune aux Études de Santé
 - P.A.S.S. : Parcours d'Accès Spécifique Santé / L.A.S. : Licence Accès Santé
- P.R.S. : Projet Régional de Santé
- R.D.P.I. : Rassemblement des Démocrates, Progressistes et Indépendants
- R.O. : Régime Obligatoire
- R.P.P.S. : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
- {
 - Les différentes sociétés d'exercice :*
 - S.C.M. : Société Civile de Moyens
 - S.C.P. : Société Civile Professionnelle
 - S.E.L. : Société d'Exercice Libéral
- S.I.S.A. : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
- S.M.I.C. : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

- S.S.I.A.D. : Service de Soins Infirmiers À Domicile
- U.F.R. : Unité de Formation et de Recherche
- U.F.S.B.D. : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

- {
 - U.N.C.A.M. : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
 - U.N.O.C.A.M. : Union Nationale des Organismes Complémentaires des Caisses d'Assurance Maladie

- U.N.E.C.D. : Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire
- U.R.S.S.A.F. : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

- {
 - Z.F.U. : Zones Franches Urbaines
 - Z.R.R. : Zones de Revitalisation Rurale

INTRODUCTION

La répartition des professionnels de santé sur le territoire français est un sujet ô combien d'actualité et, en tant que personnels médicaux à part entière, les chirurgiens-dentistes entrent pleinement dans la problématique de la couverture sanitaire de la population.

Les médias ne cessent de relayer des situations dans lesquelles des habitants d'un territoire renoncent aux soins faute de trouver un soignant prompt à les recevoir. Or, dans le domaine de la chirurgie-dentaire au même titre que dans les autres disciplines médicales, les retards de prise en charge, sans aller évoquer leur absence, peuvent déjà avoir des conséquences importantes voire graves... C'est pourquoi la question de l'installation des futurs odontologistes et de leurs aspirations pour leur exercice futur est déterminante. Pour que les zones sous-dotées en chirurgiens-dentistes, c'est-à-dire des espaces concernés par un déséquilibre significatif entre offre de soins et demande de prise en charge, ne soient pas à terme des territoires déshabités, la compréhension des causes de leur existence est essentielle avant d'envisager leur résolution à long et moyen terme ; cette résolution, pour une prise dans le temps efficiente, doit par ailleurs s'appuyer sur les générations actuelles d'étudiants en formation odontologique. Le fatalisme n'étant pas bon conseiller, c'est sur eux que reposent nombre de solutions, mais celles-ci doivent être réfléchies en collaboration avec l'ensemble des acteurs des territoires concernés, qu'ils soient entre autres patients ou décisionnaires du point de vue administratif, afin de ne pas aboutir à la contre-productivité qui aurait pour perverse conséquence d'entamer l'enthousiasme de jeunes soignants prêts à s'investir dans la santé publique du pays.

Les « déserts médicaux », comme souvent dénommés, existent depuis de nombreuses années et l'évolution de la démographie médicale suit aussi le cours du siècle et les dynamiques socio-culturelles. Le présent écrit vise donc tout d'abord à expliciter ce que sont les zones sous-dotées et à en donner leurs définitions qui ont, elles aussi, accompagné le changement des mœurs du pays. Il s'agira de fait d'établir la situation en France et la comparer enfin à celle de nos voisins. Au-delà des critères théoriques abordés, la deuxième partie se penchera quant à elle sur la force vive de la profession, c'est-à-dire les futurs praticiens prochainement diplômés de l'Université de Lorraine, afin de définir leurs caractéristiques et de se projeter *a minima* sur ce qui

pourrait les animer ou au contraire les restreindre dans une activité dans un espace sous-dense. Une enquête observationnelle régie par la Conférence des doyens en odontologie a pu ainsi être menée dans les facultés du pays et les résultats de l'U.F.R. de Lorraine seront proposés par la suite. Enfin, la dernière partie détaillera différents leviers existants pour favoriser l'installation des jeunes soignants dans les territoires en mal d'une couverture sanitaire efficace, mais aussi des projets à l'étude et en cours d'élaboration, sans oublier d'en décrire certains en situation avec des exemples locaux en Meuse. Ce département lorrain confronté à la problématique fait en effet figure de terre ayant foi en l'avenir et où la résilience laisse place au progrès quand il s'agit d'améliorer la situation de ses habitants. C'est aussi l'occasion de voir au travers des acteurs animant le terrain ce qui peut fonctionner et se répandre au-delà des frontières de la collectivité ou, à l'inverse, être retravaillé car ne fédérant pas l'enthousiasme escompté par les différents protagonistes.

Plus qu'un travail imposant des idées convenues et figées, cet écrit doit faire réfléchir sur le devenir de la prise en charge des patients dans le domaine de la santé bucco-dentaire et, *in fine*, à l'avenir de la vocation même de chirurgien-dentiste.

1. Les zones sous-dotées

1.1. Qu'est-ce qu'une zone sous-dotée ?

1.1.1. Définition

Le terme « zone sous-dotée » renvoie à la notion de « désert médical » mais de façon plus administrative. En effet, « désert » renvoie l'image, dans l'esprit collectif, de ce que peut représenter une zone sous-dense en professionnels de santé pour les populations concernées, c'est-à-dire le phénomène d'abandon parfois vis-à-vis du corps médical et de la prise en charge de la santé. Littéralement « lieu [...] inhabité ; lieu vide ou peu fréquenté », le dictionnaire Larousse a ajouté dans ses dernières éditions « désert médical : zone où la concentration de professionnels médicaux et d'établissements de santé est inférieure de 30 % à la moyenne nationale - ce pourcentage doit être pondéré d'une part par les caractéristiques de la population (âge, état de santé, etc.) et des professionnels considérés, d'autre part par celles de la zone étudiée », problème de santé publique incontournable aujourd'hui oblige. L'expression « sous-doté » vient tempérer le propos en laissant entrevoir l'aspect plural du problème ; la densité des soignants est ainsi considérée mais elle est mise en parallèle de la population demandeuse de soins en fonction de ses caractéristiques. Ainsi, pour deux bassins de vie donnés, même si le nombre de professionnels est identique, l'un pourra être une zone sous-dotée si la moyenne d'âge y est élevée (par exemple les personnes âgées étant aujourd'hui plus demandeuses de soins), et l'autre sera classé comme suffisamment doté étant donné le profil populationnel, toujours pour un temps et un groupe d'habitants donnés.

À différencier des zones rurales, une zone sous-dotée touche aussi un bassin de vie urbain ; nombre d'exemples illustrant le fait que d'un quartier à l'autre d'une grande ville, les habitants ne sont pas égaux face à l'accessibilité aux soins, dentaires notamment. Les espaces ruraux sont décrits depuis le XVIII^e siècle et deviennent un enjeu socio-économique pour l'État français sous la naissante IV^e République (Noirielle, 1994 ; Hubscher, 1999 ; Mischi et Renahy, 2008 ; Vinel et coll., 2016). Différents registres permettent, ou tout du moins essaient, de catégoriser un territoire comme rural ; plus qu'une définition, il s'agit plutôt d'un faisceau d'indicateurs socio-démographiques ne reflétant pas toujours le ressenti des habitants y résidant. Au-delà

de la description topographique du milieu qui oriente la définition vis-à-vis de la faible densité d'habitants, sont prises également en compte la démographie (population vue comme vieillissante et dont l'activité quotidienne diminue) et l'économie (manque de dynamisme et d'attractivité du territoire caractérisé par la prédominance de l'agriculture). Ainsi, il en ressort une définition de base de l'I.N.S.E.E. pour la zone rurale qui « compte moins de 2 000 habitants agglomérés » ensuite précisée par l'Observatoire des Territoires qui la pondère en fonction des registres précédemment cités tout en y ajoutant le cadre institutionnel avec les possibilités d'accès aux services multiples notamment publics. Il est donc faux de penser qu'une zone sous-dotée ou un « désert médical » rime avec « ruralité » du simple fait que la couverture en soins de premiers recours peut tout à fait être déficiente dans un centre urbain alors qu'elle peut y être suffisante dans un territoire où la population y est réduite et l'économie moins dynamique. La France assiste de ce fait à un changement profond de paradigme où l'anciennement dénommé « province », pour les endroits les plus reculés et déshabités vis-à-vis de la capitale et des lieux de pouvoir central, est devenue « régions », alignant *in fine* les problématiques de milieux pas si différents du point de vue de la santé publique.

C'est donc en comparaison et par rapport à d'autres secteurs géographiques que sont appréhendées les zones sous-denses, qu'elles soient urbaines ou rurales, et la notion d'accès aux soins y est centrale. Ainsi, derrière un « désert médical », doivent être présentées les inégalités d'accès aux soins auxquelles sont confrontés les Français. Que ce soit « sous-dense » ou « désert », ce fait actuel qu'est la difficulté d'accéder à des soins est problématique à conceptualiser étant donnée la multitude de causes à mettre en évidence et la mise en abyme à faire avec les principaux concernés pour qui il s'agit plutôt d'une sensation de solitude médicale qu'un simple concept administratif.

1.1.2. Les inégalités d'accès aux soins en France

Le manque perçu ou avéré de professionnels de santé dans un territoire donné est à l'heure actuelle une grande source d'inégalités d'accès aux soins. Le maillage territorial des soignants est tout autant à souligner que leur nombre.

À l'échelle d'un même département par exemple, la densité en chirurgiens-dentistes est peu représentative de la situation du terrain. En effet implicitement, selon

la D.R.E.E.S., la densité signifie que l'accès aux différentes structures de soins au sein de l'entité géographique est identique pour tous les résidents de ce même territoire ; autrement dit il faudrait, pour qu'elle soit représentative de la situation, que chaque chirurgien-dentiste soit séparé d'une même distance, rendant ainsi homogène la carte du département pour la couverture odontologique. Ce n'est évidemment pas le cas entre regroupements de chirurgiens-dentistes au sein d'entités partagées, de maisons de santé pluriprofessionnelles (M.S.P.) ou pôles urbains plus attractifs et dynamiques, favorisant des installations. En plus de la pondération du numérateur de l'équation (le nombre d'odontologistes), le dénominateur joue également son rôle. La population d'un département n'est pas répartie de façon homogène sur un territoire et d'autant plus dans les collectivités majoritairement urbaines où la population peut être divisée par 20 en sortant du périmètre de certaines métropoles. Ainsi, avec la conjecture supposant que la quasi-totalité des chirurgiens-dentistes se trouve en ville dans cet exemple précédent, la densité départementale, bien qu'élevée, cacherait une zone sous-dotée aux portes de l'agglomération, ou comment un territoire urbain peut bel et bien être source d'inégalités d'accès aux soins malgré son offre médicale variée...

Les disparités sont donc à souligner à l'échelle la plus fine possible pour pouvoir soulever le problème des zones sous-denses. Il convient par ailleurs d'y noter que, à ce niveau d'étude infrarégionale voire infra-départementale, les territoires classés comme « sous-dotés » cumulent d'autres faiblesses de santé publique qui les enclavent encore davantage et les fragilisent de fait. Comme déjà expliqué dans la partie 1.1.1, le vieillissement de la population y est souvent plus marqué, la D.R.E.E.S. soulignant que cette tranche populationnelle est particulièrement demandeuse de soins et l'offre ne peut parfois pas y faire face (DREES, 2016). Un cercle vicieux se met en place et l'engrenage éloigne la population jeune qui recherche une certaine couverture de santé facile d'accès, les commerces et services suivant dans une certaine mesure le déplacement de population, ce tout souvent parachevé par la fermeture des derniers services publics du territoire considéré. Ce tableau noir ne favorise bien évidemment pas une installation de jeunes praticiens sur une zone fragilisée comme telle, les leviers pour pallier le manque de soins étant de principe multimodaux et conjoints (ces mêmes leviers développés en partie 3.1 du présent écrit).

Pour le Sénat (rapport d'information, 2017), la France assiste à une « métropolisation » de l'offre de soins et les disparités géographiques d'accès aux

soins sont, à l'échelle du pays, essentiellement dues aux dynamiques territoriales propulsées par les différences de potentiels entre des zones métropolitaines plus ou moins attractives ; les littoraux, par exemple, qui peuvent parfois présenter d'une décennie à l'autre pour une profession donnée une augmentation de près de 10% de soignants. Il rejoint par ailleurs la D.R.E.E.S. du point de vue de la qualité globale de vie que doit offrir un territoire afin de favoriser une offre de soins de premiers recours suffisante et efficiente : la présence de services publics, d'établissements scolaires et de formation, des équipements et manifestations culturels... points également abordés par de jeunes cadres et ingénieurs en début de carrière et aspirations relevées dans l'étude développée en partie 2. Les changements d'aspiration des jeunes praticiens ne sont donc que l'exemple appliqué à la santé d'un ensemble de changements consentis par toute une génération.

Le Sénat s'inquiète par ailleurs de la décorrélation entre offre et demande de soins avec un exemple éloquent : la région Hauts-de-France présente une densité médicale inférieure à la moyenne nationale et des indicateurs sanitaires inquiétants, avec notamment une surmortalité de 21% par rapport à la moyenne métropolitaine (rapport d'information, 2017). Le Nord de la France et l'Est sont des zones fortement concernées par la perte d'autonomie de leurs aînés et la vulnérabilité économique y est particulièrement marquée (*L'Est Républicain*, 2022), la dépendance ayant un coût considérable pour les familles concernées notamment pour une prise en charge en E.H.P.A.D. (par définition médicalisé). Ainsi, les faibles revenus sont immédiatement impactés par les inégalités d'accès aux soins puisqu'y recourant de manière ponctuelle s'ils ne peuvent payer les charges inhérentes à un placement en établissement spécialisé. Les zones sous-dotées sont dans ce cas précis une double peine pour eux, bien que n'étant pas la cause initiale de l'enclavement à l'écart des soins de premiers recours (Wamala et coll., 2006).

Les territoires sous-denses sont donc inextricablement liés à la population qui les peuple et l'évolution démographique change inexorablement les besoins des habitants ; la variation de l'offre doit ainsi suivre ce même rythme pour ne pas déstabiliser le rapport offre / demande.

1.1.3. L'évolution de la population et du rapport offre / demande de soins

Selon l'I.N.S.E.E., le vieillissement de la population française s'accélère depuis 2011 mais a débuté dès le début du nouveau millénaire avec une progression de 2,4 % des 75 ans et plus entre 2000 et 2020 ; pour donner un ordre d'idées, ils représentaient alors près d'1 habitant sur 10 au 1^{er} janvier 2020. Or, la consommation de soins augmente avec l'âge et, mathématiquement, si la part des personnes âgées grandit dans la société, la moyenne des recours aux soins quels qu'ils soient ne peut donc que croître. Cette augmentation des besoins est d'ailleurs chiffrée (rapport ONDPS, 2021) avec un accroissement linéaire constaté des problèmes bucco-dentaires avec l'âge : un peu moins d'un tiers de la population des 15-24 ans y est confronté contre près de la moitié des 65-75 ans. Il convient de souligner que cette augmentation de recours aux soins avec l'âge n'est que récent car, bien que les problèmes de santé soient plus nombreux et marqués lorsque le temps s'écoule, les générations précédentes ne recouraient que peu au parcours de santé ; mais les préoccupations ont bel et bien changé car les personnes ayant eu la « fleur de l'âge » autour de 2000 et demandeuses d'une qualité de vie pleine et entière, qui inclut la santé dans son sens le plus large, arrivent aujourd'hui dans une période où des problèmes physiques, physiologiques et psychologiques peuvent se rencontrer plus facilement ; ils seront dès lors plus enclins à solliciter le système de soins puisqu'y étant déjà habitués et suivis, contrairement à leurs aînés. Nombre d'études nationales et internationales insistent par ailleurs sur ce dernier point (rapport ONDPS, 2021) car, si la prévention joue son rôle, la tranche populationnelle âgée qui a conservé un état buccal correct va devoir faire face de plein fouet aux altérations physiologiques dues au vieillissement, en plus des problèmes évoqués. De plus, Chiu-Man Leung et Chu rappellent notamment en 2022 que les soins sont spécifiques à chaque génération et il est vrai que certains actes sont parfois plus longs à réaliser chez les personnes âgées compte-tenu des positions et protocoles adaptatifs à adopter. Ils insistent tout particulièrement sur la prévention primaire qui doit selon eux compenser et anticiper les différents déficits physiologiques rencontrés avec le temps. La France doit donc s'attendre à une augmentation de la demande de rendez-vous sur son territoire mais également prendre en compte l'allongement du temps de travail nécessaire pour les honorer.

En termes de prévention pour approfondir le propos, il convient de s'attarder également sur son renforcement notamment avec les visites proposées de 3 à 24 ans par intervalles de trois années et entièrement prises en charge par le régime général de la Sécurité Sociale (et répandues aujourd'hui à quelques autres régimes comme celui de la M.S.A. pour l'agriculture par exemple, qui en propose d'ailleurs une aux plus de 65 ans également). Cette orientation au recours au système de soins dès le plus jeune âge augmente de fait la consommation de soins préventifs et curatifs lorsque des diagnostics divers d'états pathologiques sont posés. Il faut néanmoins noter que, si la prévention est menée de façon efficace et coordonnée et qu'elle se poursuit au-delà des programmes lancés au niveau national, la demande d'actes curatifs bucco-dentaires devrait se stabiliser voire diminuer à plus ou moins long terme (d'ici à huit ou neuf décennies) puisque les changements liés à l'âge n'affecteront qu'une population ayant bénéficié d'une couverture de pleine santé, ce qui de façon tout à fait compréhensible est utopique car des groupes en marge ou ne poursuivant pas les efforts de contrôles réguliers échapperont toujours à la prévention pour ne demander finalement que des soins curatifs souvent radicaux une fois une grande partie de leur vie accomplie.

Pour finir sur l'évolution de la population qui alourdit quelque peu la demande de soins dans la balance offre / demande, l'O.N.D.P.S. ajoute que, en plus du volet préventif de la nouvelle convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux, dont les changements négociés entre les syndicats du secteur, l'U.N.O.C.A.M. et l'U.N.C.A.M. se sont étalés progressivement entre 2018 et 2023, s'ajoute une amélioration de la prise en charge des soins et des actes de prothèse avec la création de plusieurs « paniers de soins » pouvant répondre à la majorité des demandes actuelles en ce qui concerne la santé bucco-dentaire et la restitution d'une intégrité oro-buccale anatomo-fonctionnelle. Le déploiement du 100 % santé permet ainsi un remboursement intégral réparti entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires d'Assurance Maladie des pratiques le composant. La demande a donc depuis 2018 augmenté car le frein financier au recours aux soins dentaires - le frein assez dominant dans cette discipline étant la prothèse aboutissant souvent à des restes à charge importants - s'est atténué peu à peu. Néanmoins, il est à noter que l'Assurance Maladie a annoncé la baisse du pourcentage de ses remboursements des soins dentaires de 70 % à 60 % au 1^{er} octobre 2023. La différence devrait être assumée par les organismes complémentaires mais pourrait ralentir la nouvelle

dynamique de recours à ceux-ci par une augmentation de fait des cotisations pour les assurés (*Le Télégramme*, 2023).

Par ailleurs concernant l'offre de soins (en plus de la démographie professionnelle qui sera développée par la suite dans les parties 1.2.2 et 1.2.3 et le maillage territorial déjà évoqué en 1.1.2), les changements d'habitudes et de prise en charge pèsent dans la balance offre / demande. En effet, le vieillissement de la population active, qui n'épargne en aucun cas les professionnels médicaux et donc les chirurgiens-dentistes, oblige au renouvellement des praticiens avec l'arrivée de nouveaux soignants qui n'aspirent plus aux mêmes exigences. Les chiffres le montrent notamment en ce qui concerne les temps de travail des nouveaux visages de la santé de demain. Selon l'U.N.E.C.D. et son enquête démographique de 2020, 62 % des étudiants interrogés évoquent des semaines de travail à 3 ou 4 jours par semaine maximum et une grande liberté des horaires d'exercice est majoritairement soulevée. La faible densité de chirurgiens-dentistes comparée aux autres pays européens (ONDPS, 2021) ainsi que la réduction progressive du temps médical aboutissent donc à un déséquilibre dans certaines zones du territoire où les habitants ne peuvent recourir facilement à des soins de premiers recours ou alors avec des délais allongés dans le temps ; ces derniers peuvent atteindre 6 mois pour certaines spécialités quand pour d'autres, encore plus spécifiques, ils dépassent une année (Vinel et coll., 2016). Au vu des projections sur les profils des populations demandeuses de soins et de celle active, il convient d'admettre que les territoires en tension ne pourront faire face à l'accroissement des besoins si l'offre reste sur cette même évolution ou, pire encore, venait à diminuer au gré des attirances pour des univers plus attractifs. C'est ainsi que les demandes de soins en territoires sous-dotés trouvent parfois réponse à des dizaines de kilomètres du domicile des patients voire à une centaine pour certaines spécialités médicales bien spécifiques (ophtalmologie par exemple). C'est donc toute une organisation à mettre en œuvre lorsqu'une personne dépendante - dont la prise en charge est aujourd'hui une grande préoccupation de santé publique avec l'inversion de la pyramide des âges - doit recourir à des soins : la famille étant souvent mise à contribution pour la conduire ou elle doit utiliser des transports organisés et assurés par les régimes d'Assurance Maladie en partie.

L'évolution de la population et la démographie professionnelle des soignants, et en particulier des chirurgiens-dentistes, soulèvent des défis de santé publique qui impactent d'une part le développement familial des patients, mais également le fonctionnement même du système de santé français d'autre part.

1.2. Démographie professionnelle des chirurgiens-dentistes aujourd'hui en France : où sont les zones sous-dotées en odontologistes ?

1.2.1. Comment cartographier les zones-dotées ?

Comme par ailleurs évoqué précédemment, l'accès aux soins revêt un caractère pluridimensionnel entre la disponibilité de l'offre et son accessibilité géographique, l'organisation des services de santé, l'accessibilité financière et l'acceptabilité des soins (Lucas-Gabrielli et Chevillard, 2018). Il faut donc en déduire l'accès effectif de l'accessibilité qui « définit la facilité avec laquelle la population d'un lieu donné peut atteindre les services de soins ».

La densité de soignants, et en particulier celle des odontologistes, est régulièrement mise à jour et apporte des données sur le nombre potentiel de soignants pouvant prendre en charge un nombre donné de patients (souvent exprimée en nombre de chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants). C'est ainsi que sont classées différentes zones mises en confrontation lorsque les littoraux et certains zones très attractives concentrent des professionnels alors que d'autres peinent à les faire venir sur leur territoire. C'est, d'un autre point de vue, avec les densités que sont comparés fréquemment les espaces urbains, péri-urbains et ruraux alors même que les chiffres ont leur limite et l'appréciation subjective joue beaucoup dans ce zonage pourtant fréquemment adopté et à la base de nombreuses décisions de santé publique. En effet, pour de nombreux habitants de la capitale, une ville n'est considérée qu'à partir de 10 000 voire 20 000 habitants, quand pour d'autres résidents en régions la commune la plus proche atteignant difficilement 1 000 habitants est déjà un territoire urbain, au-delà même de la définition administrative de l'I.N.S.E.E...

Il convient donc de dépasser la densité de professionnels de santé pour évoquer leur répartition géographique sur un territoire donné, et c'est en cela qu'est développée la mesure de la distance de l'accès aux soins. Après avoir mesuré la distance qui sépare une population d'un service de santé par la route pour chaque commune de France, cette population est quantifiée. Il en ressortait par exemple en 2018 selon Lucas-Gabrielli et Chevillard que plus de 75 % de la population française pouvaient accéder en moins de vingt minutes à un spécialiste (après avoir cumulé les résultats sur tout le pays). Encore une fois et comme la densité, la mesure de la

distance d'accès aux soins cache des disparités au sein même des territoires étudiés et une observation plus fine de ceux-ci est nécessaire pour comprendre les ressorts et aspects des territoires sous-dotés après les avoir mis en évidence.

Un indicateur local a donc finalement été développé (par la D.R.E.E.S. et l'I.R.D.E.S.) : l'A.P.L., pour accessibilité potentielle localisée, qui joint la quantité d'offre à sa situation géographique et répond à deux questions majeures : combien de soignants sont disponibles et à quelle distance ? Cet indicateur apparaît donc comme plus proche des Français puisque ce sont ces questions-là qui sont entendues lorsqu'une personne recherche un rendez-vous médical sur le territoire. L'A.P.L. est associée à chaque commune et l'offre donnée de professionnels est considérée pour plusieurs communes environnantes.

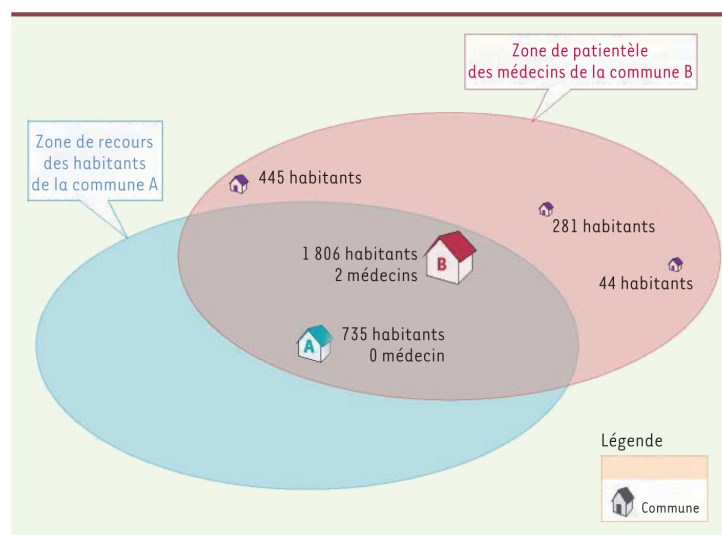


Figure 1 : Illustration par un exemple théorique de l'indicateur A.P.L. (source : EDP Sciences, 2018)

L'illustration ci-dessus (figure 1) explique de manière synthétique le fonctionnement de l'indicateur.

Deux zones sont distinguées :

- la « zone de recours » : zone dans laquelle les habitants peuvent accéder à un ensemble de médecins des communes situées à une distance inférieure à une référence donnée.

- la « zone de patientèle » : zone dans laquelle chaque médecin peut répondre aux besoins des habitants des communes situées à une distance inférieure à la même distance de référence.

Il faut y ajouter la pondération du niveau d'offre établie en nombre d'actes dispensés pour prendre en compte la variabilité des activités des professionnels considérés qui est d'autant plus marquée que l'écart-type des âges des soignants est étendu. Ainsi, il est aisé de comprendre que même en l'absence d'un chirurgien-dentiste sur une commune considérée, si plusieurs « zones de patientèle » chevauchent la « zone de recours » couvrant la commune en question, alors l'accès aux soins y est tout de même possible et la zone ne pourra être qualifiée de « sous-dotée » que si le nombre d'habitants recourant aux mêmes praticiens dont la zone de travail s'étend sur plusieurs communes concernées par leur recours, est trop élevé par rapport à la quantité d'activité (couvrant bien sûr le nombre d'exerçants mais aussi le nombre d'actes dispensés).

En outre, l'indicateur A.P.L. est très répandu dans le domaine de la médecine générale qui représente un grand nombre de professionnels de santé établis partout sur le territoire et ayant un ensemble d'actes quantifiables de façon séparée au besoin. En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, l'A.P.L. inclut pour les libéraux les cabinets principaux et secondaires et comptabilise l'activité en équivalents temps plein (E.T.P.), estimée à partir du nombre d'actes réalisés dans l'année (ceux-ci étant pour la plupart globaux dans le domaine odontologique) pour 100 000 habitants.

Étant moins répandu dans le secteur odontologique, les résultats de l'indicateur appliqué au domaine sont souvent présentés sous forme de tableaux détaillant ainsi les valeurs d'A.P.L. par commune mais ne sont pas convertis sur une carte comme peuvent l'être ceux concernant la médecine générale par exemple (figure 2).

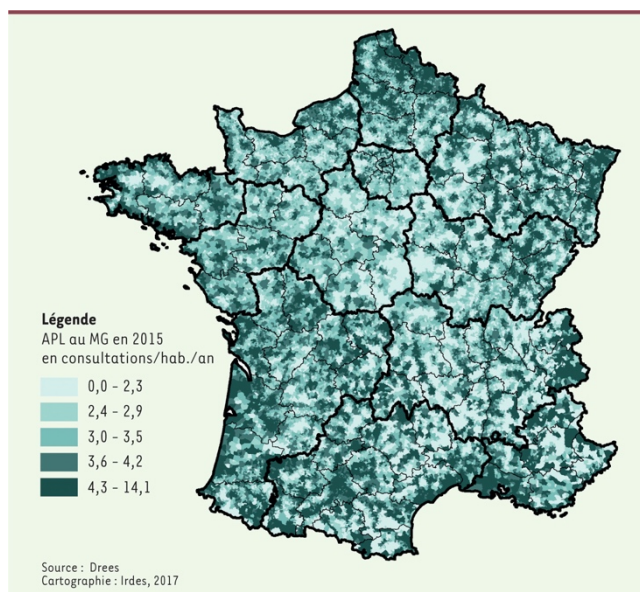


Figure 2 : A.P.L. au médecin généraliste par commune en 2015 (source : EDP Sciences, 2018)

Les nuances y sont ainsi plus dégradées au vu de l'échelle par commune offrant ainsi une précision supplémentaire par rapport aux cartes très fréquemment rencontrées des densités des médecins et autres professionnels de santé qui permettent néanmoins de suivre la démographie des soignants, notamment odontologistes, et leur répartition géographique.

1.2.2. Démographie actuelle des chirurgiens-dentistes en France

Au 1er janvier 2021 selon l'O.N.D.P.S., 43 134 chirurgiens-dentistes ont été dénombrés dans les bases du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé R.P.P.S. (figure 3). Les effectifs évoluent peu depuis 1995 (+ 0,3 % par an en moyenne) après avoir connu une forte croissance (+ 2,8 % par an en moyenne) dans

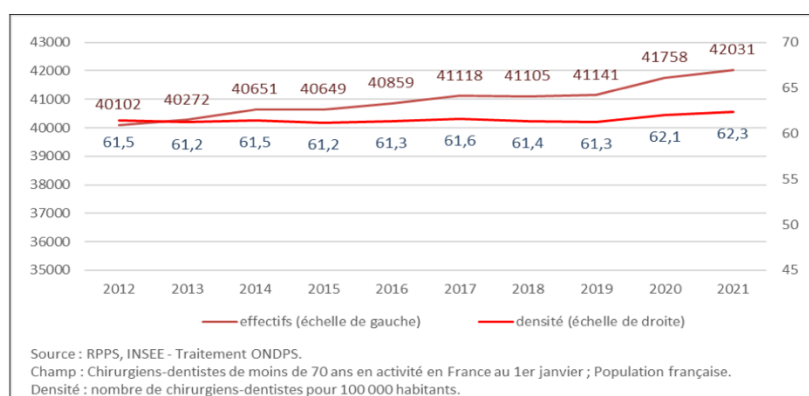


Figure 3 : Évolution des effectifs et de la densité des chirurgiens-dentistes en France entre 2012 et 2021 (source : ONDPS, 2021)

la période de 1971 à 1995, période durant laquelle le nombre de chirurgiens-dentistes avait quasiment doublé.

Ces vingt dernières années, la croissance des effectifs de chirurgiens-dentistes a été moins rapide (4 %) que celle de la population française (plus de 10 %). Ainsi, la moyenne d'âge de la profession en France était de 45,8 ans depuis 2021 après un pic à 48,4 ans en 2013, soit une moyenne d'âges assez élevée par rapport aux autres professionnels de santé et médicaux (la deuxième plus élevée derrière les médecins qui était de 51,3 ans au dernier recensement). Néanmoins, les chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans représentent aujourd'hui 27 % des professionnels contre 16 % en 2012, ce qui est en partie expliqué par les départs en retraite des odontologistes. Il faut ajouter à cette dynamique une féminisation de l'activité odontologique avec une augmentation de près de 20 points du pourcentage de femmes exerçant en un peu moins de 35 ans, soit 48 % ; cet accroissement se poursuit d'ailleurs, comme le montrent les inscriptions dans la filière odontologique en France (et à l'étranger) avec une majorité de femmes et de diplômées sortantes (56 % aujourd'hui, toujours selon l'ONDPS d'après les ressources INSEE et RPPS).

La démographie professionnelle en chirurgie-dentaire est à comparer aux autres professions de santé sur la proportion de diplômés à l'étranger. En effet, la part de ces derniers y atteint 40 % en 2021, soit 27 points de plus que les médecins, deuxièmes dans le classement par rapport à l'intégration de diplômés étrangers. Comme développé dans la partie suivante, cette part apparaît comme primordiale pour assurer une couverture en soins de premiers recours efficiente puisque toutes les projections d'augmentation des effectifs prévoient une proportion non négligeable de professionnels ayant fait leurs études à l'étranger. En détail, 60 % des primo-inscrits ont été formés en France en 2021, 39 % dans un pays européen et 1 % hors Union européenne.

À l'échelle internationale, la densité moyenne en France est particulièrement basse avec environ 10 points de moins que la moyenne européenne de 74 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. Dans les pays « têtes de pont » de l'O.C.D.E., la France apparaît dans le dernier tiers du classement loin derrière les pays où la prévention bucco-dentaire est la priorité en termes de santé orale (Allemagne, Suède et Islande par exemple, avec plus de 80 dentistes pour 100 000 habitants). De plus, par rapport à ses voisins plus ou moins proches mais dont les économies sont globalement correspondantes, les inégalités au sein même du territoire français

semblent être plus marquées entre les régions le composant, comme d'ailleurs dans le Sud de l'Europe.

Comme indiqué précédemment, les densités à l'échelle régionale (figure 4) ne peuvent constituer qu'une appréciation de la tendance sur un territoire donné au vu de l'étendue de chaque espace mais mettent toutefois en avant les difficultés disparates qui rendent complexe la prise en charge de certains patients. Ainsi, avec 86 dentistes pour 100 000 habitants, c'est la région P.A.C.A. qui occupe la première place du podium, suivie de l'Occitanie et de l'Île-de-France (autour des 72 professionnels pour 100 000 habitants). Le Grand-Est apparaît dans la moyenne nationale tandis que la Bourgogne - Franche-Comté compte 48 dentistes pour 100 000 habitants, soit 6 de plus que la donnée la plus faible en France métropolitaine (attribuée à la Normandie) ; les détails pour ces deux régions seront développés par la suite en partie 2.1 dans le cadre de l'étude menée dans ce travail.

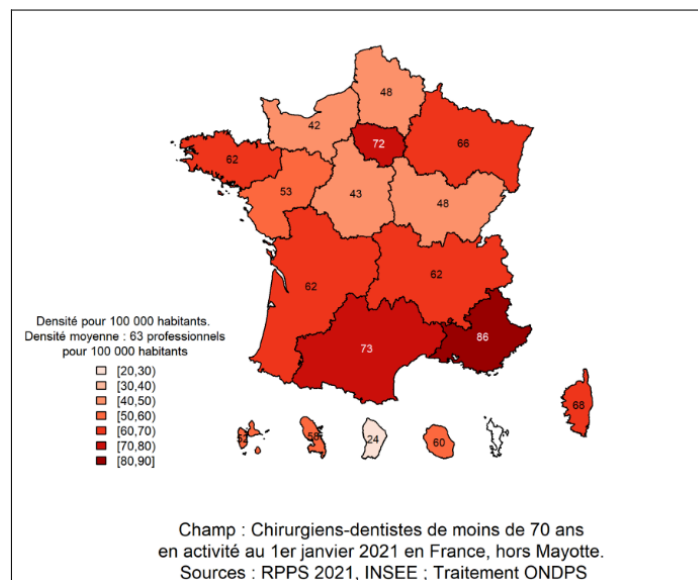


Figure 4 : Densités des chirurgiens-dentistes en France par régions en 2021 (source : ONDPS, 2021)

1.2.3. Évolution de la démographie des odontologistes

Outre la démographie donnée à un instant T, il est intéressant de se concentrer également sur l'évolution de la profession en termes de nombre de chirurgiens-dentistes, de densité par habitant, de maillage et d'activité de ces mêmes soignants. En effet, les politiques de santé publique envisagent des actions à la fois vis-à-vis d'une situation présente mais se doivent par ailleurs d'anticiper et adapter ces

dernières pour suivre au plus près les situations en évolution. Ainsi, la D.R.E.E.S. propose une projection d'ici à 2040 du nombre de chirurgiens-dentistes qui paraît augmenter de façon supérieure à la population générale selon plusieurs modèles différents, en fonction du *numerus apertus* et son évolution, pondéré par les flux sortants (abandons et changements d'orientation) et entrants (passerelles vers la filière odontologique). Le profil évolutif du nombre de chirurgiens-dentistes est dépendant également de l'entrée en activité de praticiens étrangers ou ayant fait leur cursus en dehors du territoire français et dont les diplômes sont reconnus, mais aussi les départs de soignants en pleine activité ou à ceux qui font valoir leurs droits à la retraite. Ces projections sont ancrées dans la réalité grâce à l'âge moyen des chirurgiens-dentistes en 2016 (année de réalisation de l'étude) et leurs caractéristiques d'activité cette même année.

En détail (figure 5), la D.R.E.E.S. ne prévoit qu'un seul scénario dans lequel le nombre de chirurgiens-dentistes serait amené à décroître ; il s'agit du cas de l'arrêt des installations des étudiants ayant fait leurs études à l'étranger. Le reste des scénarios est en faveur d'une tendance à l'augmentation des professionnels sur le territoire. Il est à noter que les deux principales variables d'ajustement sont le nombre d'étudiants admis à la suite de la première année commune en santé (et de fait l'impact démontré du *numerus apertus*) et la présence sur le territoire des praticiens dont les études ont été faites à l'étranger. Ainsi, tablant sur une tendance à l'allongement des carrières en santé, la D.R.E.E.S. considère que même si le *numerus* est plafonné à 1200 étudiants, la population active dans le secteur odontologique croîtra car les départs en retraite seront tout d'abord compensés et une marge positive d'étudiants sortants sera possible pour renforcer l'offre sur le territoire. De plus, le seul scénario prévoyant le dépassement du seuil de 50 000 soignants d'ici 13 ans environ est celui dans lequel 5 % d'étudiants diplômés à l'étranger en plus par année seraient admis à l'horizon 2025 ; le scénario dit « tendanciel » tablant plutôt quant à lui sur 48 800 chirurgiens-dentistes sur le territoire en 2040.

Ces résultats sont une fois de plus à nuancer car, derrière les chiffres, les zones d'installation ne sont pas définies et si la tendance actuelle déjà évoquée venait à se poursuivre, c'est-à-dire une attirance des jeunes pour des milieux attractifs et au dynamisme notamment culturel affirmé, ce nombre important d'odontologistes à venir pourrait profiter davantage aux secteurs les moins dans le besoin et ne ferait qu'augmenter les disparités entre des zones sur-dotées et des espaces sous-denses.

Il est ainsi fondamental que les pouvoirs publics - jusqu'aux plus petits maillons des collectivités territoriales - s'emparent de tels sujets et s'approprient des chiffres qui, bien que probabilistes, reflètent néanmoins une réalité plus ou moins prête à se produire.

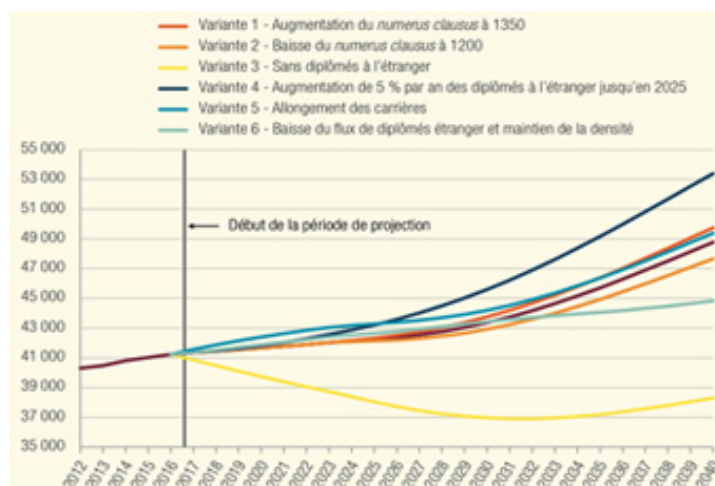


Figure 5 : Scénarios de l'évolution des effectifs des chirurgiens-dentistes en France selon différentes variantes (source : DREES, 2016)

N.B. : Sont pris en compte dans cette étude les praticiens de moins de 70 ans.

De plus, l'O.N.D.P.S. (rapport démographique, 2021) projette une poursuite de la féminisation de la profession évoquée dans la partie 1.2.2 car les femmes apparaissent comme étant majoritaires dans la jeune génération et représentant 56 % des nouveaux diplômés en France (53 % à l'étranger).

Pour finir, la large majorité d'activité libérale semble rester d'actualité dans l'avenir puisque selon l'U.N.E.C.D., dans son enquête auprès des étudiants en 2019, 66 % d'entre eux réfléchissent à une installation libérale après 10 années d'exercice.

Au vu de ces résultats et face à la problématique des zones sous-dotées qui ne disparaîtra pas du simple fait de l'augmentation des densités en chirurgiens-dentistes, la recomposition de l'offre de soins dentaires est au cœur de nombre de débats et d'actions nationaux mais également délocalisés et gérés par différentes structures compétentes.

1.2.4. La recomposition de l'offre de soins en question

Le Sénat s'est emparé de la question des « déserts médicaux » dans un rapport sur le développement de l'offre des soins primaires dans les zones sous-dotées à la suite d'une mission de la commission des affaires sociales de 2016 à 2017. Il a notamment réfléchi à l'importance d'une certaine dynamique territoriale dans laquelle doivent s'impliquer les principaux concernés, c'est-à-dire les professionnels eux-mêmes mais aussi les acteurs du territoire en dehors du monde médical. Le Sénat a notamment pointé du doigt le manque de cohérence entre les attentes émanant du terrain et les politiques menées principalement par les A.R.S. et les administrations du Ministère de la santé et des solidarités. Le président du Conseil national de l'Ordre des médecins (C.N.O.M.) a soulevé ce même aspect dans la gouvernance des actions en santé en janvier 2017 en évoquant le caractère d'un système de santé français « hyper administré » et « totalement déconnecté des besoins des territoires ». Pour lui, certains plans d'action localisés sont louables bien que sortant parfois des limites fixées par les instances dirigeantes. Il s'agit donc de concilier unité de gestion des A.R.S. pour que la compréhension du fonctionnement du système de santé reste pleine et entière, et liberté des élus locaux et professionnels de chaque territoire afin de répondre au plus près aux attentes de la population demandeuse de soins. Le dialogue entre les agences de santé et les principaux concernés est primordiale et les « compétitions » relevées par le Sénat entre différents territoires pour augmenter leur offre de soins primaires est délétère ; il convient au contraire d'évaluer chaque dispositif engagé après recensement pour en apprécier ses effets et l'élargir aux autres espaces si ceux-ci sont particulièrement remarquables. Le manque d'évaluation des actions sur le territoire est un défaut majeur relevé par les sénateurs et il est source de multiplicité inutile et contre-productive d'actions non coordonnées. La Cour des comptes prévoit par ailleurs une modulation des crédits destinés aux A.R.S. en fonction des besoins des territoires, notamment sous-denses, pour répondre à la recomposition de l'offre de soins en France.

Des sénateurs vont encore plus loin. M. Philippe Mouiller, sénateur des Deux-Sèvres (*Les Républicains*), et Mme Patricia Schillinger, vice-présidente de la délégation aux collectivités territoriales et sénatrice du Haut-Rhin (R.D.P.I.), proposent

dans le projet de loi dit « 3DS » (pour Différenciation, Décentralisation, Déconcentration et Simplification de l'action publique locale) de :

- « renforcer le poids des élus locaux au sein du conseil de surveillance [des] A.R.S.
- élargir les attributions du conseil de surveillance des A.R.S.
- d'associer les collectivités locales à la détermination des « déserts médicaux » ».

Ces idées traduisent bien l'envie actuelle portée par les acteurs du terrain d'intégrer les besoins des territoires dans les discussions au sein même des instances dirigeantes.

Un exemple meusien illustre bien cette volonté forte d'associer les professionnels, les patients et les instances dans la lutte contre les faibles densités de soignants dans les territoires. Il s'agit de la C.P.T.S. du Barrois, c'est-à-dire la communauté professionnelle territoriale de santé du bassin barisien qui s'étend tout autour de la préfecture de la Meuse. Les A.R.S. les définissent comme des « regroupe[ments] de professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes ». Il en existe partout en France, dans des espaces où des soignants engagés ont à cœur de modifier et d'adapter au mieux le système de santé local afin de répondre toujours aux vrais besoins des habitants ; ces regroupements veulent un lien entre les politiques gouvernementales et ministérielles appliquées au niveau national et les actions à mener directement au sein de la population. La C.P.T.S. doit s'inscrire dans le projet régional de santé (P.R.S.) et s'articule en cinq axes dits « stratégiques », à savoir (CPTS du Barrois, 2018) :

- améliorer l'accès aux soins : que ce soit pour ceux de premiers recours s'inscrivant dans un parcours de soins ou bien faciliter la prise en charge des urgences sur le territoire ;
- organiser un parcours pluriprofessionnel autour du patient : visant notamment à fédérer l'ensemble des soignants prenant en charge le patient dans une dimension coordonnée plus constructive pour arriver à un état de santé efficient, mais aussi à améliorer le suivi hôpital - domicile source de nombreuses incompréhensions et malentendus par manque de transmission d'informations entre soignants ;

- promouvoir la santé et accentuer la prévention : actions particulièrement présentes lors de la crise du Covid-19 et des campagnes de dépistage et de vaccination, maillon indispensable pour protéger la population ;
- développer la pertinence et la qualité des soins : former les professionnels de santé du territoire et les accompagner dans des actions innovantes toujours en phase avec les données actuelles de la science ;
- accompagner les professionnels en développant des actions en leur faveur : inciter des installations de jeunes soignants et les aider dans leurs démarches afin de lutter notamment contre la désertification de l'offre de soins.

Ce dernier axe est un trait majeur de l'action à mener pour favoriser l'installation de jeunes diplômés sur le territoire meusien et la C.P.T.S. du Barrois y est particulièrement attachée. C'est ainsi qu'elle a favorisé la création de multiples maisons de santé et pôles sur le territoire sud-meusien après des réunions de réflexion et autres discussions en s'attachant toujours à faire remonter les demandes des habitants et à fédérer les collectivités autour d'elle. Du fait de ses tables rondes, elle parvient à faire venir dans les communes avoisinant Bar-le-Duc des jeunes afin d'augmenter l'offre de soins locale dans un espace où elle peut être qualifiée de déficiente actuellement, notamment pour les soins dentaires avec une des densités les plus faibles en Grand-Est de chirurgiens-dentistes (comparaisons dans la partie 1.2.2). Outre le dynamisme qu'elle peut ainsi créer et grâce aux aides et conseils d'installation, elle permet bien souvent de « transformer l'essai » dans un climat favorable à une activité médicale épanouissante et durable.

Un exemple pour conclure, la C.P.T.S. du Barrois réfléchit à augmenter la couverture dentaire du territoire qui décline peu à peu, en partie à cause du vieillissement du profil des chirurgiens-dentistes en activité (décrit en partie 3.2.3 de l'écrit). Elle cherche notamment à pallier le problème croissant du défaut de prise en charge des urgences dentaires. Nombre de patients, n'ayant plus de chirurgiens-dentistes traitants pour cause de départs en retraite particulièrement, se trouvent souvent dans l'impossibilité de se faire examiner puis soigner du fait de la surcharge des autres cabinets prenant déjà en charge leurs propres patients. Les permanences de soins dominicales ne peuvent absorber des problèmes dentaires quotidiens sur une seule matinée hebdomadaire dans une logique de couverture sanitaire efficace ; c'est pourquoi la C.P.T.S. réfléchit, en partenariat avec les facultés d'odontologie de la

région, à la création d'une antenne de stage hospitalier locale, pourquoi pas rattachée au centre hospitalier de Bar-le-Duc (celle existante sur l'hôpital de Verdun ayant disparu). Au-delà de l'absorption des demandes urgentes, cette antenne pourrait répondre aux besoins de soins primaires et de suivi d'une patientèle n'ayant plus de professionnel odontologiste attiré. Dans sa démarche de parfaire une liaison hôpital - domicile et de fédérer les professionnels du territoire, la supervision de cette antenne de soins pourrait se faire par le biais de chirurgiens-dentistes libéraux du territoire, faisant partie notamment des groupes de réflexion de la C.P.T.S. locale. Cette collaboration étroite pourrait de plus ouvrir le champ à des stages dans ces zones sous-denses et par la suite faciliter des installations de jeunes diplômés pour qui le territoire a été « démystifié ».

Ainsi, la recomposition de l'offre de soins en France est actuellement une problématique majeure dans la refondation du système de santé français et ne peut se faire sans l'intelligence d'une dynamique à plusieurs échelles. Bien que des obstacles puissent apparaître dans la mise en place de certaines actions (un exemple concret est présenté dans la suite en partie 3.2.6 pour mettre en exergue les difficultés de mise en place de programmes d'envergure à l'échelle locale), la synergie entre acteurs est essentielle pour garantir une couverture en santé efficace et équitable.

Comme par ailleurs évoqué, les caractéristiques et attentes des futurs soignants, en premier lieu les chirurgiens-dentistes, sont à prendre en compte pour apprécier l'avenir du maillage territorial des soignants en France et pour faire face à la problématique des zones-dotées actuelle et à venir. C'est en cela que l'étude auprès des étudiants en 6^e année et internes en odontologie est intéressante et les résultats indicateurs de la vision nouvelle portée sur la couverture en soins dentaires dans le pays et, plus spécialement dans l'écrit, en Lorraine et Bourgogne - Franche-Comté.

2. L'enquête observationnelle sur les projets d'installation future des jeunes chirurgiens-dentistes

2.1. Contexte et présentation globale de l'étude

Dans le contexte de santé actuel et avec le problème très médiatisé des zones sous-dotées souvent présentées comme des « déserts médicaux », il est intéressant de réfléchir au monde de demain avec son système de santé et aux professionnels le composant. Interroger les futurs chirurgiens-dentistes du pays, soignants du corps médical, permet de relever leurs aspirations dans différents modes d'exercice et ainsi d'établir un profil probabiliste du paysage odontologique dans un futur proche. C'est aussi livrer des données exploitables aux pouvoirs publics afin d'adapter ou créer des mesures pour répondre toujours au mieux aux besoins des patients et aux attentes des praticiens, un système efficient ne pouvant fonctionner que si tous ses acteurs s'y sentent pleinement intégrés ; différents leviers pour dynamiser un territoire déficient en offre médicale et pour le rendre plus attrayant pourront ainsi être adoptés ou modifiés en fonction des demandes et éléments mis en évidence.

Il s'agit donc d'essayer d'établir une cartographie d'une future distribution géographique des jeunes chirurgiens-dentistes via une étude observationnelle nationale sous l'égide de la Conférence des doyens en odontologie. Chacune des facultés d'odontologie de France réalisant une enquête locale, les résultats de la Lorraine et de la Bourgogne - Franche-Comté seront développés dans ce travail.

Afin d'apporter des données les plus pertinentes possibles, plusieurs réunions encadrants/encadrés, mises en place sous l'impulsion du Pr Lupi, doyen de la Faculté de Nice, ont permis de développer un questionnaire commun (cf. annexe 1) ciblant des points d'intérêts majeurs et sensibles, renseignant sur un ensemble de caractéristiques se rapportant à la population étudiée. Au-delà des données démographiques factuelles, il s'agit de mieux préciser les attentes des futurs professionnels dans leur activité quotidienne et de soulever ce qui pourrait ou non favoriser leur installation dans une zone déficitaire en offre de soins. Il était donc important de comprendre exactement comment sont perçus les territoires sous-dotés dans chaque faculté d'odontologie de France, et d'élaborer en introduction du questionnaire (présenté en annexe ...) une explication ainsi qu'une carte personnalisée pour chaque U.F.R. démontrant les différentes densités de chirurgiens-

dentistes du territoire en question. La population cible de l'étude a été définie autour des inscrits en 6^e année et en internat des études odontologiques en 2021-2022 afin de bénéficier du recul des années d'études des doctorants à la veille de leur début d'activité sous différentes formes. De plus, chaque thésard porteur de l'enquête pour sa faculté de rattachement faisait partie de la même promotion, favorisant ainsi une proximité directe avec ses futurs confrères répondants.

Élaborée puis validée collégialement, la liste de questions fut mise en forme sur la plateforme d'enquête en ligne *LimeSurvey* par le Pr Valérie Roger-Leroi (U.F.R. de Clermont-Ferrand), et un lien fut généré pour chaque U.F.R. reliant ainsi la région étudiée au centre de formation local. Les aspects réglementaire, éthique et juridique furent avertisés par le Dr Moussa-Badran (U.F.R. de Reims). Il est à noter que les régions non pourvues de faculté pour la rentrée 2021 furent assignées à l'université de rattachement de ses étudiants (la Bourgogne - Franche-Comté à l'Université de Lorraine, les étudiants bourguignons et francs-comtois y étant administrativement principalement rattachés à ce moment). L'envoi du questionnaire eut lieu le 20 juin 2022 pour un retour des premiers résultats au dernier trimestre de l'année, les dernières données reçues étant datées de mars 2023.

Outre la création du questionnaire commun, l'analyse statistique a été également définie et unifiée en amont de l'envoi pour l'ensemble des résultats, quelle que soit leur provenance, afin de garantir une comparabilité des données à l'échelle nationale.

→ *Avant de présenter les résultats, le contexte actuel des territoires étudiés est important à développer pour ancrer l'étude dans son temps et préciser les contours de la zone en question.*

2.1.1. Situation actuelle en Lorraine

- **Meuse** : 192 800 habitants en 2015 et 184 083 en 2019 (INSEE Statistiques - Comparateur des territoires, 2022) :
 - 3,8 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants en 2014, soit 74 professionnels.

- À 6 ans, 10 professionnels en moins, soit une densité de 3,5 dentistes pour 10 000 habitants.
 - 47,3 ans d'âge moyen, soit 1,5 an de plus que la moyenne nationale (données *CartoSanté*, 2021).
 - *Données détaillées en partie 3.2.1.*
- **Meurthe-et-Moselle** : 733 266 habitants en 2015 et 733 760 en 2019 :
 - 6,4 dentistes pour 10 000 habitants en 2014, soit 470 professionnels.
 - À 6 ans, 25 chirurgiens-dentistes en moins, soit 6 dentistes pour 10 000 habitants.
 - Professionnels un peu plus jeunes qu'en Meuse : 46,6 ans en moyenne et une part des plus de 65 ans à près de 5 %.
 - Distinction entre 2 zones au sein du même département avec au Nord, entre Jarny et Longwy, l'ancien bassin du charbon et des hauts-fourneaux au sein d'une plaine rurale et sinistrée, habitée par une population vieillissante présentant des besoins en santé croissants au vu de la difficulté d'absorption des demandes des unités d'urgence locales (à Briey notamment où, par faute de personnel, les patients sont parfois dirigés à près de 40 minutes de leur lieu d'habitation). Ce territoire est classé en zone sous-dotée voire très sous-dotée.
 - À l'inverse au Centre-Sud, l'agglomération de Nancy comptant 257 500 habitants environ est bien plus attractive et tournée vers la jeunesse. Elle concentre 30 % de la population du département et 287 dentistes (soit 60 % des professionnels) avec, pour densités les plus fortes, la ville de Nancy avec 8,6 dentistes pour 10 000 habitants, contre les mêmes densités qu'en Meuse au Nord.
 - Nancy reste la principale ville étudiante du territoire en accueillant annuellement 50 000 étudiants, ce qui représente 18 % de sa population totale. La culture et son patrimoine architectural du XVIIIe siècle classé depuis 40 ans en font un pôle touristique majeur du département, desservi également par le TGV Est dans la gare du centre-ville (*L'Étudiant*, 2021).
 - Rappelons que Nancy est la ville de rattachement de l'U.F.R. d'odontologie, ce qui pourrait être un facteur d'installation majeure pour les jeunes installés (à noter que 30 % ont moins de 40 ans, ce qui correspond néanmoins aux chiffres des autres territoires).

- Aux portes de l'agglomération, le Lunévillois repasse dans la moyenne départementale avec des délais de 3 mois d'attente pour un rendez-vous.
- **Moselle** : 1 046 468 habitants en 2015 et 1 046 543 en 2019 :
 - 597 dentistes en 2014 représentant une densité de 5,7 professionnels pour 10 000 habitants.
 - À 6 ans, la densité passe à 5,4 dentistes pour 10 000 habitants avec 30 chirurgiens-dentistes en moins.
 - L'âge moyen est de 47,6 ans.
 - Au vu de la population et de l'activité du territoire, le département reste bien doté globalement. Néanmoins, une zone sous-dotée entourant un territoire sur-doté fait baisser cette moyenne ; il s'agit de l'Ouest du département qui correspond à la vallée de la Fensch, vallée historique de la sidérurgie lorraine, sinistrée et médiatisée par la fermeture relativement récente des derniers hauts-fourneaux de l'ère moderne d'Hayange. Celle-ci compte entre 2,6 et 4 professionnels pour 10 000 habitants. Tout comme le Nord de la Meuse et de la Meurthe-et-Moselle, dans la continuité du même bassin minier, la population vieillit et nécessite donc beaucoup de soins malgré une densité faible généralisée dans tout le bassin.
 - On remarque également qu'à l'Est, territoire plus rural à l'approche de Sarreguemines, la zone est très sous-dotée avec 3 dentistes pour 10 000 habitants.
 - Le centre du département présente des données correspondant à la moyenne lorraine, tout comme le Nord qui est plutôt une zone « dortoir », les habitants travaillant beaucoup au Luxembourg ou dans les zones industrialo-commerciales (centrale nucléaire de Cattenom notamment).
 - Pour finir, l'agglomération de Metz compte 232 dentistes pour 221 500 habitants environ, soit un rapport comparable à Nancy. Elle concentre 21% de la population et 39 % de l'offre de soins ; c'est pourquoi la zone sur-dotée est moins étendue que dans l'agglomération de Nancy, ce qui pourrait confirmer le poids de l'implantation de l'U.F.R. d'odontologie dans le choix d'installation des jeunes chirurgiens-dentistes.

- **Vosges** : 377 282 habitants en 2015 et 364 499 en 2019 :
 - 180 dentistes exerçaient en 2014, soit une densité de 4,8 pour 10 000 habitants.
 - À 6 ans, celle-ci passe à 4,9 pour 10 000, chiffre dû à la diminution du nombre d'habitants, car le département compte autant de professionnels.
 - L'âge moyen est de 47,1 ans, mais la proportion des plus de 65 ans est plus élevée qu'ailleurs avec 8 % de l'ensemble des actifs.
 - La région d'Épinal ainsi que celle de Mirecourt concentrent le plus de professionnels avec la moitié des effectifs pour moins d'un tiers du territoire. L'aspect touristique de ces territoires avec le patrimoine culturel caractéristique des Vosges favorise l'installation des chirurgiens-dentistes. L'économie du territoire y est concentrée, comme à l'Est autour de St-Dié avec un environnement plus naturel et montagneux.
 - À l'inverse, les zones de transition entre ces localités et le Sud du département constituent des territoires plus ruraux moins propices à l'offre de soins.
 - Ces bassins désertés se prolongent en Haute-Marne après Contrexéville et les villes d'eau, moins attractives que les massifs vosgiens qui concentrent la majorité des habitants du département.

Pour conclure en Lorraine (figure 6), 6,1 dentistes travaillaient pour 10 000 habitants en 2012 (près de 1 320 dentistes) contre 6,3 (soit 1 256 professionnels) aujourd'hui (*L'Information dentaire*, 2021), ce qui reflète une modification de la démographie du territoire avec des zones de concentration de population où l'offre dépasse la demande (délais d'obtention de rendez-vous allant de deux jours à une semaine) et des zones plus rurales où, bien que la demande soit importante, l'offre est maigre et s'appauvrit avec des départs en retraite croissants non remplacés (délais de 3 à 6 mois, même dans des villes comme Bar-le-Duc). Les chiffres sont donc trompeurs car, malgré de faibles variations de densités, ils ne reflètent pas les migrations des installations récentes vers des zones attractives pour la population : comme soulevé précédemment, les densités sont rapportées au nombre d'habitants quelles que soient leurs demandes, et l'âge des personnes n'est pas pris en compte dans la cartographie, contrairement à celui des professionnels. Dans la grande région Grand-Est, qui comptait 5 562 651 habitants au dernier recensement I.N.S.E.E., la Lorraine apparaît ainsi mieux dotée que la Champagne-Ardenne (5,4 dentistes pour 10 000 habitants) mais reste bien en deçà des chiffres de l'Alsace qui présente la

deuxième concentration de chirurgiens-dentistes la plus élevée de France avec 7,8 professionnels pour 10 000 habitants.

Les dernières données *CartoSanté* démontre la continuité de cette situation avec un dynamisme croissant des agglomérations du territoire qui bénéficie aux zones péri-urbaines : Châlons-en-Champagne et Reims notamment, ou encore autour d'Épinal (jusqu'à 6,6 dentistes pour 10 000 habitants) dans les Vosges, département qui semble tirer « son épingle du jeu » grâce au développement croissant de son offre touristique et culturelle à souligner entre autres. À l'inverse, les territoires sinistrés à la suite de la désertification industrielle continuent leur lente décroissance professionnelle avec des densités sous la barre de 3 odontologistes pour 10 000 habitants, contribuant de fait à accroître les disparités entre la Meuse et ses voisins bien que Verdun semble reprendre un second souffle avec l'ouverture récente d'une M.S.P. en centre-ville.

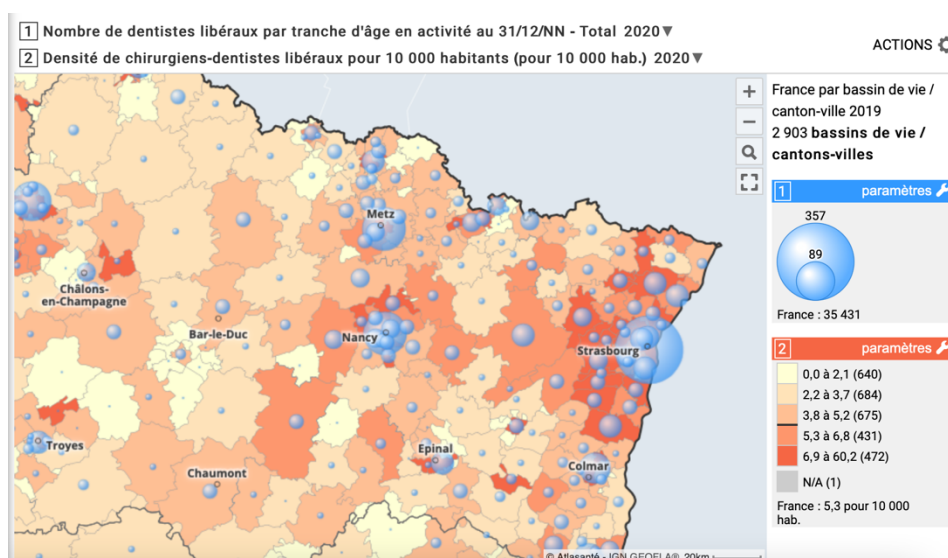


Figure 6 : Nombre et densité des chirurgiens-dentistes libéraux en Grand-Est en 2020 (source : CartoSanté, 2021)

2.1.2. Situation actuelle en Bourgogne - Franche-Comté

- **Zonage conventionnel de 2014 (ARS) :**

- Globalement, une diagonale est décelée du Nord-Ouest du département et se poursuit jusqu'au Sud donnant un tiers Ouest, d'Auxerre à Lons-le-Saunier,

relativement peu doté en professionnels. Cette diagonale s'épaissit au Sud en prenant dans son sillon le territoire clunisien jusqu'à Mâcon à la frontière de la région. Les régions de Nevers, Autun et Paray-le-Monial semblent moins concernées avec 5 à 7,5 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants contre 0,5 à 2 pour le reste de la zone ici présentée.

- Pour le même nombre d'habitants, Nevers répond à la moyenne nationale en ce qui concerne l'offre de soins avec 6,5 professionnels pour 10 000 habitants contre 5,5 pour Auxerre, rapport conservé aujourd'hui.
- Néanmoins, la « diagonale du vide » locale observée dans la région présente aujourd'hui une gradation en son sein même avec des densités au Nord qui avoisinent 1 à 2,5 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants contre 2 à 3 plus au Sud de la même ligne ; ce qui reste en deçà de la moyenne régionale.
- On peut donc observer encore une fois un lien entre ruralité et zone sous-dotée bien que cette dernière existe bel et bien en zone urbaine, à la différence près que la densité de population est plus élevée en ville, ce qui déséquilibre le rapport professionnels / patients. Le nombre de chirurgiens-dentistes reste élevé par rapport à la région mais les inégalités se jouent à l'échelle d'un quartier. À l'inverse, en campagne, la population est plus étalée et doit parcourir jusqu'à une cinquantaine de kilomètres pour trouver un chirurgien-dentiste après environ 4 mois d'attente dans les meilleurs des cas.
- Les densités observées dans la région de Nevers peuvent s'expliquer par l'attractivité importante de Bourges dans le Centre (ville plus centrale par rapport aux grandes métropoles françaises et présentant un riche patrimoine reconnu en France) dont la population correspond à la somme de celles de Nevers et Auxerre réunies.
- Le triangle Dijon, Besançon, Belfort est particulier en comparaison des agglomérations de Metz et Nancy. En effet, le cœur de ces métropoles est sur-doté avec environ 6,5 professionnels pour 10 000 habitants (5,1 pour Belfort), mais dès que l'on sort de la ville, les chiffres chutent brutalement (de 1 à 3 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants) alors que Metz ou Nancy couvrent un plus large espace.
- Dans le prolongement des zones-dotées présentées dans le territoire du Sud vosgien, le Nord de la région (au Nord de Vesoul) compte 1 à 1,5 chirurgien-dentiste pour 10 000 habitants, bien en deçà de la moyenne régionale.

- **Évolution à 6 ans :**

- Le vide s'est renforcé dans la diagonale avec des densités dépassant rarement 1,5 chirurgien-dentiste pour 10 000 habitants sauf au Sud d'Autun qui profite d'un sursaut professionnel couplé à un rebond économique favorisé par un attrait touristique renforcé au milieu des vignes et la proximité du Morvan, territoire naturel recherché depuis la pandémie de Covid-19.
- Les agglomérations voient leurs densités afficher une légère baisse corrélée à celle de la population dans ces villes.
- Les départements présentent des chiffres à l'image de leur préfecture, d'où le Doubs, la Côte-d'Or et le Territoire de Belfort en tête avec respectivement 4,9, 4,6 et 4,1 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants.
- C'est la Haute-Saône et ses 73 chirurgiens-dentistes qui ferment le classement avec une densité qui franchit péniblement les 3 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants.
- Les biais semblent ainsi plus importants lorsque le nombre de chirurgiens-dentistes est élevé au départ : les moyennes étant sensibles aux valeurs extrêmes, lorsqu'une agglomération présente une densité élevée, le département en affiche une également sans rendre compte des disparités au sein du territoire.

En comparaison avec la région Grand-Est, la collectivité de Bourgogne - Franche-Comté comptait 2 801 695 habitants au dernier recensement et une densité de 4,8 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants environ, chiffre stabilisé ces dernières années à l'inverse des territoires la jouxtant au Nord, en progression de 2 à 3 points sur 10 ans. Les dernières données *CartoSanté* (figure 7) confirment une fois de plus l'accélération des installations autour des pôles urbains du territoire mais mettent également en avant l'attractivité des espaces frontaliers (progression de la densité autour de Pontarlier, proche de la Suisse de près de 2 points). L'offre culturelle abondante joue de nouveau lorsque le bassin viticole de Bourgogne de Dijon à Chalon-sur-Saône présente un nombre de professionnels odontologistes en progression de près de 20 %. Il faut donc bien noter que, si les chiffres à l'échelle de la région sont stables, cette progression se fait au péril de zones déjà en difficulté qui voient leur

couverture de santé s'amenuise au fur et à mesure que sa population vieillit (le Morvan par exemple).

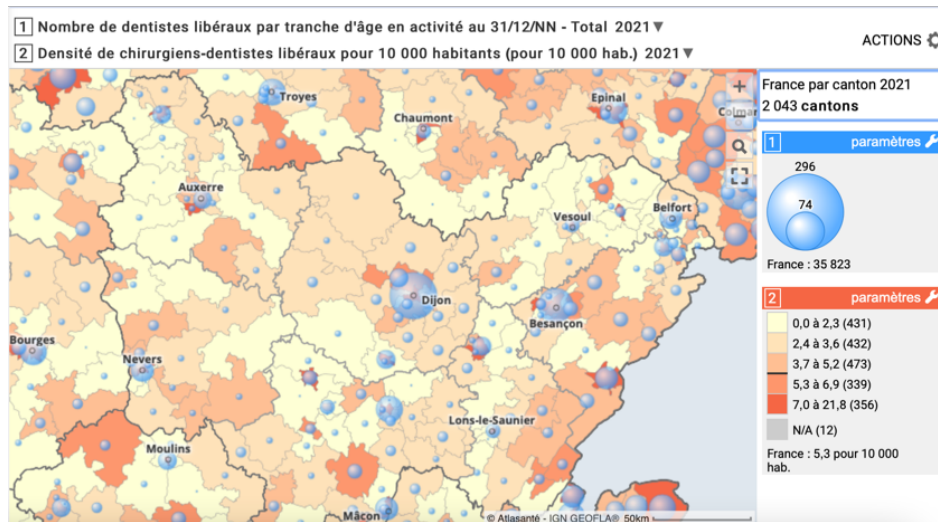


Figure 7 : Nombre et densité des chirurgiens-dentistes libéraux en Bourgogne - Franche-Comté en 2020 (source : CartoSanté, 2021)

Les résultats de l'étude sont développés par la suite dans deux parties distinctes, tout d'abord de façon formelle avec les données chiffrées et les répartitions selon les différents critères interrogés, puis sont étudiés en rapport avec le contexte de l'échantillon et mis en relief grâce aux questions ouvertes posées dans le formulaire.

2.2. Résultats

2.2.1. Recueil des données

L'étude a permis de rassembler 80 résultats sur près de 8 mois de collecte via la plateforme *LimeSurvey* transférant chaque réponse par codage sur un support au format du logiciel de traitement des données numériques Excel (Microsoft® 2023, version 16.74). L'anonymat des réponses était garanti de bout en bout, le questionnaire ne prévoyant pas de décliner son identité et la récupération des éléments n'étant réalisée qu'une fois l'ensemble du formulaire complété et envoyé ; le fichier Excel recueilli classait quant à lui par ligne chaque lot de réponses correspondant à un formulaire dans l'ordre de son retour.

En comptant les internes et la promotion des étudiants en 6^e année (première année du cycle court) pour l'année universitaire 2021-2022 au sein de l'Université de Lorraine, c'est un peu plus de 75 % des personnes interrogées qui ont donné suite (soit 80 retours pour 104 étudiants dans la population d'étude). 41 % des répondants sont des femmes et la grande majorité des étudiants qui se sont exprimés ont entre 20 et 25 ans (71 %), les plus de 30 ans étant représentés à près de 8 % ; 65 % sont en couple et 19 % ont des enfants (majoritairement dans la catégorie des plus de 30 ans). Ainsi, ces données caractéristiques de l'échantillon sont semblables à la promotion considérée pour satisfaire à la significativité de l'étude.

De plus, pour compléter les attributs du groupe, les données collectées concernent pour :

- 79 % d'entre elles des étudiants ayant obtenu leur P.A.C.E.S. à l'université de Lorraine.
- 9 % à l'université de Bourgogne.
- 12 % à l'université de Franche-Comté.

83 % des répondants se sont engagés dans un cycle court des études odontologiques et, pour les 17 % concernés par le passage des épreuves du concours de l'internat (O.D.T. - U.E.), près de 45 % d'entre eux envisageaient une spécialité en O.D.F. et seulement 1 % une carrière hospitalo-universitaire (H.U.).

N.B. : seuls 3 retours précisent le statut d'interne en O.D.F. des répondants considérés sans décliner toutefois leur année d'études spécialisées. Ainsi, sur les 17 % évoqués

précédemment, le nombre d'admis au concours sur ces répondants n'est pas connu pour l'année universitaire 2021-2022 (l'anonymat des formulaires étant conservé et les résultats étant parus après leur retour).

2.2.2. Résultats formels

Tableau 1 : Les facteurs ayant incité au choix de la filière odontologique en P.A.C.E.S.

	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>D'accord</i>	<i>Ni d'accord, ni pas d'accord</i>	<i>Pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>
Exercer une profession de santé	62%	18%	8%	10%	2%
Indépendance professionnelle	56%	21%	13%	8%	2%
Flexibilité des horaires de travail	56%	29%	10%	4%	2%
Revenus professionnels	38%	44%	12%	4%	2%
Statut social (prestige de la profession)	17%	23%	29%	19%	12%
Sécurité de l'emploi	33%	25%	21%	13%	8%

Liberté d'installation	46%	27%	15%	8%	4%
Attrait pour la dentisterie	52%	27%	12%	8%	2%
Combinaison des compétences pratiques et théoriques	52%	29%	10%	8%	2%
Expérience personnelle de soins	29%	29%	19%	13%	10%
Études plus courtes que les études médicales	29%	19%	21%	25%	6%
Influence du cercle amical ou familial	12%	13%	29%	17%	29%
Je n'ai pas eu le choix	6%	4%	4%	10%	77%

Les résultats du tableau 1 nous montrent bien que l'attrait de l'exercice d'une profession de santé couplé à l'attraction pour l'odontologie apparaissent comme les moteurs dans le choix de la filière de chirurgie-dentaire à la suite des résultats de la P.A.C.E.S. Les libertés à la fois d'exercice mais également dans la planification de ses activités semblent tout aussi importantes et les chiffres, superposables à ceux de l'attrait pour le domaine, montrent finalement que l'autonomie de l'odontologiste en matière d'organisation de sa profession paraît inhérente à son exercice quotidien.

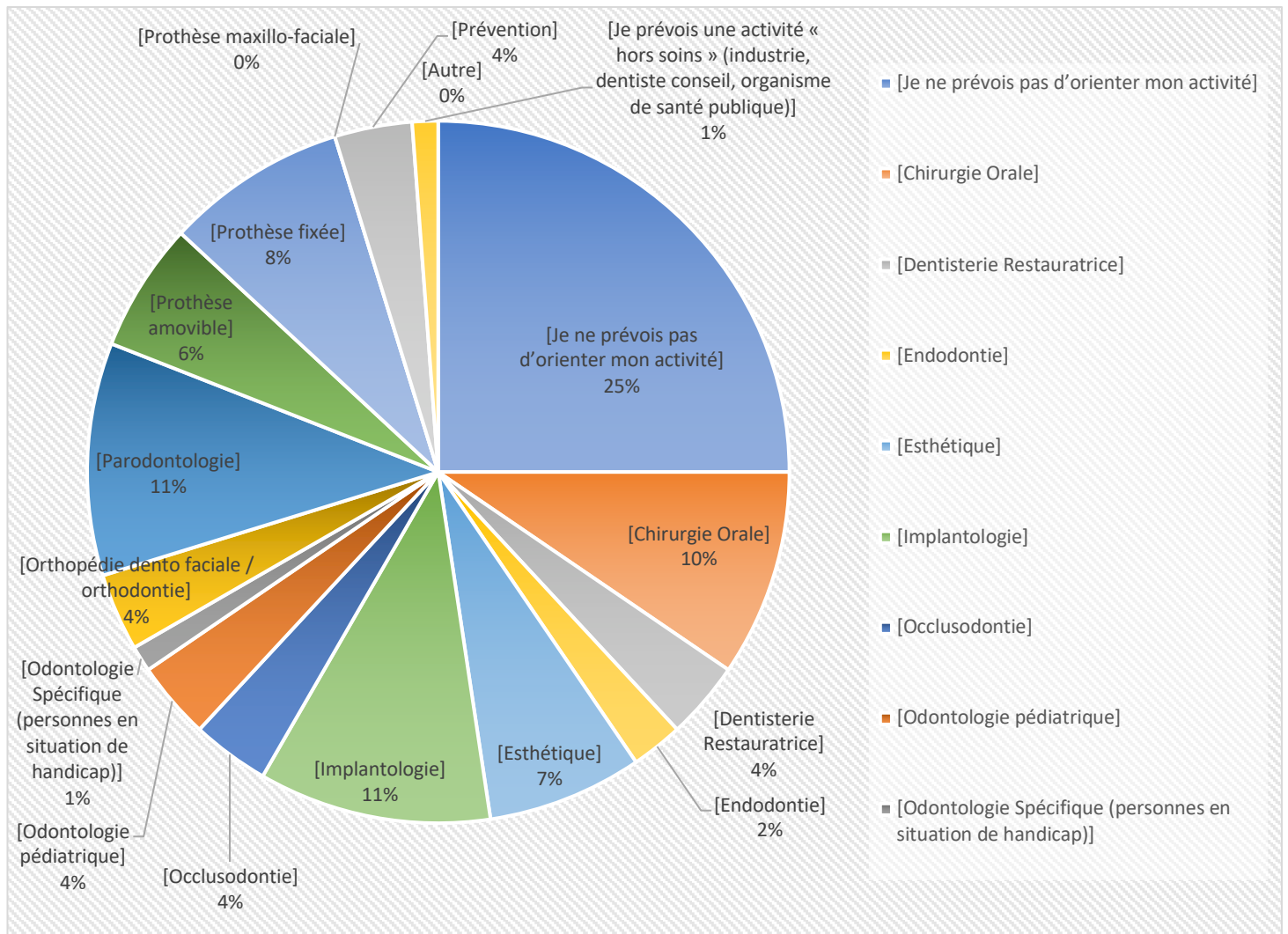


Figure 8 : Orientations envisagées de l'activité professionnelle

L'omnipratique est encore largement envisagée par les futurs dentistes du territoire avec un quart des répondants y songeant. Trois grandes orientations professionnelles émergent ensuite pour un exercice quotidien sans toutefois préciser le caractère exclusif de ladite discipline ; la chirurgie en tête en y associant l'implantologie, puis les réhabilitations prothétiques et enfin la parodontologie (figure 8). Les secteurs bien plus spécifiques comme la prothèse maxillo-faciale ou les activités hors soins restent à la marge et sont sans doute envisagés plus tard dans la carrière professionnelle.

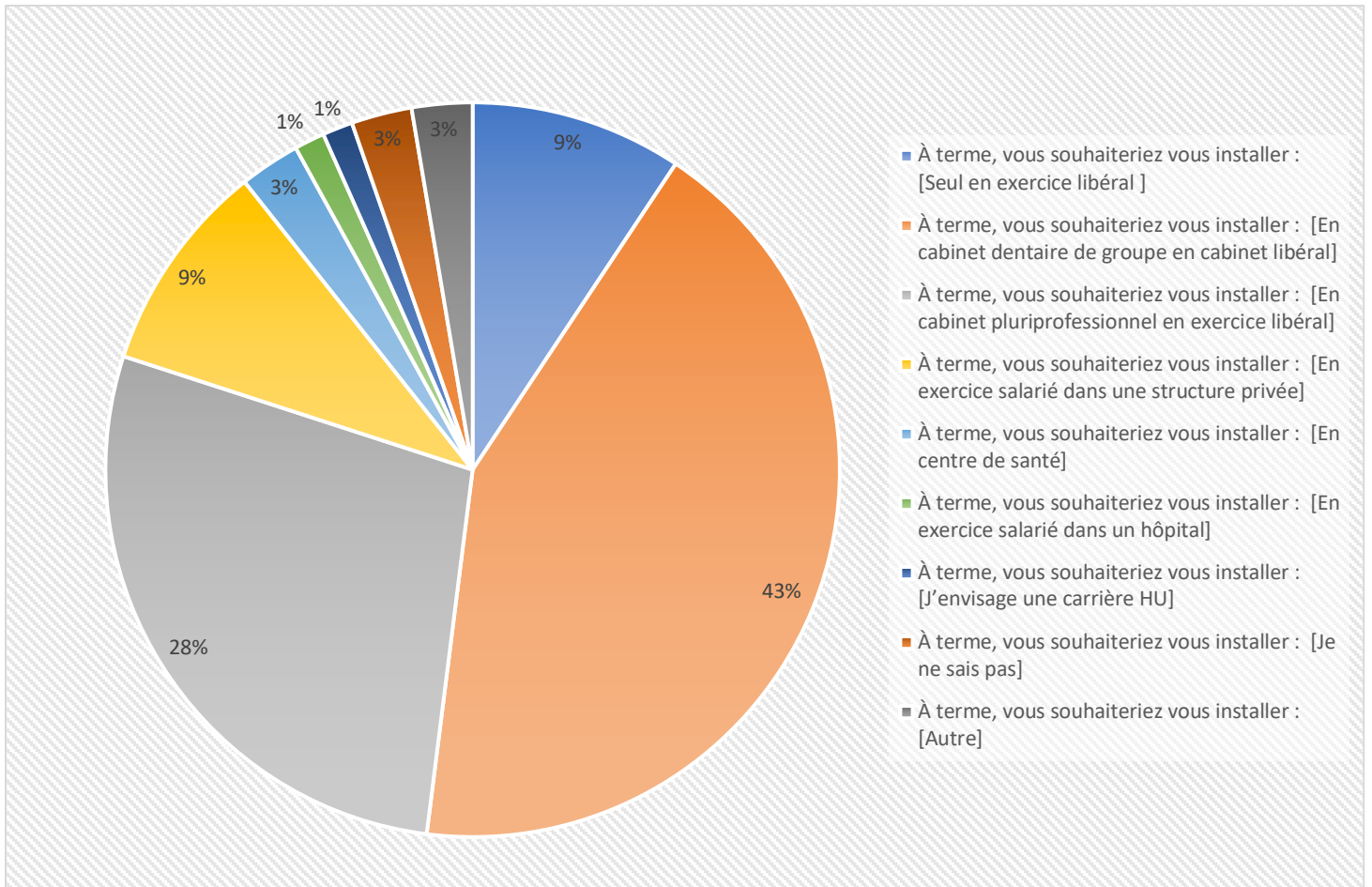


Figure 10 : Projection du statut d'activité professionnelle

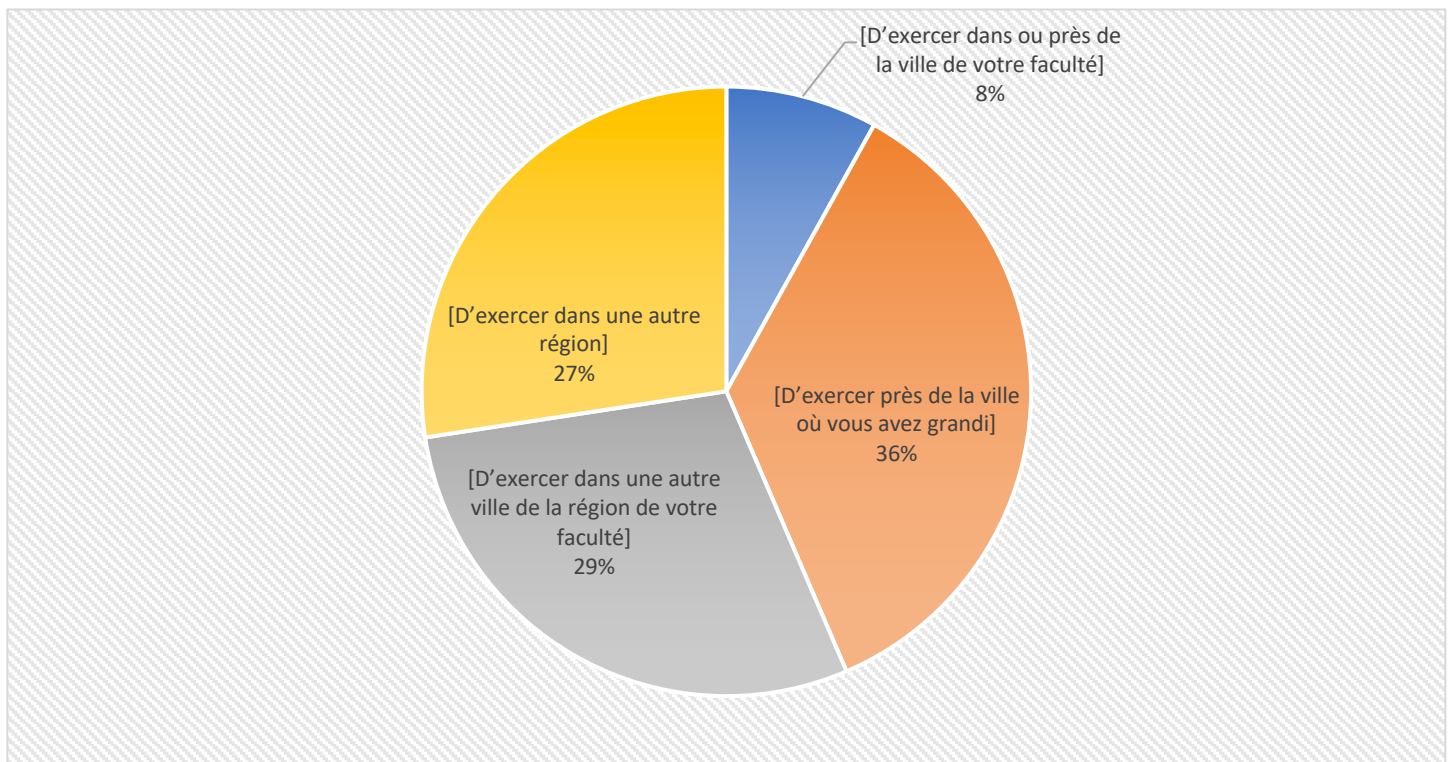


Figure 9 : Projection géographique de la zone d'exercice

L'activité libérale semble toujours plébiscitée par les futurs chirurgiens-dentistes puisque près de 80 % des répondants l'envisageant (figure 10) ; ce résultat corroborant bien ceux de l'enquête U.N.E.C.D. de 2019 évoqués en partie 1.2.3. Bien qu'étant professionnels libéraux, ils se voient néanmoins dans des structures de groupe à près de 75 %, qu'elles rassemblent des soignants de mêmes spécialités ou non. Le salariat reste minoritaire dans la conception de l'avenir des étudiants interrogés et est principalement représenté par l'exercice en structure privée et non majoritairement en centre de santé.

La projection géographique de l'installation est bien plus partagée (figure 9), mais il est néanmoins constaté que l'échelle est plutôt cantonnée à la région sans attache particulière pour la ville d'études. Il est à noter qu'environ 90 % des étudiants originaires de Bourgogne - Franche-Comté envisagent d'y retourner à la fin de leur cursus universitaire nancéien et que ce sont 30 % des moins de 25 ans qui réfléchissent à une région éloignée de celle d'origine (à majorité des hommes). Plus qu'une zone précise donnée, c'est un ensemble de critères très variés qui est mis en balance au vu des résultats du tableau 2, le seul critère faisant pratiquement consensus étant celui de l'attachement à la ville d'études qui ne semble pas être primordial, comme en toute cohérence dans la figure 10.

Tableau 2 : Les critères de choix pour le lieu d'exercice

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Proximité mer / montagne / qualité de vie	35%	12%	27%	27%
Services de proximité	15%	8%	40%	37%
Proposition de reprise d'activité par un confrère / une consœur	25%	13%	29%	33%
Équipements culturels et sportifs	12%	25%	29%	35%

Offre de scolarisation	17%	17%	38%	27%
Proximité d'un bon réseau de transports	13%	21%	31%	35%
Proximité familiale	15%	12%	31%	42%
Proximité du cercle amical	17%	15%	42%	25%
Attachement au territoire où j'ai grandi	29%	21%	35%	15%
Attachement à la ville où j'ai fait mes études supérieures	73%	8%	12%	8%
Offre en chirurgiens-dentistes insuffisante	27%	13%	35%	25%
Présence sur le territoire d'autres professionnels de santé (spécialistes en chirurgie orale, O.D.F., radiologues...)	19%	21%	33%	27%
Présence sur le territoire d'un service d'odontologie	44%	27%	21%	8%
Possibilité de créer ou d'intégrer un regroupement de professionnels de santé (mono - ou pluriprofessionnel)	15%	10%	44%	31%

Coût de la vie	19%	25%	35%	21%
Coût de l'immobilier	19%	25%	31%	25%
Les caractéristiques de la patientèle ont leur importance	15%	13%	38%	33%
Aide à l'installation (fiscale, matérielle, financière)	25%	19%	35%	21%
Opportunité personnelle	15%	10%	31%	44%
Opportunité pour mon conjoint	27%	19%	29%	25%

Tableau 3 : Les raisons pour lesquelles l'exercice en zone sous-dotée ne serait pas envisageable

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Éloignement de vos proches	21%	27%	19%	33%
Manque d'activités de loisir	10%	25%	25%	40%
Manque d'activités culturelles	10%	25%	27%	38%
Sentiment de solitude professionnelle	15%	21%	33%	31%

Impossibilité d'«adresser» vos patients si vous vous sentez dépassé	17%	17%	35%	31%
Le frein est financier	50%	31%	8%	12%

Près de 70 % des répondants seraient prêts à s'installer dans une zone sous-dotée, rurale ou urbaine (les deux questions posées séparément obtenant des résultats identiques à 4 % près) pour une durée de 5 à 15 ans en moyenne, et même plus de 15 ans pour 29 % des étudiants. Comme pour la définition de la zone d'exercice, certains critères sont mis en avant pour envisager une activité en zone sous-dense et c'est l'environnement global entourant le futur cabinet qui occupe une place de choix (tableau 3), plus que la pression de la demande en soins qui ne rebute finalement que peu de futurs praticiens.

2.2.3. Discussions et conclusion

Au cours du déroulé du formulaire envoyé, la parole était laissée libre sur plusieurs champs de discussion, notamment dans un premier temps sur la connaissance du C.E.S.P. (contrat souscrit pendant ses années d'études sous engagement, décrit en partie 3.1.2). La plupart des étudiants interrogés connaissait son fonctionnement et les principes qui en découlent, mais c'est surtout son intérêt qui a posé question :

- pour seulement 59 % des répondants, il s'agit d'une bonne mesure incitative pour favoriser une installation en zone sous-dotée.
- 25 % considèrent que son rôle incitatif n'est que marginal.
- Les autres n'ayant pas d'idée sur l'efficacité d'un tel engagement.

À noter que 100 % des personnes ne considérant pas son pouvoir incitatif suffisant voient dans le C.E.S.P. un manque flagrant de visibilité pour l'avenir. En effet, pour elles, les lieux éligibles sont trop incertains pour s'engager dans une procédure d'installation dans un endroit non défini précisément à l'avance au vu de l'ancienneté

de la carte A.R.S. servant de base pour les zones potentiellement concernées. Au-delà du manque d'informations générales soulevé par un quart des répondants de ce groupe, un étudiant va encore plus loin ; pour lui, « [le C.E.S.P.] est attribué à des étudiants déjà convaincus de leur future installation en zone rurale » (retour n°49). C'est d'abord la vision de la zone sous-dotée qui est restreinte ici à la ruralité, le C.E.S.P. n'étant, selon cette vision, réservé qu'à une faible proportion de professionnels engagés pour un territoire qu'ils connaissent et qu'ils veulent redynamiser. Le contrat n'aurait donc à ses yeux qu'un rôle de soutien et non un pouvoir incitatif...

À l'inverse, les 10 répondants ayant souscrit au C.E.S.P. (soit près de 20 % de l'échantillon) sont convaincus de l'incitation soulevée par une telle mesure ; la moitié d'entre eux n'ayant encore pas d'idée précise quant à leur futur territoire d'installation mais seulement des pistes géographiques larges ; pour les autres, c'est surtout un rapprochement de leur terre d'attache bien connue qui est envisagé.

Pour ouvrir un autre débat, c'est la vision même des zones sous-dotées qui a pu être interrogée au cours de cette étude et, pour 80 % des répondants, c'est le manque d'informations sur ces problèmes de démographie médicale qui ressort. En effet, ils considèrent ne pas avoir reçu assez de données sur cette situation actuelle pourtant évoquée de toute part dans les médias. Il est « inconcevable » selon un étudiant « [d'entendre] des délais de plus de 6 mois dans certains territoires » alors que pour lui, exerçant dans la métropole de Nancy, « des créneaux sont libres dès la semaine suivante » (retour n°47). La recherche d'informations complémentaires sur les besoins de certains territoires doit donc être réalisée « individuellement » avec des « [supports] personnels » (retour n°6).

Pour pallier le phénomène de ce que beaucoup appellent « désertification médicale », plusieurs pistes apparaissent et mettent en exergue l'accès à une meilleure information. Le rôle des A.R.S. est pointé du doigt à deux reprises, un répondant prônant « une refonte de l'institution » (n°34) centrée sur la répartition d'une meilleure offre de soins quand un autre propose leur suppression pure et simple car « inefficaces » (n°41) selon lui, voyant les problèmes s'aggraver depuis leur création. Les autres interrogés proposent quant à eux un meilleur accompagnement des étudiants pendant leurs études grâce notamment aux A.R.S. et à l'Ordre qui « doit jouer de ses fonctions sur ce sujet » (n°47). En termes d'épaulement des jeunes

installations, les organismes concernés pourraient, selon certains, suivre les nouveaux praticiens au-delà du début d'activité avec « [une] offre d'accompagnement concrète dans les premiers temps de l'installation (notamment sur l'administratif et la gestion d'un cabinet) ». Selon cette même personne (retour n°18), il pourrait s'agir d'un suivi débuté dès le stage actif de 6^e année « rémunéré pour les frais de déplacement ». D'autres pensent aux mesures coercitives dépassant ainsi les aides et exonérations ou les octroyant un temps « en échange » d'une installation obligatoire à long terme en territoire déficient. Néanmoins, il faut nuancer cette dernière idée qui apparaît comme largement minoritaire, notamment dans le contexte actuel où les jeunes, nouvellement diplômés non sans reste, aspirent à moins de chaperonnage institutionnel et à rester maître de leur avenir tant personnel que professionnel. Le tableau 1 le montre bien lorsque les trois quarts des répondants ont été convaincus par la liberté d'installation et la flexibilité de l'exercice odontologique.

En plus des aides et mesures spécialisées, il s'agirait pour la plupart des répondants de créer de véritables pôles d'attractivité engageant des travaux locaux d'urbanisme et de concevoir un environnement propice à un épanouissement familial pour le conjoint ou la conjointe et les enfants (n°2 illustrant le tableau 2). Apparaît donc ici l'importance du rôle que doivent jouer les collectivités territoriales pour dynamiser leur territoire, à rajeunir par ailleurs pour la plupart, et ainsi offrir également un panel socio-culturel et éducatif large (le tableau 3 montre que plus de 60 % des répondants accordent une grande importance aux activités extra-professionnelles et extra-scolaires). Attirer de futurs praticiens, c'est aussi penser à toute la famille qui doit vivre et rester dans l'espace géographique considéré, la scolarisation de qualité étant un point fort d'ancrage dans un territoire pour un jeune couple (tableau 2). Près d'un tiers des commentaires laissés évoque quant à lui les M.S.P. et « autres structures de santé pluriprofessionnelles » pour rompre d'une part l'isolement des soignants mais aussi leur permettre des « à-côtés » de plus en plus attendus dans le cadre d'un exercice libéral : « commencer en zone sous-dotée sans expérience peut être angoissant » relate le retour n°18 tout en ajoutant que « les patients sont nombreux » face « à [une relative] lenteur » des premiers temps d'une activité professionnelle. Enfin, pour un des répondants, les zones sous-dotées apparaissent une fatalité lorsqu'il évoque la possibilité d'un « roulement » de professionnels sur le territoire considéré dans une structure qui accueillerait des chirurgiens-dentistes pour quelques mois, ensuite

remplacés par d'autres selon un calendrier prédéfini sans réellement chercher à installer quelqu'un sur le long terme (retour n°12).

Le sujet traité au travers de cette étude provoque donc une véritable réflexion chez les personnes interrogées et un certain engouement pour quelques-uns qui y voient un sujet de société crucial. Par ailleurs, seuls deux commentaires et réactions réduisent la perception des territoires sous-denses aux campagnes et à la ruralité, la grande majorité ayant conscience d'un processus bien plus large, preuve que le phénomène touche également des centres urbains et au plus près certains jeunes citadins eux-mêmes concernés par l'appauvrissement de l'offre de soins. Le C.E.S.P. et le rôle des instances de santé et territoriales sont soulevés dans l'enquête et, au-delà des critiques sur leur intérêt et leur fonctionnement, c'est leur coordination et leur organisation couplées à la recherche d'une dynamisation des territoires qui seraient appréciées, et non de « simples » aides données sous conditions « déconnectées » de la réalité et non actualisées.

Le maître-mot à retenir dans cette étude serait presque « QUALITÉ DE VIE », à la fois un épanouissement professionnel complet dans un cadre permettant entraide et partage, la possibilité d'adresser ses patients pesant lourd dans le choix d'un espace d'exercice (tableau 3 où 31 % des répondants écartent clairement les zones sous-dotées de leur possibilité d'installation éventuelle) et le collectif étant un objectif à près de 75 % (tableau 2) ; mais aussi un développement personnel et familial abouti avec un exercice qui laisse place aux « à-côtés » de manière significative, le temps de travail envisagé étant de 6 à 9 demi-journées pour 69 % des répondants (et même moins de 6 pour 17 %).

Bien que les mœurs changent, l'ancrage pour son territoire reste fort, quoi que les technologies actuelles et les moyens de télécommunication y fassent. C'est ainsi que la région d'origine (qui est la même que celle des études pour 79 % des étudiants de cette enquête) reste majoritairement plébiscitée (figure 10), souvent de manière à garder sa famille à proximité, une zone sous-dotée trop éloignée pouvant dissuader d'une installation pourtant bienvenue (tableau 3 et l'importance d'un bon réseau de transports dans le tableau 2).

L'étude montre donc bien qu'il ne faut pas se borner à simplement comparer des densités et des nombres de praticiens, mais analyser le changement de quantité

de travail et de façon de l'accomplir pour comprendre la couverture sanitaire de demain.

La population française est inquiète aujourd'hui plus qu'hier par sa prise en charge en termes de santé, accentuée par le fait d'une information omniprésente qui exhibe la situation des zones sous-dotées évoluant à bas bruit depuis déjà de nombreuses années. Différents moyens existent pourtant pour parvenir à diminuer leur nombre et leur impact et à lutter contre la création de territoires sous-denses du point de vue médical. Certains sont plus connus que d'autres et leurs caractéristiques sont à étudier pour mesurer leurs véritables effets. Le retour d'expérience joue ainsi un rôle clé pour favoriser des moyens efficaces de lutte contre la « désertification médicale » et leur mise en application donne des exemples intéressants à des fins d'amélioration ou d'extension de ces dispositifs.

3. Leviers de dynamisation de l'attractivité professionnelle d'un territoire

3.1. Quelles sont les solutions proposées pour pallier le manque d'offre de soins actuellement ?

3.1.1. Le maillage territorial des unités de formation

D'après la démographie professionnelle présentée dans la partie 1.2, les densités de professionnels sont importantes autour de leur lieu de formation (figure 11). Il s'agit de centres attractifs puisque les chirurgiens-dentistes installés à proximité peuvent facilement adresser leurs patients dans le cadre d'un exercice collaboratif. En effet, pour rappel, selon le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes dans l'article R4127-204, « sauf circonstances exceptionnelles, il ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose ». Toute confirmation diagnostique ou prise en charge plus spécifique pourront donc être plus facilement réalisées, le professionnel de santé se sentant moins seul face à un cas clinique jugé complexe.

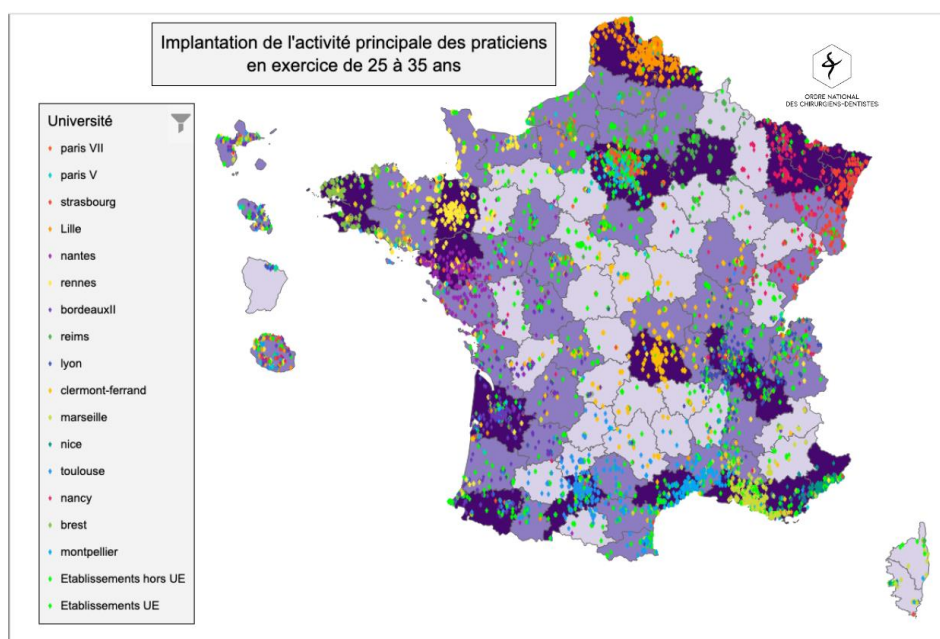


Figure 11 : Carte d'implantation des praticiens de 25 à 35 ans selon leur lieu de formation (source : ONCD, 2020)

Les universités de Bourgogne - Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Normandie, Corse, Antilles-Guyane et Océan Indien ne comptaient jusqu'à récemment aucune U.F.R. (figure 11) et présentent les plus faibles densités en chirurgiens-dentistes (ONDPS, 2021). Cette différence dans la répartition des lieux d'études en odontologie devrait néanmoins s'estomper au fil des années avec l'ouverture de sections odontologiques dans 8 universités de métropole avec l'espoir pour les territoires concernés de favoriser l'installation des jeunes diplômés en leur sein. De plus, le *numerus apertus* imposé en 1^{re} année des études de santé ne prend pas en compte l'offre de soins existante ; c'est pourquoi, au-delà de l'augmentation du nombre de places dans la filière odontologique (+ 14 %), il s'agirait de mieux répartir les étudiants selon les territoires et leur demande de soins. Le Ministère des solidarités et de la santé a annoncé en décembre 2021 la création de 8 nouvelles unités de formation dès la rentrée 2022 à Amiens, Caen-Rouen, Dijon-Besançon, Grenoble, Poitiers et Tours, venant ainsi compléter les 16 U.F.R. en fonctionnement. Ces changements répondent à la stratégie nationale « Ma Santé 2022 », accompagnée depuis son lancement par le Ségur de la Santé, venant consolider la démarche d'une meilleure couverture des besoins de santé. La mise en place de ces nouvelles structures est progressive avec, par exemple, l'ouverture de l'U.F.R. de « Santé Odontologie » de Dijon en septembre 2022 qui sera une filière dépendante de la faculté de médecine dans un premier temps, mais qui sera amenée à s'individualiser dans des locaux neufs avec une capacité passant à 50 étudiants d'ici 2025 contre 30 aujourd'hui. L'objectif y est clairement affiché, créer un pôle de formation fédérateur au sein même de la région pour garder un maximum de professionnels sur le territoire à l'avenir.

La principale difficulté du maillage territorial de l'offre de formation réside en l'application pratique de la politique nationale. C'est à la suite d'un rapport réalisé par l'Inspection Générale de l'éducation nationale, du sport et de la recherche que les Ministères de la santé et de la prévention et de l'enseignement supérieur et de la recherche ont décidé la création des nouveaux centres de formation dans les universités n'en disposant encore pas, décision prise 8 mois avant leur mise en place. Il est ainsi difficile de créer de toutes pièces une structure mêlant enseignements théoriques et travaux pratiques en pleine capacité lorsqu'il faut réfléchir à un organigramme puis établir les plans avant la mise en œuvre des bâtiments en un

temps aussi réduit. C'est pourquoi la création annoncée de ces nouvelles U.F.R. sera échelonnée sur plusieurs rentrées universitaires avant une complète efficience.

3.1.2. Le C.E.S.P.

Le C.E.S.P. correspond à un contrat d'engagement que peut souscrire un étudiant dès le début de son 2^e cycle, c'est-à-dire en 4^e année, mais qui peut être également contracté dès qu'il le souhaite à partir de cette année d'études avant une date limite fixée par sa faculté. Ce contrat fonctionne sur le principe d'une bourse mensuelle de 1 200 euros brut versée pour la durée des études à partir de la signature du contrat. En contrepartie, le signataire s'engage à exercer son début d'activité dans une zone sous-dotée définie par la cartographie de l'A.R.S. dans un dossier de candidature qu'il dépose et au travers duquel il développe son projet professionnel. Son engagement doit être au moins équivalent à la durée de versement de l'aide, un minimum de 2 ans étant imposé. Il peut y proposer son orientation éventuelle, ses modes d'exercice envisagés ainsi qu'une idée de répartition de son temps de travail. Ce dossier passe ensuite en commission au sein même de la faculté de rattachement ; celle-ci va, entre autres, analyser la motivation de l'étudiant, ses résultats, des éléments de valorisation émis et présentés. Elle est composée du doyen, des directeurs généraux des A.R.S. de l'inter-région, des représentants des chirurgiens-dentistes exerçant dans la région et des étudiants. Cette composition permet ainsi une représentativité certaine entre des instances administratives et des professionnels sur le terrain ainsi que des futurs soignants. Cette commission va ensuite, après délibération, établir une liste principale et une liste complémentaire d'étudiants qui pourraient prétendre au C.E.S.P.. Cette liste est transmise au C.N.G. qui proposera à chaque étudiant de la liste principale un contrat dont un retour sous 30 jours est attendu, sans quoi un étudiant de la liste complémentaire se verra proposer le contrat, et ainsi de suite selon le classement établi par la commission en fonction des dossiers présentés.

Le nombre de C.E.S.P. alloués pour chaque année universitaire est fixé par arrêté ministériel. Il était de 459 en 2021-2022 pour la France, 16 pour l'Université de Lorraine à répartir entre externes et internes en médecine et odontologie.

Il est bien évident que définir un projet professionnel dès son 2^e cycle d'études est difficile et celui-ci est amené à évoluer ; c'est pourquoi le référent C.E.S.P. de

l'A.R.S. concernée par la zone en question dans le projet initial reste à disposition pour discuter des variables d'ajustement au cours du temps tant que les nouvelles idées répondent aux besoins prioritaires définis. Il en va de même dans le sens retour lorsque la cartographie A.R.S. évolue et qu'un chirurgien-dentiste, ayant souscrit au C.E.S.P. est installé dans une zone devenue suffisamment dotée, peut poursuivre son activité puisque la démographie médicale varie d'année en année, finalement un effet positif du C.E.S.P.

Il est intéressant, au-delà de ces considérations purement réglementaires, d'avoir un retour d'étudiants concernés, ce qui a été réalisé dans ce travail de thèse en posant de manière sporadique des questions simples :

- En quelle année d'études le contrat a-t-il été contracté ?
- Quelle zone est concernée par le projet professionnel ?
- Cette zone est-elle le lieu de naissance ou celle où l'étudiant a grandi ?
- Le niveau des aides est-il à la hauteur de l'investissement demandé ?
- Quel est le ressenti global concernant le dispositif ?

Pour les réponses obtenues, la plupart des C.E.S.P. étaient souscrits dès la 2^e année d'études, ce qui était encore possible jusqu'en 2019 et les zones, pour les projets les plus aboutis, étaient déjà connues des étudiants, soit parce qu'ils y avaient grandi soit parce qu'elles sont voisines de leur lieu d'habitation familiale. Certaines personnes concernées par ces questions entrent dans la vie active et ont déjà effectué des déplacements dans les territoires du dispositif ce qui, sous certaines conditions, contribue à l'acquittement d'une partie du contrat ; sont notamment concernés par exemple des lieux en Haute-Saône, du Jura ou encore des Vosges, des zones bien souvent rurales où l'attachement à ses racines y est bien présent et palpable. Le niveau des aides semble très satisfaisant pour la plupart des concernés, leur permettant des conditions d'études plus que correctes pour se consacrer à leurs activités hospitalo-universitaires. C'est surtout sur la définition des zones concernées que les avis sont mitigés, en premier lieu sur la réalité de la cartographie par rapport aux retours du terrain. L'A.R.S. utilise la carte établie en 2014 encore aujourd'hui, document qui a pourtant subi des modifications démographiques plus que non négligeables décrites dans la partie 1.2. Il est donc difficile de se projeter dans un avenir cartographié qui ne semble plus correspondre au ressenti des professionnels

exerçant sur place. Les demandes qui ressortent sont une étude au cas par cas de chaque projet qui est soumis, non pas par rapport à une carte donnée, mais plutôt à partir de données rapportées et collectées dans les territoires au moment de l'éventuelle souscription. Un meilleur accompagnement entre la signature du contrat et l'installation du professionnel serait également souhaité, les étudiants étant parfois perdus quant à leur projection dans un avenir professionnel proche.

Le C.E.S.P. est donc un véritable outil qui favorise l'installation de certains jeunes chirurgiens-dentistes dans des zones sous-équipées en offre de soins. Il s'agit bien d'un levier contre les disparités d'accès aux soins mais qui reste concentré sur une population qui connaît ces difficultés plus que sur des étudiants qu'il serait possible d'attirer vers ces zones.

3.1.3. Les aides à l'installation

La convention nationale des chirurgiens-dentistes a mis en place depuis août 2018 deux contrats visant à favoriser l'installation mais aussi le maintien de nouveaux professionnels sur les territoires défavorisés repérés, une fois de plus, sur la carte de l'A.R.S. sur laquelle figurent les zones repérées comme « très sous-dotées ».

Le premier est le C.A.I.C.D. (Contrat d'Aide à l'Installation des Chirurgiens-Dentistes, cf. annexe 2) qui est signé à l'installation d'un nouveau professionnel sur un territoire concerné par le programme ou dans l'année suivant celle-ci, c'est-à-dire dans une zone très sous-dotée. L'activité doit y être principale (plus de 50 % du temps de travail annuel du praticien) et conventionnée, le contrat étant passé avec la C.P.A.M. compétente et l'A.R.S. de la région. La somme alors allouée est de 25 000 euros versés en une fois à laquelle peut s'ajouter, selon des critères spécifiques concernant 20 % des zones très sous-dotées, 5 000 euros versés par l'A.R.S. En contrepartie, le chirurgien-dentiste se doit d'exercer pendant au moins cinq années dans le lieu désigné au contrat et remplir les conditions permettant de recevoir le forfait de modernisation et d'informatisation de son cabinet. S'agissant bien d'une installation à proprement parlé, le praticien doit être titulaire de la structure qu'il crée.

Le second est le C.A.M.C.D. (Contrat d'Aide au Maintien des Chirurgiens-Dentistes, cf. annexe 3) qui s'applique entre les mêmes acteurs pour les mêmes zones mais qui peut s'adresser également à un collaborateur. Dans le cadre de ce contrat, un forfait de 3 000 euros par an est alloué pendant trois années durant lesquelles le

professionnel s'engage à exercer son activité libérale conventionnée en groupe ou individuellement et à remplir les mêmes conditions de modernisation du cabinet que pour le C.A.I.C.D..

Pour ces deux contrats, la règle du non-cumul s'applique, c'est-à-dire que deux contrats de même type ne peuvent être signés pour le même praticien au même moment (deux C.A.M.C.D. par exemple), ou de types différents également (un C.A.I.C.D. et un C.A.M.C.D.). De plus, le C.A.I.C.D. est conclu *intuitu personae* donc n'est réalisable qu'une seule fois dans la carrière du professionnel quel que soit son avenir. Néanmoins, un jeune praticien qui viendrait à s'installer en profitant d'un C.A.I.C.D. pourrait tout à fait, à l'achèvement de celui-ci, souscrire un C.A.M.C.D. si le territoire dans lequel il exerce répond toujours à la définition d'une « zone très sous-dotée » dans le contexte du moment venu. Dans le cas d'une résiliation anticipée souhaitée par le chirurgien-dentiste, il doit prévenir dans les plus brefs délais la C.P.A.M. concernée et rembourser la somme perçue en trop au regard du temps d'exercice effectif (proratisation faite du temps de présence dans le territoire vis-à-vis du temps demandé par le contrat).

Le C.A.M.C.D. s'adresse ainsi plus facilement à un professionnel exerçant déjà dans une zone définie comme prioritaire d'un point de vue de l'accès aux soins et qui s'est installé il y a déjà quelques années. Il viendra compléter l'attrait financier de la zone pour faciliter l'installation d'un jeune praticien désireux de poursuivre au-delà de cinq années son expérience au sein du territoire dans lequel il a pu appréhender son travail tout en bénéficiant du C.A.I.C.D.

3.1.4. Les exonérations fiscales

Des exonérations fiscales existent et concernent une partie des impôts sur les revenus ainsi que des cotisations U.R.S.S.A.F. On distingue dans ce contexte deux zones :

- les Zones de Revitalisation Rurale (Z.R.R.).
- Les Zones Franches Urbaines (Z.F.U.).

Les Z.R.R., comme les Z.F.U., sont définies par l'État français au travers de l'Agence nationale de la cohésion des territoires. Les critères sont basés à la fois sur la démographie du territoire en question (nombre d'habitants et densités de population) et son évolution (vieillesse de la population, perte des services publics, diminution

de l'activité économique...), mais également sur les revenus fiscaux moyens relevés par rapport à la médiane nationale. Les Z.R.R. (figure 12), comme leur nom l'indique, distinguent des zones au sein de la ruralité du pays à l'échelle des E.P.C.I., c'est-à-dire les intercommunalités ou communautés de communes, tandis que les Z.F.U. (figure 13) distinguent des quartiers d'une grande agglomération les uns des autres. L'échelle n'y est donc pas la même mais le principe de fonctionnement est identique. Il est à noter que les accessibilités du territoire en question peuvent être prises comme variables d'ajustement dans les Z.R.R. (zones montagneuses...)

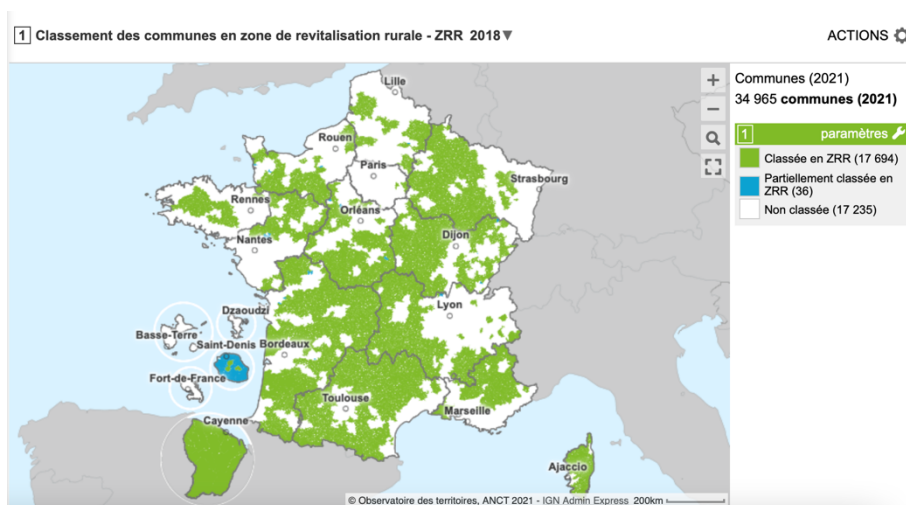


Figure 12 : Cartographie des Z.R.R. en 2018 (source : Observatoire des territoires, 2021)

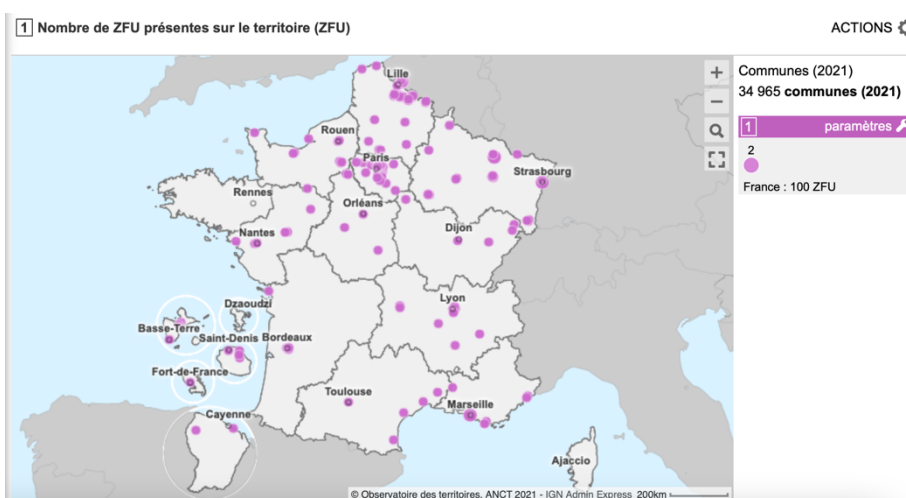


Figure 13 : Cartographie des Z.F.U. en 2018 (source : Observatoire des territoires, 2021)

Le principe d'exonérations en Z.R.R. repose sur le régime réel d'imposition que doit choisir le chirurgien-dentiste installé dans la zone et qui n'embauche en son nom

pas plus de onze salariés, critères généralement remplis dans la profession. L'engagement est de 5 ans minimum à compter du début de l'aménagement fiscal, soit du début de la création ou reprise de l'activité. Les bénéfices ne sont pas imposables dans la limite de 200 000 euros sur 3 ans consécutifs ; ils y deviennent pour la fraction les dépassant. Au-delà de 5 années, l'exonération est partielle et l'aide régressive :

- 75% des bénéfices exonérés lors de la 6^e année.
- 50% la 7^e.
- 25% la 8^e.

La fiscalité du professionnel de santé est donc modifiée sur une période de 8 ans et, comme pour le C.E.S.P., la sortie du territoire du dispositif n'entraîne pas l'annulation des exonérations pour la période. À l'inverse, si le chirurgien-dentiste choisit délibérément de quitter la Z.R.R., il se verra dans l'obligation de rembourser ses exonérations injustifiées du fait même du rôle du dispositif visant à pérenniser une installation sur un territoire défavorisé.

Les Z.F.U. fonctionnent selon les mêmes conditions avec une aide sur huit années dont cinq d'exonération totale puis trois de partielle avec des pourcentages variants :

- 60% d'exonération la 6^e année.
- 40% la 7^e.
- 20% la 8^e.

Les plafonds sont également modifiés par rapport aux Z.R.R. et passent à l'année à 50 000 euros (restant toujours à 200 000 euros pour trois années consécutives).

Au-delà des exonérations fiscales pures, les charges patronales prélevées par l'U.R.S.S.A.F. dans le cadre de l'emploi d'un salarié sont exonérées pendant douze mois à compter de la date d'embauche ; cette exonération est totale pour une rémunération horaire inférieure ou égale à 150 % du S.M.I.C. puis décroît et s'annule pour une rémunération horaire égale ou supérieure à 240 % du S.M.I.C., et ceci dans les Z.R.R. dans les conditions d'embauche données indépendamment de la situation du salarié. En ce qui concerne les Z.F.U., les aides s'appliquent sur cinq ans de façon totale puis sur neuf années de façon dégressive sur les charges patronales, les cotisations d'allocations familiales, la contribution au F.N.A.L. et le versement mobilité. Du point de vue des plafonds et conditions d'applications, la situation du salarié est prise en compte puisqu'il devait être présent lors de la création ou de l'installation du

cabinet dans la zone et ceci jusqu'à cinq années après cette date ; le chirurgien-dentiste ou la structure de santé employeuse sont exonérés totalement lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale à 1,4 x S.M.I.C. puis décroît de manière dégressive et s'annule lorsque la rémunération horaire est à 2 x S.M.I.C..

Quelques subtilités administratives sont à noter ; autant les exonérations fiscales Z.R.R. et Z.F.U. sur l'imposition se font de manière automatique par remplissage de la déclaration professionnelle 2035 reportée sur la déclaration personnelle 2042 en renseignant la case concernée, autant celles salariales sont déclenchées en remplissant la déclaration d'embauche ou le document spécifique relevant la masse salariale du cabinet en question. De plus, les exonérations ne s'appliquent pas pour un remplaçant ou collaborateur libéral exerçant en Z.R.R. contrairement à celui exerçant en Z.F.U..

À ces aménagements nationaux favorisant des installations pérennes de professionnels de santé sur les territoires qui en ont particulièrement besoin, s'ajoutent des primes localisées ou des aides matérielles et/ou financières débloquées aux niveaux régional, départemental ou (inter-)communal.

3.1.5. Les aides décentralisées localisées sur les territoires

Pour pallier la désertification de leurs localités, de nombreuses organisations territoriales proposent au cas par cas des aides supplémentaires s'ajoutant à celles existantes au niveau national. Ces organisations proposent des primes à l'installation, des garanties de prêts à taux très intéressants, la mise à disposition de locaux professionnels et personnels (logements complets pouvant permettre de loger une famille entière avec des loyers attractifs ou nuls en contrepartie d'une certaine présence sur le territoire) ; pour exemple, le département de l'Oise propose jusqu'à 40 000 euros pour l'installation d'un chirurgien-dentiste et un prêt allant de 8 000 à 50 000 euros à taux 0% pour aider un jeune professionnel sur le territoire.

Les localités essaient de jouer la carte de la différence par rapport à leurs voisins pour attirer sur leur bassin de vie les professionnels recherchés et tant attendus... Et c'est dans ce registre également que s'inscrivent les pôles et maisons de santé qui parsèment le territoire français.

3.1.6. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (M.S.P.) et Pôles de Santé Pluriprofessionnels (P.S.P.)

Une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (M.S.P.) regroupe plusieurs professionnels de santé libéraux (au moins 2 médecins et 1 autre professionnel de santé) autour d'un projet de santé commun validé par l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.). Les soignants peuvent exercer dans le même local ou travailler sur des sites différents. Regroupant ainsi des médecins généralistes, des chirurgiens-dentistes, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des professions paramédicales comme les ostéopathes..., la M.S.P. leur permet de mutualiser des investissements ; quant aux patients, ils peuvent y trouver une offre rassemblée sur un même site, ce qui contribue à un meilleur maillage territorial pour la santé des populations. La M.S.P. a une existence légale définie par l'article L.6323-3 du Code de la Santé publique : « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L.1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L.1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du Ministre chargé de la santé ».

En campagne tout comme en ville, le but est d'attirer de jeunes professionnels en limitant les risques financiers par un partage de l'existant ou la création groupée d'une installation complète. Cela apparaît aujourd'hui comme un bon moyen de lutte contre la « désertification médicale ». On compte en France plus de 1 050 pôles et maisons de santé. Au sein de chaque structure pluridisciplinaire, on compte environ 5 médecins et assimilés et 9 professionnels paramédicaux exerçant en libéral. Les maisons de santé conservent une répartition homogène à travers la France. 55 % sont implantées à la campagne et la Région Rhône-Alpes est la mieux dotée (ONDPS, 2021).

Les maisons de santé ne sont pas la « solution miracle » mais elles constituent un levier pour favoriser l'attractivité de l'exercice médical pour les futurs professionnels et notamment les chirurgiens-dentistes. En effet, de telles structures semblent constituer un bon maintien de l'offre de soins dans des milieux où celle-ci peut

apparaître comme manquante. Le regroupement des disciplines dans les zones rurales permet de faire venir de nombreux patients qui profitent d'une multitude de services. Une meilleure coordination des professionnels est aussi observée. Par exemple, une prescription médicale peut être suivie de son prescripteur jusqu'au praticien qui prendra en charge le patient, comme le chirurgien-dentiste. En plus d'un meilleur suivi favorisant la compliance du patient, des facteurs socio-économiques peuvent être soulignés, liés à la pression que peut exercer l'arrivée d'un professionnel dans un territoire, notamment du fait de la lourdeur administrative d'un tel processus. Par le partage avec l'ensemble de l'équipe intégrée à une M.S.P. déjà créée et répertoriée, l'intégration y est facilitée pour un engagement plein et entier au service de la santé publique.

Le Pôle de Santé Pluriprofessionnel (P.S.P.) répond *a priori* à la même définition, la variante résidant dans la multitude des modes d'exercices sur des sites distincts. Bien que défini légalement dans la loi H.P.S.T. de 2009 comme « assur[ant] des activités de soins de premier recours au sens de l'article L.1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L.1411-12, et pouv[ant] participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L.1434-5. Ils [les pôles de santé] sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale ». Le P.S.P. ne dispose pas de personnalité morale et ne vit donc qu'au travers de ses membres qui portent des projets en leur nom propre quand une M.S.P. peut employer ou souscrire à des contrats divers...

Un pôle de santé va donc favoriser davantage un certain dynamisme dans la santé d'un territoire au travers d'actions diverses tandis que la maison de santé est une véritable structure qui peut accueillir un jeune chirurgien-dentiste. Le P.S.P. est plus un facteur de pérennité dans le dynamisme d'un territoire quand la M.S.P. est un facteur d'attractivité. Le pôle facilite néanmoins le parcours de soins coordonné entre un hôpital intégré à celui-ci et les autres professionnels en faisant partie.

À noter qu'aujourd'hui, une M.S.P. peut salarier les soignants qu'elle intègre, ce qui contribue également à leur multiplication ; un chirurgien-dentiste peut être par exemple attiré par les avantages du salariat tout en bénéficiant de sa propre patientèle

qu'il se constitue et suit. Dans ce cas, ce sont les maisons de santé qui peuvent prétendre aux aides U.R.S.S.A.F. précédemment présentées.

Une autre alternative intéressante a été développée par un collectif de médecins généralistes « *Les médecins solidaires* », et propose à des professionnels de pratiquer dans l'un de leurs centres pendant une semaine. Ils appartiennent eux-mêmes au collectif « *Bouge ton coQ !* » visant à redynamiser les campagnes par des actions au plus près de la population. Ces derniers sont ainsi salariés pour 35 heures sous C.D.D. et profitent de la gestion propre du centre en matière d'emploi du temps et de suivi des dossiers tout en prodiguant des soins en dehors de leur lieu d'exercice habituel. Accueilli dans des espaces déficitaires, ce fonctionnement pourrait inciter également les médecins s'y déplaçant à rester sur le territoire en question.

3.1.7. Les centres de santé dentaire

Un centre de santé dentaire est une structure qui salarie les professionnels de santé qui le composent. Les collectivités territoriales, certaines associations, des organismes d'assurance ou encore l'Assurance Maladie peuvent créer de tels centres et employer des professionnels médicaux et paramédicaux, dont des chirurgiens-dentistes. L'exemple sans doute le plus répandu est l'ensemble des centres développés par les C.P.A.M. qui, dans la quasi-totalité des départements français, proposent les soins conventionnés aux habitants affiliés au régime général de la Sécurité Sociale. Il s'agit d'ailleurs là d'une condition nécessaire à leur ouverture (Colin et Acker, *Santé Publique*, 2009) que de pratiquer dans une grande majorité les soins aux tarifs conventionnels tout en en généralisant le tiers-payant. Ces mêmes auteurs rappellent par la même occasion que l'implantation de ces structures doivent répondre à un projet de santé dit « collectif » qui s'adresse à une population donnée ; devant participer ainsi à un accès aux soins et à la prévention pour le grand nombre, l'essor des centres de santé dentaire suit le sujet grandissant des « déserts médicaux » et plus précisément dans le domaine de la médecine bucco-dentaire avec une progression de plus de 60 % depuis 2017, soit 363 centres créés (*L'Information dentaire*, 2022). La Fédération nationale des centres de santé (F.N.C.S.) remarque néanmoins dans son étude publiée en décembre 2021 que leur grande majorité est installée dans les centres des grandes villes et en Île-de-France, réalité permise par le fait même de leur projet de santé souvent mis en avant à savoir la prise en charge des rendez-vous d'urgences ou non programmés à besoins rapides, ce qui constitue aujourd'hui une difficulté majeure de l'exercice des chirurgiens-dentistes qu'ils soient installés en ville ou en campagne, en zone favorisée ou sous-dotée.

Les politiques actuelles de santé publique encouragent également les centres de santé comme leviers de dynamisation d'un territoire au même titre que les M.S.P. Les conclusions du Ségur de la santé rendues en juillet 2020 vont en ce sens :

- la mesure 25 « améliorer l'accès aux soins non programmés par le développement de l'exercice coordonné » avance une réponse pour la prise en charge des soins urgents avec « [un] doublement du nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles et de centres de santé d'ici 2022 », objectif énoncé en 2017 en préliminaire de la stratégie nationale « Ma Santé 2022 ».

- la mesure 27 visant à « lutter contre les inégalités de santé » soulève le point suivant : « garantir une prise en charge globale [... en] cré[ant] 60 centres de santé « participatifs » avec une offre adaptée aux populations des territoires défavorisés, basée sur leur participation au projet du centre et le recours à des services de médiation sanitaire et d'interprétariat ».

Un exemple relaté dans la presse régionale du Grand-Est répond bien à ces deux mesures et est souvent pris comme repère par les politiques, aussi bien à l'échelon local qu'au niveau national. Il s'agit des centres de santé départementaux créés et gérés par le département de la Saône-et-Loire. Au nombre de 51, ils sont répartis entre centres à part entière et antennes locales localisés dans les zones sous-dotées du département. À leur création en 2017, 30 médecins étaient salariés de la collectivité elle-même, le conseil départemental étant l'employeur. Aujourd'hui ils sont 70 avec pour objectif d'atteindre la centaine prochainement et pourquoi pas ouvrir la voie aux autres professionnels médicaux et paramédicaux, ce qui est déjà en partie le cas grâce à une coopération lancée avec les hôpitaux locaux. Pratiquant le tiers-payant comme tout centre de santé, c'est le département qui encaisse les remboursements de Sécurité Sociale et les soignants sont dispensés en grande partie des charges administratives tout en bénéficiant des avantages du salariat. Néanmoins, seule « ombre au tableau » actuellement, le département est toujours déficitaire mais « vise l'équilibre financier » (*L'Est Républicain*, 2022). À noter pour finir que les collectivités sont très inspirées par ce dispositif innovant et qu'une véritable « bataille de communication » est lancée entre les plus touchées par la problématique des zones sous-dotées, plus particulièrement rurales dans ce cas précis, afin d'accueillir le plus de jeunes recrues possible.

Malheureusement aujourd'hui, les centres de santé dentaire font parler davantage d'eux au sujet des dérives liés à un rapport lucratif à l'activité bucco-dentaire plutôt qu'à la prise en charge de la santé des Français... C'est pourquoi divers groupes parlementaires de l'Assemblée nationale ont déposé des propositions de lois visant à mieux encadrer la création de ces centres, notamment à travers un contrôle plus strict des projets de santé par l'A.R.S. dont dépendent directement ces structures ; et une participation, jusque-là inexistante, de l'Ordre nationale des chirurgiens-dentistes dans l'obtention de leur agrément qui deviendrait alors obligatoire pour leur ouverture. Certaines de ces propositions ont été retenues et

adoptées en mai 2023 comme par exemple une identification précise des personnes y travaillant sur tout support que ce soit et la validation de l'agrément définitif après un an d'ouverture. L'Ordre se verra également confier la tâche de rassembler diplômes et contrats des praticiens concernés (ONCD, 2023).

3.1.8. Des propositions pour l'avenir des étudiants...

Lorsqu'un sujet est autant d'actualité, il passionne les foules et les idées de chacune et chacun fusent, qu'ils soient spécialistes du domaine considéré, politiques ou simples citoyens... et le problème des zones sous-dotées ne fait pas exception tant il est incontournable actuellement, que l'on réside en ville ou en campagne. Ces propositions diverses et variées divisent parfois mais ont au moins le mérite de faire avancer les choses sur certains points.

Du côté des professionnels de santé, des médecins insistent notamment sur l'importance croissante des facteurs de loisirs pour les futurs professionnels qui n'aspirent plus à la même pression de travail que leurs aînés, notion déjà abordée dans la partie 1.2 puis démontrée dans les résultats de l'étude en partie 2. Pour le Dr Yann Bourgueil, médecin généraliste et chercheur en santé publique, les jeunes « aspir[ant] à travailler moins que leurs aînés » se tournent vers le « collectif », c'est-à-dire les maisons de santé (*L'Est Républicain*, 2022). Pour lui, il faut ainsi développer au maximum ces structures tout en faisant évoluer le mode de rémunération des médecins généralistes et donc, pourquoi pas, des chirurgiens-dentistes, de la gratification à l'acte à une prise en compte du traitement global en appuyant sur le volet de la prévention organisée collectivement au sein d'un même ensemble. Il va d'ailleurs encore plus loin en préconisant à ses confrères de repousser leur départ en retraite pour, par exemple, dédier un jour hebdomadaire de travail dans une M.S.P. en guise d'accompagnement des jeunes recrues ; et pour ce faire « il faut aider les médecins âgés à ne pas partir tout de suite ». Ce point de vue est d'ailleurs omniprésent aujourd'hui chez les professionnels de santé ; pour la plupart, il faut convaincre et accompagner plutôt que d'obliger certaines installations ou restreindre les zones accessibles à un jeune diplômé. De plus, des aides à l'installation « seules »

ne suffisent plus à attirer, c'est l'accompagnement sur le terrain qui prime sur le long terme.

Du côté des patients, les avis sont partagés car si, pour certains, il faudrait que les étudiants en fin de cursus exercent un nombre d'années donné en zone sous-dotée, sorte de quittance envers l'État qui les a instruits pendant une longue période d'études, pour d'autres ce serait contre-productif car, une fois la période terminée, rien n'assurerait une installation durable des professionnels concernés sur le territoire, à l'origine de fait d'un manque de suivi pour les patients pour qui les parcours santé seraient maintes fois interrompus et entrecoupés. L'Association de Citoyens Contre les Déserts Médicaux (A.C.C.D.M.) préconise même d'adapter le conventionnement en fonction des zones d'installation : un professionnel médical qui souhaite s'installer dans une zone largement dotée pourrait se voir refuser son conventionnement par l'Assurance Maladie, ses patients seraient alors non remboursés pour la part R.O. (Régime Obligatoire) ; c'est ici un système de quotas qui apparaît, puisqu'autorisant l'installation conventionnée sous la condition d'un départ en retraite dans la zone dotée considérée. Pour d'autres, ce modèle coercitif n'aboutirait qu'à une anarchie dans les honoraires perçus hors des zones conventionnées (Bizard, 2021) ; faut-il d'ailleurs rappeler qu'un territoire sans problème de couverture médicale peut rapidement changer d'aspect démographique en quelques années seulement... ?

Les élections présidentielle et législative de l'année 2022 ont également pris part au sujet à travers les différents candidats qui s'y présentaient :

- À gauche pour Anne Hidalgo et Yannick Jadot, les dernières années d'études composées essentiellement de stages libéraux devraient se faire en Z.S.D. et l'exercice se poursuivre dans les premières années post-thèse sous la forme d'un statut d'« assistant » pour A. Hidalgo, Y. Jadot ajoutant, lui, le conventionnement « conditionné » comme expliqué précédemment et avancé par l'A.C.C.D.M. Fabien Roussel prône quant à lui un système de quotas de médecins et autres professionnels de santé en fonction de la pression de la demande de soins et ainsi conditionner conjointement une installation à un départ en retraite. Pour finir, Jean-Luc Mélenchon souhaiterait que l'État impose dix années d'exercice dans un lieu donné aux médecins en « échange » d'une prise en charge des études médicales.

- À droite, des incitations plus que des obligations ont été énoncées. Ainsi, pour Valérie Pécresse, il faudrait proposer un statut de « docteur junior » à un nombre donné d'étudiants pour l'exercice en zone sous-dotée avec certains avantages financiers tandis que pour Marine Le Pen, les consultations devraient être honorées en fonction de la zone d'exercice, c'est-à-dire moduler les remboursements en fonction de l'offre de soins d'un territoire donné. Éric Zemmour souhaiterait pour sa part favoriser les centres de santé départementaux et communaux qui salarient notamment des médecins et pourquoi pas des chirurgiens-dentistes. Quant à Emmanuel Macron, ses idées ont été celles initiées par le Ségur de la santé et quelque peu développées précédemment en partie 3.1.7, s'agissant notamment du développement massif des maisons de santé et des centres de santé tout en incitant les étudiants à adhérer à de telles structures ; il insistait également sur la prise en charge des urgences avec des structures chargées de soins « de proximité », rôle que doivent notamment endosser les M.S.P. et autres P.S.P.

Avec la recomposition de l'Assemblée nationale à la suite des élections législatives de juin 2022 et la représentativité offerte aux différentes forces politiques, les propositions faites au printemps pourraient faire l'objet de propositions et projets de lois débattus, modifiés, assemblés et composés afin d'offrir une réponse concertée mêlant plusieurs idées et en ménageant au maximum les sensibilités de chacun.

Le sujet des Z.S.D. et des réponses à apporter apparaissent comme cruciaux et prépondérants. Pour les professionnels concernés en exercice, il s'agit de diminuer la pression de la demande qui s'exerce sur eux de façon croissante quand, pour les étudiants à l'aune de leur carrière, il faut inciter et faire découvrir massivement ce que peuvent apporter ces territoires sur le long terme et non seulement pour quelques années. Les jeunes aujourd'hui aspirent plus à se projeter dans leur avenir sur le plan global, leur vocation ne représentant qu'une partie de leur vie. Pour les patients, c'est bien sûr pouvoir répondre rapidement à un problème majeur de notre temps, ne voyant pas toujours l'avenir du chirurgien-dentiste ou du médecin installé auprès d'eux.

Au-delà des idées, le dialogue doit être construit avec l'ensemble des partenaires car toute situation de blocage ne parviendra en aucun cas à résoudre une problématique ancrée de longue date dans le paysage français.

3.2. Exemples et mise en pratique à l'échelle locale ; la Meuse confrontée à la problématique : solutions actuelles et envisagées, retours d'expérience du territoire

3.2.1. Démographie synthétique des chirurgiens-dentistes en Meuse

La Meuse : 184 083 habitants en 2019 selon INSEE Statistiques-Comparateur des territoires (contre 192 800 en 2015) et :

- 3,8 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants en 2014, soit 74 professionnels.
- À 6 ans, 10 professionnels en moins, soit une densité de 3,5 dentistes pour 10 000 habitants.
- 47,3 ans d'âge moyen, soit 1,5 an de plus que la moyenne nationale (données *CartoSanté*, 2021).
- Zones très sous-dotées cartographiées (de 0 à 1 dentiste pour 10 000 habitants) : elles correspondent aux territoires sinistrés à la suite de la fermeture du bassin minier partagé avec la Meurthe-et-Moselle, mais également, au Sud du département autour de Vaucouleurs, à une plaine plus rurale avec des habitants plus âgés.
- Zone sous-dotée : elle se situe au Sud du département, à cheval sur la Marne, car la définition du bassin de vie de cette localité englobe une partie de Marnais. Territoire plutôt céréalier et agricole.
- Zone intermédiaire (environ 5 dentistes pour 10 000 habitants) : elle reste principalement agricole entre Bar-le-Duc au Sud (préfecture comptant 15 500 habitants environ ; population stable) et Verdun (pôle économique et touristique du département avec ses 18 100 habitants ; en stagnation). En termes de délais d'attente de rendez-vous, 4 à 6 mois sont fréquemment observés.
- Attractivité du département augmentée depuis l'ouverture de la LGV Est en 2007 et la construction d'une gare TGV au cœur du territoire : Paris-Est – Meuse TGV en 59 minutes exactement ! De plus, le bureau d'études de l'ANDRA attire de jeunes diplômés dans le cadre du futur centre de stockage de déchets hautement radioactifs à Bure, ou l'ambition d'une « *Silicon Valley* » à la meusienne.

3.2.2. Maisons et pôles de santé en Meuse, situation actuelle

Au dernier recensement et selon les données de l'A.R.S., 15 maisons de santé et 7 pôles de santé sont présents sur le territoire départemental.

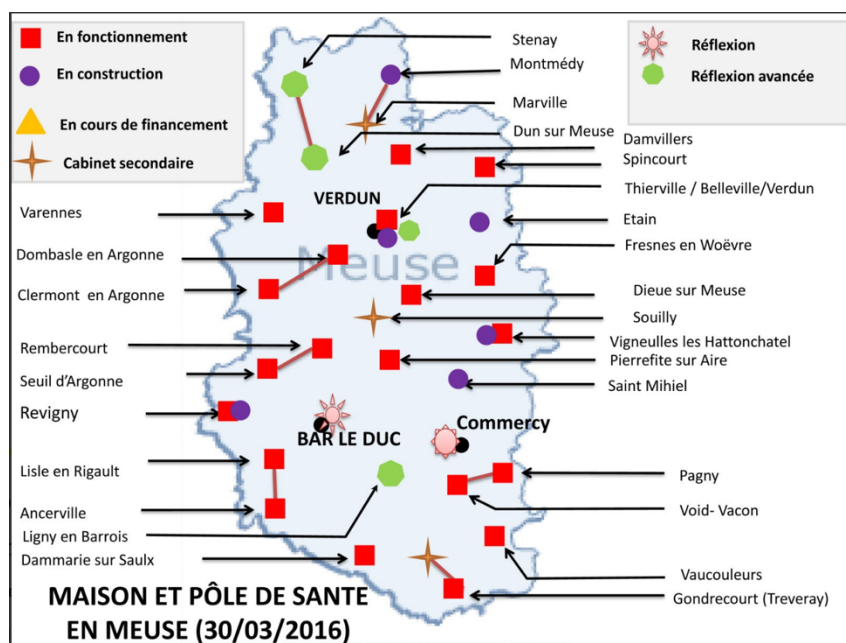


Figure 14 : Cartographie des M.S.P. et P.S.P. en mars 2016 (source : L'Est Républicain)

La carte ci-dessus (figure 14) explicite la situation de telles structures en Meuse. Leur répartition est assez homogène sur le terrain et les projets en cours de réflexion visent à compléter les zones moins dotées. Il est à noter que depuis cette publication de 2016, les M.S.P. de Dun – Stenay, Verdun, Belleville-sur-Meuse, Commercy et Ligny-en-Barrois ont été ouvertes, ainsi que celle de Spincourt agrandie au printemps avec l'arrivée de deux chirurgiens-dentistes venant ainsi compléter une offre de soins compromise depuis déjà de nombreuses années puisque territoire a été classé dès 2014 en zone très sous-dotée, avoisinant en outre le pays anciennement minier de Bouligny – Piennes, lui-même sinistré.

En ce qui concerne les associations de chirurgiens-dentistes sous forme de S.C.M., S.C.P. et S.E.L., nombre de professionnels sont concernés sur le territoire par l'exercice de groupe qui, au-delà des M.S.P., permet une mise en commun des moyens mais aussi des personnels et/ou des honoraires pour les S.C.P. et S.E.L. Ceci permet d'une autre façon de ne pas travailler seul et, tout en développant sa propre patientèle, de partager son expérience et d'échanger des points de vue à propos de

divers plans de traitement. Pour exemple à Bar-le-Duc, sur les onze chirurgiens-dentistes présents dans l'agglomération, 7 sont en association à ce jour dans 3 structures distinctes.

3.2.3. Perspectives pour le département

Selon le Pr Olivier Bouchy, médecin généraliste au sein de la M.S.P. de Revigny-sur-Ornain (qui sera présentée plus tard dans le travail), si les départs en retraite des professionnels étaient compensés en Meuse jusqu'en 2014, ce n'est plus le cas aujourd'hui car, comme pour toute la France, le point d'équilibre a été franchi avec les départs en retraite de la génération dite « *baby-boom* » qui vient grossir les rangs de la population plus demandeuse de soins bucco-dentaires et généraux. La réponse du Pr Bouchy est toujours la même pour contrer le problème des « déserts médicaux », : il met en avant les M.S.P. ; cette conviction est profonde et perdure, il est d'ailleurs l'instigateur de nombreux projets à travers le département pour le dynamiser et le rendre le plus attractif possible.

En effet, le département n'apparaît pas comme un territoire jeune et vivant, et les étudiants « fraîchement » diplômés n'envisagent souvent pas une installation dans ce paysage rural. Leur esprit est souvent figé sur un cliché persistant, c'est-à-dire des habitants vieillissants ne nécessitant pour la plupart que des avulsions multiples compensées par de la prothèse amovible, souvent complète par ailleurs. Il n'en est évidemment rien et un travail de démystification des territoires sous-dotés ruraux est nécessaire, travail notamment accompli par le Dr Bouchy qui intervient à la faculté de médecine de Nancy afin de dispenser des cours sur la pratique libérale en territoire rural.

Pour finir, à l'échelle départementale, l'attractivité d'une zone donnée se mesure à l'âge des praticiens, selon lui, avec une proportion importante des moins de 40 ans ; bien que la moyenne d'âges des chirurgiens-dentistes en Meuse diminue, elle reste de 47,3 ans, soit près de 2 ans de plus que la moyenne nationale. Il est néanmoins à noter que la part des plus de 65 ans régresse progressivement en accord avec les départs en retraite récents et se situe en dessous de la moyenne nationale de 3 %, soit 5,30 % pour la Meuse (ONCD, 2022).

→ La suite du présent exposé va développer plusieurs exemples présents sur le territoire meusien qui, à lui seul, est une belle synthèse représentative de ce qui peut se faire en France entre associations de chirurgiens-dentistes, M.S.P., P.S.P. et autres projets en cours de réflexion...

3.2.4. EXEMPLE N°1 : la S.C.M. L. de Bar-le-Duc (préfecture de la Meuse)

La S.C.M. L. a été créée en 2011 par les Drs D. et G., puis elle a accueilli en 2018 le Dr G.. À ces trois cabinets s'est ajoutée une salle pour une ostéopathe, qui a ainsi pu commencer son activité au mois de juillet de ladite année. L'ensemble de ces transformations s'est accompagné de rénovations complètes du bâtiment avec accessibilité aux personnes handicapées et modernisation des lieux.

Suite à ces évolutions, le Dr D. souhaitait créer au deuxième étage deux cabinets de médecins généralistes. Cette situation se serait donc inscrite dans la définition même de maison de santé, projet prometteur pour la ville de Bar-le-Duc qui a connu, pendant cette période, un départ assez massif de médecins généralistes faisant valoir leurs droits à la retraite. Les deux praticiens accueillis, exerçant déjà dans la ville, auraient pu poursuivre leur activité jusqu'à une transition progressive vers leurs successeurs, notamment des internes attirés par un cabinet pluriprofessionnel ainsi plus dynamique ; la mise en place des deux praticiens généralistes déjà connus et ayant leurs propres patientèles aurait été profitable au projet en attirant les personnes vers cette nouvelle maison de santé. Cette idée n'a finalement pas vu le jour, faute d'engouement du côté des médecins concernés.

L'actuelle structure dispose donc toujours actuellement d'un étage vacant et l'ensemble des coûts engendrés par son activité est ainsi réparti sur le fonctionnement de la S.C.M. qui fournit un ensemble de moyens communs aux trois chirurgiens-dentistes. Faute de création de la M.S.P., l'ensemble immobilier ne dispose pas d'une entité juridique propre, l'ostéopathe étant locataire de sa salle de soins sans pour autant être intégrée à la S.C.M.

Pérenniser une telle structure peut donc paraître difficile, c'est pourquoi les projets sont mûrement réfléchis et validés, et une adhésion franche de tous les acteurs à ceux-ci est nécessaire. Pour avoir un ordre d'idées, le coût de la première phase de

travaux, qui s'est étalée de 2017 à 2018, s'élevait à 360 000 euros. Aujourd'hui, le cabinet réfléchit à l'accueil d'un chirurgien-dentiste, collaborateur au sein de la structure dans un premier temps, pour l'installer ensuite au niveau vacant en créant un plateau technique de toutes pièces. Il s'agit là d'un fonctionnement de plus en plus répandu : s'il y a encore quelques années, les jeunes thésés cherchaient une installation rapide et quasiment immédiate, aujourd'hui l'idée est plus de s'ancrer dans un territoire sous la « tutelle » d'un professionnel expérimenté qui, de son côté, cherche soit à réduire son temps de travail soit à restreindre son activité à un type de soins prépondérant. C'est à la suite d'une période plus au moins longue que le collaborateur pourrait effectivement s'installer, ayant développé en partie sa patientèle, ce que le statut de collaborateur libéral prévoit par ailleurs. De plus, le rôle du collaborateur permet de prendre en charge les patients du cabinet de façon supplétive en offrant un service de santé publique quasiment continu sur une semaine, ce dernier utilisant les cabinets existants en l'absence de leurs titulaires. Il s'agit d'ailleurs aussi d'une solution d'attente très intéressante pour un jeune dont le cabinet est en cours d'élaboration, celui-ci pouvant se faire une idée précise de ce dont il a besoin et ce qu'il veut pour sa future ergonomie de travail ; la conception puis la création d'un cabinet partant d'une zone libre de toute activité est un projet long qui nécessite une bonne coordination et une mise en œuvre rigoureuse afin d'arriver aux résultats escomptés. La S.C.M. L. pourrait donc ainsi se développer davantage vers la médecine bucco-dentaire et, pourquoi pas par la suite, vers d'autres activités médicales si un engouement se créait autour de la structure.

La ville de Bar-le-Duc est l'une des plus en retard en Meuse et en Lorraine sur le plan de l'offre de santé pluridisciplinaire. D'autres communes plus rurales ont ouvert cette voie, comme à Revigny-sur-Ornain où un pôle de santé, créé il y a plus de 8 ans, s'est doté d'un bâtiment réunissant infirmiers et chirurgiens-dentistes, à proximité directe de la maison médicale et du centre de kinésithérapie. Les chirurgiens-dentistes ont profité de ce déménagement pour moderniser leurs installations et rendre ainsi un lieu déjà dynamique encore plus attractif.

Cet exemple montre bien à la fois la difficulté de mettre en place une structure réunissant plusieurs professionnels aux activités diverses mais aussi le rôle moteur d'un tel ensemble lorsque son rythme de fonctionnement est atteint et que son potentiel de croissance n'est que grandissant. L'attractivité d'un territoire n'est ni

acquise ni désespérée mais s'entretient et se développe comme un effet « boule de neige ».

Le prochain exemple vise à présenter la M.S.P. de Revigny-sur-Ornain évoquée précédemment, une des figures de proue de la maison de santé, considérée actuellement comme un recours indéniable dans la lutte contre les « déserts médicaux ».

3.2.5. EXEMPLE N°2 : la M.S.P. du Pays de Revigny-sur-Ornain

Il s'agit au travers de cet exemple de présenter également les différentes étapes nécessaires à la création d'une M.S.P. Tout commence par une analyse territoriale qui permet à la fois de mesurer l'intérêt du projet en question et sa faisabilité. Dans notre exemple, l'idée est d'abord venue du Dr Olivier Bouchy puis a été partagée avec les autres médecins généralistes de la commune et des villages limitrophes. Ils ont alors décidé à l'époque, en 2006-2007, de se réunir au sein d'une même structure. L'analyse doit alors déterminer, au-delà de la motivation personnelle des professionnels, la présence d'un soutien de la part des collectivités territoriales (la C.O.P.A.R.Y. dans notre exemple, soit la Communauté de communes du Pays de Revigny), étudier les données démographiques de la localité et l'état de l'offre de soins, enfin soulever les attentes de la population locale. L'ensemble de cette analyse est rassemblé dans une étude d'opportunité.

L'humain est bien évidemment au cœur d'un tel processus et c'est une dynamique qui doit se mettre en place entre acteurs principaux qui vont œuvrer dans la structure, élus et représentants du territoire, et patients qui doivent de fait soutenir et propulser des idées fortes pour des futurs services en retour. Généralement, une personne coordonne les initiatives émanant de chaque protagoniste et est appelé « leader professionnel de santé » ; ce leader peut être médecin généraliste ou autre professionnel de santé et il « insuffle le ton » du déroulement des discussions à mener pour aboutir à ce qui est ébauché auparavant. Dans notre exemple, il pourrait s'agir du Dr Bouchy qui, avec l'appui de ses confrères, a initié une maison de santé qui n'a cessé de s'agrandir depuis.

Partant ainsi d'une ébauche répondant aux attentes du territoire, il faut ensuite formaliser les données pratiques et démographiques collectées dans un projet de

santé transmis à l'A.R.S. dans lequel est également présenté le projet professionnel. Le projet de santé doit rassembler les objectifs de santé pour la population du territoire en ce qui concerne les actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et les actions sociales à mener. Ainsi, un projet de santé abouti présente deux parties distinctes :

- le projet professionnel : il définit l'équipe qui va composer la maison de santé, c'est-à-dire les professionnels médicaux et paramédicaux, son organisation interne et les liens qu'ils entretiendront pour une coordination optimale des actions exposées dans le plan de santé et répondant au projet régional de santé (P.R.S.) qui définit et coordonne la politique sanitaire à mener dans la région. Un contrat est alors signé entre A.R.S., C.P.A.M. et M.S.P. une fois que cette dernière présente un projet signé par l'ensemble des parties (tous les professionnels la composant mais aussi les actionnaires comme une intercommunalité, ici la C.O.P.A.R.Y.).

Il expose dans un deuxième temps les actions à entreprendre pour une pluriprofessionnalité saine et efficace, à savoir l'élaboration d'un parcours santé dans lequel les informations d'un patient pourraient facilement circuler entre les acteurs de santé pour une prise en charge globale, objectif universel actuellement admis pour une prise en charge efficiente de la population. Cela passe par un système informatique adapté et l'élaboration de protocoles de soins (la H.A.S. propose par ailleurs, via un guide publié en 2015, des pistes pour des protocoles formalisés).

Dans un troisième temps, il démontre la politique de la future M.S.P. en termes d'information au patient. En effet, ceux-ci disposent d'un droit d'accès aux informations les concernant (droit intégré dans le Code de la santé publique (C.S.P.) depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé), droit fondamental également rappelé dans chaque Code de déontologie. Le dossier doit apporter une réponse quant aux modalités d'échanges entre soignants, aux conditions de leur partage et de leur mise à disposition.

Enfin, pour finir le projet professionnel, il convient d'y développer les actions visant à déployer la formation continue des professionnels, la démarche qualité de l'ensemble et les conditions d'accueil des stagiaires et internes qui sont au cœur du P.R.S.

- le projet d'organisation de la prise en charge : il vient préciser en premier lieu les possibilités d'accès à la structure ainsi que les différents soins dispensés par les différents soignants.

Puis il précise la politique en matière de continuité des soins, c'est-à-dire la prise en charge des consultations non programmées, tout comme les horaires d'ouverture envisagés.

Sont évoquées ensuite la coopération et la coordination des soins en lien avec les autres structures médicales et paramédicales du territoire, notamment les hôpitaux. Ce lien est d'ailleurs entretenu durablement au fil des années. Pour exemple, la M.S.P. du Pays de Revigny : le Pr Bouchy rappelle le « besoin de garder [un] hôpital à Bar-le-Duc » et insiste sur l'intérêt du travail collaboratif car les « patients font confiance [...] aux hôpitaux de proximité ». Les sorties d'hospitalisation sont en effet des temps majeurs à ne pas survoler où toutes les données doivent circuler entre les praticiens hospitaliers et les médecins et autres professionnels pour garantir le retour à la santé ou la poursuite à domicile et en ambulatoire d'une séquence de soins.

Enfin, la téléconsultation est aujourd'hui une phase complète des nouveaux projets. Il s'agirait d'un levier d'attractivité du territoire selon plusieurs professionnels, tout comme les nouvelles organisations de prise en charge, comme l'éducation thérapeutique des patients (E.T.P.). Le déploiement de la téléconsultation en Meuse prend forme dans le cadre du projet *E-Meuse Santé*, développé en collaboration avec le Conseil départemental de la Meuse depuis 2021 et qui permet d'améliorer la prise en charge des patients du département, avec en particulier la modernisation numérique des structures de soins, et de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, avec des consultations à distance aux côtés d'infirmiers en pratique avancée (dont le rôle est développé dans la suite de cette partie).

Une fois le dossier terminé, il convient ensuite de réfléchir à une charte rassemblant les principes éthiques du fonctionnement de groupe de la structure. On peut y retrouver notamment :

- les attitudes à mettre en œuvre face aux inégalités sociales de santé, aux minorités, aux situations de précarité ou d'exclusion.

- les objectifs en termes de qualité des soins.
- la confidentialité et le respect du secret professionnel.
- l'accessibilité aux soins de la population.
- la formation des professionnels.

Un règlement intérieur peut être ajouté, sans obligation, et consigne les règles de fonctionnement interne comme la gestion et le partage des ressources ou encore la place à accorder à chacun pour des relations sans tension et cadrées formellement. Il peut notamment régir les possibilités d'action de chaque personne au sein de la structure.

Comme dans toute structure, il convient, au-delà du programme de fonctionnement interne de l'établissement, de définir le statut de la société créée. En effet, les professions médicales et paramédicales sont avant tout des vocations pour un service constant à la personne et pour le bien de la santé publique, mais les soignants sont aussi des chefs d'entreprise et dans ce cadre dirigeants ou employés d'une société. Il existe les sociétés civiles ou d'exercice déjà bien connues (S.C.M., S.C.P. et S.E.L.) qui permettent pour les premières un partage des frais courants jusqu'à une mise en commun des honoraires à redistribuer pour la S.C.P., ou une entité de forme plus commerciale pour la S.E.L. avec un capital à diviser entre actionnaires. La M.S.P. du Pays de Revigny est quant à elle une S.I.S.A. (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires) qui aujourd'hui appartient à la COPARY, suite à sa restructuration en 2016-2017. Le principe de la S.I.S.A. est proche de la S.C.M. (Société Civile de Moyens) mais offre en plus la possibilité de l'interprofessionnalité, fondement même des M.S.P. actuellement recherchées et créées. Légiférées en 2011 pour être décrétées au printemps 2012, les S.I.S.A. permettent aux structures choisissant ce mode de structuration de percevoir des dotations dans le cadre des activités coordonnées des professionnels de santé la composant. Ainsi, elles sont composées de personnes physiques dont au moins deux médecins et un auxiliaire médical (selon la définition officielle proposée par le Ministère de la santé et de la prévention en 2022).

Ce qui peut attirer également de jeunes chirurgiens-dentistes, c'est le mode de financement d'une telle structure. En effet, le coût d'installation d'un cabinet est lourd dès le début d'activité car l'investissement initial est important dans le cas d'un

exercice lié à une installation. Ce point peut freiner les jeunes praticiens qui aujourd'hui aspirent à un rythme de vie différent des anciennes générations ; mais il faut bien penser que le fonctionnement même de la structure permet sa pérennité, tout en sachant que l'ensemble matériel n'est pas immuable et que son entretien régulier n'empêche en aucun cas son obsolescence à moyen terme. Il existe donc pour un établissement pluridisciplinaire la possibilité d'un financement privé par les propres deniers des soignants eux-mêmes ou par des investisseurs extérieurs (avec lesquels les acteurs de la M.S.P. peuvent aussi partager des parts ou du capital selon la société choisie) ; ce principe permet de répartir les frais d'une installation récente par exemple. Sur le plan public, le financement peut être du fait des collectivités locales qui veulent s'engager dans l'attractivité de leur territoire et leur maillage en santé publique ; les loyers sont souvent plus attractifs d'ailleurs, les élus jouant sur cette « corde sensible » pour faire venir les jeunes diplômés qui peuvent bénéficier de certaines aides supplémentaires accordées ; c'est le cas de la M.S.P. de Revigny où des logements peuvent être mis à disposition pour les professionnels qui parfois conservent leurs résidences principales autour de Nancy ou Metz.

Née de l'idée de trois médecins généralistes de l'intercommunalité dans les années 1990, la maison de santé de Revigny-sur-Ornain a bien évolué depuis et couvre les besoins d'un bassin de vie aux limites de la COPARY de près de 7 300 habitants. Fédérant 5 médecins à ses débuts, elle a favorisé l'installation d'un cabinet de kinésithérapie à ses côtés avant de développer ses actions pluridisciplinaires par le biais d'un pôle de santé actif et novateur, récompensé aujourd'hui par le titre de M.S.P.U. (maison de santé pluriprofessionnelle universitaire depuis octobre 2019) qui met en avant le rôle de 5 maîtres de stage médecins généralistes pilotés par le Pr Bouchy et un chef de clinique des universités en la personne du Dr Didelot. Autour d'eux et en étroite collaboration travaillent ainsi :

- 2 chirurgiens-dentistes : ils ont en outre bénéficié d'un cabinet neuf par suite de leur déménagement avec un aménagement modulable compatible avec les pratiques actuelles, clé supplémentaire de l'attractivité de la structure,
- 5 pharmaciens,
- 16 infirmières libérales,
- 1 infirmière addictologue, 2 infirmiers Asalée (association d'infirmiers délégués à la santé publique composant des équipes de soins primaires avec des

médecins généralistes) et 1 infirmière S.S.I.A.D. (service à domicile de soins à la personne),

- 1 sage-femme,
- 4 kinésithérapeutes,
- 1 opticien,
- 2 orthophonistes,
- 1 orthoptiste,
- 1 pédicure,
- 7 secrétaires médicales et 2 coordinateurs.

Le rôle universitaire de l'ensemble met en avant la faculté de la structure à accueillir et former les étudiants grâce à des partenariats avec l'Université de Lorraine et l'A.R.S. Grand Est notamment en développant tout un pan de recherche clinique. La télémédecine est au cœur du projet, tout comme la formation d'infirmiers de pratique avancée, c'est-à-dire secondant les médecins dans la prise en charge ambulatoire de certaines pathologies chroniques à domicile en particulier et facilitant la transition hôpital - habitation des patients (dont le cadre juridique a été formalisé dans la loi de modernisation du système de santé en 2022, notamment aux côtés du déploiement de la prise en charge des urgences en ville via le réseau des médecins généralistes).

Les quatre axes à faire vivre pour une M.S.P.U. certifiée par l'A.R.S. pour 5 ans par le biais d'une convention sont :

- avoir en leur sein une majorité de praticiens maîtres de stage,
- accueillir de façon régulière des étudiants de 2^e et 3^e cycles de médecine et médecine générale,
- accueillir ou envisager d'autres professionnels en formation (I.D.E., pharmaciens, kinésithérapeutes, ...),
- formaliser un programme de participation à des travaux de recherche en lien avec l'université de rattachement.

En conclusion, mettre en place une maison de santé repose sur des étapes incontournables :

- étudier l'offre de soins locale et les attentes des professionnels de santé du territoire,

- constituer une équipe de professionnels de santé motivés par l'exercice coordonné, et comprenant au moins deux médecins généralistes et un paramédical,
- travailler en équipe pour définir le projet de santé,
- si besoin, constituer un projet immobilier,
- commencer un travail coordonné et collaboratif tout en ajustant les fonctionnements propres à chaque cabinet.

C'est un projet collectif à long terme qui nécessite un temps de réflexion. En effet, force est de constater que, sur le territoire français, des maisons pluridisciplinaires sont en manque de professionnels malgré des efforts continus d'attractivité du territoire (locaux gratuitement à disposition...). Les études les plus rigoureuses du terrain sont à envisager et toute précipitation n'engendrera donc que des échecs.

Le dernier exemple va « mettre en lumière » les difficultés réelles et potentielles (notamment des points de vue géographique et immobilier) que représentent la création d'une M.S.P. entre projets abouti et en cours de réflexion dans la ville de Bar-le-Duc, située à une quinzaine de kilomètres de Revigny-sur-Ornain. Préfecture de la Meuse, la ville est confrontée de plein fouet à la baisse de l'offre en prestations de soins et aux disparités d'accès aux soins.

3.2.6. EXEMPLE N°3 : projets à Bar-le-Duc

La situation de la démographie professionnelle de Bar-le-Duc est assez alarmante et malheureusement peu récente. Selon l'I.N.S.E.E., la ville comptait 20 médecins généralistes en 2007, entourés d'une quinzaine de spécialistes, alors qu'en 2021, elle ne recense que 13 médecins généralistes et 10 spécialistes, avec dans les deux catégories une majorité de professionnels ayant plus de 60 ans. Les départs en retraite s'enchaînent annuellement sur un rythme assez continu et s'observent également pour les odontologistes, avec ces derniers temps, un départ par an en moyenne non compensé. Pour pallier cette désertification progressive et les inégalités de prise en charge, la communauté d'agglomération travaille sur des projets de M.S.P., en coordination avec les instances loco-régionales et les professionnels du territoire. En termes de suivi de médecine générale, la couverture de santé est meilleure à Revigny-sur-Ornain grâce à la maison de santé présentée précédemment et à une

densité de soignants plus élevée pour le bassin de vie, exemple même des disparités d'accès aux soins au sein même du département et ce à quelques encablures.

La ville de Bar-le-Duc est répartie en plusieurs quartiers. Au-delà du centre-ville s'étendent la ville haute, le quartier historique de la cité, le quartier de Marbot autour du château de Marbeaumont (aujourd'hui médiathèque), la côte Sainte-Catherine et la côte de la piscine. L'agglomération a d'ores et déjà installé en 2019 un cabinet médical provisoire à la côte Sainte-Catherine, en attendant que les futurs locaux soient prêts, la fin des travaux dans une ancienne école étant prévue en 2023. Le projet abouti devrait accueillir selon les plans 15 professionnels de santé dont trois médecins généralistes et des infirmiers répartis dans plusieurs cabinets. La ville souhaite également développer dans ce quartier des cabinets dentaires face à l'afflux des demandes faisant suite aux récents départs en retraite mais également à leur concentration en centre-ville. À l'heure actuelle, les soignants de la ville, hormis les médecins déjà installés à la côte Sainte-Catherine, ne semblent pas adhérer à ce projet de localisation d'activité sur ce quartier, considérant qu'il est déjà bien favorisé par la présence du centre hospitalier de la ville très proche. Ce projet, pourtant en cours de finition, s'est fait avec un manque d'engouement et apparaît aujourd'hui, bien que théoriquement abouti, en déshérence ; il est en effet difficile d'imaginer un recrutement massif de professionnels médicaux et notamment de chirurgiens-dentistes d'ici la fin d'année prochaine, alors même que la ville tout entière ne parvient pas à équilibrer son offre de soins avec les départs effectifs et annoncés. Il est également à ajouter que le centre dentaire mutualiste, salariant ses soignants, est contraint de fermer car ne parvenant pas, malgré les avantages d'une embauche salariée, à recruter du personnel. Ce projet était porté par l'agglomération, qui en est l'initiatrice, et a manqué du soutien des principaux concernés, ce qui peut apparaître aujourd'hui comme une principale cause, non pas d'échec, puisque le temps fera son œuvre, mais plutôt de débuts difficiles et décevants.

Concernant la ville basse (centre-ville, Marbot et quartier historique qui pourrait y être rattaché bien que sur les hauteurs, à l'opposé de la côte Sainte-Catherine mais accessible directement depuis le centre), les soignants ont eux-mêmes de véritables attentes fortes envers la ville de Bar-le-Duc et l'intercommunalité. Il y existe déjà la maison médicale Theuriet, rassemblant des médecins généralistes qui aspirent à développer une véritable M.S.P. de centre-ville avec l'appui et le concours de la plupart des autres médecins de la ville. La question qui se pose est le projet immobilier. En

effet, une projection d'une structure future ne peut se faire que si les acteurs de la M.S.P. conduisent en partie les plans puisqu'ils connaissent parfaitement leurs besoins. Un cabinet de médecine générale nécessite souvent moins de surface qu'un cabinet dentaire optimalement conçu avec au minimum 30 à 35 m² au sol pour une ergonomie satisfaisante de travail. Il faut aussi penser aux déplacements des personnes et au positionnement d'un secrétariat (commun ou non par ailleurs), à la chaîne de traitement des dispositifs médicaux réutilisables pour éviter toute dissémination de micro-organismes, mais aussi au confort de travail des assistantes pour réduire voire annuler tous les déplacements superflus. Des espaces communs sont à envisager pour favoriser la collaboration, essence même du projet de maison de santé. C'est avec l'aide d'un architecte parfois accompagné d'un cabinet de conseil que sont établies des esquisses avec les surfaces et les agencements requis, puis un lieu est choisi si le projet initial ne se porte pas sur le réagencement d'une structure existante permettant de répondre au cahier des charges. L'aspect modulable de l'ensemble est primordial surtout dans le cadre d'une M.S.P. qui chercherait à faire venir des jeunes diplômés amenés à s'installer ou à se mettre en mobilité, remplacés alors par d'autres selon des cycles de remplacements réguliers. En effet, bien que non encore concernée par une Z.F.U., la ville pourrait dans l'avenir bénéficier d'un soutien financier pour l'installation de nouveaux soignants. Ces actions ont de fait un revers, lorsque de prime abord elles permettent un début d'activité financièrement aidé, mais qu'elles ne pérennisent pas toujours l'installation à la fin des exonérations, notamment pour des jeunes bien plus souvent nomades par rapport à leurs aînés. Une fois les plans établis et validés, un maître d'œuvre est convoqué pour conduire les travaux selon les demandes exactes, après que la collectivité a mené un appel d'offres en fonction des règles du marché public. Les interactions entre chaque partie sont essentielles car tout local abouti sans l'aval du soignant qui y travaillera peinera à trouver preneur ; trop d'exemples locaux montrent des aménagements vides de tout fonctionnement puisqu'ergonomiquement incompatibles avec l'exercice de chirurgie dentaire ou, pire encore, non conformes lorsqu'un tube radiologique est fixé sur un mur de rez-de-chaussée non plombé et à quelques centimètres d'une ouverture... Ainsi, la M.S.P. Theuriet serait peut-être amenée à déménager pour pouvoir disposer de cabinets suffisamment adaptés aux activités des différents professionnels attendus. Différentes pistes sont à l'étude, de la réhabilitation d'un ancien E.H.P.A.D. à la construction d'un bâtiment sorti de terre. Les soignants sont impatients car ce projet

traîne de longue date et la ville, choisissant de favoriser le projet de la côte Sainte-Catherine, a négligé les ardeurs de professionnels pourtant surmotivés mais maintenant désabusés voire dégoûtés pour certains...

Ce dernier exemple montre bien qu'une synergie est essentielle et vitale entre les acteurs d'un projet, quand les pouvoirs publics et les usagers cherchent à augmenter l'offre de soins du territoire ; les professionnels de santé, parmi eux les chirurgiens-dentistes en tête, aspirent à démarrer ou poursuivre leur activité dans une structure qui favorise leur épanouissement.

L'illustration suivante (figure 15) montre la nécessité d'une interconnexion au sein même des locaux où tous les cabinets et même la pharmacie communiquent entre eux, facilitant physiquement les échanges interprofessionnels. Cette agence d'architecture du Grand Est a conçu nombre de projets innovants dans la région et en France dont plusieurs maisons de santé pluridisciplinaires *de novo* ou à habiller.



Figure 15 : Illustration du plan de la maison de santé pluridisciplinaire (M.S.P.) d'Éloyes dans les Vosges (88) dont l'ouverture est programmée pour l'été 2023 (source : cabinet d'architecture Mil Lieux Architecture de Nancy)

CONCLUSION

Plus que des chiffres et des données démographiques, la problématique des zones sous-dotées en France, communément appelées « déserts médicaux », se vit au quotidien par des habitants soucieux de leur santé mais en peine parfois de maintenir, voire recouvrer un état complet physiologiquement sain. C'est en effet ce ressenti de ne pouvoir recourir comme il se devrait au système de santé du territoire - pourtant reconnu depuis de très nombreuses années au-delà des frontières mais actuellement en prise avec des problèmes structuraux sur de multiples aspects - qui domine. Comme démontré dans cet écrit et abordé également à l'échelle internationale par des études, les inégalités d'accès aux soins sont multifactorielles et le manque d'offre de prestations dans un territoire donné en constitue un des facteurs qui peut d'ailleurs accroître les difficultés socio-économiques d'un espace aggravant encore les disparités, à l'origine alors d'un cercle vicieux. Le vieillissement de la population soulevé à maintes reprises dans ce travail est corrélé aussi au problème de l'accessibilité des soins. Inéluctable, c'est donc en grande partie sur le dynamisme des espaces qu'il faut jouer et, pour ce faire, générer un engouement dans lequel tous les acteurs doivent prendre place, des protagonistes de santé publique (professionnels de santé mais aussi instances administratives telles que les A.R.S.) aux collectivités territoriales en passant par les patients eux-mêmes dans un rapport de confiance exempt de paternalisme ; et les jeunes diplômés, chirurgiens-dentistes notamment, y ont un rôle.

Il est ô combien nécessaire de mesurer, définir les besoins et orienter les politiques de santé publique à une échelle globale et d'ensemble, mais c'est bien au niveau local que l'adaptation des mesures doit se faire en cohérence avec la gouvernance. Ainsi, si les besoins et attentes des jeunes odontologistes sortant du milieu universitaire sont pris en compte, cela permettrait de favoriser leur installation dans des territoires sous-dotés de manière pérenne. En effet, la clé d'une prise en charge efficiente réside aussi dans le suivi du patient dans toutes les étapes le concernant, des changements de prise en charge ayant pour principal effet négatif de favoriser le nomadisme médical. L'étude menée par les facultés d'odontologie françaises au cours de l'année universitaire 2021-2022 permet de toucher à différents aspects des aspirations des futurs soignants installés dans le pays. Il est intéressant

de noter que la perception de la pratique quotidienne de l'exercice odontologique a bien évolué et que la place prise par la vocation n'a plus la même signification par rapport aux générations précédentes de praticiens. Ainsi, les professionnels de santé sortants sont à la recherche d'une qualité de vie globale, non plus centrée sur un emploi prépondérant dans le quotidien, mais plutôt englobant celui-ci dans un état de bien-être complet. L'environnement de travail en est un des lieux d'existence et il faut donc comprendre l'intérêt de dynamiser un territoire. L'offre socio-culturelle semble occuper une place importante dans les critères de choix d'une zone d'exercice et penser à l'emménagement d'un chirurgien-dentiste dans une ville, c'est aussi se préoccuper de sa famille et de ses besoins en matière d'emploi et d'éducation dans un univers propice aux activités extra-professionnelles et - scolaires. Le lien avec la région d'enfance et l'ancrage familial ressortent beaucoup des résultats collectés. Tout porte donc à croire que, malgré l'attraction certaine vers les régions maritimes notamment ou les territoires alpins, en dépit d'espaces actuellement plus délaissés comme en Bourgogne - Franche-Comté par exemple, les territoires sous-denses ne seraient pas une fatalité ; « énergisant » leur environnement à la recherche d'une qualité de vie globale pour ses habitants, ils seraient ainsi enclins à recevoir des jeunes odontologistes et autres professionnels de santé, à l'origine de fait d'un cercle vertueux dynamique pour la société.

Au-delà des aides pendant les études et à l'installation qui, comme démontré, profitent généralement à des étudiants déjà convaincus de leur avenir professionnel, les leviers de dynamisation d'un territoire doivent s'attarder sur le mode de travail optimal recherché par les professionnels. L'exercice libéral semble toujours avoir de beaux jours devant lui mais dans un fonctionnement différent de celui d'aujourd'hui, c'est-à-dire en groupe mono- ou pluriprofessionnel pour pouvoir assurer un parcours de santé partagé entre tous les acteurs, et pour échapper au sentiment de solitude professionnel. C'est ainsi que les maisons et pôles de santé (M.S.P. et P.S.P.) apparaissent comme essentiels à notre époque, dans le cercle vertueux d'un espace de santé efficace intégré à un territoire sociologiquement, économiquement et culturellement pérenne. Les exemples ne manquent pas pour prouver leur capacité à fédérer si, et seulement si, tous les investissements sont réfléchis à chaque étape sans oublier un maillon participant, sans quoi la chaîne de conception et plus tard l'organisation de la structure ne pourront que péricliter.

Le système de santé français peut donc rétablir une couverture de la population et redresser des tendances pourtant sombres. À l'échelle locale, le Nord de la Meuse et de la Meurthe-et-Moselle, ou encore l'Ouest de la Moselle, peuvent tout à fait recouvrer une prise en charge bucco-dentaire de ses habitants efficiente et durable sans recourir à des mesures coercitives qui apparaîtraient comme une rupture dans la confiance accordée aux praticiens et qui entameraient leur liberté d'exercice si précieuse à leurs yeux.

La France peut certainement avoir foi en ses futurs professionnels de santé, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, et en particulier en ses jeunes chirurgiens-dentistes prochainement ou nouvellement diplômés. Leur motivation à participer à leur niveau à la santé publique dans sa définition la plus pure est intacte, bien que la conception de leur vocation leur apparaisse différente par rapport à leurs aînés. C'est en comprenant cela et en modifiant de fait des mesures parfois existantes avant d'en créer de nouvelles que la problématique des zones sous-dotées pourrait un jour devenir un lointain souvenir. Les mœurs évoluent et le monde médical n'est pas en reste ; Montesquieu, mort au milieu du XVIII^e siècle, l'avait d'ailleurs écrit en pleine période des Lumières : « Il ne faut point faire par les lois ce que l'on peut faire par les mœurs », résumant ainsi la nécessaire adaptation à son temps sans y opposer le cadre général. L'ouverture des consciences provoquée par la pandémie de Covid-19 se poursuit aujourd'hui avec des adaptations durables, ancrées désormais dans le monde de la santé, notamment le développement de la télémédecine ou l'I.A. (intelligence artificielle) et plus spécifiquement dans le milieu bucco-dentaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES « PAPIER »

1. Barczak A, Hilal M. Quelle évolution de la présence des services publics en France ? Dans : Courcelle T, Fijalkow Y, Taulelle F. Services publics et territoires : adaptations, innovations et réactions. Rennes : Presses universitaires de Rennes ; 2017. p. 31-65.
2. Bécu É. Faut-il encadrer l'installation des médecins ? L'Est Républicain édition de Verdun. 15 février 2022 : 10-11.
3. Bécu É. Vieillesse et accès aux soins : la France fracturée. L'Est Républicain édition de Verdun. 13 mai 2022 : 10-11.
4. Brossard S. Étude des déterminants du projet professionnel des chirurgiens-dentistes issus des stages externes en Nouvelle-Aquitaine [Thèse d'exercice]. [Bordeaux] : Université de Bordeaux. Faculté de chirurgie dentaire ; 2021. 86p.
5. Buffard A. Ressentis des professionnels de santé dans l'élaboration et la mise en fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire meusien [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université de Lorraine. Faculté de médecine ; 2017. 98p.
6. Chiu-Man Leung K, Chu C-H. Dental care for older adults. Int J Environ Res Public Health. 2023; 20(1): 214.
7. Chronique Vie de la profession. Le nombre de centres de santé dentaire a progressé de 60 % en seulement cinq ans. Inf dent. 2022 ; 104(3-4) : 12.
8. CNG des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière. Données sur les contrats d'engagement de service public (CESP) conclus avec les étudiants et internes en médecine et en odontologie - Campagnes 2010/2011 à 2019/2020. Paris : CNG ; 2020. 31 p.
9. Colin M-P, Acker D. Les centres de santé : une histoire, un avenir. Santé Publique. 2009 ; 21(H.S.1) : 57-65.
10. Diversay K. La ruralité et ses attentes au cœur d'une visite ministérielle. L'Est Républicain édition de Bar-le-Duc. 7 janvier 2022 : 2.
11. Diversay K. Les maisons de santé, avenir médical de la Meuse. L'Est Républicain édition de Bar-le-Duc. 29 mai 2016 : 2.
12. DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Portrait des professionnels de santé. Paris : DREES ; 2016. Fiche 18 : Les conditions de travail des médecins généralistes ; p. 126-132.

13. Fedrigo T. Déserts médicaux : comment la Meuse parvient-elle à attirer de jeunes médecins ?. L'Est Républicain édition de Bar-le-Duc. 14 février 2022 : 28.
14. Larousse. Le Grand Larousse illustré. Paris : Éditions Larousse ; 2023. 2112 p.
15. Lucas Gabrielli V, Chevillard G. « Déserts médicaux » et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ?. Méd/sci. 2018 ; 34(6-7) : 599-603.
16. Lucas Gabrielli V, Mangene C. Comment améliorer les mesures d'accessibilité pour mieux cibler les zones mal desservies ?. Rev Épidémiol Santé Publique. 2019 ; 67(S1) : 25-32.
17. Lupi Pegurier L, Clerc Urmes I, Abu Zaineh M, Paraponaris A, Ventelou B. Density of dental practitioners and access to dental care for the elderly: a multilevel analysis with a view on socio-economic inequality. Health Policy. 2011; 103(2-3): 160-167.
18. Mouiller P, Schillinger P. L'essentiel sur le rapport d'information : Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action. Paris : Sénat, Délégation aux collectivités territoriales ; 2021. 4 p.
19. Pegon Machat E, Jourdan D, Tubert Jeannin S. Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France. Santé Publique. 2018 ; 30(2) : 243-251.
20. Philis L. Maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires en Grand Est. Nancy : ARS Grand Est ; 2019. 8 p.
21. Pointereau R. Offre médicale en zones sous-dotées et TVA. Rev Francoph Lab. 2013 ; 2013(454) : 81.
22. Raynaud J. Les obstacles de l'accès aux soins. Chisinau : Presses Académiques Francophones ; 2012. 160 p.
23. Satokangas M, Lumme S, Arffman M, Keskimäki I. Trajectory modelling of ambulatory care sensitive conditions in Finland in 1996-2013: assessing the development of equity in primary health care through clustering of geographic areas-an observational retrospective study. BMC Health Serv Res. 2019; 19(1): 629-640.
24. Savignat P. Déserts médicaux, vieillissement et politiques publiques : des choix qui restent à faire. Gérontol Soc. 2013 ; 36(146) : 143-152.
25. Shin H, Ahn E. Does the regional deprivation impact the spatial accessibility to dental care services?. PLoS One. 2018; 13(9): 1371-1381.

26. Véran O, Vidal F. Communiqué de presse. Paris : Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ; 2021. 3 p.
27. Vinel V, Kessler D, Voléry I, Kivits J, Lamongie L, Christophe S. Se soigner en zones rurales lorraines : trajectoires de soins, perceptions des territoires et obstacles à l'égalité de l'accès aux soins médicaux. Nancy : Presses universitaires de Nancy ; 2016. 118 p.
28. Wamala S, Merlo J, Boström G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(12): 1027-1033.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ÉLECTRONIQUES

29. ACCESS'R, Association Leader France. L'accessibilité des services à la population en milieu rural [Internet]. 2020 [consulté le 3 oct 2021]. Disponible sur : https://www.reseaurural.fr/sites/default/files/documents/fichiers/2020-09/2020_rrf_fiche_reccueil_Accessr_accessibilites_services_rural.pdf
30. ARS (Agence Régionale de Santé) Grand Est. État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est [Internet]. 2017 [consulté le 8 sept 2021]. Chapitre 7, Ressources humaines en santé. Disponible sur : https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf
31. Assemblée nationale. Proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, n° 361 [Internet]. 2022 [consulté le 11 déc 2022]. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0361_proposition-loi
32. Ayache L, Pellieux M. Classement des meilleures villes étudiantes 2021-2022 [Internet]. 2021 [consulté le 2 janv 2022]. Disponible sur : <https://www.letudiant.fr/classements/classement-des-villes-etudiantes.html?page=>
33. CartoSanté. Carte thématique sur le nombre et la densité des chirurgiens-dentistes libéraux en France en 2021 [Internet]. 2021 [consulté le 1 janv 2022]. Disponible sur :

https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&f=0&i=dent_popage.eft&i2=offre_ps.densdent&s=2021&s2=2021&view=map9

34. Chaussalet A. Déserts médicaux : la prescription du Dr Véran. Le Moniteur des Pharmacies [Internet]. 2021 [consulté le 11 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/video-deserts-medicaux-la-prescription-du-dr-veran.html>
35. Chauvin P, Parizot I. Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens. Résultats d'enquêtes statistiques conduites dans des quartiers de la politique de la ville [Internet]. Saint-Denis La-Pleine : Les éditions de la DIV. Paris : Inserm ; 2007 [consulté le 3 oct 2021]. 126 p. Disponible sur : http://www.crpve91.fr/Base_documentaire/opac_css/doc_num.php?explnum_id=88
36. CNOM (Conseil national de l'ordre des médecins), Bouet P, Mourgues JM. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1^{er} janvier 2018 [Internet]. 2018 [consulté le 22 janv 2023]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
37. COPARY. Le pôle de santé devient maison de santé universitaire (MSPU) [Internet]. 2019 [consulté le 11 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.copary.fr/index.php?page=247&titre=Pôle%20de%20Santé%20Pluriprofessionnels>
38. CPTS du Barrois (Communauté professionnelle territoriale de Santé). Notre projet de santé [Internet]. 2022 [consulté le 26 fév 2023]. Disponible sur : <https://www.cptsdubarrois.com/les-actions-de-la-cpts>
39. Data DREES. Données statistiques publiques en santé et social. Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux chirurgiens-dentistes libéraux [Internet]. 2020 [consulté le 29 janv 2023]. Disponible sur : <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/accessibilite-potentielle-localisee-apl-aux-chirurgiens-dentistes-liberaux/information/>
40. Estran O. Première rentrée pour la nouvelle fac dentaire sur le campus de Dijon [Internet]. 2022 [consulté le 12 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.francebleu.fr/infos/education/premiere-rentree-pour-la-nouvelle-fac-dentaire-sur-le-campus-de-dijon-1662991706>

41. Flehoc V. Les aides ZFU-TE et ZRR pour les professions libérales [Internet]. 2021 [consulté le 21 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.indy.fr/blog/aide-zfu-zrr-profession-liberale/>
42. FSDL (Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux). Dispositifs d'aides aux chirurgiens-dentistes [Internet]. 2020 [consulté le 3 oct 2021]. Disponible sur : <https://www.fSDL.fr/wp-content/uploads/2020/02/aide-a-l-installation.pdf>
43. GRIS (Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé) Université de Montréal. Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec [Internet]. 2016 [consulté le 4 nov 2021]. Disponible sur : <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/GRIS/2921954958.pdf>
44. HAS (Haute Autorité de Santé). Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? [Internet]. 2015 [consulté le 14 juil 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2033014/fr/comment-elaborer-et-mettre-en-oeuvre-des-protocoles-pluriprofessionnels
45. INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques). Tableaux de l'économie française, Édition 2020. Population par âge [Internet]. 2020 [consulté le 29 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
46. L'Assurance Maladie, Améli.fr. La convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023 [Internet]. 2020 [consulté le 29 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/meuse/chirurgien-dentiste/textes-reference/convention/convention-nationale-2018-2023>
47. L'Assurance Maladie, Améli.fr. Les contrats incitatifs chirurgien-dentiste [Internet]. 2022 [consulté le 21 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/vie-cabinet/contrat-incitatif>
48. L'Information dentaire. Démographie : les chirurgiens-dentistes, une profession qui rajeunit, se féminise et se salarise. Inf dent [Internet]. 2021 [consulté le 26 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/demographie-les-chirurgiens-dentistes-une-profession-qui-rajeunit-se-feminise-et-se-salarise/>
49. L'Information dentaire. Une proposition de loi veut encadrer l'ouverture et le fonctionnement des centres de santé dentaire. Inf dent [Internet]. 2022 [consulté le 13 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/une->

[proposition-de-loi-veut-encadrer-l-ouverture-et-le-fonctionnement-des-centres-de-sante-dentaire/](#)

50. Le Télégramme. La Sécurité sociale va baisser le remboursement des soins dentaires [Internet]. 2023 [consulté le 14 juil 2023]. Disponible sur : <https://www.letelegramme.fr/sante/la-securite-sociale-va-baisser-le-remboursement-des-soins-dentaires-6373650.php>
51. Légifrance. Code de la Santé publique. Article L.6323-3 [Internet]. 2021 [consulté le 6 nov 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477
52. Légifrance. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 40 [Internet]. 2009 [consulté le 6 nov 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879497
53. Médecins solidaires. Une semaine pour soigner nos villages [Internet]. 2022 [consulté le 14 juil 2023]. Disponible sur : <https://medecins-solidaires.fr/>
54. Meuse.fr. E-Meuse Santé , un programme ambitieux pour la Meuse [Internet]. 2021 [consulté le 14 juil 2023]. Disponible sur : <https://www.meuse.fr/le-departement/agit-pour-vous/grands-projets/e-meuse-sante-un-programme-ambitieux-pour-la-meuse>
55. Mil Lieux Architecture. Une architecture inscrite dans son contexte [Internet]. 2022 [consulté le 11 déc 2022]. Disponible sur : <http://www.mil-lieux.fr/philosophie/>
56. Ministère de la santé et de la prévention. CESP - Foire aux questions – odontologie [Internet]. 2022 [consulté le 11 oct 2022]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/la-foire-aux-questions-odontologie?TSPD_101_R0=087dc22938ab20003fee3394b9f98cb507b079f339745ee75310aac3b6d3a21ee8c9454142ba706108b4df715f143000495697c2a447145fd790d3663b90e6e91258c6f6a1191aa8195c831633b937a307f11fcaa9294d2b2b60cbd9e7b43cef
57. Ministère de la santé et de la prévention. L'infirmier en pratique avancée - Améliorer l'accès aux soins en diversifiant l'activité des soignants [Internet]. 2022 [consulté le 14 juil 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

58. Ministère de la santé et de la prévention. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires - La SISA : un statut pour permettre le versement de subventions aux maisons de santé pluriprofessionnelles [Internet]. 2022 [consulté le 14 juil 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa>
59. Ministère de la santé et de la prévention. Le Gouvernement annonce la création de 8 nouveaux sites universitaires de formation en odontologie à partir de 2022 pour augmenter le nombre de professionnels formés et améliorer l'offre de soins [Internet]. 2021 [consulté le 8 sept 2021]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/le-gouvernement-annonce-la-creation-de-8-nouveaux-sites-universitaires-de>
60. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Le principe du CESP [Internet]. 2021 [consulté le 8 sept 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
61. Ministère des solidarités et de la santé, ONDPS, Touzé E. Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives [Internet]. 2021 [consulté le 5 déc 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgien_s-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20004f813a0649ffaabfcdf0740abb247dddedb21f368e3b6906d296ee956853a3150816efb673143000b5b82d70afeec67db502a0421a802e3c11e4d2f5faf942c63f1e2d54cd454f8198e4065eb43b257edd1261bf06b1a800
62. Ministère des solidarités et de la santé. Ségur de la santé : les conclusions : dossier de presse juillet 2020 [Internet]. 2020 [consulté le 4 nov 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf
63. Observatoire des territoires. Classement des communes en zone de revitalisation rurale - ZRR 2018 [Internet]. 2021 [consulté le 6 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie->

[interactive/#bbox=226585,6472131,795424,490493&c=indicator&i=typo_zrr.zrr_si mp&s=2018&view=map36](https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#bbox=226585,6472131,795424,490493&c=indicator&i=typo_zrr.zrr_si mp&s=2018&view=map36)

64. Observatoire des territoires. Nombre de ZFU présentes sur le territoire (ZFU) [Internet]. 2021 [consulté le 6 nov 2022]. Disponible sur : https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicator&i=zfu2.nb_zfu&view=map36
65. ONCD (Ordre National des Chirurgiens-Dentistes). Cartographie publique ONCD [Internet]. 2016 [consulté le 4 nov 2021]. Disponible sur : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>
66. ONCD. Encadrement des centres dentaires : la loi est adoptée ! [Internet]. 2023 [consulté le 14 juil 2023]. Disponible sur : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/encadrement-des-centres-dentaires-la-loi-est-adoptee/>
67. ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé). État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes [Internet]. 2013 [consulté le 3 oct 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf
68. Sénat, Cardoux JN, Daudigny Y. N°686, Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées [Internet]. 2017 [consulté le 8 sept 2021]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6861.pdf>
69. UNECD (Union Nationale des Étudiants en Chirurgie-Dentaire). Enquête « Votre installation, parlons-en ! » Dossier de presse [Internet]. 2020 [consulté le 17 oct 2021]. Disponible sur : https://www.unecd.com/dossier_presse/enquete-votre-installation-parlons-en/
70. URSSAF. Exonérations ou aides à caractère géographique [Internet]. 2022 [consulté le 6 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.urssaf.fr/portail/home/employeur/beneficier-dune-exoneration/exonerations-ou-aides-a-caracter.html>
71. Vassal J-P. Les centres de santé dentaire sans cesse en question.... Inf dent [Internet]. 2019 [consulté le 13 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/les-centres-de-sante-dentaire-sans-cesse-en-question/>

ANNEXES

ANNEXE 1: Questionnaire de l'étude observationnelle nationale menée sous l'égide de la Conférence des doyens en odontologie et développée en partie 2 (source : document personnel)

Questionnaire installation en zone sous dotée à faire passer à tous les étudiants inscrits en 6^e année et aux internes en 2021-2022

Êtes-vous :

- Un homme
- Une femme

Quel âge avez-vous ?

- Entre 20 et 25 ans
- Entre 26 et 30 ans
- Plus de 30 ans

Quels sont les facteurs qui vous ont incité à choisir la filière odontologie en PACES ?

Indiquez pour chacun des critères à quel degré celui-ci vous a conduit à choisir la filière odontologie (par exemple cochez « tout à fait d'accord » si ce critère a fortement influencé votre choix).

	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>D'accord</i>	<i>Ni d'accord, Ni pas d'accord</i>	<i>Pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>
Exercer une profession de santé					
Indépendance professionnelle					
Flexibilité des horaires de travail					
Revenus professionnels					
Statut social (prestige de la profession)					
Sécurité de l'emploi					
Liberté d'installation					
Attrait pour la dentisterie					
Combinaison des compétences pratiques et théoriques					
Expérience personnelle de soins					
Études plus courtes que les études médicales					
Influence du cercle amical ou familial					
Je n'ai pas eu le choix					

Aujourd'hui, êtes-vous satisfait(e) de devenir Chirurgien-Dentiste ?

- Oui
- Plutôt oui
- Non

Dans quelle faculté avez-vous obtenu votre PACES ?

Si vous êtes intéressé(e) par le concours de l'internat, pour quelle spécialité ?

- ODF
- CO
- MBD
- Je ne suis pas intéressé

Vers quelle(s) discipline(s) projetez-vous d'orienter votre activité ?

Veillez sélectionner une ou plusieurs réponses. Pour les DES, cochez les cases correspondantes.

- Je ne prévois pas d'orienter mon activité
- Chirurgie Orale
- Dentisterie Restauratrice
- Endodontie
- Esthétique
- Implantologie
- Occlusodontie
- Odontologie pédiatrique
- Odontologie Spécifique (personnes en situation de handicap)
- Orthopédie dento-faciale / orthodontie
- Parodontologie
- Prothèse amovible
- Prothèse fixée
- Prothèse maxillo-faciale
- Prévention
- Je prévois une activité « hors soins » (industrie, dentiste conseil, organisme de santé publique)

Êtes-vous :

- Célibataire
- En couple

Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

Êtes-vous :

- Propriétaire de votre logement
- Locataire
- Logé(e) à titre gratuit

Vos parents / votre famille sont-ils dans votre région d'études ?

- Oui
- Non

Où avez-vous passé votre jeunesse ?

- Dans une zone urbaine suffisamment dotée en chirurgiens-dentistes
- Dans une zone urbaine sous dotée en chirurgiens-dentistes
- Dans une zone rurale suffisamment dotée en chirurgiens-dentistes
- Dans une zone rurale sous dotée en chirurgiens-dentistes

Quel est votre lieu de stage hospitalier CHU ou antenne (ville) ?

- **Quel est votre lieu de stage actif (ville) ?**
- **Si vous avez réalisé votre stage en zone sous dotée en chirurgiens-dentistes, cela a-t-il influencé votre projet d'installation ?**

Avez-vous bénéficié du CESP ?

- Oui
- Non

Pensez-vous que le CESP soit une mesure incitative intéressante pour l'installation en zone sous dotée ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

- Rémunération insuffisante
- L'engagement est trop long
- Il y a trop d'incertitudes sur les lieux éligibles
- Autre raison :

À terme, vous souhaiteriez vous installer :

- Seul en exercice libéral
- En cabinet dentaire de groupe en cabinet libéral
- En cabinet pluriprofessionnel en exercice libéral
- En exercice salarié dans une structure privée
- En centre de santé
- En exercice salarié dans un hôpital
- J'envisage une carrière HU
- Je ne sais pas

Combien de demi-journées par semaine envisagez-vous de travailler ?

- Entre 10 et 12
- Entre 6 et 9
- Moins de 6

Avez-vous pour projet :

- D'exercer dans ou près de la ville de votre faculté
- D'exercer près de la ville où vous avez grandi
- D'exercer dans une autre ville de la région de votre faculté
- D'exercer dans une autre région

Laquelle ?

Sur quel(s) critère(s) choisiriez-vous le lieu où vous allez exercer ?

	<i>Non</i>	<i>Plutôt Non</i>	<i>Plutôt Oui</i>	<i>Oui</i>
Proximité mer /montagne / qualité de vie				
Services de proximité				
Proposition de reprise d'activité par un confrère / une consoeur				
Equipements culturels et sportifs				
Offre de scolarisation				
Proximité d'un bon réseau de transports				
Proximité familiale				
Proximité du cercle amical				
Attachement au territoire où j'ai grandi				
Attachement à la ville où j'ai fait mes études supérieures				
Offre en chirurgiens-dentistes insuffisante				
Présence sur le territoire d'autres professionnels de santé (spécialistes en Chirurgie orale, ODF, radiologues...)				
Présence sur le territoire d'un service d'odontologie				
Possibilité de créer ou d'intégrer un regroupement de professionnels de santé (mono- ou pluriprofessionnel)				
Coût de la vie				
Coût de l'immobilier				
Les caractéristiques de la patientèle ont leur importance				
Aide à l'installation (fiscale, matérielle, financière)				
Opportunité personnelle				
Opportunité pour mon conjoint				

Avez-vous éventuellement un critère dans le choix de votre lieu d'exercice n'ayant pas été cité dans la liste précédente ?

- Oui
- Non

Lequel ?

Est-ce qu'une installation en zone rurale sous dotée est envisageable pour vous ?

- Oui
- Non

Est-ce qu'une installation en zone urbaine sous dotée est envisageable pour vous ?

- Oui
- Non

Si vous envisagez une installation en zone sous dotée, pour quelle durée ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 15 ans
- Plus de 15 ans

Estimez-vous avoir reçu assez d'informations durant vos études concernant l'installation en zone sous dotée ?

- Oui
- Non

Si vous n'envisagez pas d'exercer en zone sous dotée, qu'elle soit rurale ou urbaine, quelle(s) en est(sont) la(les) raison(s) ?

	<i>Non</i>	<i>Plutôt Non</i>	<i>Plutôt Oui</i>	<i>Oui</i>
Éloignement de vos proches				
Manque d'activités de loisir				
Manque d'activités culturelles				
Sentiment de solitude professionnelle				
Impossibilité d'« adresser » vos patients si vous vous sentez dépassé(e)				
Le frein est financier				

Voyez-vous éventuellement un frein à l'installation en zone sous dotée n'ayant pas été cité dans la liste précédente ?

- Oui
- Non

Si oui, de quoi s'agit-il ?

A votre avis, quelle(s) mesure(s) pourrai(en)t favoriser l'installation des étudiants en odontologie en zones sous dotées ?

Contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones « très sous-dotées » CAICD	
Objet	
Favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes libéraux en zones « très sous-dotées », par le versement d'une aide financière permettant de les accompagner dans la forte période d'investissement liée à un début d'activité.	
Bénéficiaires	
Chirurgien-dentiste libéral conventionné (titulaire) qui s'installe en zone très sous-dotée	Chirurgien-dentiste libéral (titulaire) qui s'est installé dans la zone très sous-dotée depuis moins d'un an à compter de la date d'adhésion au CAICD
Modalités d'adhésion	
Contrat tripartite signé entre le chirurgien-dentiste, la caisse et l'ARS (conforme au contrat type régional arrêté par le DG ARS sur la base du contrat figurant en annexe 7 de la convention nationale)	L'adhésion au contrat est individuelle Un chirurgien-dentiste ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation
Durée	
5 ans – non renouvelable	
Entrée en vigueur	
Adhésion possible à compter de la publication par le DCG ARS du contrat type régional pris sur la base du contrat type national figurant en annexe 7 de la convention nationale	
Engagements du chirurgien-dentiste	
Remplir les conditions lui permettant de percevoir le forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet professionnel prévues à l'article 32 de la convention nationale Exercer son activité à titre principale pendant une durée minimale de 5 ans dans la zone très sous-dotée à compter de la date d'adhésion au contrat	
Lien avec les autres mesures incitatives	
Non cumul possible avec : contrat de maintien (CAMCD)	
Aide versée par l'Assurance Maladie	
Versement d'une aide individuelle de 25 000€ à la signature du contrat (valable pour les 5 ans)	Adaptation régionale du montant de l'aide Possibilité pour l'ARS de majorer les aides dans la double limite de 20% des zones « très sous-dotée » et de 20% du montant des aides (cf. contrat type régional)
Résiliation	
Par le chirurgien-dentiste	Par la CPAM
<ul style="list-style-type: none"> - A tout moment, - Effet : date de réception du courrier LRAR par la CPAM - Récupération des sommes indument versées (au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation) 	<ul style="list-style-type: none"> - Constat non-respect par le chirurgien-dentiste de ses engagements, - Courrier CPAM LRAR informant le chirurgien-dentiste de son intention de résilier le contrat - le chirurgien-dentiste a 1 mois pour communiquer ses observations - À l'issue des 1 mois, possibilité de notification de la fin d'adhésion, - Récupération des sommes indument versées (au prorata)

Contrat d'aide au maintien des chirurgiens-dentistes dans les zones « très sous-dotées » CAMCD	
Objet	
Favoriser le maintien des chirurgiens-dentistes libéraux en zones « très sous-dotées », par le versement d'une aide financière leur permettant de réaliser des investissements et de se former.	
Bénéficiaires	
Chirurgien-dentiste libéral conventionné qui maintient son activité en zone très sous-dotée.	
Modalités d'adhésion	
Contrat tripartite signé entre le chirurgien-dentiste, la caisse et l'ARS (conforme au contrat L'adhésion au contrat est individuelle type régional arrêté par le DG ARS sur la base du contrat figurant en annexe 8 de la convention nationale).	
Durée	
3 ans – renouvelable (tacite reconduction)	
Entrée en vigueur	
Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional pris sur la base du contrat type national figurant en annexe 8 de la convention nationale.	
Engagements du chirurgien-dentiste	
Remplir les conditions lui permettant de percevoir le forfait de modernisation et Exercer son activité pendant une durée minimale de 3 ans dans la zone très sous-dotée à compter de la date d'adhésion au contrat nationale	
Lien avec les autres mesures incitatives	
Non cumul possible avec : contrat d'installation et le contrat incitatif CICD À l'expiration du contrat d'installation et du CAICD, le chirurgien-dentiste peut bénéficier du CAMCD	
Aide versée par l'Assurance Maladie	
Versement d'une aide individuelle de 3 000€/an	ATTENTION
Le montant dû est calculé au terme de chaque année civile.	Le montant de l'aide est proratisé :
Pour la première année, le montant dû est calculé au prorata de la date d'adhésion	- En cas de résiliation du contrat en cours d'année : récupération des sommes indument versées au prorata de la durée restant à courir
	Adaptation régionale
	- Modulation porte sur la condition de participation du professionnel à la permanence des soins dentaires, pour 20% des zones « très sous-dotées »
Résiliation	
Par le chirurgien-dentiste	Par la CPAM
- A tout moment,	- Constat non-respect par le chirurgien-dentiste de ses engagements,
- Effet : date de réception du courrier LRAR par la CPAM	- Courrier CPAM LRAR informant le chirurgien-dentiste de son intention de résilier le contrat
- Récupération des sommes indument versées (au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation)	- le chirurgien-dentiste a 1 mois pour communiquer ses observations
	- À l'issue des 1 mois, possibilité de notification de la fin d'adhésion,
	- Récupération des sommes indument versées (au prorata)

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	4
<i>Table des figures</i>	12
<i>Liste des tableaux</i>	12
ABRÉVIATIONS	13
INTRODUCTION	16
1. LES ZONES SOUS-DOTÉES	18
1.1. Qu'est-ce qu'une zone sous-dotée ?	18
1.1.1. Définition	18
1.1.2. Les inégalités d'accès aux soins en France	19
1.1.3. L'évolution de la population et du rapport offre / demande de soins	22
1.2. Démographie professionnelle des chirurgiens-dentistes aujourd'hui en France : où sont les zones sous-dotées en odontologistes ?	26
1.2.1. Comment cartographier les zones dotées ?	26
1.2.2. Démographie actuelle des chirurgiens-dentistes en France	29
1.2.3. Évolution de la démographie des odontologistes	31
1.2.4. La recomposition de l'offre de soins en question	34
2. L'ENQUÊTE OBSERVATIONNELLE SUR LES PROJETS D'INSTALLATION FUTURE DES JEUNES CHIRURGIENS-DENTISTES	38
2.1. Contexte et présentation globale de l'étude	38
2.1.1. Situation actuelle en Lorraine	39
2.1.2. Situation actuelle en Bourgogne - Franche-Comté	43
2.2. Résultats	47
2.2.1. Recueil des données	47
2.2.2. Résultats formels	48
2.2.3. Discussions et conclusion	55
3. LEVIERS DE DYNAMISATION DE L'ATTRACTIVITÉ PROFESSIONNELLE D'UN TERRITOIRE	60
3.1. Quelles sont les solutions proposées pour pallier le manque d'offre de soins actuellement ?	60
3.1.1. Le maillage territorial des unités de formation	60
3.1.2. Le C.E.S.P.	62
3.1.3. Les aides à l'installation	64
3.1.4. Les exonérations fiscales	65
3.1.5. Les aides décentralisées localisées sur les territoires	68
3.1.6. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (M.S.P.) et Pôles de Santé Pluriprofessionnels (P.S.P.)	69

3.1.7. Les centres de santé dentaire	72
3.1.8. Des propositions pour l'avenir des étudiants...	74
3.2. Exemples et mise en pratique à l'échelle locale ; la Meuse confrontée à la problématique : solutions actuelles et envisagées, retours d'expérience du territoire	77
3.2.1. Démographie synthétique des chirurgiens-dentistes en Meuse	77
3.2.2. Maisons et pôles de santé en Meuse, situation actuelle	78
3.2.3. Perspectives pour le département	79
3.2.4. <i>EXEMPLE N°1</i> : la S.C.M. L. de Bar-le-Duc (préfecture de la Meuse)	80
3.2.5. <i>EXEMPLE N°2</i> : la M.S.P. du Pays de Revigny-sur-Ornain	82
3.2.6. <i>EXEMPLE N°3</i> : projets à Bar-le-Duc	88
CONCLUSION	92
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES « PAPIER »	95
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ÉLECTRONIQUES	97
ANNEXES	103
TABLE DES MATIÈRES	110

Vu la demande du doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine sur le rapport du jury :

Président : J.M. MARTRETTE – Professeur des universités
Membre du jury : C. CLÉMENT – Maître de conférences des universités (Co-directrice de thèse)
Membre du jury : K. YASUKAWA – Maître de conférences des universités (Co-directeur de thèse)
Membre du jury : V. MOBY – Maître de conférences des universités
Membre invité : O. BOUCHY – Professeur associé des universités

la présidente de l'université de Lorraine autorise

Monsieur Simon GIRARDIN

né à SAINT-DIZIER (Haute-Marne) le 29 novembre 1998,

à soutenir et imprimer sa thèse en vue d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire intitulée :

**« INSTALLATION DES JEUNES CHIRURGIENS-DENTISTES EN ZONES SOUS-DOTÉES : ÉTAT
ACTUEL ET RÉSULTATS RÉGIONAUX D'UNE ENQUÊTE OBSERVATIONNELLE
À L'ÉCHELLE NATIONALE.
LES DIFFÉRENTS LEVIERS DE DYNAMISATION DE L'ATTRACTIVITÉ D'UN TERRITOIRE AU TRAVERS
D'EXEMPLES LOCAUX »**

Nancy, le 3 octobre 2023

N° autorisation : 13213 C

La présidente de l'université de Lorraine



H. BOULANGER

GIRARDIN Simon – Installation des jeunes chirurgiens-dentistes en zones sous-dotées : état actuel et résultats régionaux d'une enquête observationnelle à l'échelle nationale Les différents leviers de dynamisation de l'attractivité d'un territoire au travers d'exemples locaux

Nancy 2023 : 113 pages, 15 figures, 3 tableaux

Th. : Chir.-Dent. : Nancy 2023

Mots-clés :

- Démographie,
- Zone médicalement sous-équipée,
- Contrôle et réglementation d'une installation,
- Prestations des soins de santé,
- Disparités d'accès aux soins.

Résumé : La problématique des zones sous-dotées est aujourd'hui incontournable en France et touche également les professionnels de chirurgie-dentaire. Ce travail a donc pour objectif de faire un constat actuel de la démographie professionnelle des odontologistes dans notre pays, et d'essayer d'établir une cartographie d'une future distribution géographique des jeunes chirurgiens-dentistes via une étude observationnelle nationale sous l'égide de la Conférence des Doyens en Odontologie. Chacune des facultés d'odontologie de France réalisant une enquête locale, les résultats de la Lorraine et de la Bourgogne - Franche-Comté seront développés dans ce travail. Il conviendra, pour finir, de présenter différents moyens existants pour favoriser l'installation des jeunes professionnels sur un territoire sous-doté. Des exemples locaux les illustreront et les développeront en insistant sur les points de réussite, à nuancer parfois par les difficultés rencontrées.

Jury :

Président : Pr Jean-Marc MARTRETTE

Membres : Dr Vanessa MOBY
Pr Olivier BOUCHY

Co-directeurs de thèse : Dr Céline CLÉMENT
Dr Kazutoyo YASUKAWA

Adresse de l'auteur :

Simon GIRARDIN

6, rue André Maginot

55800 REVIGNY-sur-ORNAIN (Meuse, 55)