



HAL
open science

Motivations, freins et limites à l'installation des jeunes chirurgiens-dentistes en zones sous-dotées : résultats locaux (Aix-Marseille) d'une enquête multicentrique

Maxime Iannotta

► To cite this version:

Maxime Iannotta. Motivations, freins et limites à l'installation des jeunes chirurgiens-dentistes en zones sous-dotées : résultats locaux (Aix-Marseille) d'une enquête multicentrique. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04520668

HAL Id: dumas-04520668

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04520668>

Submitted on 25 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MOTIVATIONS, FREINS ET LIMITES À
L'INSTALLATION DES JEUNES CHIRURGIENS-
DENTISTES EN ZONES SOUS-DOTÉES : RÉSULTATS
LOCAUX (AIX-MARSEILLE) D'UNE ENQUÊTE
MULTICENTRIQUE

Année 2024

Thèse n° 42 57 24 07

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice
Le 16 février 2024

Par

Monsieur IANNOTTA Maxime

Né(e) le 15/04/1996

Pour obtenir le grade de :

**DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE
(Diplôme d'État)**

Examineurs :

Madame le Professeur BERTRAND Marie-France
Madame le Professeur LUPI Laurence
Madame le Docteur PETTITI Marine
Madame le Docteur BORSA Leslie
Madame le Professeur TARDIVO Delphine

Président du jury
Directeur de thèse
Assesseur
Assesseur
Membre invité

CORPS ENSEIGNANT

MAJ : 01/11/23

56ème section : DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Professeur des Universités

Mme CHARAVET Carole

Mme JOSEPH Clara

Maître de Conférences des Universités

Mme AIEM TORT-ALVAREZ Elody

Mme MASUCCI Caterina

Maître de Conférences des Universités Associé

Mme OUEISS Arlette

Chefs de Clinique Assistants

M. ECALLE Corentin

Mme LAMBERTS Johanna

Attachés

M. CAMIA Julien

Mme DEVILLE Clara

M. OROSCO Philippe

Sous-section 02 : PREVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités

Mme LUPI Laurence

Maître de Conférences des Universités

Mme BORSA Leslie

Mme MERIGO Elisabetta

Chefs de Clinique Assistants

Mme PETTITI Marine

Attachés

M. BARBRY Ludovic

M. GLACHANT Didier

M. TOLILA Gérard

57ème section : CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

Sous-section 01 : CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

Professeur des Universités

Mme DRIDI Sophie Myriam

Mme PRECHEUR-SABLAYROLLES Isabelle

Mme VINCENT-BUGNAS Séverine

Maître de Conférences des Universités

M. COCHAIS Patrice

Mme RAYBAUD Hélène

Mme VOHA Christine

Chefs de Clinique Assistants

M. AMELINE Clément

M. BONNICI Quentin

Mme DEMES Estelle

M. GAUDARD Mathias

Mme GUILLOU Estelle

Attachés

M. GEMMI Thomas

M. GUIGON Michael

M. NACACHE Stéphane

58ème section : REHABILITATION ORALE

Sous-section 01 : DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeur des Universités

Mme BERTRAND Marie-France

Mme BRULAT-BOUCHARD Nathalie

Mme EHRMANN Elodie

Mme LASSAUZAY Claire

Professeur des Universités Associé

M. DOUGHAN Bassel

Professeur des Universités Emérite

M. ROCCA Jean-Paul

Maître de Conférences des Universités

M. CEINOS Romain

M. LAPLANCHE Olivier

M. LEFORESTIER Eric

M. MAILLE Gérald

Mme POUYSSEGUR-ROUGIER Valérie

Chefs de Clinique Assistants

Mme BERNABEU Marie

Mme BONNES Anaïs

M. CEPPON Franck

Mme CHAMBON Pauline

Mme DUBOIS Margaux

M. GIRODENGOU Alexandre

Mme TEISSEIRE Lise

Attachés

M. ATTAL Bruno

M. PICOT Robin

M. PONCHET Yves

M. WAREMBOURG Philippe

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Marie-France BERTRAND,

Docteur en Chirurgie dentaire de l'université de Nice Sophia Antipolis

Professeur des Universités, Praticien hospitalier

Je vous remercie chaleureusement de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Votre pédagogie, votre patience et votre liberté font de vous une personne à part au sein de la faculté d'Odontologie avec qui, le dialogue a toujours été enrichissant. Je vous témoigne ma plus grande gratitude et mon plus grand respect.

A Madame le Professeur Laurence LUPI,

Docteur en Chirurgie dentaire de l'université de Nice Sophia Antipolis

Doyenne de la faculté d'Odontologie de Nice, Professeur des Universités, Praticien hospitalier

Vous avoir en directrice de thèse était probablement la meilleure décision possible. Vous avez su me guider au travers de mes études comme tant d'étudiants avant moi et je vous en serai à jamais reconnaissant. Vous avez créé un environnement sain et à l'écoute dans lequel évoluer vers son futur métier était un véritable bonheur. Cette thèse fût un plaisir à rédiger sous votre supervision et j'espère avoir répondu à vos attentes aussi bien que vous avez répondu aux miennes au fil des années. Je vous témoigne mon plus profond respect.

A Madame le Docteur PETTITI Marine,

Docteur en Chirurgie dentaire de l'université de Nice Sophia Antipolis

Je vous remercie pour votre implication pendant ma formation initiale et je vous suis d'autant plus reconnaissant d'avoir accepté de siéger en tant que jury de cette thèse. Je vous témoigne ma plus grande estime.

A Madame le Docteur BORSA Leslie,

Docteur en Chirurgie dentaire de l'université de Nice Sophia Antipolis

Membre titulaire du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes des Alpes-Maritimes

Je vous remercie d'accepter d'évaluer mon travail. C'est un honneur d'avoir un membre du conseil de l'ordre dans mon jury de thèse tant ce sujet est d'actualité. Je vous témoigne tout mon respect.

A Madame le Professeur TARDIVO Delphine,

Docteur en Chirurgie dentaire de l'université d'Aix-Marseille

Professeur des Universités, Praticien hospitalier

Je vous remercie d'avoir trouvé le temps de siéger en tant que jury invité de cette thèse. Bien que nous n'ayons pas eu beaucoup de temps pour échanger sur le sujet, j'espère que vous apprécierez le retour de vos étudiants sur la question des zones sous-dotées. Je vous témoigne ma plus grande gratitude

**MOTIVATIONS, FREINS ET LIMITES À
L'INSTALLATION DES JEUNES CHIRURGIENS-
DENTISTES EN ZONES SOUS-DOTÉES : RÉSULTATS
LOCAUX (AIX-MARSEILLE) D'UNE ENQUÊTE
MULTICENTRIQUE**

Année 2024

Thèse n° 42 57 23 48

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice
Le 16 février 2024

Par

Monsieur IANNOTTA Maxime

Né(e) le 15/04/1996
Pour obtenir le grade de :

**DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE
(Diplôme d'État)**

Examineurs :

Madame le Professeur BERTRAND Marie-France
Madame le Professeur LUPI Laurence
Madame le Docteur PETTITI Marine
Madame le Docteur BORSA Leslie
Madame le Professeur TARDIVO Delphine

Président du jury
Directeur de thèse
Assesseur
Assesseur
Membre invité

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
1 CONTEXTE GENERAL	10
1.1 DEFINITIONS	10
1.1.1 <i>Zone sous-dotée</i>	10
1.1.2 <i>Désert médical</i>	10
1.2 ÉTAT DES LIEUX	10
1.2.1 <i>Rapport démographique des chirurgiens-dentistes en activité</i>	10
1.2.2 <i>Consommation et offre de soins sur le territoire</i>	13
1.3 PERSPECTIVES	14
2 ZONAGE	17
2.1 DEFINITIONS	17
2.2 CARTOGRAPHIE	18
2.2.1 <i>A l'échelle nationale</i>	18
2.2.2 <i>La région Provence-Alpes Côte d'Azur et ses départements</i>	19
2.2.3 <i>A l'échelle départementale</i>	20
2.2.3.1 <i>Les Alpes Maritimes (06)</i>	20
2.2.3.2 <i>Le Var (83)</i>	21
2.2.3.3 <i>Les Bouches-du-Rhône (13)</i>	22
2.2.3.4 <i>Le Vaucluse (84)</i>	24
2.2.3.5 <i>Les Alpes-de-Haute-Provence (04)</i>	25
2.2.3.6 <i>Les Hautes-Alpes (05)</i>	26
3 MESURES INCITATIVES EN VIGUEUR	28
3.1 VISANT LES ETUDIANTS EN FORMATION	28
3.1.1 <i>Contrat d'engagement de service public (CESP)</i>	28
3.2 AIDES FINANCEES PAR L'ÉTAT	30
3.2.1 <i>Aides dans les zones d'aide à finalité régionale (AFR)</i>	30
3.2.2 <i>Aides dans les zones franches urbaines-territoires entrepreneur (ZFU-TE)</i>	32
3.2.3 <i>Aides des zones de revitalisation rurales (ZRR)</i>	34
3.3 FINANCEES PAR LA SECURITE SOCIALE	35
3.3.1 <i>Contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes (CAICD)</i>	35
3.3.2 <i>Contrat d'aide au maintien des chirurgiens-dentistes (CAMCD)</i>	36
3.4 FINANCEES PAR LES COLLECTIVITES TERRITORIALES	37
3.5 LA MISE EN PLACE D'ANTENNES ODONTOLOGIQUES	38
4 ENQUETE	39

4.1	MATERIEL ET METHODE.....	39
4.1.1	<i>Objectifs</i>	39
4.1.2	<i>Type d'étude.....</i>	39
4.1.3	<i>Population d'étude</i>	39
4.1.4	<i>Outil de recueil de données</i>	40
4.1.5	<i>Analyse statistique</i>	40
4.2	RESULTATS	40
4.2.1	<i>Caractéristiques socio-économiques de la population étudiée</i>	40
4.2.2	<i>Facteurs décisionnels d'orientation en Odontologie</i>	41
4.2.3	<i>Le choix des spécialités.....</i>	42
4.2.4	<i>L'orientation de l'activité.....</i>	42
4.2.5	<i>Type d'exercice de la profession.....</i>	43
4.2.6	<i>Durée de travail hebdomadaire</i>	43
4.2.7	<i>Zone d'exercice.....</i>	43
4.2.8	<i>Critères de choix du lieu d'exercice.....</i>	45
4.2.9	<i>Comparatif des différents types de zones d'exercice.....</i>	46
4.2.10	<i>Durée d'exercice en zones sous-dotées</i>	46
4.2.11	<i>Motifs d'éloignement des zones sous-dotées.....</i>	47
4.2.12	<i>Influence des mesures mises en place pour limiter la désertification.....</i>	47
4.2.13	<i>Les propositions des étudiants interrogés.....</i>	49
5	DISCUSSION	50
5.1	INTERPRETATION DES RESULTATS	50
5.1.1	<i>L'orientation en Odontologie</i>	50
5.1.2	<i>Comprendre les attentes des chirurgiens-dentistes vis-à-vis de leur exercice.....</i>	50
5.1.3	<i>Comprendre les attentes des chirurgiens-dentistes vis-à-vis de leur territoire d'exercice.....</i>	52
5.2	REVISION DU ZONAGE.....	53
5.3	RENOUVELLEMENT ET AMELIORATION DES AIDES A L'INSTALLATION	55
5.3.1	<i>CAICD2023.....</i>	55
5.3.2	<i>CAMCD2023</i>	55
5.4	UNE ANALYSE NATIONALE POUR NUANCER L'APPROCHE DES ZONES SOUS-DOTEES	56
	CONCLUSION.....	57
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	58
	LISTE DES TABLEAUX	63
	LISTE DES FIGURES.....	63
	ANNEXES 1 : QUESTIONNAIRE UTILISE	64

Abréviation

AFR : Aide à Finalité Régionale
ALD : Affection Longue Durée
APL : Accessibilité Potentielle Localisée
ARS : Agence Régionale de Santé
C2S/CSS : Complémentaire de Santé Solidaire
CAICD : Contrat d'Aide à l'Installation des Chirugiens-Dentistes
CAMCD : Contrat d'Aide au Maintien des Chirugiens-Dentistes
CDOCD : Conseil Départemental de l'Ordre des Chirugiens-Dentistes
CESP : Contrat d'Engagement au Service Public
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CFE : Cotisation Foncière des Entreprises
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNG : Centre National de Gestion
CNOCD : Conseil National de l'Ordre des Chirugiens-Dentistes
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CROCD : Conseil Régional de l'Ordre des Chirugiens-Dentistes
CSCT : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique
CVAE : Cotisation sur la Valeur Ajoutée des Entreprises
DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personne Âgées Dépendantes
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire
IR : Impôt sur le Revenu
IS : Impôt sur les Sociétés
LAS : Licence option Accès Santé
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MMOPK : Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie, Kinésithérapie
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ORL : Oto-Rhino-Laryngologue
OTSS : Organisation et Transformation du Système de Santé
PACES : Première Année Commune des Études de Santé
PASS : Parcours d'Accès Spécifique Santé
QPV : Quartier Prioritaire Ville
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SIG : Système d'Information Géographique
SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
TVS : Territoire de Vie Santé
UFR : Unité de Formation et de Recherche
ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire
ZAC : Zone d'Aménagement Concerté
ZFU-TE : Zone Franche-Urbaine-Territoire-Entrepreneur
ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

Introduction

Depuis de nombreuses années, la notion de désertification médicale est au cœur des débats politiques tant il concerne à la fois le domaine médical et paramédical. Ainsi, le questionnement initial visant à trouver des solutions afin d'améliorer l'homogénéité d'installation des médecins a progressivement englobé l'ensemble des professions du milieu médical sans que l'Odontologie ne soit épargnée par les inégalités démographiques [1]

En effet, le rapport de l'ONDPS de 2021 montre qu'au 1^{er} janvier 2021, 42 031 chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans sont dénombrés dans les bases du RPPS soit une croissance moins rapide des effectifs (4%) comparativement à celle de la population française (> 10%) faisant de la France un des seuls pays d'Europe où la densité en chirurgiens-dentistes par habitant tend à stagner, voire diminuer [1]. Le rapport de la DREES de 2022 dénombre 44 200 chirurgiens-dentistes en activité, sans détailler l'âge et le type d'exercice de ces derniers [2]

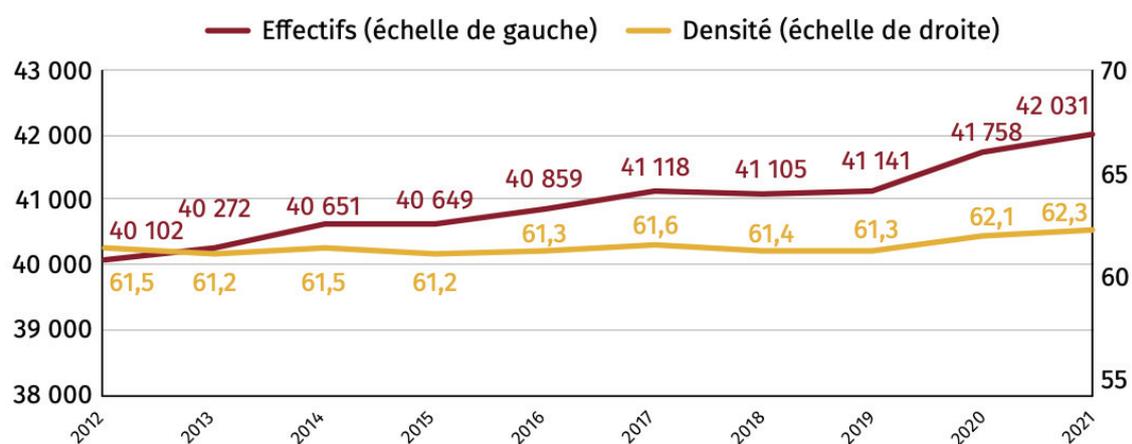


Figure 1 : Effectifs et densité en chirurgiens-dentistes - Évolution 2012-2021

De plus, au-delà de la faiblesse intrinsèque de la densité nationale en chirurgiens-dentistes, la répartition des praticiens est très inégale entre les départements et, par extension, au niveau des régions, mettant ainsi en évidence un écart de consommation en termes de soins dentaires, entre les zones fortement dotées en chirurgiens-dentistes et celles sous-dotées. Quasiment la moitié (42%) des chirurgiens-dentistes est installée dans seulement trois régions (Ile-de-France, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur) [1]

L'objectif de cette thèse est de fournir un aperçu des facteurs influençant l'installation des jeunes chirurgiens-dentistes. Il sera ainsi déterminé pour quelles raisons ces derniers décident de s'installer dans des zones considérées comme suffisamment, voire sur-dotées alors que l'offre de soins est plus pertinente à quelques kilomètres de leur ville de formation. Pour aborder cette question, il est, dans un premier temps, important de faire le bilan des mesures entreprises ces dernières années afin de pallier le problème des déserts médicaux. Nous pourrons ensuite constater les bénéfices tirés de ces mesures, en analyser les échecs et proposer de nouvelles solutions en fonction des réponses fournies par la communauté étudiante sondée. Cette multicentrique concerne donc plusieurs facultés d'Odontologie présentes sur le territoire (n'ont pas pu être comptabilisées les nouveaux lieux de formation qui ne possèdent pas encore d'étudiants en 6^{ème} année)

Il a été choisi ici d'analyser les réponses des étudiants de 6^{ème} année (promotion 2021-2022) de la faculté de Aix-Marseille.

1 Contexte général

1.1 Définitions

1.1.1 Zone sous-dotée

Les zones sous-dotées ou sous-denses correspondent à des territoires dans lesquels l'accès aux soins est rendu difficile par le manque d'infrastructures ou le manque de professionnels de santé. [3] Ces territoires peuvent se retrouver en milieu urbain, périurbain ou rural. Afin de dynamiser ces espaces, des dispositifs sont mis en place au niveau local et national. Nous utilisons différents indicateurs pour définir ces zones.

Depuis 2022, on distingue pour les médecins deux catégories de zones sous-dotées [3] :

→ Les zones d'action complémentaires (ZAC) où l'offre de soins est réduite et considérées comme fragiles

→ Les zones d'intervention prioritaires (ZIP) encore plus fragiles que les ZAC

Concernant les chirurgiens-dentistes, le zonage n'a pas encore été actualisé et reste sur les standards de l'arrêté de 2013 décrit ultérieurement [1]

1.1.2 Désert médical

Un désert médical désigne une zone géographique dans laquelle il est très difficile, voire impossible, de se faire soigner par un professionnel de santé en raison de l'absence de soignants de proximité. Cette situation traduit une inégalité territoriale dans l'accès aux soins et peut s'avérer dangereuse pour la santé des populations locales. [4]

Cette notion est à la fois spatiale, car elle mesure la densité de soignants sur le plan géographique (nombre de soignants par km² ou par nombre d'habitants), et temporelle puisqu'elle prend en compte les notions telles que le temps d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous, la réduction du temps de consultation, la surcharge des services d'urgences et des permanences de soins hebdomadaires sur leurs horaires d'ouvertures.[4]

Un désert médical est rarement sous-doté en une seule catégorie de soignants, ce qui entraîne un isolement professionnel pour les praticiens déjà installés ainsi qu'une demande pluridisciplinaire de la part des patients pour laquelle, les professionnels de santé sont démunis

1.2 État des lieux

1.2.1 Rapport démographique des chirurgiens-dentistes en activité

La thématique des zones sous-dotées est attentivement étudiée par différents organismes gouvernementaux afin de clarifier, chiffrer et comprendre les tenants et aboutissants de l'installation disparate des jeunes chirurgiens-dentistes sur le territoire français. Le dernier rapport datant de novembre 2021 est le résultat de la coordination multidisciplinaire à la demande du ministère de la Santé entre les institutions de santé (ARS, CNAM), les doyens des facultés, des

étudiants en formation ainsi que les conseils de l'Ordre (CNOCD, CRO et CDO) et les syndicats de la profession. [1] [2]

Dans un premier temps, il est rapporté que le nombre de chirurgiens-dentistes actifs stagne. 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 la période de 1971 à 1995[1]. Ces modifications seraient compatibles avec la réduction drastique du numérus clausus dans les années 1980-1990 et ce jusqu'à 2003, année pour laquelle l'ensemble des numérus clausus ont été progressivement augmentés en réponse au manque croissant de soignants. Néanmoins, cette augmentation est bien moindre pour les chirurgiens-dentistes que pour les autres professions. En Pharmacie, le numérus clausus a augmenté de 17 %, en Médecine de 31 % et en Maïeutique de 48 %[1], alors qu'il a diminué de 10% en Chirurgie Dentaire, comparativement à l'année 1980. De plus le numérus clausus devenu apertus depuis 2021[5] ne corrige pas les besoins des zones sous-dotées en chirurgiens-dentistes et ne répond pas à une logique démographique globale. Ainsi, la répartition initiale des futurs chirurgiens-dentistes est d'emblée problématique, avant même que l'on ait à étudier leur installation à la fin de leurs études.

Effectif	2013			2021		
	Nationalité française**	Nationalité étrangère	Total	Nationalité française	Nationalité étrangère	Total
Ensemble	841	261	1 102	1 354	311	1 665
Diplôme français	813	21	834	986	18	1 004
Diplôme étranger	28	240	268	368	293	661
dont Diplôme hors EEE*	13	92	105	4	5	9
dont Diplôme EEE*	15	148	163	364	288	652
Structure (à l'arrondi près)						
Ensemble	76 %	24 %	100 %	81 %	19 %	100 %
Diplôme français	74 %	2 %	76 %	59 %	1 %	60 %
Diplôme étranger	3 %	22 %	24 %	22 %	18 %	40 %
dont diplôme hors EEE*	1 %	8 %	10 %	0 %	0 %	1 %
dont diplôme EEE*	1 %	13 %	15 %	22 %	17 %	39 %

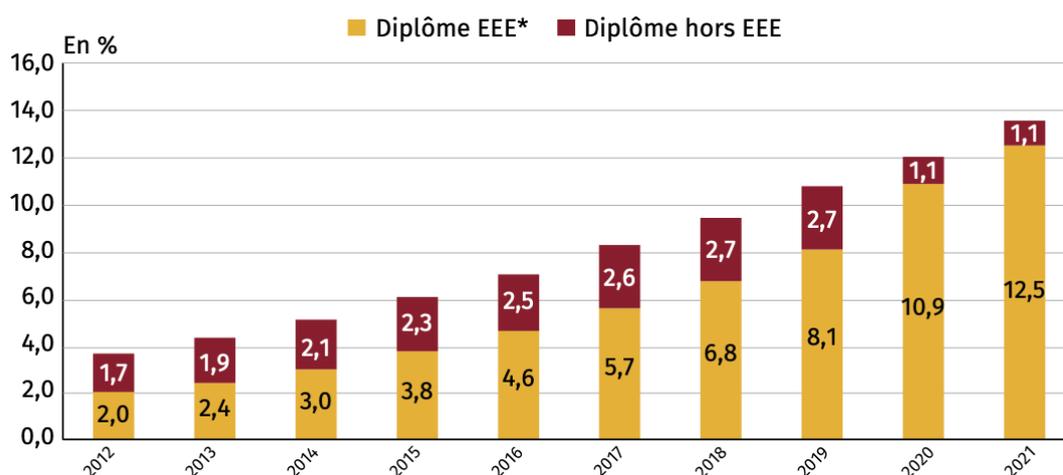
*EEE: Regroupement des pays de l'Espace économique européen élargie (30 pays) + Suisse et Andorre.

** Nationalité au moment de l'inscription à l'Ordre.

Champ: Chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en France au 1^{er} janvier et inscrits depuis moins de 1 an à l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (première inscription).

Sources: RPPS 2013-2021 – Traitement ONDPS.

Tableau 1 : Effectif de chirurgiens-dentistes inscrits à l'Ordre dans l'année - Évolution 2013-2021



*EEE : Regroupement des pays de l'EEE élargie (30 pays) + Royaume-Uni (à partir de 2020), Suisse et Andorre.

Lecture : Au 1^{er} janvier 2021, près de 12,5 % des chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en France ont déclaré avoir acquis leur diplôme au sein d'un pays faisant partie de l'EEE.

Champ : Chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité au 1^{er} janvier.

Sources : RPPS 2012-2021 - Traitement ONDPS.

Figure 2 : Part des chirurgiens-dentistes non diplômés en France - Évolution 2012-2021

En parallèle de la réduction des effectifs et de l'augmentation de la demande liées entre autres au vieillissement de la population et à une augmentation démographique plus importante du nombre de patients que de chirurgiens-dentistes (10% pour 4% sur 20 ans) [1], le flux de professionnels diplômés des autres pays européens a, lui, explosé en 20 ans. Ces flux ont été particulièrement croissants (5 % en 1999 ; 40 % en 2021) [1] avec une majorité de chirurgiens-dentistes de nationalité française. Ainsi, au 1^{er} janvier 2021, 60 % des primo-inscrits ont été formés en France, 39 % dans un pays européen et 1 % hors Union européenne. [1] Cette évolution est la raison principale de la stabilisation du nombre de praticiens comparativement aux prospectives des études précédentes. Néanmoins, des questions se posent concernant la nature et la qualité de la formation de ces étudiants dans les pays de l'union européenne. Environ 10% des étudiants obtiendraient leur diplôme sans avoir réalisé d'acte sur un patient ! [46]

N'étant soumis à aucune obligation d'équivalence nationale depuis la mise en place des directives de 1989 et 1992, les ressortissants de l'union européenne souhaitant exercer en France débuteraient donc leurs premiers soins en situation réelle d'exercice, sans entrainement « supervisé » sur des patients, comme c'est le cas pour les étudiants français, dans le cadre de leur formation hospitalo-universitaire.

Il apparaît que le contrôle des compétences est beaucoup plus rigoureux pour les diplômés hors-UE que pour ceux diplômés au sein de l'union européenne, pour lesquels la réponse ministérielle est évasive alors que d'autres pays sont très rigoureux sur cette question à l'égard des diplômés français notamment aux Etats-Unis et au Canada [6]. De plus, cette situation ne répond pas aux préconisations de la HAS concernant les études d'Odontologie, pour lesquelles les actes doivent, dans un premier temps, avoir été réalisés dans un contexte encadré et « jamais la première fois sur un patient » [41]

	Pourcentage de personnes ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année
Danemark	85 %
Pays-Bas	80 %
Suède	72 %
Allemagne	71 %
Angleterre	71 %
France	43 %

Source: Council of European Chief Dental Officers, CECDO data sheet 2014.

Tableau 2 : Taux de recours annuel au chirurgien-dentiste selon le pays

La démographie française en chirurgiens-dentistes est plus faible que la moyenne européenne qui est de 78 pour 100000 habitants en 2018[1][2]. De plus, les autres pays observent une augmentation là où la France décroît, au fil des années. La consommation en soins dentaires est donc affectée avec seulement 41% en France pour 71% en Allemagne et au Royaume-Uni [1] qui présentent les systèmes de protection sociale les plus similaires au modèle français. A noter qu'en France, le motif principal de consultation est l'urgence (31%) contrairement à d'autres pays où la prévention est mieux développée.

1.2.2 Consommation et offre de soins sur le territoire

La renonciation aux soins est aussi beaucoup plus présente en France que dans les autres pays européens. Les soins dentaires représentent le premier poste de renonciation notamment pour les soins prothétiques concernés par les réformes amorcées dès 2018. La renonciation est d'autant plus importante que le niveau socio-économique du patient est fragile. En 2014, 17 % de la population âgée de 18 à 64 ans déclarait avoir renoncé à se faire soigner, pour des raisons financières.[1] Parallèlement au facteur économique, certaines tranches de populations à besoins spécifiques se trouvent démunies face à une offre de soins d'autant plus difficile à obtenir. Les patients présentant des handicaps ou en perte d'autonomie représentent 10 à 15% de la population et sont les plus concernés par les difficultés d'accès aux soins. [1] [7] 96 % des enfants et adolescents en situation de handicap auraient un état de santé bucco-dentaire susceptible d'altérer leur santé générale, et 18 % nécessiteraient au moins un soin dentaire ou un examen en urgence [1]. Une différence socio-économique remarquable est mise en avant par le dernier rapport de la DREES témoignant d'un taux plus élevé de dents non cariées chez les enfants de cadres que chez ceux issus de classes socio-économiques plus modestes [2]

Des disparités croissantes sont aussi observées à l'échelle départementale réduisant ainsi l'homogénéité de l'offre de soins dentaires sur l'ensemble du territoire. L'ONDPS constatait en 2006 un écart de 1 à 4 ; porté à 1 à 5 en 2021. [1] L'évolution des disparités est moindre à l'échelle des régions ce qui témoigne en somme de la présence de déserts médicaux de différentes natures sur l'ensemble du territoire qu'ils soient urbains ou ruraux. Ces disparités déjà visibles à l'échelle départementale sont exacerbées à l'échelle communale.[1] [8] Cette dernière montre une installation quasi-exclusive dans les agglomérations et leurs ceintures urbaines, les zones frontalières ainsi que dans les zones où les revenus par ménage sont les plus élevés. [1]

De plus, il est rapporté que les territoires les moins dotés en chirurgiens-dentistes sont aussi ceux ne présentant pas de structure de formation c'est-à-dire une UFR et un service d'Odontologie au sein d'un CHU. [1] Les territoires sans UFR représentent 30 % de la population française mais seulement 22 % des effectifs de chirurgiens-dentistes. Leur densité moyenne de 47 pour 100 000 habitants est très inférieure à celle des territoires bénéficiant de la présence d'une UFR (69 pour 100 000 habitants) [1]

En effet, sur 44 universités proposant la PACES en 2020 seules 16 offraient la possibilité aux étudiants de rester dans la ville dans laquelle leurs études avaient débuté. Ainsi, l'étude des « taux de retour » des étudiants des villes sans UFR d'Odontologie (Poitiers, Angers, Antilles-Guyane, Tours, Amiens, Saint-Etienne et Caen) montre un taux de fuite beaucoup plus élevé que pour les villes où la formation complète est assurée sur place, soit entre 20 et 40%. [1] Ainsi, l'augmentation du numérus clausus ne serait pas effective pour ces villes, étant donné qu'une fraction importante des étudiants n'y reviennent pas à la fin de leurs études et restent dans les alentours de la ville ou ces derniers ont été diplômés. Reste à déterminer les facteurs annexes à la présence d'une UFR pouvant participer à ces mauvais résultats pour les territoires concernés.

1.3 Perspectives

Bien que l'état des lieux ne soit pas très optimiste il est important de réfléchir à demain et de trouver des solutions pour pallier les problématiques du présent, tout en préparant l'avenir.

L'évolution technique et technologique dans tous les domaines de la société et notamment dans les pays comme la France, permet une augmentation de l'espérance de vie. En vingt ans, l'espérance de vie des femmes a progressé de 2,9 ans en France et celle des hommes de 4,7 ans. [1] Néanmoins, l'espérance de vie en bonne santé, elle, évolue plus lentement. Ainsi la demande en soins bucco-dentaires sera plus importante dans les années à venir et les conséquences seront dramatiques si la démographie professionnelle continue à stagner. Bien que la demande de soins soit plus faible au sein des populations âgées (tableau), les résultats des campagnes préventives sur les jeunes populations laissent à penser que ces dernières devraient conserver un état bucco-dentaire stable plus longtemps et donc être plus demandeuses en soins que la génération actuelle au même âge. Il est donc essentiel de se préparer à suivre plus de patients, et plus longtemps.

	20-44 ans	45-64 ans	65-84 ans	85 ans et plus	Total
France entière	41,4 %	47 %	43,3 %	26,2 %	43,1 %

Note : Données 2014 en date de soins, taux bruts.

Champ : France entière, régime général y compris sections locales mutualistes, population âgée de 20 ans et plus.

Source : SNIIRAM (CNAMTS) - Exploitation DREES.

Tableau 3 : Proportion de patient ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année par tranche d'âge dans le cadre d'une consultation ou d'une urgence

La prise en charge dès le plus jeune âge a permis la mise en évidence de nouvelles pathologies dont le diagnostic et les soins sont aujourd'hui documentés et nécessitent une certaine régularité en termes de suivi. Les protocoles nécessitent parfois plusieurs séances à des dates précises qui sont aujourd'hui difficilement conciliables avec la demande de soins dans les zones sous-denses en chirurgiens-dentistes. Afin de palier un système à deux vitesses dès l'enfance il faut que l'ensemble du territoire puisse à l'avenir, rendre compatibles ces prérequis scientifiquement prouvés, avec leur planification professionnelle. L'exemple le plus probant est la quasi-systématisation du diagnostic de MIH (en moyenne 15 à 16% des enfants) [1] [9] nécessitant une éducation à l'hygiène bucco-dentaire et plusieurs séances de soins préventifs et curatifs.

La prévention bucco-dentaire est au cœur des projets de santé en Odontologie depuis 2006 et constitue un franc succès qui assure la pérennité de la relation patient-praticien dès 3 ans, et réduit le renoncement aux soins chez les jeunes adultes. [19] La quasi-totalité des pathologies dentaires pourraient être évitées par une prévention efficace [1] ainsi, il est essentiel d'axer la planification territoriale sur le besoin préventif grandissant en uniformisant la répartition des praticiens sur le territoire.

La refonte de la convention entre les chirurgiens-dentistes et la Sécurité Sociale (2018-2023) censée pallier le renoncement aux soins prothétiques, a entraîné un certain retour de la population générale dans les cabinets dentaires. [1] [11] Néanmoins, sans modification profonde du maillage sanitaire, l'afflux de patients ne peut pas être géré dans les zones sous-dotées déjà en difficulté avant cette nouvelle convention. C'est tout l'enjeu des nouvelles discussions de 2023 autour de la convention 2023-2028 avec, entre autres, la redéfinition éventuelle du maillage sanitaire qui pour le moment n'a pas été documentée [10]

L'on constate que les remboursements des soins se positionnent sur la mise en valeur des soins préventifs sans qu'aucune mesure incitative de remaniement démographique n'ait été réellement envisagée en parallèle. De plus la mise en place de différents paniers de soins aux remboursements disparates met en péril certains ménages de zones désertées pour lesquelles l'option la moins coûteuse n'est pas disponible, ou non-adaptée à l'état de santé général du patient.

En parallèle des paniers prothétiques, cette refonte devait faciliter l'accès aux soins pour les patients à besoins spécifiques (handicap, perte d'autonomie, EHPAD ...) en assurant une revalorisation des actes ainsi qu'un forfait à la séance en supplément des soins réalisés afin de motiver les chirurgiens-dentistes à soigner cette catégorie de patients sans perte économique pour le cabinet et ainsi répartir cette prise en charge entre l'exercice libéral et les structures hospitalières. [11] Néanmoins, comme pour le reste de cette convention, ces mesures ont un effet disparate en fonction de la zone géographique où elle est appliquée.

Face au défi démographique des territoires ne présentant pas de lieu de formation de proximité résultant ainsi d'un taux de retour très faible post-études dans ces régions, le gouvernement d'Emmanuel Macron a annoncé fin 2021 la création de 8 facultés d'Odontologie. [12] De cette promesse électorale ont émergé à la rentrée 2022 seulement 5 des 8 lieux de formation initialement prévus. Les villes suivantes sont concernées : Caen, Rouen, Tour, Dijon, Besançon. [13]

En parallèle de l'ouverture de ces nouveaux lieux de formation, une réforme du 1^{er} cycle d'étude (ex-PACES) a été engagée à la rentrée 2020 afin de diversifier les profils des étudiants et de favoriser leur réussite

Cette réforme se résume ainsi :

→ Suppression de la PACES et mise en place des filières PASS (majeure santé) et LAS (filiale externe au domaine médical avec une « mineure » santé) avec quota équivalent d'admis en deuxième année

→ La sélection pour la deuxième année intègre un oral (pour ceux qui ne sont pas « grands admis ») et peut s'étaler sur 3 années. Elle prend en compte l'ensemble de l'année universitaire (matière principale + mineures) et plus seulement deux concours semestriels.

→ Suppression du numerus clausus et mise en place du numerus apertus (nombre maximum d'étudiants pouvant être admis au sein de la structure d'enseignement).

→ Possibilité de se réorienter dans la mineure choisie, en cas d'échec d'admission en MMOPK (Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie, Kinésithérapie)

2 Zonage

2.1 Définitions

Le zonage est la méthode utilisée par les agences régionales de santé (ARS) pour objectiver, à l'échelle des régions le caractère doté ou non du territoire français. Il est défini par rapport à la densité des praticiens du secteur pondérée en fonction de l'offre de soins et du recours aux soins dentaires. **[14]**

A partir de cette mesure, les régions sont classifiées en 5 volets de densités progressives :

- Zone très sous dotée
- Zone sous dotée
- Zone intermédiaire
- Zone très dotée
- Zone surdotée

Cette méthodologie fait suite à l'arrêté de 2013 et fait partie des projets de réactualisation du gouvernement. En effet, là où le zonage des médecins a, lui, été révisé en 2022, celui des chirurgiens-dentistes est resté le même depuis 2013. Il tend à être obsolète et reste difficile à actualiser en temps réel. Ce zonage est au cœur des discussions de la nouvelle convention des chirurgiens-dentistes de 2023-2028 **[10]**

Comme détaillé précédemment, les disparités régionales sont moins exacerbées qu'à l'échelle départementale et communale ainsi la cartographie régionale est insuffisante et peu informative sur la situation réelle de l'offre de soins en Chirurgie Dentaire

Depuis 2014, la plateforme C@rtoSanté offre une multitude de cartes interactives permettant d'analyser la dotation en professionnels de santé à toutes les échelles (nationale, régionale, départementale et communale). Elle est un outil essentiellement utilisé par les soignants mais disponible pour le public et son usage est relativement simple.

Néanmoins, l'échelle communale présente certaines lacunes qui représentent des biais importants, une fois ramenée aux échelles supérieures.

2.2 Cartographie

2.2.1 A l'échelle nationale

Zonage dentistes - Source : CNAMTS - ARS

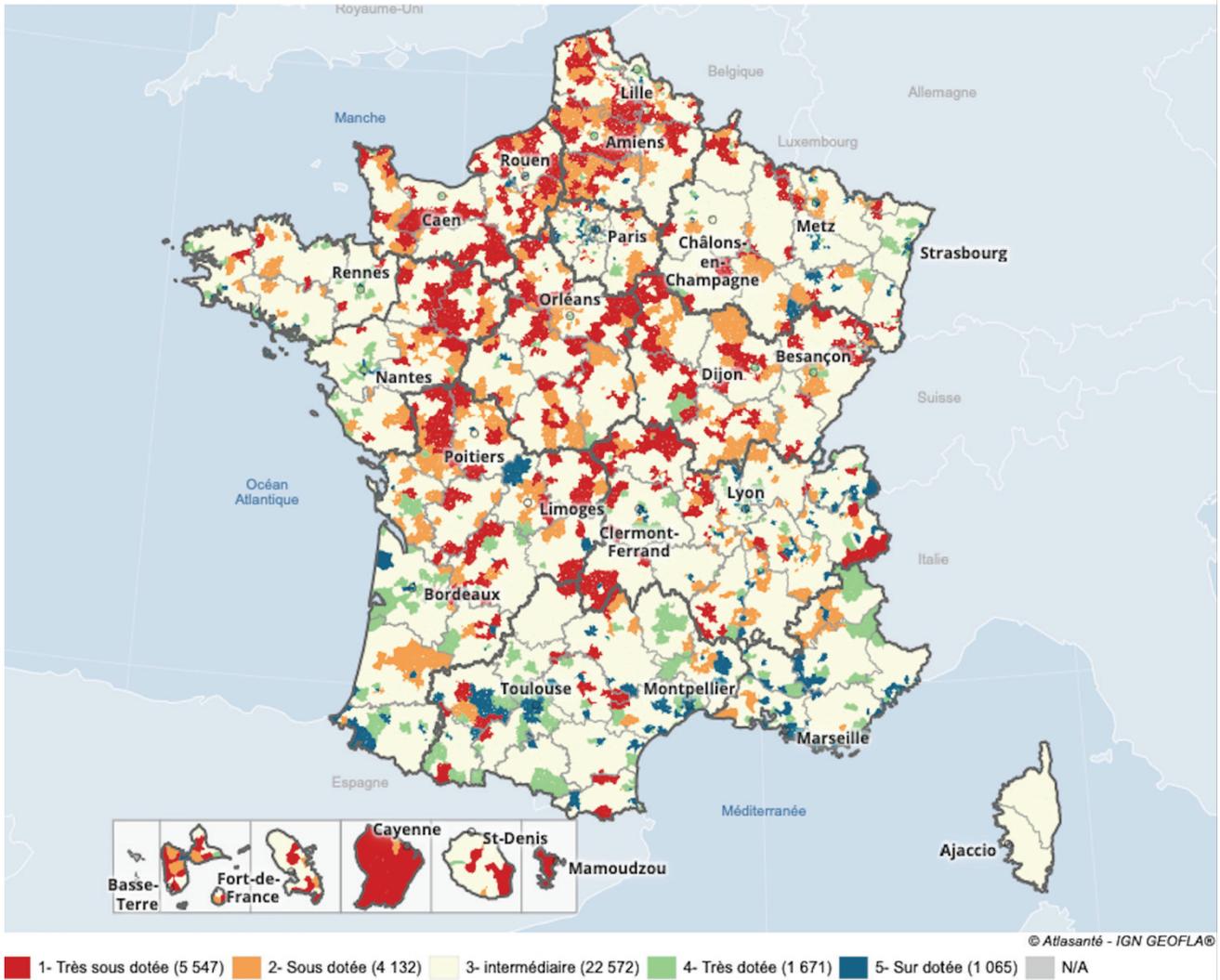


Figure 3 : Zonage des chirurgiens-dentistes à l'échelle nationale

La cartographie à l'échelle nationale montre une grande disparité entre les communes en termes de dotation en chirurgiens-dentistes. Contrairement à l'idée générale qui rapprocherait le zonage à la diagonale du vide, cette dernière ne couvre qu'une partie, et pas la plus importante, des territoires sous dotés et très sous dotés en chirurgiens-dentistes. En effet, le fait qu'il existe différents types de déserts médicaux (ruraux, urbain, ultra-marins) ne permet pas d'assurer de généralisation vis-à-vis d'autres cartographies plus connues.

Dans cette thèse nous nous intéresserons plus précisément aux territoires de la région Provence Alpes Côte d'Azur dont la fracture en termes de répartition des chirurgiens-dentistes, est très visible.

2.2.2 La région Provence-Alpes Côte d'Azur et ses départements

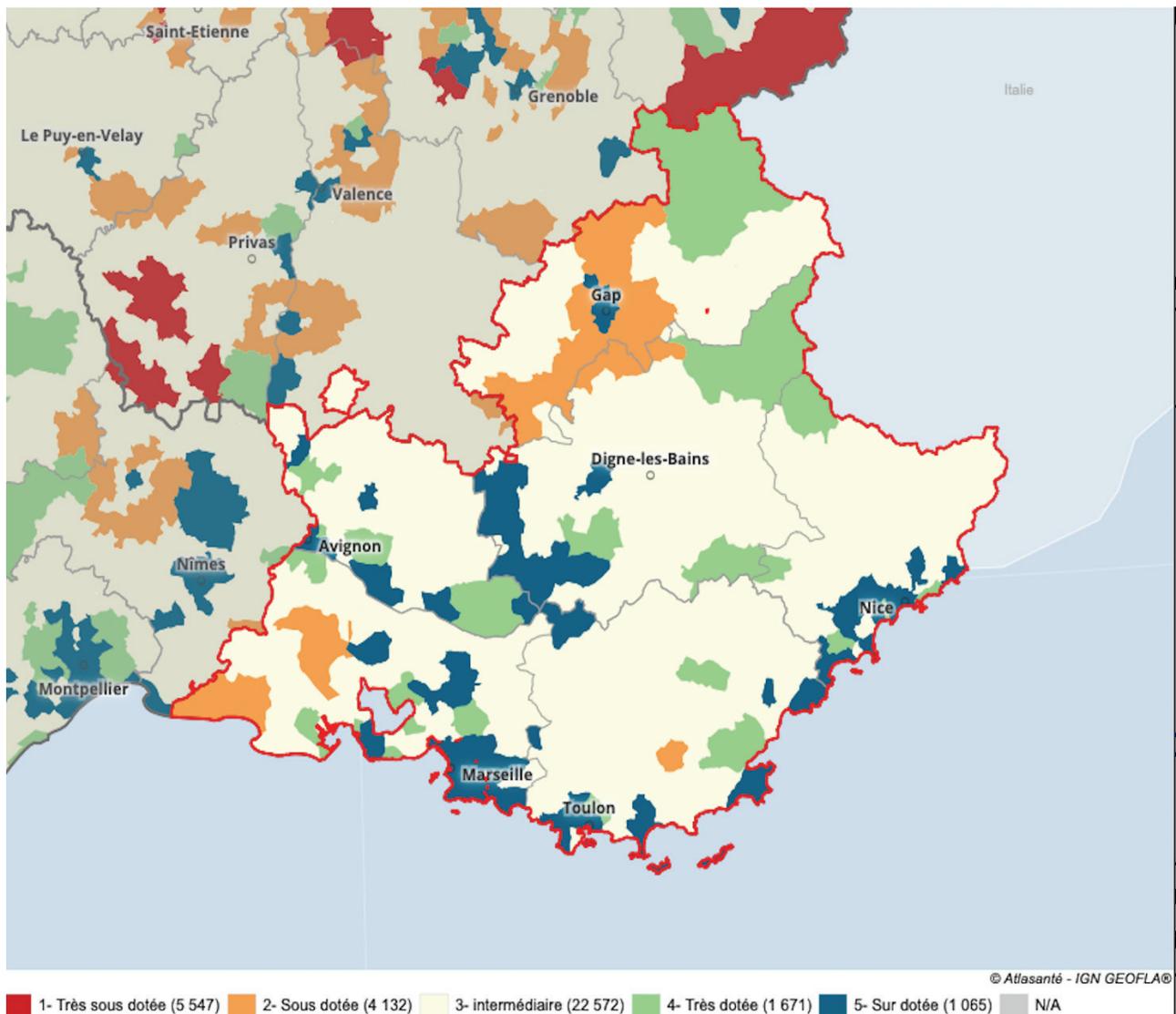


Figure 4 : Zonage des chirurgiens-dentistes sur la région Provence- Alpes Côte d'Azur

Des disparités importantes sont visibles entre le littoral régional majoritairement sur-doté en chirurgiens-dentistes, le centre de la région majoritairement doté de manière intermédiaire et le nord et l'ouest présentant des communes sous-dotées. Néanmoins l'on constate que certaines zones rurales ou de montagnes présentent une densité en chirurgiens-dentistes assez importante, ce qui peut avoir tendance à complexifier les problématiques de chaque département vis-à-vis de la désertification médicale. Il est donc important de comprendre que le niveau socio-économique, le rayonnement d'un territoire, son accessibilité, son rapport au chef-lieu du département, son histoire, sa géographie sont qu'une partie des facteurs qui vont influencer l'installation des chirurgiens-dentistes et vont donc impacter le zonage de la région. Ce n'est qu'en appréhendant les facteurs qui influencent le plus la décision d'installation des jeunes chirurgiens-dentistes que la fracture démographique sera réduite.

2.2.3 A l'échelle départementale

2.2.3.1 Les Alpes Maritimes (06)

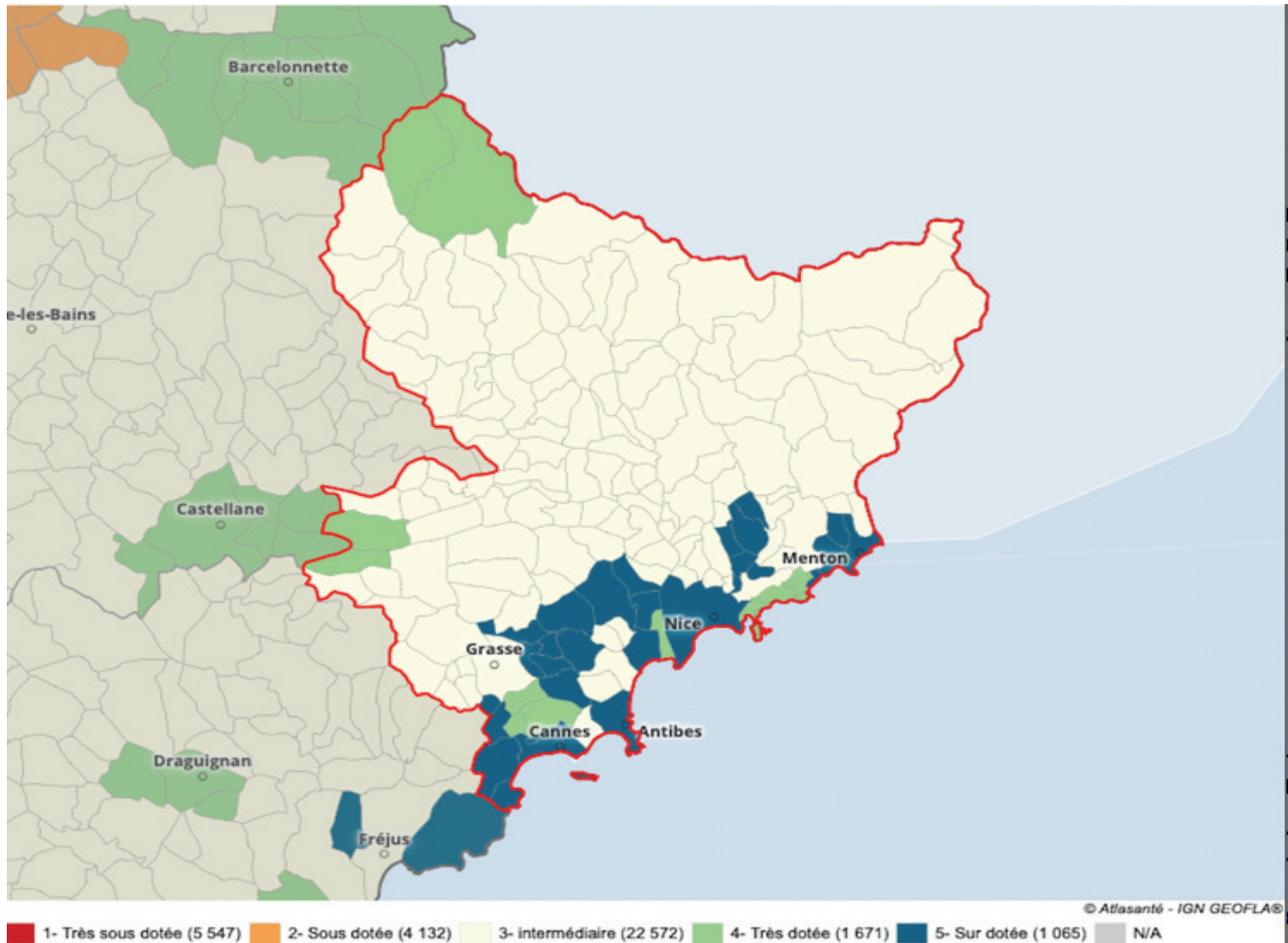


Figure 5 : Zonage des chirurgiens-dentistes dans les Alpes-Maritimes

Le département présente une dotation importante en chirurgiens-dentistes, liée à la présence d'une UFR à Nice et de la réputation de cette dernière pour sa qualité de vie et son rapport côtier avec la mer Méditerranée. Ainsi, aucune commune du département n'est considérée comme sous-dotée même dans l'arrière-pays niçois, plus rural que le bord de mer. La ville de Nice a déjà fait l'objet d'une thèse similaire, intégrée dans l'étude multicentrique dont cette thèse fait l'objet.

On note néanmoins une fracture entre le littoral du département, majoritairement sur-doté, et les zones péri-urbaines du nord et de l'ouest du département, dont la densité en chirurgiens-dentistes est intermédiaire. En effet, la région étant encadrée entre la mer Méditerranée d'une part et les Alpes d'autre part, sur une superficie relativement réduite, l'on retrouve des disparités communales rapidement marquées.

2.2.3.2 Le Var (83)

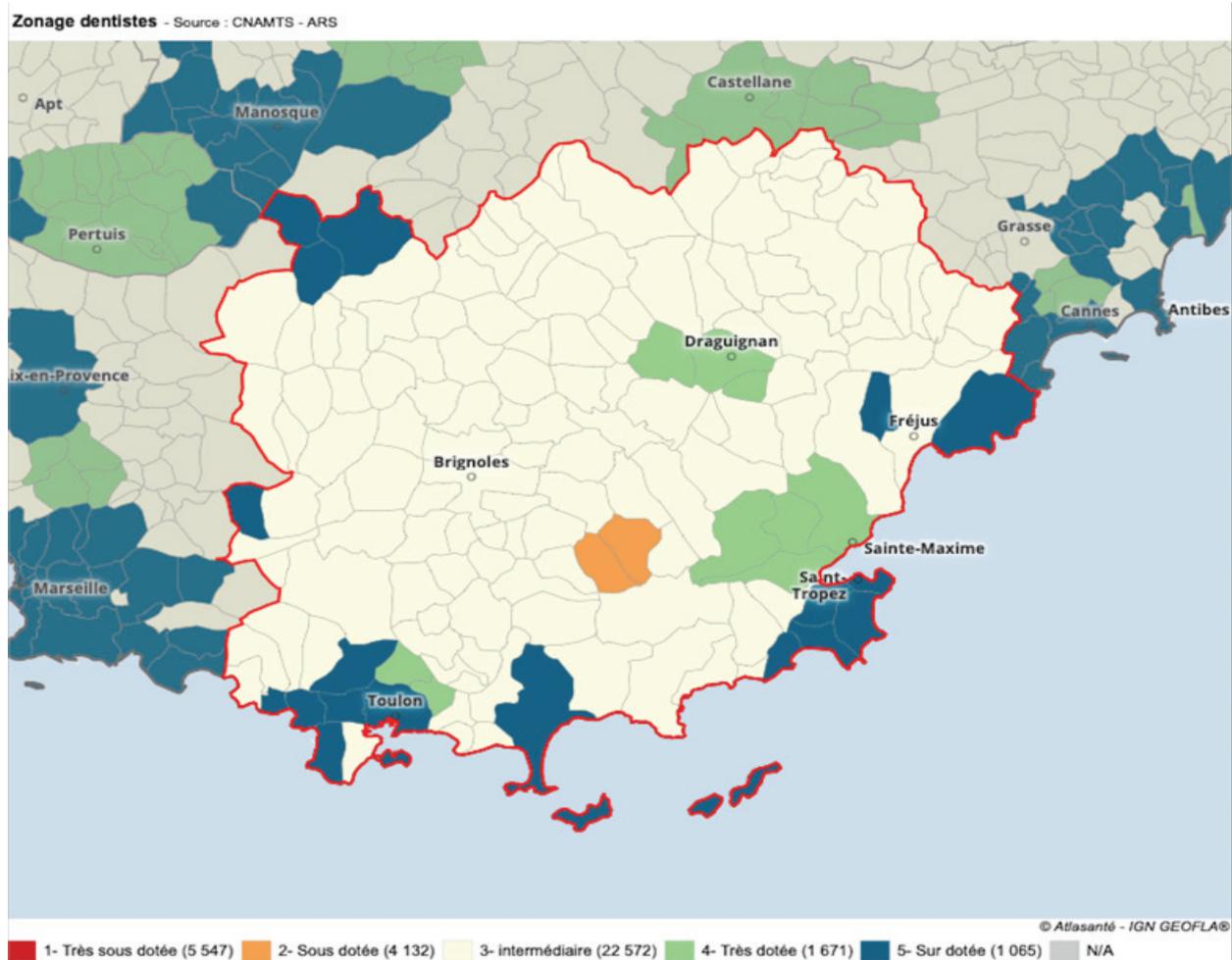


Figure 6 : Zonage des chirurgiens-dentistes dans le Var

Comme pour les Alpes Maritimes on observe une forte densité en bord de mer qui s'atténue au fur et à mesure que l'on s'enfonce au sein du territoire. Seules deux communes (Gonfaron et Pignans) sont considérées à ce jour comme sous-dotées et la sur-dotation des zones relatives au chef-lieu du département (Toulon) et aux villes historiques (Ste Maxime et St Tropez) rend l'accès aux soins possible à une distance relativement courte de ces communes.

2.2.3.3 Les Bouches-du-Rhône (13)

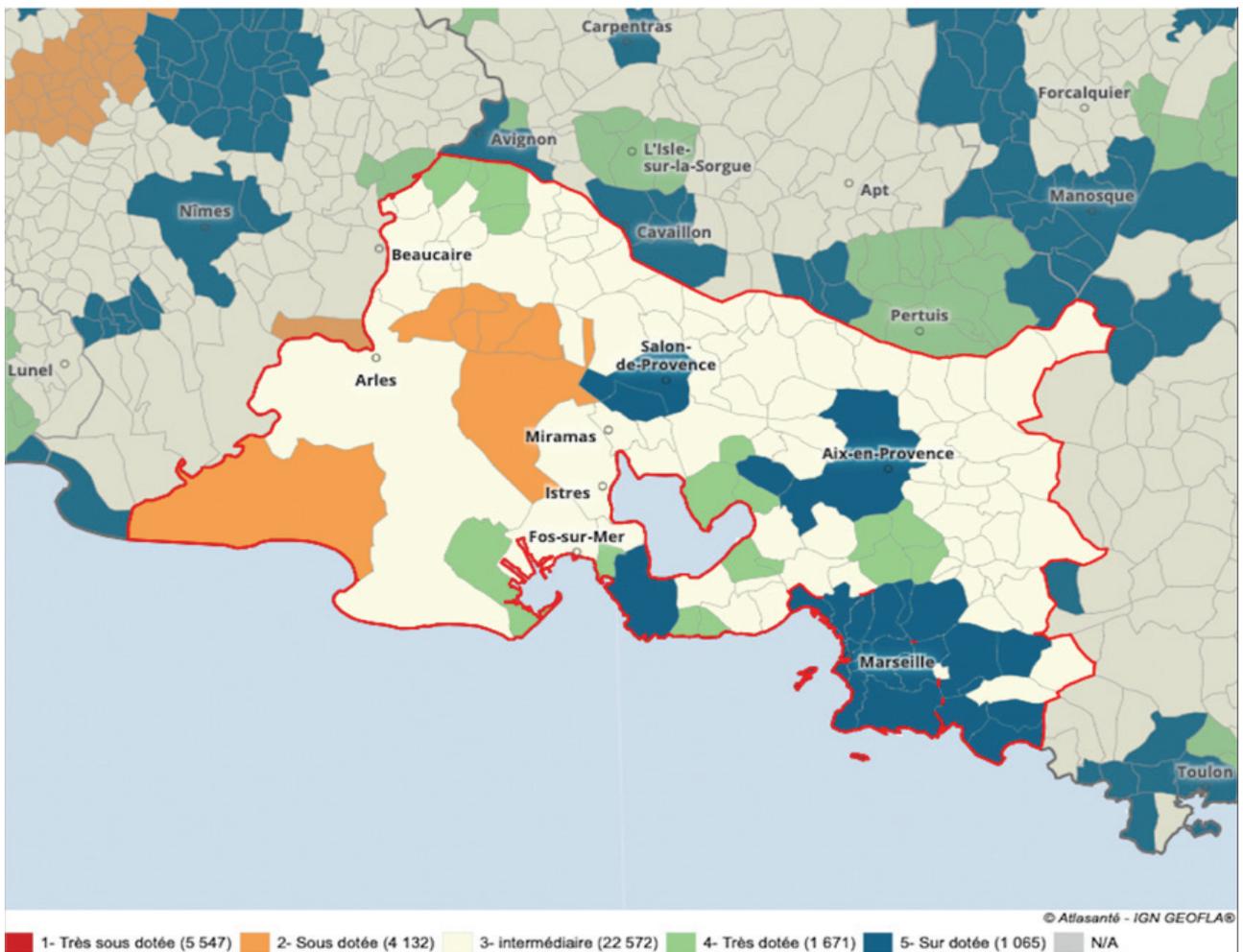


Figure 7 : Zonage des chirurgiens-dentistes dans les Bouches-du- Rhône

Le chef-lieu du département (Marseille) présentant l'UFR sujet du questionnaire de la thèse, assure une sur-dotation en chirurgiens-dentistes de l'ensemble des arrondissements de la ville. Sans surprise, le bord de mer est, lui aussi, très fortement doté, à l'exception d'une commune de Camargue, Les Saintes Maries de la Mer. Les zones sous dotées du département se trouvent dans sa partie Ouest, à distance de la capitale de la région.

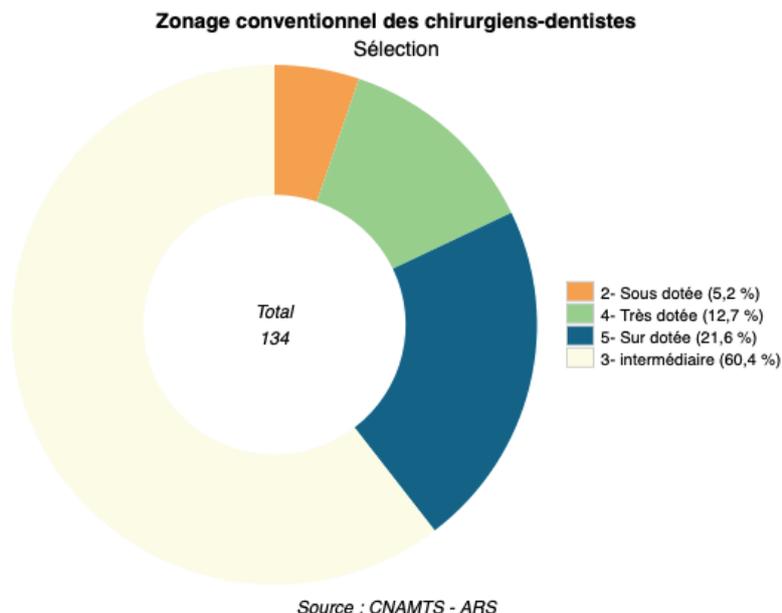


Figure 8 : Graphique circulaire du zonage en chirurgiens-dentistes dans les Bouches-du-Rhône exprimé en pourcentages

Il est intéressant de constater que les communes sous-dotées (Saint-Martin-de Crau, Mouries, Maussane-les-Alpilles, Paradou, Les-Baux-de-Provence et Fontvieille) sont voisines de communes surdotées (Salon-de-Provence et Grans) du département, montrant bien que les raisons amenant une commune à être sur ou sous-dotée sont multiples et que le caractère urbain ou rural d'un territoire n'est pas suffisant pour attirer ou rebuter les chirurgiens-dentistes dans leur installation.

Cette analyse est confortée par la sur-dotation de la partie la plus excentrée du département, représentée par les communes de Chateaufort, Barbentane, Rognonas et Eyragues.

2.2.3.4 Le Vaucluse (84)

Zonage dentistes - Source : CNAMTS - ARS

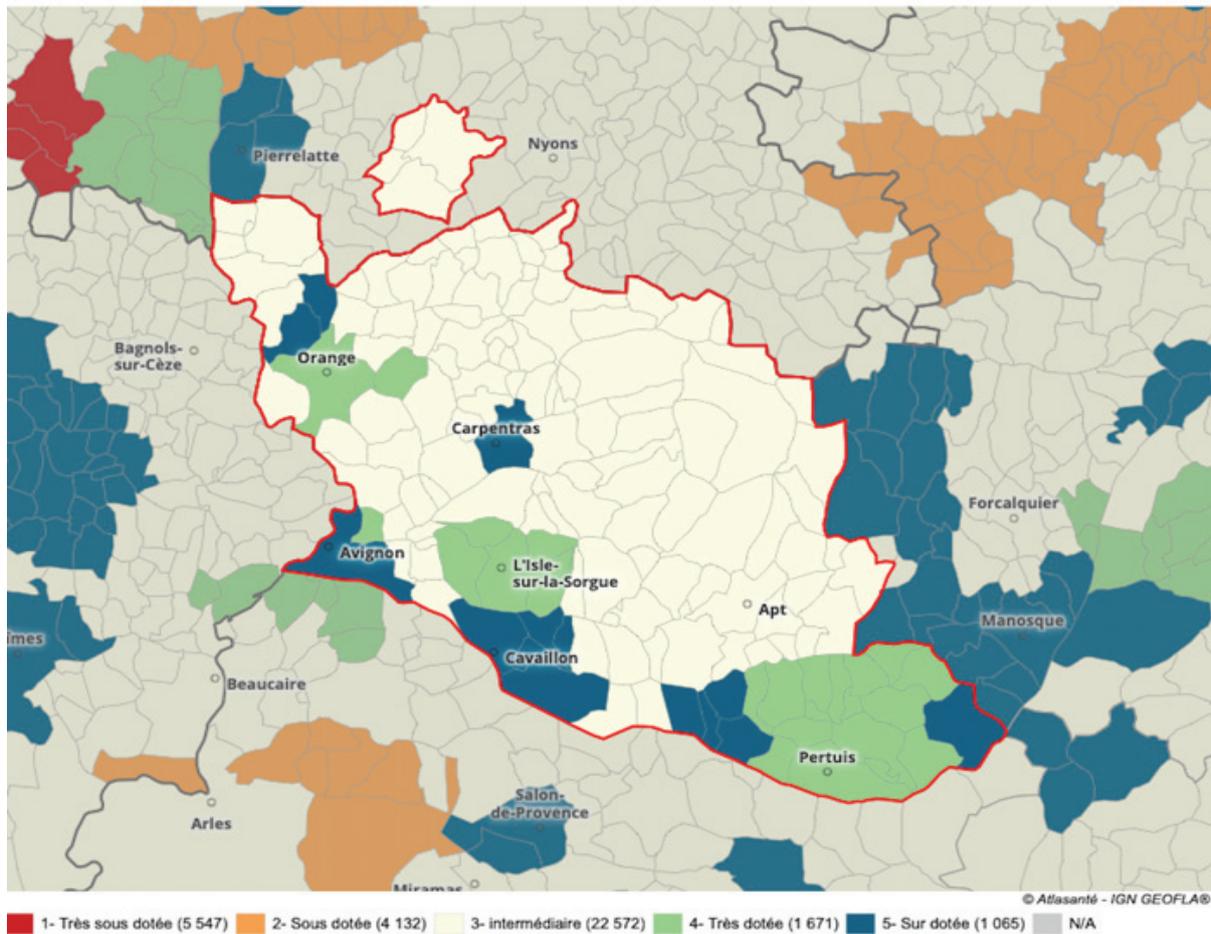


Figure 9 : Zonage des chirurgiens-dentistes dans le Vaucluse

Ce département non côtier de la région reste malgré tout relativement dense en chirurgiens-dentistes. En effet, ce dernier présente de grandes villes telles qu'Avignon, ainsi que des villes sujettes à un patrimoine historique important (Orange, Pertuis) renforçant l'attrait pour ce territoire. Ainsi, aucune commune du Vaucluse n'est aujourd'hui considérée comme sous-dotée, bien qu'une disparité entre dotation intermédiaire et sur-dotation soit visible entre les parties sud-ouest et nord-est du département

2.2.3.5 Les Alpes-de-Haute-Provence (04)

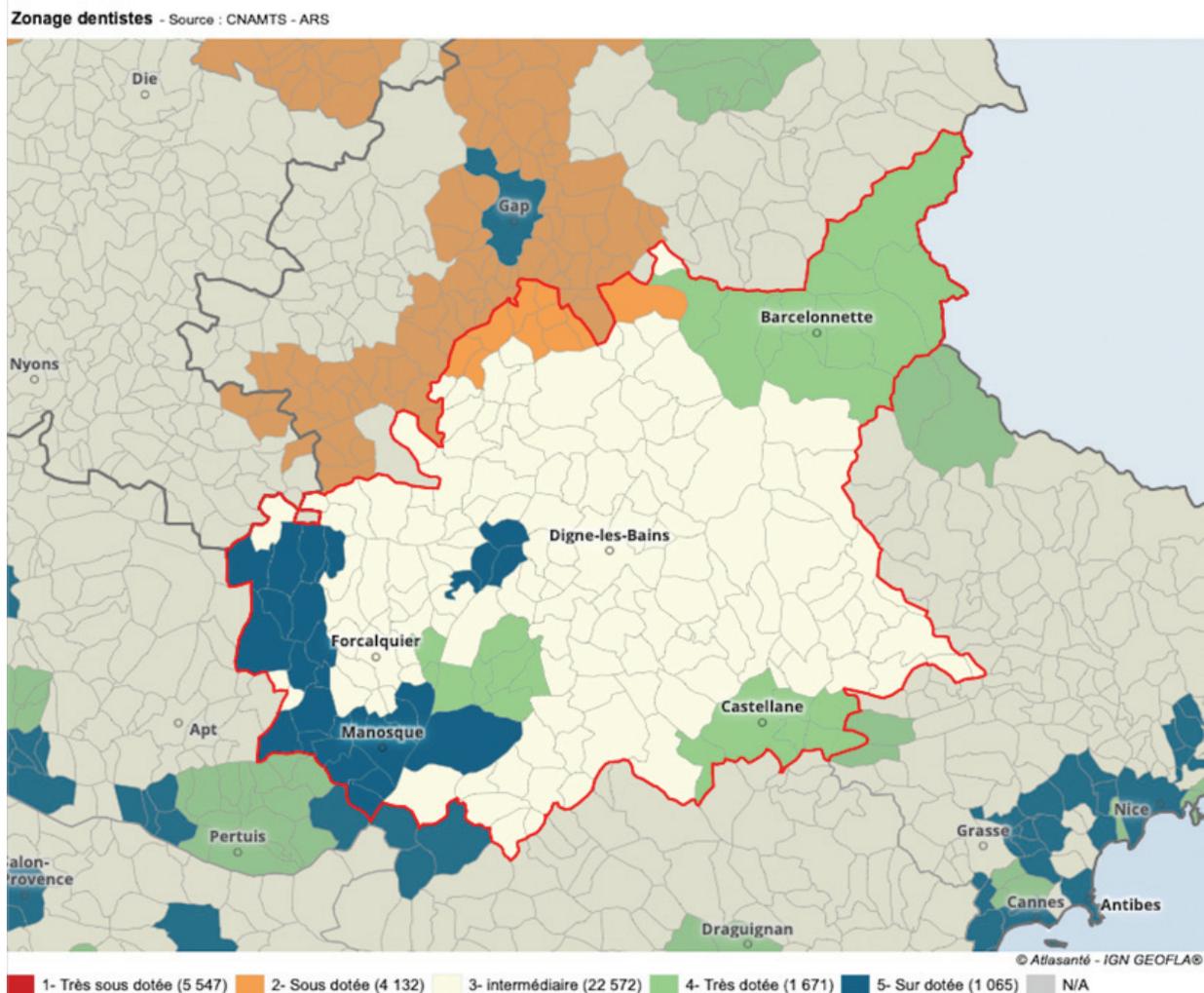


Figure 10 : Zonage des chirurgiens-dentistes dans les Alpes-de-Haute-Provence

Ce territoire engage la fracture régionale dans sa partie nord, où, sont concentrées les communes sous-dotées, tout en présentant des zones très dotées, sur-dotées et intermédiaires dans ses frontières avec le Vaucluse et les Alpes-Maritimes. Trois villes se démarquent par leur forte dotation en chirurgiens-dentistes : Manosque, Castellane et Barcelonnette, montrant, encore une fois, que la géographie n'est pas seule responsable de la désertification médicale. En effet, là où Manosque se rapproche plus d'une zone semi-urbaine dans l'arrière-pays de chef-lieu régional, Barcelonnette se rapproche plus d'une ville de montagne, semblable aux villes des Hautes Alpes étudiées ci-après.

2.2.3.6 Les Hautes-Alpes (05)

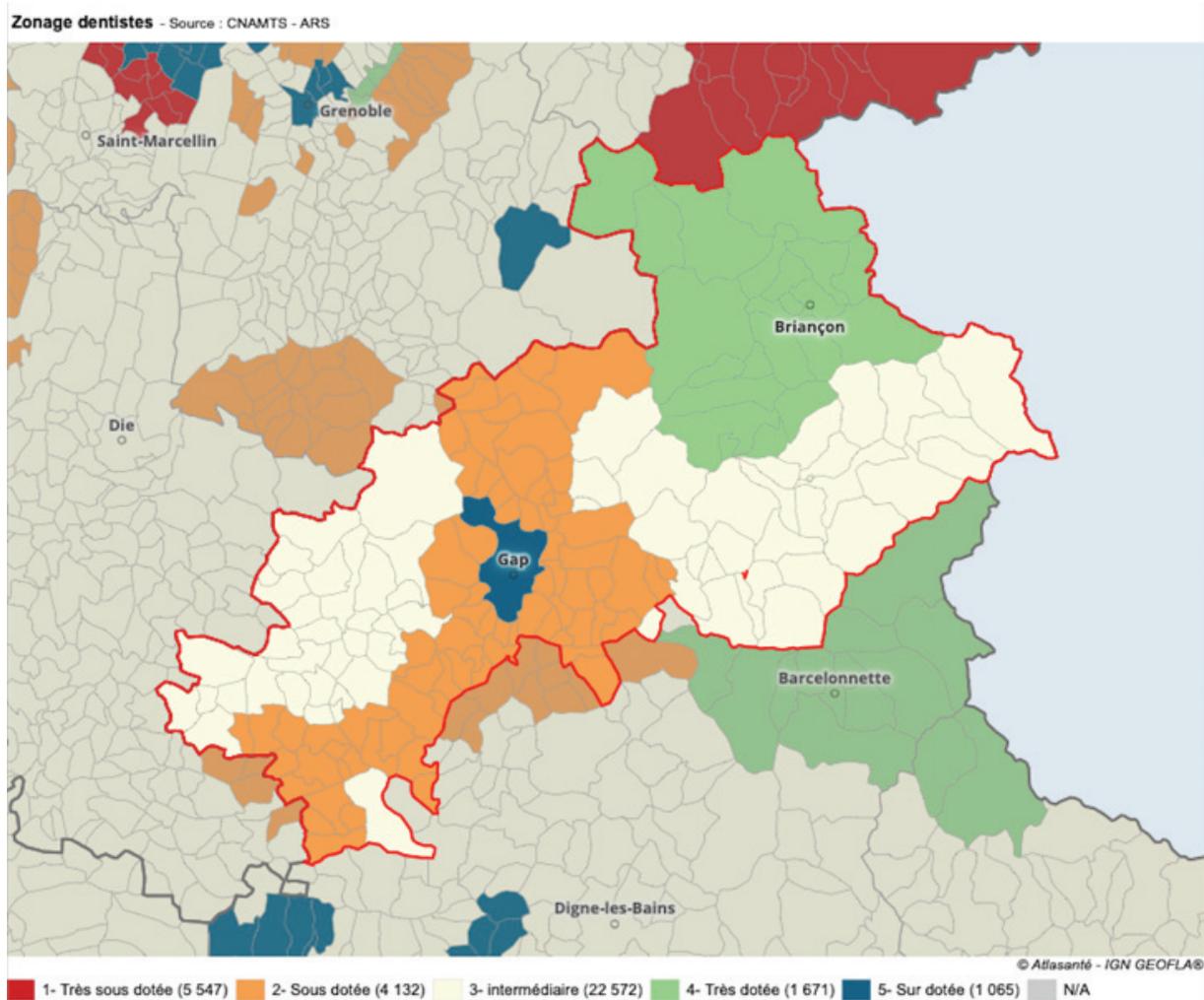


Figure 11 : Zonage des chirurgiens-dentistes dans les Hautes-Alpes

Il s'agit du département le plus excentré au nord de la région, essentiellement montagnard. Il est aussi le moins doté en chirurgiens-dentistes avec un regroupement de communes sous-dotées autour du chef-lieu de la portion sud du département qu'est Gap. Ainsi, ce sont 75 des 162 communes des Hautes-Alpes qui sont qualifiées, à ce jour, de désert médical, pour lesquelles la population doit se déplacer dans les zones dotées (Gap et les environs de Briançon) accentuant ainsi la difficulté d'accès aux soins dans des zones qui ne manquent théoriquement pas de chirurgiens-dentistes.

L'exemple de Gap est crucial, car c'est la seule commune surdotée du département et il est pourtant impossible d'obtenir un rendez-vous avec un praticien, si le patient n'est pas déjà suivi au sein du cabinet. [14] Ainsi un rapport doit se faire entre la superficie du département, sa densité en habitants, mais aussi les habitudes de la population. Habituee à une plus forte mobilité que dans les départements plus urbains, les habitants des Hautes Alpes sont amenés à se faire soigner en dehors de leur commune, ce qui amène un biais non élucidé par la cartographie qui amènerait à penser qu'il est aisé de se faire soigner dans les zones sur-dotées du département, ce qui n'est pas le cas. Cette analyse est extrapolable à d'autres territoires où le contraste et moindre, mais le biais tout aussi présent.

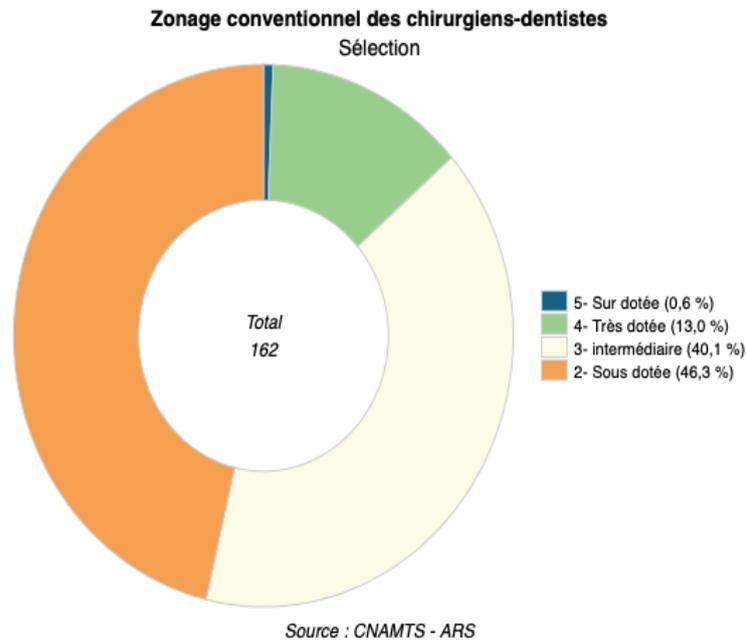


Figure 12 : Graphique circulaire du zonage en chirurgiens-dentistes dans les Hautes-Alpes exprimé en pourcentages

3 Mesures incitatives en vigueur

De nombreux projets ont vu le jour dans les 20 dernières années et de nouvelles expérimentations guidées par les projections de l'ONDPS, sur les conseils de tous les intervenants du maillage territorial, devraient nous permettre de limiter les conséquences précédemment décrites et améliorer la prise en charge des patients dans les zones actuellement sous-denses en chirurgiens-dentistes.

3.1 Visant les étudiants en formation

3.1.1 Contrat d'engagement de service public (CESP)

Le contrat d'engagement de service public (CESP), créé pour les étudiants en Odontologie par la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 et réformé par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) du 24 juillet 2019, permet d'assurer un revenu mensuel aux étudiants et internes en Odontologie pendant la durée de leurs études, sous conditions d'exercice à la fin de leur parcours universitaire. [16] Il est l'extension du CESP créée par la loi HPST du 21 juillet 2009 pour les étudiants en Médecine et financé par une enveloppe allouée au CNG par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) [16] [17] [18].

Ledit contrat concerne depuis le 1^{er} janvier 2020 :

- Les étudiants de 2^{ème} cycle des études d'odontologie (4^{ème} et 5^{ème} année d'études)
- Les étudiants de 3^{ème} cycle des études d'odontologie (6^{ème} année d'études et internat)
- Les praticiens à diplôme étranger hors Union européenne autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences
- Les étudiants de 1^{er} cycle des études d'Odontologie (2^{ème} et 3^{ème} année d'études) ayant souscrit au contrat avant le 1^{er} janvier 2020. A noter que le contrat d'un étudiant de 2^{ème} année d'odontologie signé en 2019 suit son cours en 3^{ème} année malgré la réforme de 2020.

Le revenu perçu est de 1200 euros mensuels en contrepartie d'une obligation d'exercice libéral ou salarié dans le cadre de la convention nationale d'une durée au moins égale au nombre d'années où l'étudiant a bénéficié de l'allocation du CESP, dans une zone proposée par le CNG (très sous dotée et/ou sous dotée, dépendant de ce qui est proposé) dès l'obtention de son diplôme de docteur en Chirurgie Dentaire. [17] [18]

Si l'étudiant signataire, une fois installé dans sa zone d'exercice, souhaite en changer dans les limites temporelles du contrat, il en aura la possibilité. Il devra choisir une autre zone d'exercice proposée par le CNG et avoir l'aval du directeur de ce dernier et des directeurs généraux des ARS de la région où il exerce et de celle où il souhaite exercer.

Il est aussi possible de résilier son contrat avant sa complétion que cela soit pendant les études ou une fois en exercice. Des pénalités en fonction du nombre d'années pendant lesquelles l'étudiant a bénéficié du CESP, sont à prévoir. Pour les chirurgiens-dentistes en exercice, l'indemnité est calculée de manière dégressive en fonction de la durée d'engagement et du temps d'exercice écoulé à la date à laquelle le signataire a décidé de mettre fin au contrat et peuvent aller jusqu'à 20 000 euros. Les ruptures de contrats liées à une ALD, un handicap rendant l'exercice dangereux et/ou impossible, ou un décès se font sans remboursement des allocations préalablement reçues. **[18]**

La rupture du contrat peut aussi être initiée par les agences signataires, si le praticien n'apparaît pas comme respectueux des conditions du CESP. Tout comme pour les radiations et les interdictions d'exercer, la rupture conduira ici à un remboursement équivalent à celui d'une rupture de contrat précoce, sans raison considérée comme valable. Le contrôle du respect du contrat est assuré par l'ARS du lieu d'exercice du praticien.

A noter qu'à la demande de la conférence des doyens, le CESP devrait prochainement être accessible aux étudiants du deuxième cycle d'odontologie comme c'était déjà le cas avant le 1er janvier 2020, ce qui permettrait, de capter plus d'étudiants sur la période la plus précaire de leurs études, étant donné que l'externat rémunéré ne débute qu'en 4ème année. **[45]**

3.2 Aides financées par l'État

Réclamées par les chirurgiens-dentistes en exercice libéral, ces aides ont été mises en place sous la forme de primes annuelles et de déductions d'impôts et de taxes afin de faciliter l'installation des chirurgiens-dentistes et l'investissement de ces derniers au sein de leur structure (matériel, formation, emploi ...)

3.2.1 Aides dans les zones d'aide à finalité régionale (AFR)

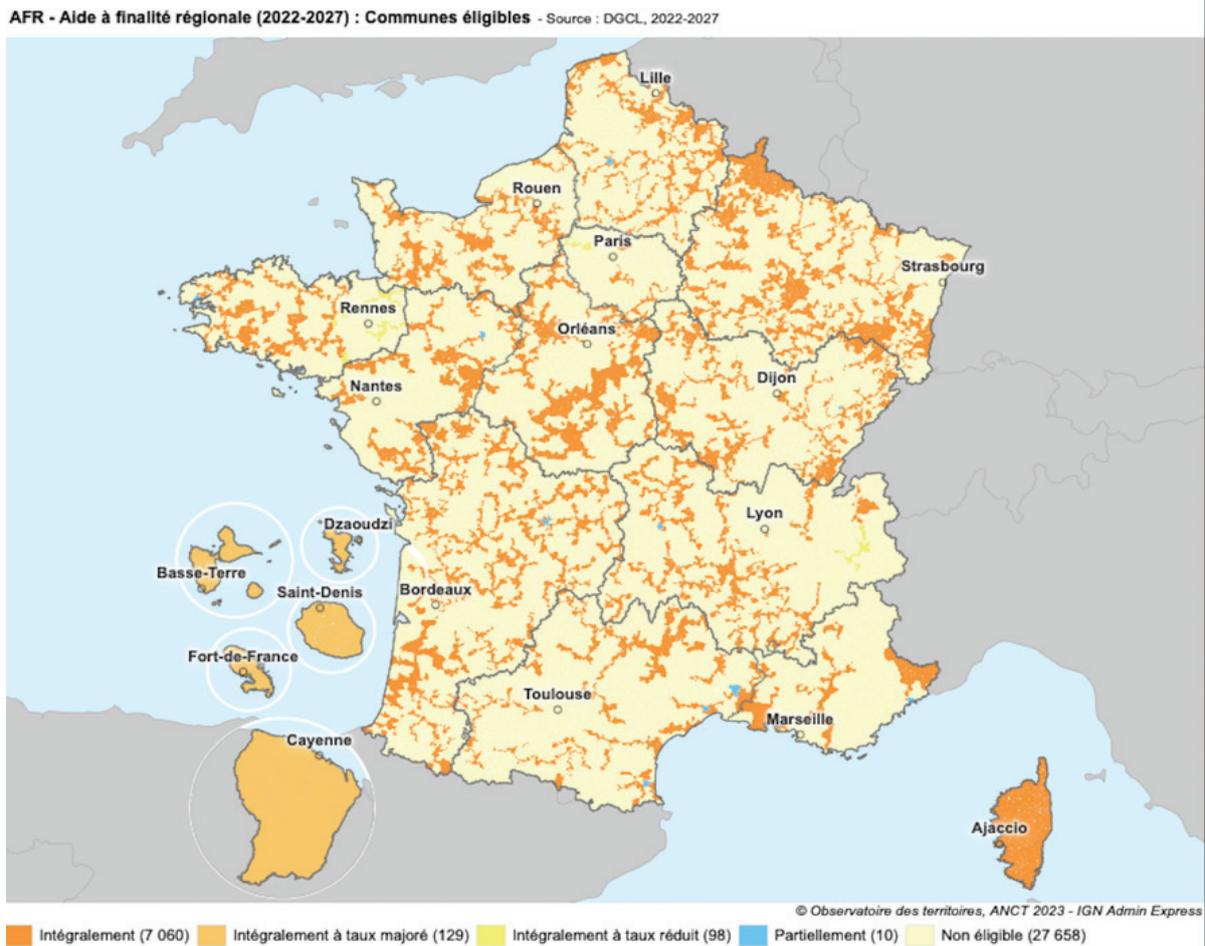


Figure 13 : Zonage d'aide à finalité régionale à l'échelle nationale

Une zone d'aide à finalité régionale correspond à un territoire européen considéré par l'État comme en difficulté. Elles font l'objet d'un zonage dont le plus récent date de 2022, et reste valable jusqu'en 2027. [20] Dans ces zones, l'État et les collectivités peuvent fournir des aides à l'installation pour lesquelles le chirurgien-dentiste est éligible, sous certaines conditions. Ces aides correspondent entre autres à des avantages fiscaux. [20] [21]

Pour espérer bénéficier de ces aides le Chirurgien-Dentiste doit respecter certaines conditions [20] :

- Le cabinet doit être nouvellement créé
- Le chirurgien-dentiste doit s'implanter avant le 31 décembre 2023
- Il doit être soumis à un régime d'imposition réel et avoir vocation à réaliser des bénéfices

Une fois ces conditions remplies, le chirurgien-dentiste nouvellement installé peut bénéficier d'exonérations totales ou partielles résumées dans le tableau suivant :

	Montant de l'exonération	Procédure
Impôt sur les bénéfices (Impôt sur le revenu ou Impôt sur les sociétés)	100% sur les 2 premières années et partiellement les 3 années suivantes (75%, 50% puis 25%)	Remplir la ligne sur le tableau de détermination du résultat fiscal
Cotisation foncière des entreprises (CFE)	Exonération totale ou partielle sur 5 ans maximum (sur délibération des communes et EPCI)	Demande à faire avant le 31 décembre de l'année de création au centre des impôts des entreprises
Cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE)	Exonération totale ou partielle sur 5 ans maximum (sur délibération des communes et EPCI)	Déclaration spéciale à faire avant le 31 décembre de l'année de création au centre des impôts des entreprises

Tableau 4 : récapitulatif des exonérations possibles lors d'une installation en zone AFR [20]

3.2.2 Aides dans les zones franches urbaines-territoires entrepreneur (ZFU-TE)

ZFU - Zone franche urbaine : Nombre de ZFU sur le territoire (ZFU) - Source : ANCT, ONPV, 01/07/2010

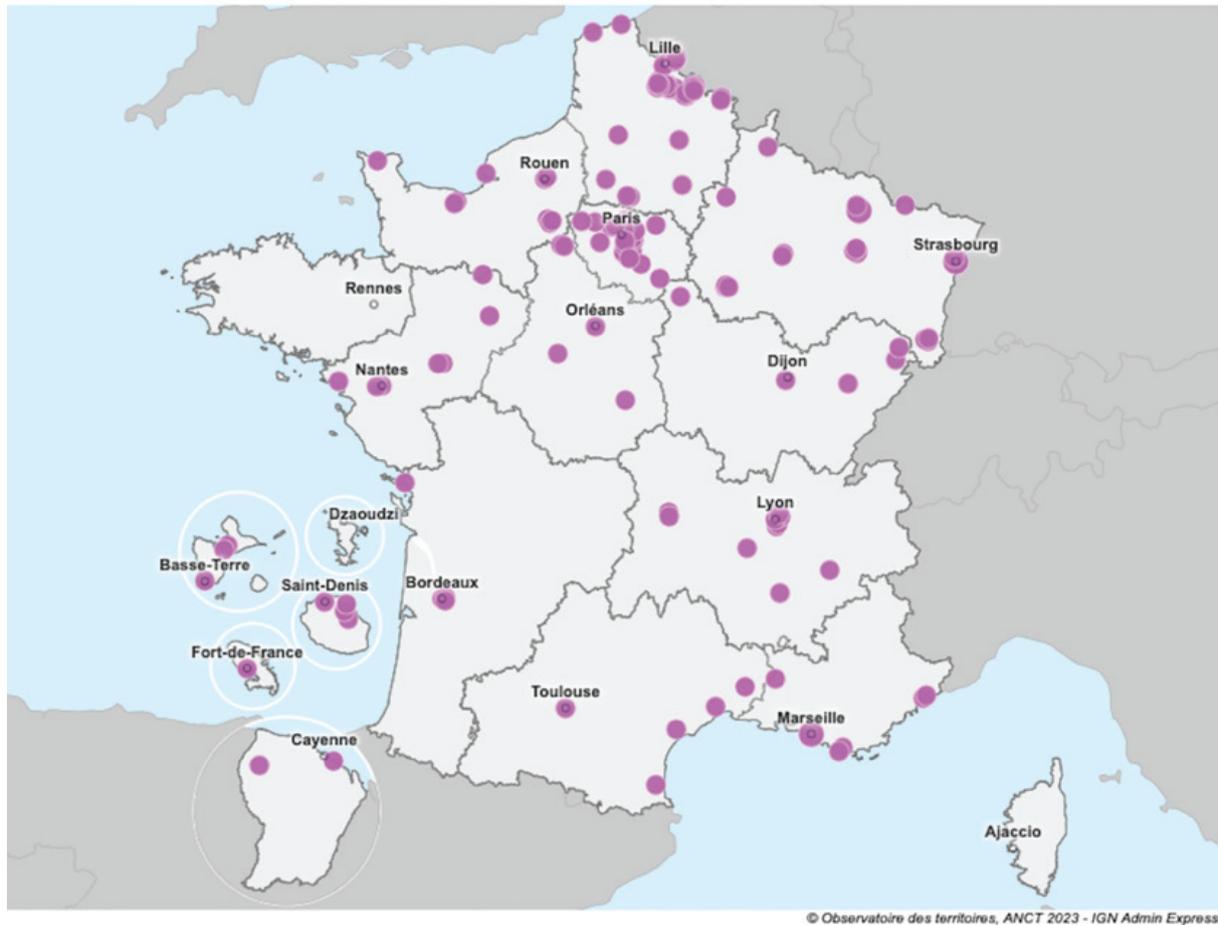


Figure 14 : Carte des zones franche urbaine à l'échelle nationale

Les ZFU-TE sont des quartiers de plus de 10 000 habitants situés dans un périmètre géographique sensible et/ou défavorisé. [22] A noter que ce zonage est à comparer avec celui présenté dans la première partie de cette thèse. Les aides proposées dans le cadre d'une installation en ZFU-TE se traduisent par des exonérations d'impôts sur les bénéfices (IR ou IS).

La liste exhaustive des ZFU-TE est disponible en accès libre sur le site internet du SIG [25]

Certaines conditions sont à remplir afin de bénéficier de ces exonérations [23] [24] :

- L'installation doit se faire entre le 16 janvier 2016 et le 31 décembre 2023
- La structure de soins doit présenter moins de 50 employés
- Le chiffre d'affaires ne doit pas dépasser 10 millions d'euros
- Au moins 50% de la masse salariale doit être résidente de la ZFU ou des quartiers prioritaires de la ville (QPV) intégrés dans la ZFU-TE (s'applique à partir du 2^{ème} salarié)

→ La démarche doit avoir été réalisée dans les 6 mois suivant l'installation en ZFU-TE (état de détermination de son bénéficiaire exonéré établi sur papier libre joint à sa déclaration au service des impôts des entreprises)

Une fois ces critères remplis, le chirurgien-dentiste peut bénéficier d'une exonération d'impôts sur les bénéfices de 100% pendant les 5 premières années d'exercice. Cette exonération est ensuite dégressive sur la 6^{ème}, 7^{ème} et 8^{ème} années (respectivement 60%, 40% et 20%).

L'exonération est soumise à un plafonnement de 50 000 € par période de 12 mois. Ce plafond est majoré de 5 000 € par nouveau salarié résidant dans la ZFU-TE et embauché à temps plein pendant au moins six mois. Les bénéfices réalisés par des activités exercées hors d'une ZFU-TE sont exclus de l'exonération. [23] [24]

A noter que les aides liées à l'installation en ZFU-TE ne sont pas cumulables à celles des aides d'installation en zone AFR.

3.2.3 Aides des zones de revitalisation rurales (ZRR)

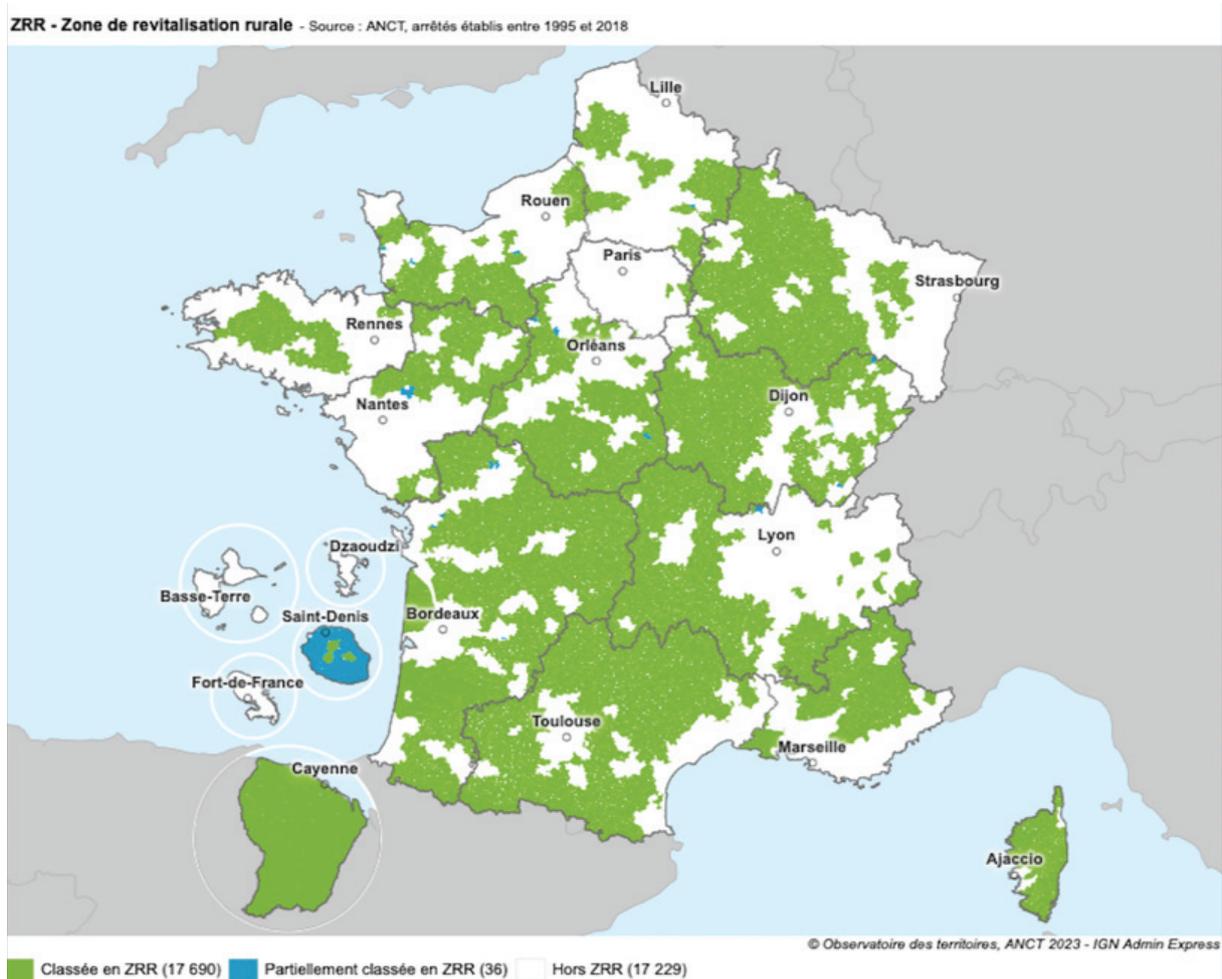


Figure 15 : Carte des zones de revitalisation rurale à l'échelle nationale

Les ZRR regroupent, à l'échelle nationale, un ensemble de communes rurales définies comme fragiles sur le plan socio-économique. Ce zonage a été initié en 1995 par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire et actualisé par les arrêtés de 2017 et 2018.

Des aides économiques semblables à celle en ZFU-TE et en zones AFR sont mises à disposition. **[26] [27] [28]**

Sous réserves de certaines conditions, le chirurgien-dentiste peut espérer profiter d'exonérations [28] :

- L'installation doit se faire avant le 31 décembre 2023
- Le cabinet dentaire doit avoir moins de 11 employés (CDI ou CDD de plus de 6 mois)
- Le chirurgien-dentiste doit être soumis au régime réel d'imposition et exercer une activité libérale

Les exonérations concernent [28] :

→ Impôt sur le bénéfice (IR et IS) à la hauteur de 100% les 5 premières années et de manière dégressive la 6^{ème}, 7^{ème} et 8^{ème} années (respectivement 75%, 50% et 25%) en remplissant la ligne à cet effet dans le tableau de détermination du résultat fiscal.

→ La CFE et la CVAE sauf délibération contraire des collectivités territoriales à la hauteur de 100% pendant 5 années maximum (sous condition de remplir les formulaires n°1465-SD annuellement et n°1447-C-SD lors de la création de l'entreprise)

→ Les cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales pour l'embauche du premier au cinquantième salarié pour une durée d'une année maximum à la date de l'embauche et à la hauteur de 100% pour une rémunération inférieure ou égale à 150% du SMIC. L'exonération sera dégressive jusqu'à s'annuler pour un salaire supérieur à 240% du SMIC.

3.3 Financées par la sécurité sociale

La convention de 2018 a permis la mise en place de deux projets visant à revitaliser en chirurgiens-dentistes les territoires où l'offre de soins est la plus réduite. Ces dispositifs proposent des aides à l'installation et au maintien des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans des zones « très sous-dotées ». [29]

3.3.1 Contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes (CAICD)

Le CAICD est une aide visant à couvrir une partie ou la totalité des frais d'installation d'un chirurgien-dentiste libéral dans une zone considérée comme très sous dotée (locaux, charges, équipements ...). C'est un contrat tripartite entre le chirurgien-dentiste, l'ARS et la caisse d'assurance maladie du lieu d'installation. Le CAICD ne peut pas être cumulé avec d'autres aides telles que le CAMCD ou un autre CAICD. Cette dernière est versée une seule fois et elle est non renouvelable. [29]

Pour espérer candidater à ce contrat il est nécessaire que le praticien réponde à certains critères [30] :

→ Être installé dans une zone considérée comme très sous-dotée par le zonage de l'ARS depuis moins d'un an. Il peut s'agir d'une première installation en cabinet libéral ou bien d'un changement de cabinet.

→ Être titulaire du cabinet dans lequel l'activité libérale est exercée. Ce contrat ne concerne donc pas les remplaçants et collaborateurs libéraux ou salariés

→ Exercer dans une zone « très sous-dotée » une activité libérale conventionnée à titre principal, c'est-à-dire que le nombre de jours travaillés dans la zone dans l'année doit être supérieur ou égal à 50 % du nombre total de jour total travaillés dans l'année

Le montant de cette aide est versé en une fois à la signature du contrat. Plafonnée à 25 000 euros, cette aide peut être amenée à être majorée par l'ARS dans 20% des territoires les plus sous-dotés et peut donc atteindre les 30 000 euros.

Ce contrat présente des contreparties à respecter [30] :

→ Exercer une activité libérale conventionnée à titre principal pendant une durée d'au moins 5 ans dans la zone très sous-dotée concernée par l'installation

→ Remplir les conditions permettant de percevoir le forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet professionnel (article 32 de convention nationale 2023-2028)

La résiliation de ce contrat peut être à l'initiative du praticien à tout moment en date de réception du courrier de résiliation par la CPAM. Si cette dernière est réalisée dans les délais obligatoires d'exercice fixés par le contrat (5 années en activité principale), la CPAM se garde le droit de réclamer les sommes indument versées au prorata de la durée restante pour laquelle le contrat n'est pas respecté.

La résiliation peut aussi être à l'initiative de l'Assurance Maladie s'il est observé que le chirurgien-dentiste ne respecte pas ses engagements. Il est prévenu par courrier de la volonté de la caisse primaire d'assurance maladie de résilier son contrat avec un mois de réserve durant lequel le chirurgien-dentiste peut communiquer ses observations. A l'issue de ce mois de sursis, la CPAM se garde le droit de réclamer les sommes indument versées au prorata de la durée restante pour laquelle le contrat n'est pas respecté

3.3.2 Contrat d'aide au maintien des chirurgiens-dentistes (CAMCD)

Ce contrat vise à permettre aux chirurgiens-dentistes déjà installés en zones très sous-dotées de bénéficier d'une aide leur permettant d'investir, se former et de limiter les contraintes liées à la gestion d'un cabinet dentaire. C'est un contrat tripartite entre le chirurgien-dentiste, l'ARS et la caisse d'assurance maladie du lieu d'exercice. Ce dernier dure 3 ans et est renouvelable. Un praticien ayant bénéficié du CAICD peut candidater au CAMCD à la fin des 5 ans d'exercice dans la zone où il s'est installé mais ne peut pas cumuler les deux contrats en simultané. [29]

Le contrat impose les critères suivant afin de bénéficier de l'aide [31] :

→ Être installé dans une zone identifiée comme très sous dotée par l'ARS

→ Exercer une activité libérale conventionnée dans la zone très sous dotée en exercice individuel pour de groupe

→ Être titulaire ou collaborateur dudit cabinet

En respectant ces critères le chirurgien-dentiste peut bénéficier d'une aide forfaitaire de 3000 euros par an pendant 3 ans. Le contrat est tacitement reconduit si le dentiste souhaite poursuivre son activité en zone très sous dotée. Une modulation sur la condition de participation à la permanence des soins dentaires peut être définie par les ARS, pour 20 % des zones « très sous-dotées ».

En recevant cette aide le praticien s'engage à [31] :

→ Exercer une activité libérale conventionnée dans la zone sous-dotée définie dans le contrat pendant la durée de celui-ci soit 3 années consécutives

→ Remplir les conditions permettant de percevoir le forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet professionnel (article 32 de convention nationale)

La résiliation de ce contrat peut être à l'initiative du praticien à tout moment en date de réception du courrier de résiliation par la CPAM. Si cette dernière est réalisée dans les délais obligatoires d'exercice fixés par le contrat (3 années consécutives), la CPAM se garde le droit de réclamer les sommes indument versées au prorata de la durée restante pour laquelle le contrat n'est pas respecté.

La résiliation peut aussi être à l'initiative de l'Assurance Maladie s'il est observé que le chirurgien-dentiste ne respecte pas ses engagements. Il est prévenu par courrier du souhait de la caisse primaire d'assurance maladie de résilier son contrat avec un mois de réserve durant lequel le chirurgien-dentiste peut communiquer ses observations. A l'issue de ce mois de sursis, la CPAM se garde le droit de réclamer les sommes indument versées au prorata de la durée restante pour laquelle le contrat n'est pas respecté

3.4 Financées par les collectivités territoriales

Les collectivités territoriales sont parfois amenées à verser des aides destinées à soutenir les professionnels de santé dans leur installation ou leur maintien dans certaines zones. Ces aides sont disponibles dans le cadre d'un exercice en zones "sous-denses" ou "très sous-denses ». La prise en charge (de tout ou d'une partie) des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins peut concerner : [32]

- La mise à disposition de locaux destinés à cette activité
- La mise à disposition d'un logement (essentiellement pendant les remplacements)
- Le versement d'une prime d'installation
- Le versement d'une prime d'exercice forfaitaire aux professionnels exerçant à titre libéral

Ces aides proviennent en général des conseils départementaux, plus rarement des conseils régionaux.

4 Enquête

4.1 Matériel et méthode

L'enquête a consisté en un sondage à destination des étudiants de 6^{ème} année et des internes de la promotion 2021-2022 de la faculté d'Odontologie de Marseille.

4.1.1 Objectifs

Les objectifs étaient les suivants : Connaître les intentions des étudiants vis-à-vis de leur installation prochaine à la fin de leurs études

- Quels sont les facteurs qui influencent leur choix ?
- Connaissent-ils les zones sous dotées dans leur région ?
- Quels sont les freins à l'installation en zone sous dotée ?
- Les incitations mises en place sont-elles suffisantes ?
- Quelles sont les propositions/améliorations qui pourraient être suggérées pour favoriser la lutte contre les déserts médicaux ?

4.1.2 Type d'étude

Il s'agit d'une enquête observationnelle transversale utilisant un questionnaire individuel et anonymisé, administré par mail, via le formulaire LimeSurvey

Ce questionnaire présentait plusieurs propositions à différentes questions afin d'identifier les éléments susceptibles d'influencer l'installation et le mode d'exercice les plus pertinents aux yeux des étudiants sondés.

4.1.3 Population d'étude

La population cible correspondait à l'ensemble des étudiants régulièrement inscrits en 6^{ème} année dans les facultés de Chirurgie Dentaire de France. Les étudiants ont été contactés par message électronique au moyen de leur adresse e-mail universitaire dans un premier temps. Un premier rappel a ensuite été émis trois semaines après la première notification.

Enfin, les étudiants ont été contactés un à un, via leur messagerie privée de réseaux sociaux dans le cas où ces derniers ne consulteraient plus leur boîte mail universitaire. Une relance au moyen de ces mêmes réseaux sociaux a été émise deux semaines avant la clôture du questionnaire.

Chaque étudiant a été informé du principe du questionnaire et de la nécessité d'y répondre dans sa totalité afin que leurs réponses soient comptabilisées. Le caractère anonyme a aussi été mis en avant afin que les plus timides d'entre eux ne se privent pas de répondre. Les résultats du questionnaire seront mis à disposition des étudiants ayant participé ainsi qu'aux abstentionnistes une fois ce dernier présenté officiellement.

4.1.4 Outil de recueil de données

Grace au logiciel LimeSurvey, les réponses ont été saisies automatiquement sur une feuille de calcul du logiciel Excel®, de façon totalement anonyme et mis à la disposition des étudiants chargés de l'analyse des résultats. L'ensemble des graphiques et des données ont été produits par le logiciel Excel.

4.1.5 Analyse statistique

Après un tri à plat, une analyse bivariée des variables qualitatives par Chi deux ou Test exact de Fisher selon les effectifs a été réalisée. Pour les variables quantitatives c'est le test t de Student qui a été utilisé ou le test non paramétrique de Mann-Whitney si les effectifs l'imposaient. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS version 25, et le un seuil de significativité a été fixé à 0.05.

4.2 Résultats

Les résultats seront diffusés dans chaque UFR participante par l'intermédiaire de la soutenance de la thèse. Dans un second temps, une synthèse nationale sera réalisée par la conférence des doyens et diffusée dans chaque UFR par l'intermédiaire des directeurs de thèse.

Concernant le questionnaire à l'attention des étudiant de 6^{ème} année de la faculté d'Aix- Marseille ce dernier présentait le vendredi 20 octobre 2023 (date de clôture), une participation de 60,0% soit 43 réponses sur les 75 étudiants recensés dans ladite promotion. Parmi ces réponses, 5 étaient très incomplètes. Ainsi, le choix de les retirer a été retenu afin de limiter les biais qu'ils pourraient causer sur une population d'étude relativement faible. Ainsi, après exclusion des 5 étudiants n'ayant pas suffisamment complété le questionnaire, la cohorte étudiée comptait 38 étudiants soit 50,6% de l'effectif maximum.

4.2.1 Caractéristiques socio-économiques de la population étudiée

La population étudiée était composée de 30 femmes et de 8 hommes. La majorité des étudiants avaient entre 20 et 30 ans. Il est intéressant, même s'ils étaient un effectif minoritaire, d'analyser les données issues des deux participants plus âgés dont les parcours sont différents d'un cursus conventionnel post-baccalauréat.

34 des étudiants ont effectués leur PACES au sein de l'Université phocéenne, deux étaient issus de la faculté de Montpellier, 2 autres de la faculté de Corte avec laquelle Marseille possédait une convention d'apprentissage post-PACES. Enfin, un étudiant n'avait pas réalisé de PACES et était donc issu d'une passerelle.

La majorité des étudiants sondés étaient en couple (79%) mais seulement 5% d'entre eux avaient déjà des enfants. Si 16% étaient déjà propriétaires de leur logement, plus de $\frac{3}{4}$ soit 76% des étudiants ayant répondu au questionnaire vivaient près de leur famille, qui résidait dans leur région d'étude.

4.2.2 Facteurs décisionnels d'orientation en Odontologie

Comme présenté sur le graphique ci-dessous, les étudiants sondés ont pu qualifier la justesse des propositions sur une échelle qualitative à 6 entrées allant de « pas du tout d'accord » « à tout à fait d'accord ». L'analyse de ses données sous cette forme permet de faciliter le regroupement des avis convergents.

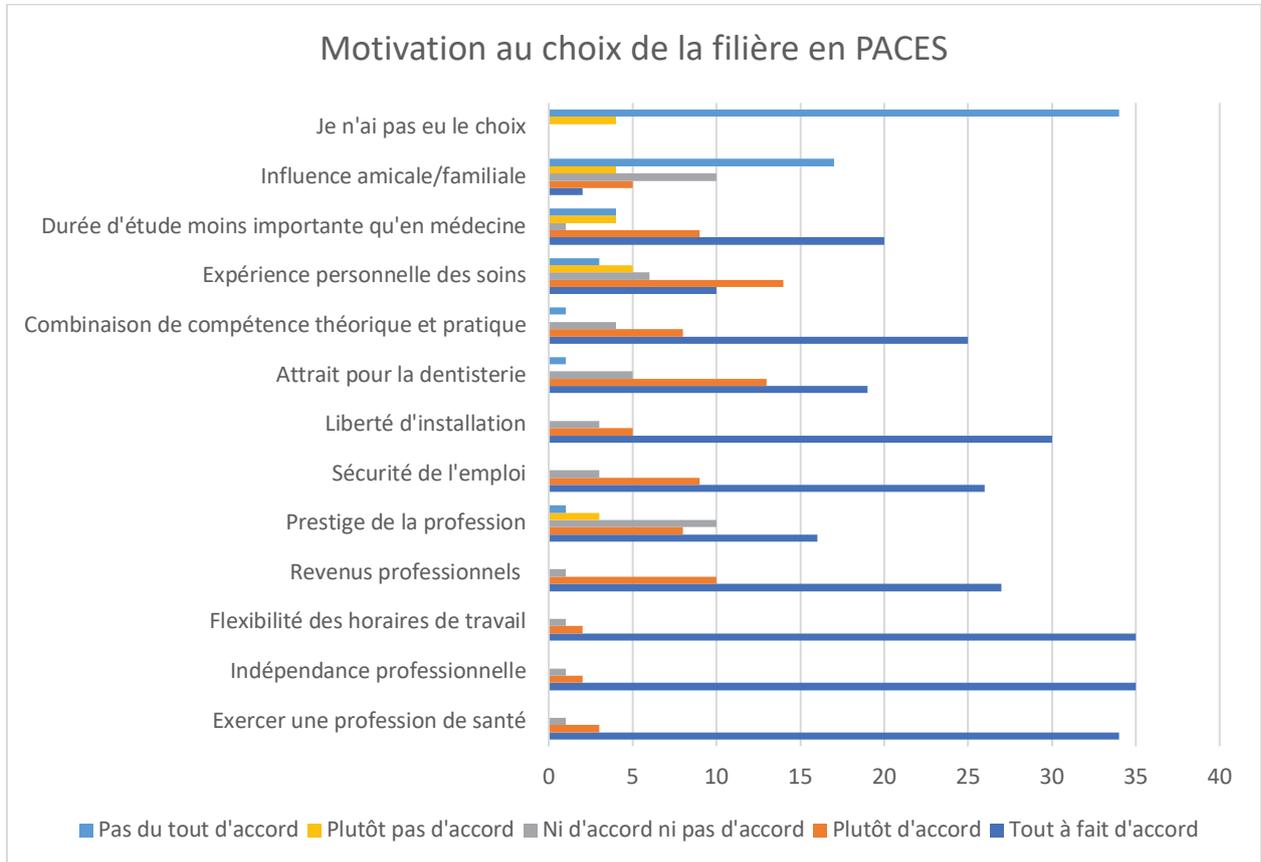


Figure 17 : Graphique en barre - Analyses des facteurs influençant le choix de l'Odontologie en PACES

On remarque que les propositions les plus plébiscitées sont les quatre les plus évidentes c'est-à-dire que les étudiants ont choisi d'étudier l'Odontologie par goût pour l'exercice d'une profession de santé, parce que l'exercice était indépendant, pour la flexibilité des horaires et le confort des revenus qui arrivent ex-aequo avec 97% d'avis favorables (tout à fait d'accord ou plutôt d'accord). Il est intéressant de constater que ce n'est pas l'attrait pour la dentisterie en soi qui, de prime-abord, amène les étudiants à choisir ces études, mais bien la combinaison de plusieurs facteurs, dont l'association de la pratique et de la théorie et ce dès le début du cursus.

La durée des études est un facteur lui aussi attractif, comparativement aux études de Médecine qui sont, elles, beaucoup plus longues et essentiellement théoriques au moins jusqu'à l'internat. Selon la même idée, c'est la liberté d'installation qui arrive en cinquième position avec 92% d'avis favorables (tout à fait d'accord ou plutôt d'accord).

Finalement, tous les étudiants sondés ont répondu qu'ils étaient satisfaits (76%) ou plutôt satisfaits (24%) de devenir chirurgien-dentiste en fin de sixième année.

4.2.3 Le choix des spécialités

Le cursus en Odontologie propose un cycle court terminant par la 6^{ème} année après validation du CSCT ou un cycle long afin de s'orienter vers une des trois spécialités proposées à la fin d'un concours national en fin de 5^{ème} année (ou de 6^{ème} année).

Seulement 5 des étudiants sondés ont participé au concours de l'internat pour une des trois spécialités proposées.

4.2.4 L'orientation de l'activité

Bien que la majorité des étudiants choisissent de s'engager dans un cycle court d'étude, rien ne les empêche de se spécialiser dans la discipline de leur choix. Comme le montrent les résultats du questionnaire, environ la moitié des étudiants ne souhaitent pas orienter leur activité et préfèrent exercer en tant que chirurgien-dentiste omnipraticien. Concernant ceux qui souhaitent « se spécialiser » dans un domaine ; on constate qu'en plus des étudiants internes, une partie des étudiants issus du cycle court souhaitent orienter leur activité vers la Chirurgie Orale (6 étudiants dont aucun n'avait présenté l'internat afin d'obtenir le titre de spécialiste) ou l'Orthopédie Dento-Faciale (6 étudiants dont 5 n'ont pas présenté l'internat afin d'obtenir la spécialisation).

Pour la plupart des étudiants souhaitant orienter leur activité c'est la combinaison de plusieurs disciplines qui convainc le plus. En effet, l'implantologie, l'esthétique et la parodontologie sont souvent associées (92% des étudiants qui souhaitent s'orienter vers l'Implantologie souhaitent aussi exercer en Esthétique ou Parodontologie et 53% choisissent les trois disciplines en simultané).

En parallèle, on constate que très peu d'étudiants, voire aucun, n'est intéressé par les soins portés aux enfants et les soins spécifiques. Cela confirme le rapport cité précédemment sur la difficulté que rencontrent ces populations pour se faire soigner.

La Chirurgie Maxillo-Faciale quant à elle, ne trouve ici, pas de candidat. La pratique étant une spécialité des études de Médecine, son accessibilité est relativement limitée en Chirurgie Dentaire. Concernant la Prévention et l'Industrie, peu populaire en début d'exercice ces dernières ne trouvent pas non plus de candidats.

4.2.5 Type d'exercice de la profession

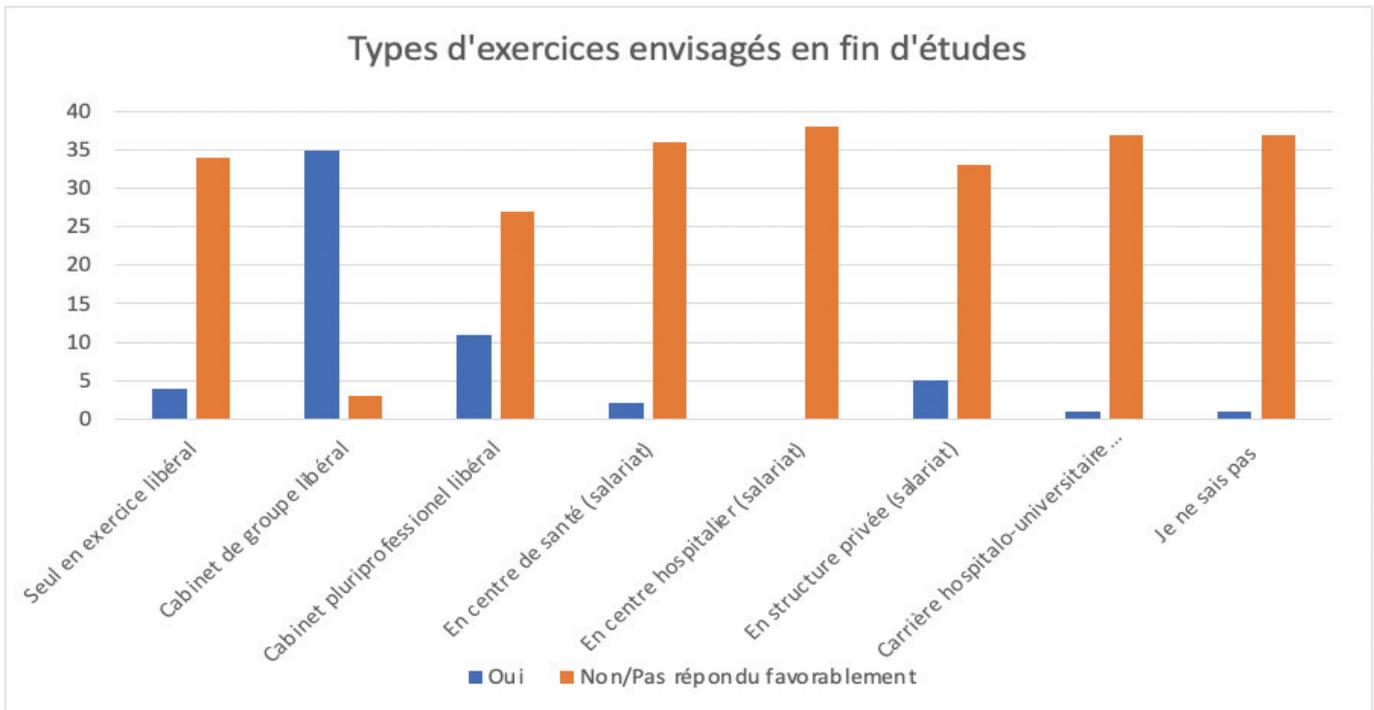


Figure 18 : Histogramme - Analyse des types d'exercice envisagés en fin d'études

Bien que l'exercice libéral reste très majoritaire, comme le montrent les dernières données, la tendance au salariat tend à croître. On compte 6 étudiants y répondant favorablement (16%). Parmi ces derniers, 3 étudiants considèrent les deux options d'exercice comme envisageables et seul un étudiant n'est intéressé que par le salariat.

A noter que l'exercice en cabinet autonome sans collaborateur ou associé est devenu, au fil des années très peu populaire (10% des étudiants l'envisageraient mais aucun d'eux n'est fermé à l'exercice de groupe).

4.2.6 Durée de travail hebdomadaire

La majorité des étudiants sondés songe à travailler entre 3 et 4 jours et demi par semaine. Seul un étudiant envisagerait de travailler entre 4 jour et demi et 6 jours pleins.

4.2.7 Zone d'exercice

Comme mis en évidence dans l'introduction, une grande majorité des sondés souhaiterait rester dans la région de leur UFR pour exercer leur activité : soit dans la même ville, soit dans une autre ville de la région. Cela confirme bien le faible taux de fuite constaté dans les régions possédant une UFR d'Odontologie. A noter que les propositions ne sont pas exclusives les unes des autres, ainsi plusieurs projets peuvent être envisagés par les étudiants interrogés.

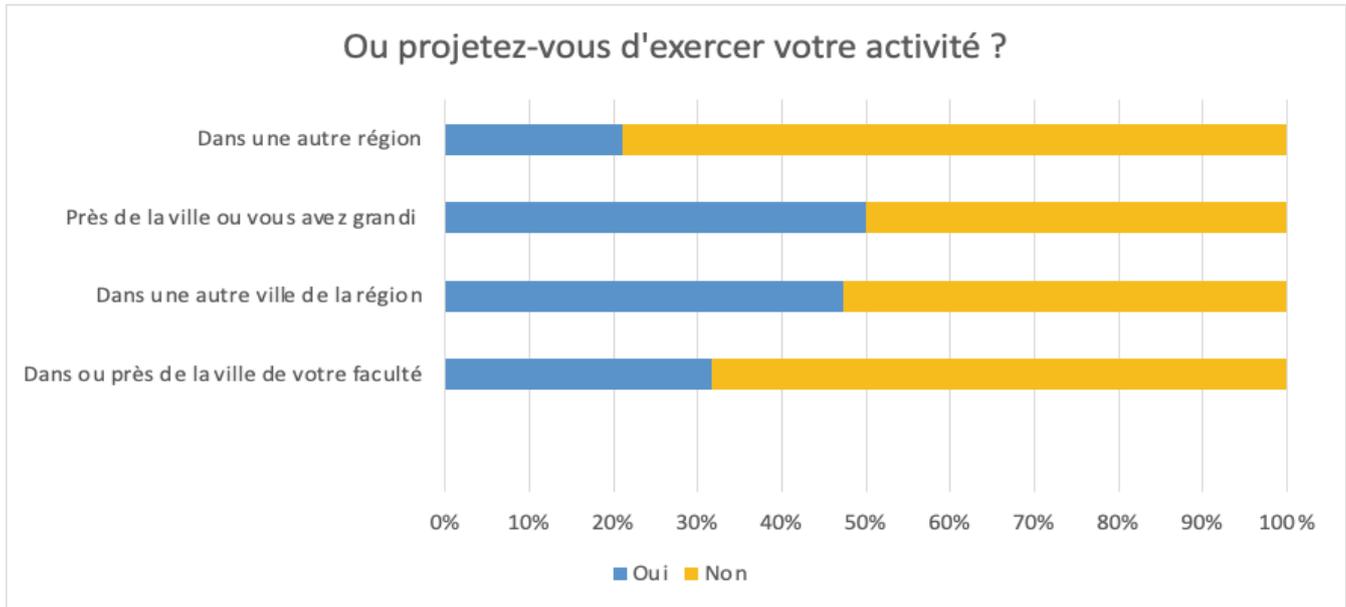


Figure 19 : Graphique en barre cumulé – Analyse du choix du lieu d'exercice

L'on remarque qu'une importante fraction des étudiants compte exercer leur activité près du lieu où ils ont grandi et donc proche de leur famille. Parmi ces 19 étudiants, 5 des 10 ayant passé leur jeunesse en zone urbaine ou rurale sous dotée envisageraient d'y retourner, ce qui représente un taux de fuite de 50% pour les déserts médicaux.

4.2.8 Critères de choix du lieu d'exercice

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

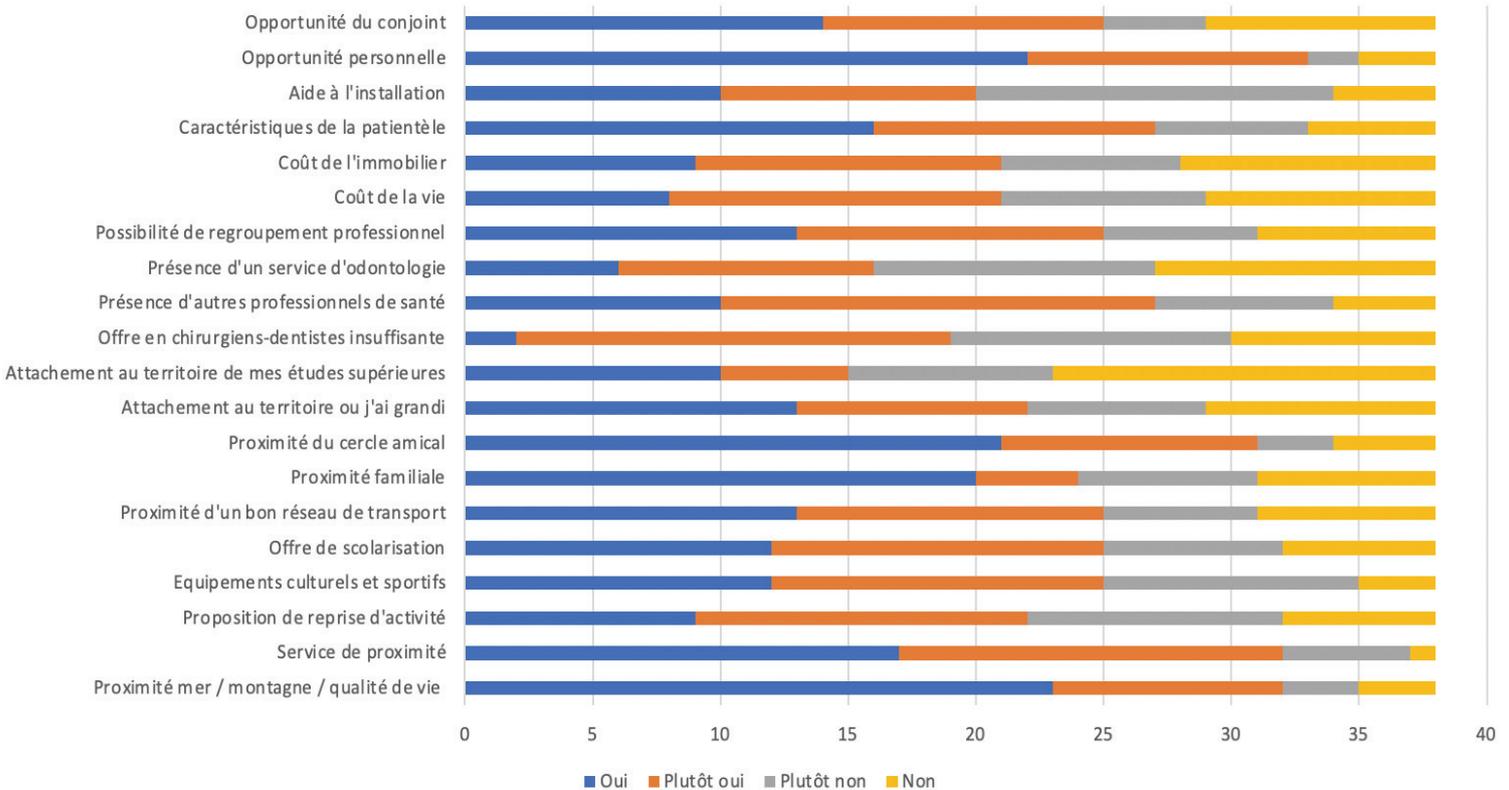


Figure 20 : Barres empilées - Analyses des facteurs influençant le choix du lieu d'exercice

Ci-contre, le graphique récapitulatif des critères retenus par les étudiants pour choisir leur lieu d'exercice. On remarque que la qualité de vie, la proximité de la famille et des amis et l'opportunité professionnelle sont les critères les plus retenus par les étudiants sondés. Les différentes aides à l'installation ne seraient un facteur important que pour 20 étudiants soit 52% de la cohorte et de manière moins tranchée que pour les autres propositions. On constate que la présence d'autres professionnels de santé importe pour près de 75% des étudiants sondés ces derniers ayant répondu « Oui » ou « Plutôt Oui » à ladite affirmation.

4.2.9 Comparatif des différents types de zones d'exercice

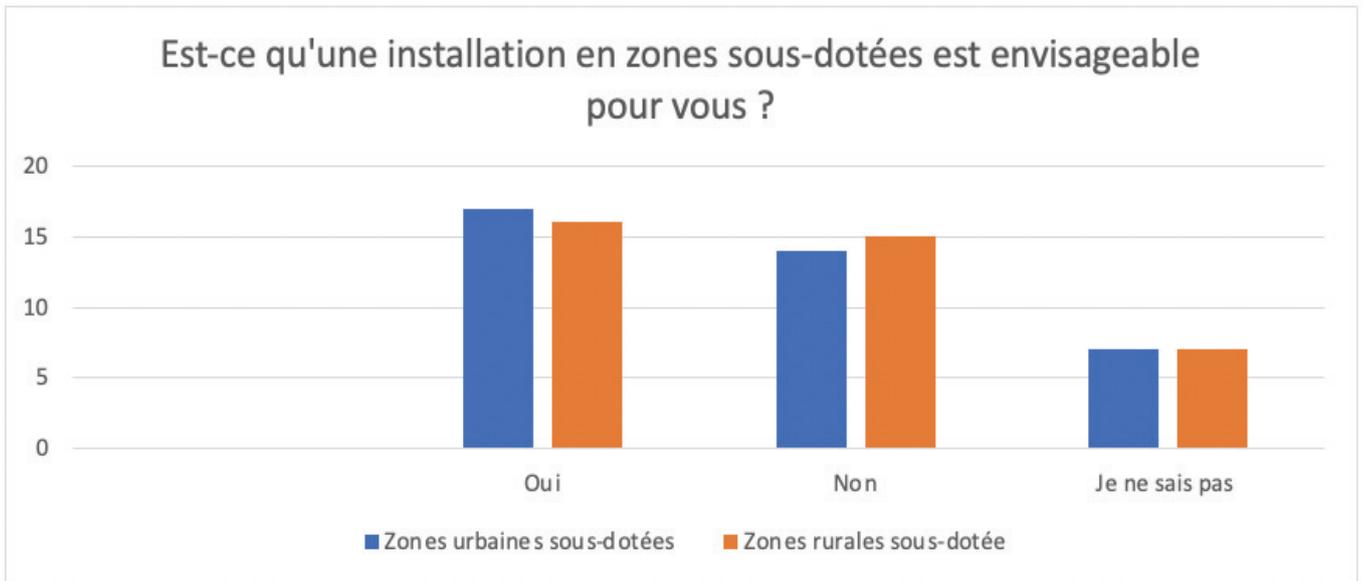


Figure 21 : Histogramme – Comparatif de l'attrait pour les deux types de zones sous-dotées

On constate que la nature de la zone sous-dotée ne semble pas être un critère significatif pour les étudiants interrogés. Ainsi ce n'est pas le caractère rural de certaines zones sous-dotées qui serait la cause principale de la désertification médicale.

4.2.10 Durée d'exercice en zones sous-dotées

Il est aussi important d'évaluer le niveau d'engagement des étudiants vis-à-vis des zones sous-dotées. En effet, si l'installation n'est que très temporaire, elle ne peut avoir d'influence réelle sur le maillage territorial.

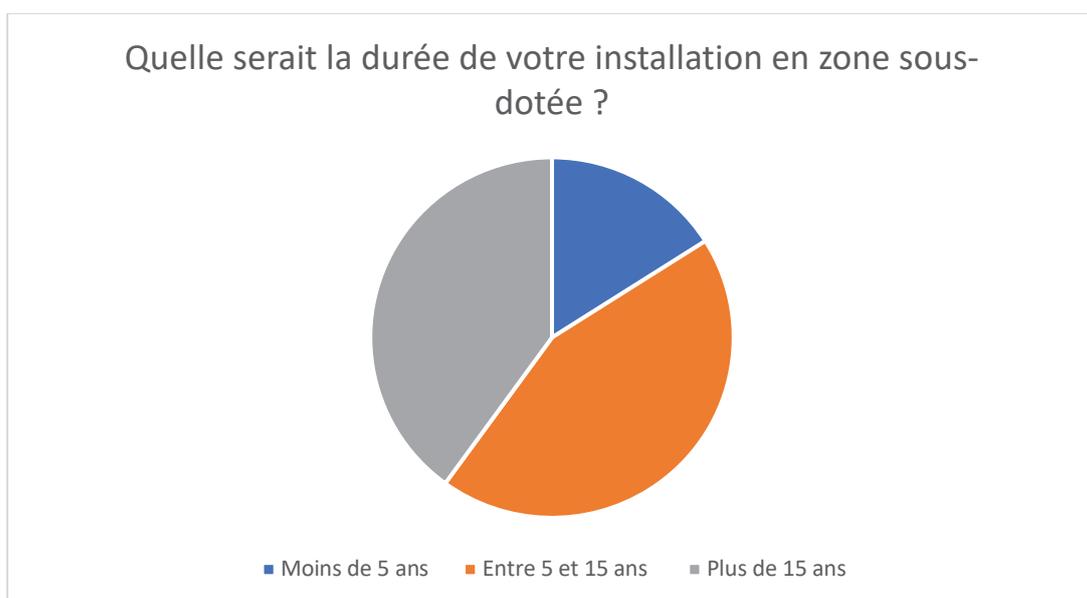


Figure 22 : Secteur - Analyses de la durée d'exercice envisagée en cas d'installation en zones sous-dotées

On constate qu'une majorité d'étudiants envisagerait une installation à moyen et long terme. Cela peut s'expliquer par le fait que le processus d'installation tend à se complexifier et qu'une fois installé, il est difficilement envisageable de changer de projet professionnel.

4.2.11 Motifs d'éloignement des zones sous-dotées

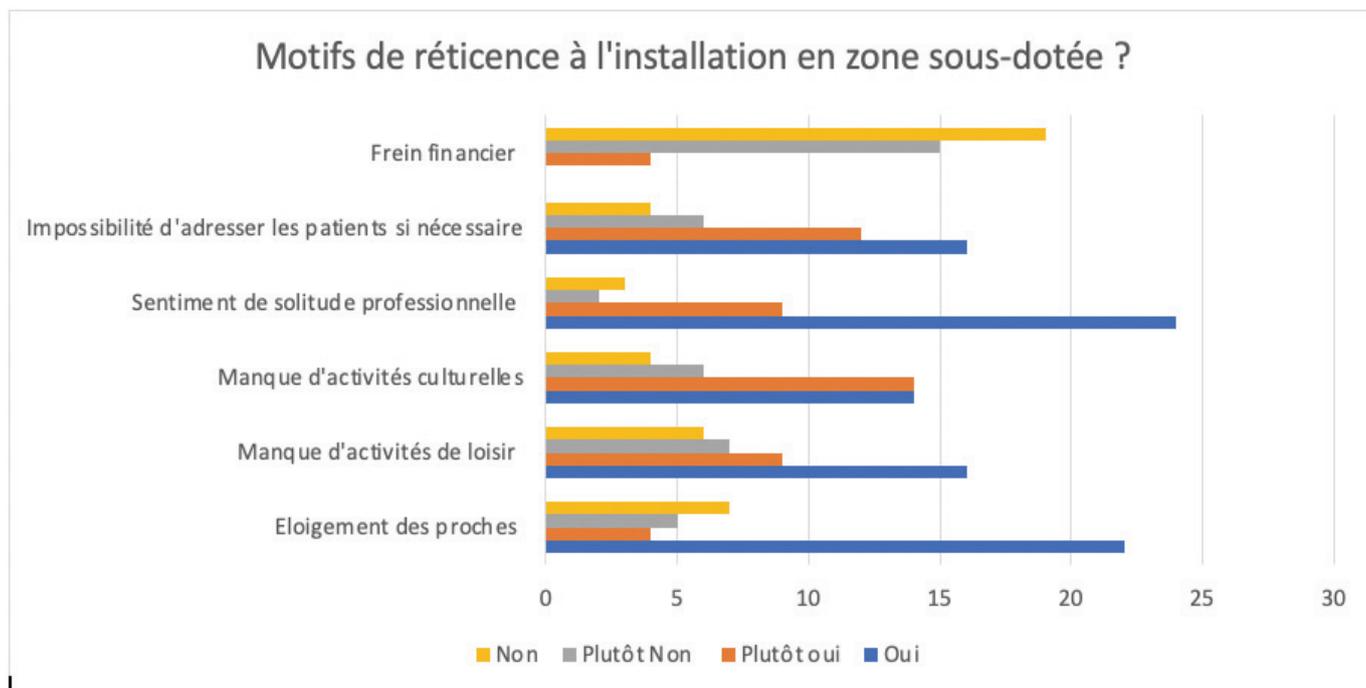


Figure 23 : Graphique en barre - Analyse des facteurs de réticence à l'installation en zone sous-dotée

On remarque que l'éventuelle solitude professionnelle en zone sous-dotée est la cause principale d'inquiétude des étudiants sondés. Une majorité s'inquiète aussi du manque d'activités de loisir et de culture. Enfin, l'éloignement des proches engendré par le déménagement dans une zone où ces derniers ne présenteraient pas d'attache semble aussi jouer un rôle majeur dans leur réticence à s'installer en désert médical.

4.2.12 Influence des mesures mises en place pour limiter la désertification

Seuls deux étudiants au sein de la cohorte ont bénéficié du CESP mais la grande majorité estime qu'il s'agit d'une solution efficace pour repeupler les zones sous-dotées. A noter que 15% ont répondu ne pas savoir si cela pouvait exercer une influence. Il ne semble pas s'agir d'un manque d'information puisque ces derniers ont justifié leur choix comme ceux qui sont convaincus de l'inefficacité de l'engagement. Le taux d'indécis et de réfractaires est de 21% soit 8 étudiants dont les raisons sont explicitées ci-dessous

On constate que la valeur de la rémunération n'est pas la première cause de ce désintérêt. En effet, ce sont la durée de l'engagement et l'incertitude quant à l'éligibilité du territoire d'installation qui interrogent le plus ces étudiants. On notera que 3 des 8 étudiants estiment que ces deux raisons agissent de manière concomitante dans l'échec de la mesure.

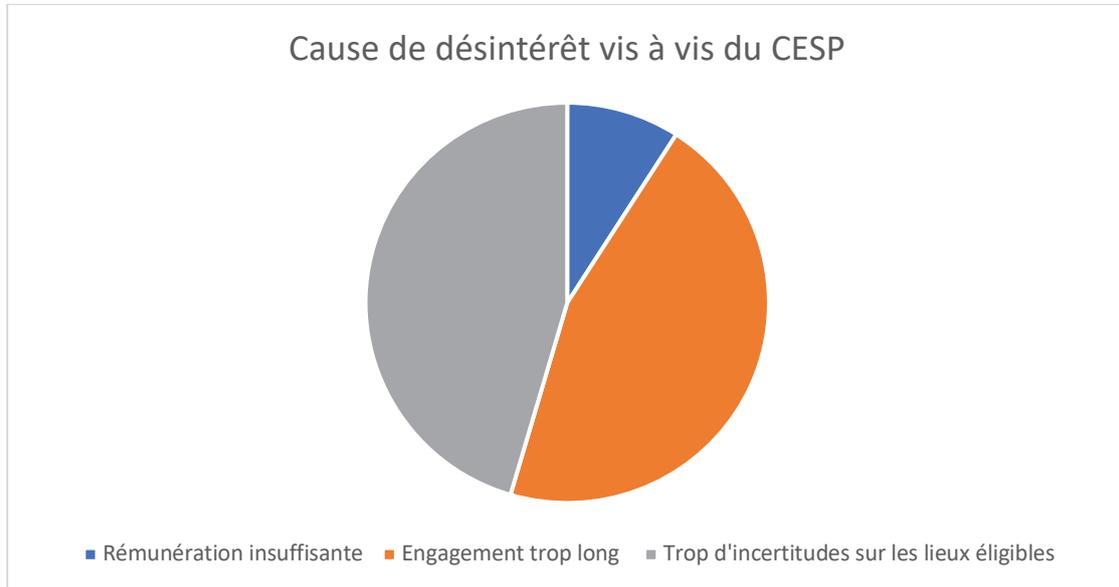


Figure 24 : Secteur - Analyses des facteurs défavorables du contrat d'engagement au service public

Concernant l'influence du stage actif de fin de cursus, on remarque que parmi les réponses obtenues, on remarque qu'aucun étudiant n'a réalisé son stage actif en zone sous-dotée si l'on se réfère à la cartographie de C@rtoSanté. Néanmoins, 3 d'entre eux estiment avoir été influencés par leur stage actif en zone sous-dotée.

4.2.13 Les propositions des étudiants interrogés

La fin du questionnaire proposait, de manière facultative, aux étudiants interrogés, d'argumenter sur les éventuelles solutions qui pourraient participer à une meilleure répartition de la profession sur le territoire. Ces propositions sont donc résumées ci-dessous :

- La nécessité d'un développement des services de proximité en prévision d'un exode urbain des futures générations de praticiens afin que ces derniers bénéficient du même confort de vie.
- Une meilleure information vis-à-vis des zones sous-denses proches de la faculté d'études et des aides relatives à l'installation dans ces dernières.
- Une augmentation des primes
- La mise en place d'une plateforme dédiée aux zones sous-dotées avec les différents postes à pourvoir, la disponibilité en termes de logement ainsi que les différentes structures présentes sur place (hôpitaux, écoles ...)
- Sectorisation de l'installation en fonction du classement en fin d'études
- Stages hospitaliers et/ou actifs de 6^{ème} année dans les zones sous-dotées
- Accès prioritaire et à tarifs avantageux aux formations universitaires pour les étudiants installés en zone-sous dotées
- Promotions des zones sous-denses par l'ARS, les conseils de l'ordre et les praticiens déjà en place dans ces secteurs afin d'expliquer et partager les avantages de leur exercice.
- La possibilité d'un exercice mixte en fin d'études pour les étudiants sensibles aux tensions démographiques de la profession sans avoir à quitter leur ville d'études (contrat d'exercice en temps partiel avec logement fourni)
- Donner aux praticiens en zones sous-dotées une plus grande flexibilité sur le nombre de collaborateurs/associées
- Améliorer la visibilité du CESP et clarifier en amont les zones d'installations possibles.
- Augmentation du numéris apertus régissant l'accès aux études de santé avec une obligation d'installation en fonction du classement.
- Plus de compagnonnage en sortie d'études afin de pouvoir supporter la pression de l'exercice dans les zones sous-dotées et réduire la solitude en début d'exercice.
- Modèle de service civique en groupe d'étudiants dans des structures médicales adaptées pendant une durée de 6 mois à 1 an en fin d'études.

5 Discussion

5.1 **Interprétation des résultats**

5.1.1 L'orientation en Odontologie

Les critères de choix identifiés comme majoritaires montrent une certaine idéologie libérale fondée sur un exercice de la dentisterie flexible, libre et aménageable afin de pouvoir associer vie professionnelle et vie personnelle. Bien qu'elle soit chère aux futurs praticiens, cette liberté d'exercice est mise à mal par les renégociations de la convention d'exercice libéral 2023/2028. C'est un point qui inquiète la grande majorité de la profession étudiants compris, car il rappelle les premières réglementations d'installations des docteurs en Pharmacie qui sont aujourd'hui totalement encadrées par les lois d'urbanisme [43]. Ainsi ne risquons-nous pas de démotiver les praticiens de demain si de prime abord leurs attentes principales se voient contrariées ?

Il se dégage finalement, de la première partie du questionnaire, une mouvance à l'image de la génération actuelle : plus axée sur la liberté, la flexibilité et la passion. L'influence du contexte social ayant totalement changé la dynamique d'appréhension des professions médicales, ces dernières ne sont plus entreprises par besoin financier ou de reconnaissance pour la majorité des étudiants

5.1.2 Comprendre les attentes des chirurgiens-dentistes vis-à-vis de leur exercice

Du questionnaire réalisé se dessine une dynamique d'exercice à l'image des mentalités actuelles. En effet, on constate une volonté de réduire le temps de travail afin de se ménager du temps personnel dédié à la famille ou aux activités extra-professionnelles. En 2000, 50,8 % des praticiens travaillaient entre 5 et 6 jours, contre 45,2 % en 1993 ce qui diffère considérablement des réponses fournies par les étudiants avec un exercice aux alentours de 4 jours par semaine. Les réponses fournies sont cohérentes avec le besoin en activités de divertissement, culturelles et sportives de la zone d'installation. Cette évolution date déjà du rapport de l'ONDPS de 2007 : *Le temps de travail moyen observé parmi les jeunes praticiens interrogés est le plus fréquemment de 4 jours par semaine. En cela, ils diffèrent des dentistes plus âgés qui eux se rappellent avoir travaillé au minimum 5 jours voire 6 jours par semaine au début de leur exercice. Certains continuent d'ailleurs de travailler autant au bout de vingt ans de pratique.* [34] On constate que cette réduction du temps de travail est aussi visible dans les résultats de l'étude avec 97% des étudiants sondés qui envisagent de travailler 3 à 4 jours pleins soit sensiblement le même temps de travail que ce que les jeunes praticiens envisageaient 15 ans plus tôt.

De plus, on ne peut nier l'influence de l'épidémie de Covid-19 durant laquelle les étudiants ont été confinés, dans un schéma professionnel en rupture avec celui des études d'Odontologie et de la profession en général. A cela se rajoute, des connaissances en termes de fiscalité limitées, ce qui génère une certaine angoisse à se lancer dans l'exercice libéral, en tant que chef d'entreprise solitaire. De cela découle une volonté de regroupement afin de partager les frais et l'expérience entre plusieurs professionnels de santé. Or il est d'autant plus difficile de peupler les zones sous-denses en chirurgiens-dentistes si ces derniers ne comptent pas s'installer seuls.

Alors que l'intérêt pour la spécialisation intra-cursus est assez réduit, on constate que les étudiants sondés envisagent de les exercer sans forcément avoir réalisé l'internat adéquat. En effet, comme il avait été décrit précédemment, la durée des études est un facteur qui importe aux étudiants. Ainsi, les prolonger de 3 ou 4 ans n'est donc pas une option envisageable pour la majorité des étudiants interrogés. Ces derniers se tourneraient donc en priorité vers de la formation continue une fois thésés et ce, en parallèle de leur exercice. Ce phénomène est aussi accentué par l'absence d'un cursus spécialisé pour certaines sous-disciplines considérées jusqu'alors comme ingrates et peu populaires telles que l'Endodontie ou l'Odontologie Pédiatrique. Alors que ces dernières trouvent de plus en plus d'adeptes, leur intégration à part entière dans le cycle long est l'un des sujets de la future réforme du 3^{ème} cycle d'Odontologie.

On remarque ainsi une ultra-spécialisation progressive dans l'exercice de la dentisterie. **[33] [36]** En effet l'omnipratique reste majoritaire dans la profession mais les étudiants sondés semblent tout de même vouloir orienter leur activité vers des domaines pour lesquels ils ont une affinité particulière comme en témoignent les 55% des sondés avec une franche préférence pour l'implantologie et la parodontologie

Ce schéma était auparavant assez exceptionnel et concentré dans les grandes villes et tend à se démocratiser en mimant, en somme, le fonctionnement des spécialités médicales. Cela concorde aussi avec la volonté de flexibilité des heures de travail et de liberté d'exercice explicitée auparavant.

On peut s'interroger sur l'impact réel de ces praticiens « spécialisés » dans un maillage territorial mis à mal par les inégalités en termes d'offre de soins. Sont-ils une réponse adéquate à la demande de soins globaux ? Est-il efficace de transposer une dynamique propre aux zones suffisamment dotées aux territoires en manque de professionnels de santé ? L'ONDPS décrivait déjà cette tendance à la spécialisation en 2007 mais uniquement en zone urbaine. **[34]**

On rappelle que le revenu était une priorité des sondés au début de leurs études dans le choix de la filière (97% des sondés). Néanmoins, on constate que ces facteurs économiques une fois mis en rapport avec l'installation en zones sous-dotées ne sont plus une priorité des jeunes chirurgiens-dentistes. On peut donc difficilement les amener à s'installer en zones sous-dotées en utilisant l'argument de la quantité de travail et des bénéfices qui en découlent. En effet, le salaire médian brut d'un chirurgien libéral étant de 5500 euros bruts, ce dernier offre un confort de vie suffisant pour que ces derniers n'aient pas à envisager de sacrifices personnels. **[44]**

Enfin, l'impossibilité de réorienter les patients et la solitude professionnelle sont deux facteurs que les étudiants semblent prendre en compte puisque 87% d'entre eux considèrent qu'il s'agissait d'un motif de réticence à leur installation en zone sous-dotée. Ce point est difficile à régler sans qu'il y ait une modification profonde des autres facteurs afin d'attirer une première génération de professionnels de santé pour motiver ceux pour lesquels la solitude professionnelle est le critère déterminant de non-installation en zone sous-dense. Au-delà de l'absence de confrères, il faut aussi prendre en compte le manque de professionnels avec lesquels le chirurgien-dentiste est habitué à travailler tels que les correspondants (ORL, Radiologue, Orthodontistes) mais aussi les prothésistes, les assistantes dentaires, les secrétaires médicales, les agents d'entretien spécialisé, les réparateurs et fournisseurs de matériel informatique et de soins. Les frais engendrés par la distance avec les interlocuteurs du cabinet dentaire peuvent être décourageant et rattraper rapidement les sommes mise à disposition annuellement via le CAICD2023 et CACD2023. Concernant le recrutement d'assistants dentaires, la profession n'est

pas sujette à une pénurie mais l'exigence du métier fait qu'il est difficile de trouver un binôme de travail avec lequel l'exercice se fait en osmose totale. Cette difficulté est donc accentuée en désert médical où l'offre est considérablement réduite par rapport à une zone non-prioritaire.

En conclusion, on constate que la dynamique d'exercice a changé, mais que ce changement de paradigme a déjà été amorcé par les jeunes praticiens il y a presque 20 ans. Ainsi l'aggravation des disparités territoriales ne peut pas être expliquée par un changement brutal mais plutôt par un manque de recul de certains territoires qui n'ont pas su s'adapter aux attentes des praticiens.

5.1.3 Comprendre les attentes des chirurgiens-dentistes vis-à-vis de leur territoire d'exercice

Les résultats sont à analyser en deux temps afin d'en tirer un maximum d'information. Dans un premier temps les avis catégoriques dans les critères d'installation montrent que la qualité de vie (proximité mer/montagne entre autres), la proximité du cercle familial et amical ainsi que l'opportunité professionnelle recueillent le plus de voix. Néanmoins, pour amener ces résultats à un niveau plus intéressant, l'on peut cumuler les avis compatibles entre eux. De cette manipulation se dégage d'autres critères qui importent aux étudiants comme les services de proximité, les activités culturelles et sportives ainsi que les caractéristiques de la patientèle.

Il faut bien évidemment prendre en compte les facteurs inhérents aux étudiants interrogés. Bien que cela concerne peu d'étudiants (5%), il est important de noter que la constitution d'une famille durant la période des études constitue un fort ancrage au territoire. Il est plus difficile de s'engager dans des zones sous-denses s'il faut, en plus de la planification professionnelle, s'assurer que l'offre vis-à-vis des enfants, du conjoint ou de la famille à charge est suffisante (crèches, collège, lycée, emploi, EHPAD).[40] De plus il a été recensé que 16% des étudiants étaient déjà propriétaires de leur logement ce qui représente aussi un point d'ancrage au site de formation. Il peut être difficilement envisageable, en début de carrière, d'assumer une résidence secondaire et les frais qu'elles engendrerait en venant s'installer en zone sous-dense.

Concernant la nature des actes, on constate une approche différente des soins entre les zones dotées et sous-dotées. Plus centrée sur la prévention et la prise en charge spécialisée dans les zones non-prioritaires et plus axée sur l'urgence et la douleur en zone sous-denses. C'est essentiellement ce qui détermine les caractéristiques de la patientèle, facteur décisif dans le choix du lieu d'installation pour 71% des sondés. Or, l'évolution de la profession tend à mettre en avant une dentisterie conservatrice, esthétique et biomimétique rendant la prise en charge de l'urgence moins attrayante. A cela se rajoute le facteur socio-économique qui ne permet pas de réaliser certains soins spécialisés à une fréquence aussi importante que dans les zones correctement dotées.

Ainsi, la formation initiale forme les étudiants aux techniques d'aujourd'hui et de demain sans que ces derniers aient la possibilité d'exploiter ces connaissances à leur plein potentiel. On rappelle que 31 des 48% de consultation annuelle sont des urgences. Cette dynamique est donc amplifiée dans les zones sous-denses laissant ainsi, peu de place aux nouvelles pratiques et à la prévention. Malheureusement pour assurer une modification de l'approche du soin dentaire, il faudrait qu'il y ait un accès à la prévention et aux rappels d'hygiène bucco-dentaire pour l'ensemble de la patientèle des zones sous-dotées ce qui n'est pas le cas.

La dentisterie est un métier intense pour lequel les temps de repos hebdomadaires sont essentiels afin de pouvoir exercer la profession de manière optimale. Ayant réalisé leur formation dans des grandes villes dans lesquelles, quels que soient les centres d'intérêts, les activités ne manquent pas, la crainte de l'ennui après plusieurs années dans l'effervescence d'une métropole représente un des facteurs de non-installation. C'est donc aux communes, départements et régions concernées par la désertification médicale de faire le nécessaire afin de développer une offre de divertissement qui réponde à la demande générale. Le but n'étant pas de recréer la métropole au sein des zones rurales et urbaines désertées mais seulement d'offrir une gamme plus large d'activités même si ces dernières ne sont pas habituelles pour ces territoires. Il s'agit là de rayonnement territorial à une époque où le flux d'informations est extrêmement dense et facile à exploiter. En effet un évènement majeur peut aujourd'hui être médiatisé par internet et les réseaux sociaux afin de redorer l'image des zones désertées.

Alors que l'information circule perpétuellement, il est essentiel que les zones sujettes à la désertification médicale prennent des mesures à l'image de notre époque et modernisent leurs supports d'information et de communication afin de devenir visibles pour que les futurs praticiens s'y intéressent dans un premier temps afin qu'ils puissent, un jour, envisager de s'y installer.

5.2 Révision du zonage

Comme décrit dans l'introduction, le zonage des chirurgiens-dentistes sur le territoire semble souffrir de son ancienneté et ne permettrait pas de refléter le besoin de santé de la majorité des territoires. Ainsi, une réflexion en profondeur a été engagée lors des négociations de la convention 2023-2028. [10] Bien que signée, cette convention rentrera en application au fur et à mesure ainsi, ce nouveau zonage bien qu'acté ne sera déterminé qu'au premier semestre 2024 et appliqué à partir du 1^{er} janvier 2025.

Le découpage des zones se fait selon un nouvel indicateur TVF (Territoire Vie Santé) qui représente une unité géographique annuelle produite par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en termes d'offre de soins. Ces TVF sont un agrégat de communes pour lesquelles est calculé un indicateur APL (Accessibilité potentielle localisée). Cet indice, une fois mesuré pour chaque commune est agrégé au TVF regroupant ces dernières. Le classement des TVF est ainsi basé sur la moyenne de leur indice APL pondéré par un gradient social intégrant la proportion de patient ALD et détenteur de la C2S. [10]

- Les premiers TVS avec les APL les plus faibles représentant 30% de la population totale sont classés en zones « **très sous dotées** »
- Les TVS avec les APL immédiatement supérieur au précédent et représentant 15% de la population totale sont classés en zone « **sous dotées** »
- Les TVS suivant ces 15% et représentant 35% de la population sont classés en zones « **intermédiaires** »
- Les TVS suivant ces 35% et représentant 15% de la population totale sont classés en zone « **très dotées** »
- Les TVS avec les APL les plus élevés, représentant 5% de la population sont classés en zone **non-prioritaires** pour une partie desquelles une restriction d'installation est envisagée.

On constate un enrichissement important de la méthode de calcul avec une prise en compte de la spécificité de la patientèle ramenée au territoire. Cela répond, entre autres, aux besoins importants en soins spécifiques pour lesquels l'ancien zonage ne fournissait pas d'information.

On regrettera néanmoins l'absence de décomposition de ces ALD ne permettant pas de cibler précisément les populations dont le besoin en soins spécifiques est obligatoire (MDPH entre autres, perte totale d'autonomie).

Le choix d'intégrer la CSS dans le gradient social est cohérent mais présente plusieurs défauts. Bien qu'en recul, le non-recours de la CSS représente encore une portion importante des potentiels bénéficiaires. Ainsi, un biais important se crée dans la détermination du profil social de la TVS qui peut être sous-évaluée. En 2021, le non-recours représentait 48% des potentiels bénéficiaires et 73% pour la CSS payante. **[37]**

Concernant une partie des TVS classées en zone « non-prioritaires », des mesures restrictives d'installation devraient être engagées afin de déporter l'installation de nouveaux cabinets dentaires vers des territoires où le besoin est plus important. La perte progressive de la liberté d'installation est au cœur des débats au sein de la profession et il est encore trop tôt pour prévoir si cette mesure aura un effet réel sur les déserts médicaux. **[38]**

Les avantages de ce nouveau zonage sous forme de TVF :

→ Permet de réduire les biais de l'analyse communale. En effet, on constatait que certaines communes sur-dotées étaient entourées de zones sous dotées et n'offrait donc pas d'avantage lorsqu'un praticien venait s'y installer. Ainsi avec les TVF, c'est la moyenne des APL des différentes communes qui déterminera le caractère prioritaire ou non du TVF.

→ La prise en compte du facteur social. Bien que l'approche soit imparfaite, il sera très utile pour les futurs praticiens de pouvoir considérer ces données afin de réaliser l'analyse budgétaire de manière plus précise et donc s'installer plus facilement et sans incertitude dans les zones prioritaires.

→ La décomposition de l'APL prend en compte le temps travaillé par les praticiens déjà installés. Ainsi, ce nouveau zonage prendra en compte la réduction du temps de travail, passant progressivement de 5 à 6 jours complets à 3 à 4 jours pour la majorité des praticiens. **[34]**

5.3 Renouvellement et amélioration des aides à l'installation

Les aides proposées par les organismes de protection sociales ont aussi été remaniées afin d'être plus attractives. Les conditions sont sensiblement les mêmes et sont détaillées ci-dessous [10]

5.3.1 CAICD2023

	CAICD	CAICD2023
Durée de contrat	5 années d'exercice consécutives	
Rémunération	25000 euros en un versement potentiellement majoré par l'ARS	50000 euros en deux versements de 25 000 euros dans les 30 jours post-signature et durant la 3 ^{ème} année
Temps de travail	Minimum de 50% des jours d'exercice conventionné	Minimum de 2 jours par semaine et majorité de l'exercice conventionné
Cumul	Non cumulable avec CAMCD	Non cumulable avec CAMCD2023

Tableau 5 : Comparaison entre le CAICD et le CAICD2023

5.3.2 CAMCD2023

	CAMCD	CAMCD2023
Durée de contrat	3 années d'exercice consécutives	
Rémunération	3000 euros par an pendant 3 ans (renouvelable) possiblement majoré par l'ARS	4000 euros par an pendant 3 ans (renouvelable)
Temps de travail	Minimum de 50% des jours d'exercice conventionné	Minimum de 2 jours par semaine et majorité de l'exercice conventionné
Cumul	Non cumulable avec CAICD	Non cumulable avec CAICD2023

Tableau 6 : Comparaison entre le CAMCD et le CAMCD2023

On constate essentiellement des modifications monétaires avec une augmentation intéressante des primes allouées. La reformulation du temps de travail est plus claire même s'il est décevant de constater que la mention « d'exercice majoritaire » est maintenue, limitant ainsi le potentiel de ces deux aides. Typiquement, le modèle d'exercice mixte proposé par les étudiants en fin de questionnaire ne rentrerait pas dans le cadre légal de ces deux aides ce qui n'encouragerait pas les jeunes chirurgiens-dentistes à répondre au besoin de santé dans un territoire où l'exercice est plus intense et ce, sans contrepartie.

5.4 Une analyse nationale pour nuancer l'approche des zones sous-dotées

Il sera important de produire une analyse nationale enrichie des réponses étudiées ci-dessus mais aussi celles des étudiants issus des autres facultés. Chaque région, département et ville a une approche différente de la ruralité et de l'urbanisation. Ainsi, il est à prévoir que les étudiants des facultés qui, géographiquement sont plus proches des zones prioritaires seront probablement plus enclins à un exercice en faveur des déserts médicaux. Des analyses régionales peuvent aussi être intéressantes afin qu'à cette échelle les autorités compétentes aient une idée des attentes des étudiants des facultés régionales.

Une compilation des données recueillies permettra de limiter les biais incompressibles imposés au questionnaire tels que le nombre de participants, l'appartenance à un territoire plus ou moins entouré de zones sous-dotées ou lui-même sous doté. Cette compilation permettrait aussi de diversifier les profils « atypiques » tels que les reconversions professionnelles ou les passerelles qui ont pour intérêt d'enrichir le débat d'expériences différentes de celles vécues par les étudiants n'ayant connu qu'un seul parcours professionnel.

L'agrégation de toutes ces données permettrait d'analyser plus finement des points du questionnaire qui n'ont pas pu être traités par manque de réponse ou d'intérêt de la cohorte d'étudiants de la faculté de Marseille, comme l'intérêt pour la Prévention ou l'Industrie.

Comme constaté précédemment, les connaissances en termes de maillage territorial des étudiants interrogés ne sont pas optimales, ce qui biaise leur rapport géographique aux vraies zones sous-denses de la région. Ainsi, avoir la vision des étudiants de facultés situées dans des régions où la tension est plus forte qu'en région Provence Alpes Côte D'Azur permettrait d'obtenir des résultats probablement moins tranchés.

Conclusion

En conclusion, on constate que la désertification médicale est un phénomène multifactoriel pour lequel les demi-mesures entreprises jusqu'à maintenant n'ont pas eu l'effet escompté. Bien que stable, le nombre de chirurgiens-dentistes actifs sur le territoire tend à stagner ce qui, parallèlement à la fracture socio-économique entre les différents territoires français, peut être considéré comme un échec.

Les facteurs jusqu'alors ciblés par les autorités pour favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones sous-denses ne semblent pas, d'après le questionnaire, être les bons ce qui expliquerait leurs effets modestes. Il serait donc intéressant, une fois la compilation des données réalisée, de proposer des solutions plus complètes, plus concrètes et incluant plus de facteurs décisifs chers aux étudiants en voie d'installation. Il est aussi essentiel d'assurer plus de flexibilité quant au cadre des aides déjà mises en place. L'augmentation des primes ne sera pas suffisante pour motiver des étudiants qui n'envisagent pas forcément la majeure partie de leur activité en zone sous-dotée.

Le nombre de chirurgiens-dentistes actifs sur le territoire dépend de plus en plus de l'apport européen en jeunes diplômés pour lesquels aucun contrôle de compétences n'est requis en complément de leur diplôme, alors que leur formation ne semble pas toujours répondre aux cahiers des charges imposés aux étudiants français.[46] De plus, leur installation en France n'est pas régulée en fonction du besoin territorial et n'offre pas forcément un chirurgien-dentiste disponible dans les zones sous-denses où ils seraient le plus efficaces. Il faudrait donc, exploiter l'intérêt que portent les jeunes diplômés étrangers (ou ayant réalisé leurs études à l'étranger) à la France afin de répondre, en partie, aux inégalités d'offre de soins sur le territoire tout en assurant un contrôle rigoureux des acquis dès le début de leur carrière au sein du pays.

Alors qu'un Chirurgien-Dentiste ne peut être titulaire que d'un seul cabinet dentaire, il serait intéressant d'unifier les réglementations relatives aux cabinets secondaires en zones sous-denses tout en assurant le développement de projets d'exercices mixtes sur le modèle de ce qui a été proposé par les étudiants. Cela ne résoudrait pas définitivement le problème mais permettrait de resserrer le maillage territorial et d'offrir des soins aux patients en demande tout en répondant à la thématique de l'isolement des praticiens déjà installés. On rappelle que les étudiants interrogés n'étaient pas, pour la plupart, cantonnés à un seul type d'exercice (libéral ou non). Ainsi de nouveaux statuts pourraient avoir du succès comme le montrent les solutions proposées par les étudiants dans les résultats de l'étude.

Bien que l'orientation principale des futurs étudiants soit un exercice libéral, il est tout de même important de mettre en lumière l'exercice hospitalier qui subit, lui aussi, les conséquences de cette désertification. La généralisation des antennes hospitalières permettrait d'offrir aux étudiants qui le souhaitent, une opportunité de découvrir un site d'exercice jusqu'alors méconnu. Il ne faut pas oublier que l'un des critères principaux retenus par les étudiants interrogés était la liberté d'exercice. Ainsi, si ces mesures doivent être mises en place, il est essentiel qu'elles ne soient pas coercitives. Il est peu probable qu'un étudiant forcé d'exercer là où il ne souhaite pas durant sa formation, y reste après les études, ce qui représenterait finalement une perte pour des territoires boudés par des jeunes praticiens dont la première approche a été forcée.

Face à un problème plurifactoriel ; l'on retrouve finalement tout autant de solutions à expérimenter pour inverser la tendance et évoluer vers une homogénéisation de l'installation des chirurgiens-dentistes sur le territoire français.

Références bibliographiques

- [1] **ONDPS (01/11/2021)**. Démographie des chirurgiens dentiste état des lieux et perspectives. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante> Consulté le 12 juillet 2023.
- [2] **DREES. (11/07/2022)**. Rapport Annuel 2022. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-07/RA2022.pdf> Consulté le 12 juillet 2023.
- [3] **Ministère des Solidarités et de la Santé. (26/06/2023)**. Zones sous-denses en offre de soins : zonage médecin. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin> Consulté le 12 juillet 2023.
- [4] **Vie Publique. (09/09/2022)**. Qu'est-ce qu'un désert médical ? Quelles actions des pouvoirs publics ? Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-queelles-actions-des-pouvoirs-publics> Consulté le 13 Aout 2023.
- [5] **Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (25/05/2021)**. Le parcours d'accès spécifique santé (PASS) et la Licence Accès Santé (LAS), Disponible sur : <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/le-parcours-d-acces-specifique-sante-pass-et-la-licence-acces-sante-las-50951> Consulté le 15 Aout 2023.
- [6] **Sénat. (2022)**. Question écrite n° 00274 de M. Daniel Salmon. Récupéré le 29 septembre 2023, de <https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ220700274.html> Consulté le 21 aout 2023.
- [7] **DRESS (04/2021)**. Accès au soin et pratique de recours. Études sur le vécu des patients. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/DD77_0.pdf Consulté le 21 Aout 2023.
- [8] **CHEVALIER J. (12/06/2018)** « L'inégale répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire français : Étude démographique en région Provence-Alpes-Côte-D'Azur »
- [9] **SOP. (09/2016)**. Les Hypominéralisations Molaires-Incisives : prévalence, étiologie et pratique médicale par K. JEDEON, S. MAUPILE, S. BABAJKO C. NAULIN-IFI. Disponible sur : https://www.sop.asso.fr/admin/documents/ros/ROS0000415/Rev_Odont_Stomat_2016_45_p2_34-250.pdf?v1.1 Consulté le 12 septembre 2023.
- [10] **AMELI (24/09/2023)**. Convention nationale des chirurgiens-dentistes 2023-2028. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/textes-reference/convention/convention-nationale-2023-2028>. Consulté le 12 septembre 2023.
- [11] **AMELI. (24/08/2023)**. Convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023., disponible sur : <https://www.ameli.fr/alpes-maritimes/chirurgien-dentiste/textes-reference/convention/convention-nationale-2018-2023> Consulté le 12 septembre 2023.

[12] L'Étudiant (03/12/2021). "Le gouvernement annonce la création de 8 nouvelles facs d'odontologie à la rentrée 2022." Disponible sur : <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/le-gouvernement-annonce-la-creation-de-8-nouvelles-facs-d-odontologie-a-la-rentree-2022.html> Consulté le 14 septembre 2023.

[13] L'Étudiant (02/09/2022). "Odontologie : le point sur la création des 8 facs annoncées pour la rentrée 2022." Disponible sur : <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/odontologie-le-point-sur-la-creation-des-8-facs-annoncees-pour-la-rentree-2022.html> Consulté le 14 septembre 2023.

[14] Agence Régionale de Santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur. (08/09/2023). Zonages des professionnels de santé libéraux., disponible sur : <https://www.paca.ars.sante.fr/zonages-des-professionnels-de-sante-liberaux-0> Consulté le 17 septembre 2023.

[15] Le Dauphiné Libéré (24/03/2022). "Manque de dentistes dans les Hautes-Alpes : il faut serrer les dents." Disponible sur : <https://www.ledauphine.com/sante/2022/03/24/manque-de-dentistes-dans-les-hautes-alpes-il-faut-serrer-les-dents> Consulté le 19 septembre 2023.

[16] Ministère des Solidarités et de la Santé (27/12/2022). "Le principe du CESP." Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp> Consulté le 3 octobre 2023.

[17] Centre National de Gestion (16/08/2023). "Contrat d'engagement de service public (CESP)." Disponible sur : <https://www.cng.sante.fr/candidats/contrat-dengagement-service-public-cesp/contrat-dengagement-service-public-cesp> Consulté le 3 octobre 2023.

[18] Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (12/05/2023). "Contrat d'engagement de service public (CESP)." Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/contrat-dengagement-de-service-public-cesp> Consulté le 5 octobre 2023.

[19] Vie-publique.fr. (07/12/2021). Qu'est-ce que le renoncement aux soins ? Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/fiches/37862-quest-ce-que-le-renoncement-aux-soins> Consulté le 7 octobre 2023.

[20] Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance (07/04/2023). "Exonérations d'impôts dans les zones d'aides à finalité régionale (ZAFR)." Disponible sur : <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/exonerations-impots-zones-afr-zafr> Consulté le 7 octobre 2023.

[21] Légifrance (30/06/2022). "Aides à finalité régionale." Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046003627?init=true&page=1&query=aides+%C3%A0+finalit%C3%A9+r%C3%A9gionale&searchField=ALL&tab_selection=all Consulté le 7 octobre 2023.

[22] Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance (10/03/2023). "Zones Franches Urbaines (ZFU-TE) : avantages fiscaux." Disponible sur : <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/zones-franches-urbaines-zfu-te-avantages-impots> Consulté le 7 octobre 2023.

[23] Service Public (01/01/2023). "Aides à l'investissement pour les entreprises en zones franches urbaines (ZFU)." Disponible sur : <https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F31149> Consulté le 9 octobre 2023.

[24] URSSAF. (Date de publication non disponible). Les zones franches urbaines (ZFU)., Disponible sur : <https://www.urssaf.fr/portail/home/employeur/beneficier-dune-exoneration/exonerations-ou-aides-a-caracter/les-zones-franches-urbaines-zfu.html> Consulté le 9 octobre 2023.

[25] SIG de la Ville de France (date de publication non disponible) "Zone Franche Urbaine (ZFU)." Disponible sur : <https://sig.ville.gouv.fr/atlas/ZFU> Consulté le 11 octobre 2023.

[26] Observatoire des Territoires (2020). "Zonage : Les Zones de Revitalisation Rurale (ZRR)." Disponible sur : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/kiosque/zonage-les-zones-de-revitalisation-rurale-zrr> Consulté le 11 octobre 2023.

[27] Observatoire des Territoires (2023). "ZRR - Zone de Revitalisation Rurale." Disponible sur : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/zrr-zone-de-revitalisation-rurale-0> Consulté le 11 octobre 2023.

[28] Service Public (10/01/2023). "Exonérations d'impôts en zone de revitalisation rurale (ZRR)." Disponible sur : <https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F31139> Consulté le 11 octobre 2023.

[29] Assurance Maladie. (25/08/2022). Contrat incitatif. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/alpes-maritimes/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/vie-cabinet/contrat-incitatif> Consulté le 13 octobre 2023.

[30] Ameli. (Date de publication non disponible). Fiche thématique sur le CAICD. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/640540/document/fiche-thematique-caicd.pdf> Consulté le 13 octobre 2023.

[31] Ameli. (Date de publication non disponible). Fiche thématique sur le CAMCD. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/640543/document/fiche-thematique-camcd.pdf> Consulté le 13 octobre 2023.

[32] UNCD. (Date de publication non disponible). Aides à l'installation. Disponible sur : <https://www.unecd.com/aides-a-l'installation/#:~:text=Le%20Contrat%20d%27Aide%20au%20Maintien%20des%20Chirurgiens%2DDentistes%20ou,les%20ans%2C%20pendant%203%20ans.> Consulté le 13 octobre 2023.

[32] IFOP. (20/04/2021). Les Français et la géographie [Rapport]. Récupéré de <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-la-geographie/> Consulté le 24 octobre 2023.

[33] Smart Movements. (2002). Enquête sur les troubles musculosquelettiques chez les dentistes. Récupéré de <https://www.smart-movements.com/wp-content/uploads/2020/06/Enquête-TMS-dentistes.pdf> Consulté le 24 octobre 2023.

[34] **ONDPS. (09/2007)**. Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions. Récupéré de https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_metier_de_chirurgien_dentiste_-_caracteristiques_actuelles_et_evolutions.pdf Consulté le 29 octobre 2023.

[35] **Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (24/07/2019)**. Nouvelles conditions d'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. Récupéré de https://services.dgesip.fr/fichiers/Vade-mecum_R1C_20-04-2021_.pdf Consulté le 29 octobre 2023.

[36] **France Assos Santé. (23/03/2017)** "La tendance des chirurgiens-dentistes ultrasécialisés". Récupéré de : <https://www.france-assos-sante.org/2017/03/23/la-tendance-des-chirurgiens-dentistes-ultra-specialises/>. Consulté le 12 novembre 2023.

[37] **Le Média Social. (17/01/2022)**. "Non-recours à la complémentaire santé solidaire : les pistes d'action du CNLE". Récupéré de : https://www.lemediasocial.fr/non-recours-a-la-complementaire-sante-solidaire-les-pistes-d-action-du-cnle_MwV7A7 Consulté le 12 novembre 2023.

[38] **Stromboli Camille pour Le Monde (21/07/2023)** "Déserts médicaux : vers une régulation de l'installation pour les chirurgiens-dentistes." Disponible sur : https://www.lemonde.fr/societe/article/2023/07/21/deserts-medicaux-vers-une-regulation-de-l-installation-pour-les-chirurgiens-dentistes_6182943_3224.html Consulté le 15 novembre 2023.

[39] **CNOP (21/07/2022)** "S'installer - Officine" Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/je-suis-pharmacien-titulaire-d-officine/mon-parcours-et-mes-demarches/s-installer-officine#:~:text=Par%20ailleurs%2C%20lorsqu%27il%20souhaite,4235%2D37%20du%20CSP.> Consulté le 17 novembre 2023.

[40] **Previslima (01/12/2023)** "Médecins, crèches, EHPAD : de nombreuses disparités territoriales en matière d'accès aux soins et de prise en charge tout au long des" Disponible sur : <https://www.previslima.fr/actualite/medecins-creches-ehpad-de-nombreuses-disparites-territoriales-en-matiere-dacces-aux-soins-et-de-prise-en-charge-tout-au-long-des.html> Consulté le 12 décembre 2023

[41] **HAS (2012)** "Simulation en santé - Rapport" Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf. Consulté le 12 décembre 2023

[42] **Information Dentaire. (29/03/2021)**. Démographie : les chirurgiens-dentistes, une profession qui rajeunit, se féminise et se salarise. Information Dentaire. Disponible sur <https://www.information-dentaire.fr/actualites/demographie-les-chirurgiens-dentistes-une-profession-qui-rajeunit-se-feminise-et-se-salarise/#:~:text=«%20Compte%20tenu%20de%20la%20plus,à%2054%25%20des%20hommes%20»> Consulté le 12 décembre 2023

[43] **Union Dentaire. (13/07/2023)**. Fin de la liberté d'installation des chirurgiens-dentistes. Union Dentaire. Disponible sur <https://www.union-dentaire.com/actualite/fin-de-la-liberte-dinstallation-des-chirurgiens-dentistes-5134/> Consulté le 14 décembre 2023

[44] HelloWork. (Date de publication non disponible) « Fiche métier : Dentiste » Disponible sur : <https://www.hellowork.com/frfr/metiers/dentiste.html#:~:text=Le%20salaire%20net%20mensuel%20reçu,500%20euros%20brut%20par%20mois>. Consulté le 5 janvier 2024

[45] Conférence des doyens en Odontologie. (Date de publication non disponible)

[46] Le Monde (17/08/2016) « En Europe, 10% des diplômés en chirurgie-dentaire n'ont jamais soigné un patient » Disponible sur : https://www.lemonde.fr/societe/article/2023/07/21/deserts-medicaux-vers-une-regulation-de-l-installation-pour-les-chirurgiens-dentistes_6182943_3224.html Consulté le 15 janvier 2024

Liste des tableaux

Tableau 1 : Effectif de chirurgiens-dentistes inscrits à l'Ordre dans l'année - Évolution 2013-2021

Tableau 2 : Recours annuel au chirurgien-dentiste en fonction du pays

Tableau 3 : Proportion de patient ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année par tranche d'âge

Tableau 4 : récapitulatif des exonérations possibles lors d'une installation en zone AFR **[20]**

Tableau 5 : Comparaison entre le CAICD et le CAICD2023

Tableau 6 : Comparaison entre le CAMCD et le CAMCD2023

Liste des figures

Figure 1 : Effectifs et densité de chirurgiens-dentistes - Évolution 2012-2021

Figure 2 : Part des chirurgiens-dentistes non diplômés en France - Évolution 2012-2021

Figure 3 : Zonage des chirurgiens-dentistes à l'échelle nationale

Figure 4 : Zonage des chirurgiens-dentistes sur la région Provence- Alpes Côte d'Azur

Figure 5 : Zonage des chirurgiens-dentistes dans les Alpes-Maritimes

Figure 6 : Zonage des chirurgiens-dentistes dans le Var

Figure 7 : Zonage des chirurgiens-dentistes dans les Bouches-du- Rhône

Figure 8 : Graphique circulaire du zonage en chirurgiens-dentistes dans les Bouches-du-Rhône exprimé en pourcentages

Figure 9 : Zonage des chirurgiens-dentistes dans le Vaucluse

Figure 10 : Zonage des chirurgiens-dentistes dans les Alpes-de-Haute-Provence

Figure 11 : Zonage des chirurgiens-dentistes dans les Hautes-Alpes

Figure 12 : Graphique circulaire du zonage en chirurgiens-dentistes dans les Hautes-Alpes exprimé en pourcentages

Figure 13 : Zonage d'aide à finalité régionale à l'échelle nationale

Figure 14 : Carte des zones franche urbaine à l'échelle nationale

Figure 15 : Carte des zones de revitalisation rurale à l'échelle nationale

Figure 16 : Carte des antennes odontologiques à l'échelle nationale

Figure 17 : Graphique en barre - Analyses des facteurs influençant le choix de l'Odontologie en PACES

Figure 18 : Histogramme - Analyses des types d'exercice envisagé en fin d'études

Figure 19 : Graphique en barre cumulé – Analyse du choix du lieu d'exercice

Figure 20 : Barres empilées - Analyses des facteurs influençant le choix du lieu d'exercice

Figure 21 : Histogramme – Comparatif de l'attrait pour les deux types de zones sous-dotées

Figure 22 : Secteur - Analyses de la durée d'exercice envisagée en cas d'installation en zones sous-dotées

Figure 23 : Graphique en barre - Analyse des facteurs de réticence à l'installation en zone sous-dotée

Figure 24 : Secteur - Analyses des facteurs défavorables du contrat d'engagement au service public

Annexes 1 : Questionnaire utilisé

Général

Etes-vous ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

une femme

un homme

Quel âge avez-vous?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Entre 20 et 25 ans

Entre 26 et 30 ans

Plus de 30 ans

Dans quelle faculté avez-vous obtenu votre PACES ?

Facteurs de choix d'orientation professionnelle

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)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Exercer une profession de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indépendance professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexibilité des horaires de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revenus professionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Statut social (prestige de la profession)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sécurité de l'emploi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liberté d'installation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attrait pour la dentisterie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Combinaison des compétences pratiques et théoriques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expérience personnelle de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Études plus courtes que les études médicales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

• Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

Projet professionnel

4 Avez-vous passé le concours de l'internat?

• Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

4 Si oui, quelles spécialités vous intéressaient?

• Cochez la ou les réponses

- ODF
- Chirurgie Orale
- MBD
- Autre :

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

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

• Cochez la ou les réponses

- 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)

Situation familiale

Étes-vous?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- En couple
 Célibataire

Avez-vous des enfants?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
 Non

Étes-vous?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Propriétaire de votre logement
 Locataire
 Logé à titre gratuit

Où avez-vous passé votre jeunesse ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez choisir ...

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

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
 Non

Lieux de stages

Quel est votre lieu de stage hospitalier CHU / Antenne (ville) ?

(Stage clinique en 6e année)

Quel est votre lieu de stage actif (ville + N° de département) ?

Ex: Clermont-Ferrand - 63

Si vous avez réalisé votre stage en zone sous-dotée en chirurgiens-dentistes, cela a-t-il influencé votre projet d'installation ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
 Non
 Je ne souhaite pas répondre

A propos du CESP...

1 Avez-vous bénéficié du CESP ?

1 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

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

1 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

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

1 Cochez la ou les réponses

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

Projet futur

4 À terme, vous souhaiteriez vous installer :

1 Cochez la ou les réponses

- 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
- Autre :

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

• Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

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

4 Avez-vous pour projet :

• Cochez la ou les réponses

- 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
- Autre :

4 Quelle est la région où vous souhaitez exercer ?

Critères de choix du lieu d'exercice

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

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Proximité mer /montagne / qualité de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Services de proximité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proposition de reprise d'activité par un confrère / une consoeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipements culturels et sportifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offre de scolarisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proximité d'un bon réseau de transports	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proximité familiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proximité du cercle amical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attachement au territoire où j'ai grandi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attachement à la ville où j'ai fait mes études supérieures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offre en chirurgiens-dentistes insuffisante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Présence sur le territoire d'autres professionnels de santé (spécialistes en Chirurgie orale, ODF, radiologues...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Présence sur le territoire d'un service d'odontologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Possibilité de créer ou d'intégrer un regroupement de professionnels de santé (mono ou pluriprofessionnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coût de la vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coût de l'immobilier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les caractéristiques de la patientèle ont leur importance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aide à l'installation (fiscale, matérielle, financière)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opportunité personnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opportunité pour mon conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

1 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
 Non

7 Si oui, le(s)quel(s) ?

A propos des zones sous-dotées...

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

1 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

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

1 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

4 Si vous envisagez une installation en zone sous dotée (rurale ou urbaine), pour quelle durée ?

1 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Moins de 5 ans
 Entre 5 et 15 ans
 Plus de 15 ans
 Je n'envisage pas une installation en zone sous-dotée

4 Pour vous, quelle(s) est(sont) la(les) raison(s) pour laquelle (lesquelles) vous n'envisageriez pas d'exercer en zone sous dotée (rurale ou urbaine) ?

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Éloignement de vos proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque d'activités de loisir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque d'activités culturelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiment de solitude professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impossibilité d'« adresser » vos patients si vous vous sentez dépassé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le frein est financier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

1 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

7 Si Oui, de quoi s'agit-il ?

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

1 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

Et vous, qu'en pensez-vous ?

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



Approbation – Improbation

Les opinions émises par les dissertations présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ou improbation de la Faculté de Chirurgie dentaire (1).

Lu et approuvé,

Vu,
Nice, le

Le Président du jury,

Le Doyen de la Faculté de
Chirurgie Dentaire d'UCA

Professeur

Professeur Laurence LUPI

(1) Les exemplaires destinés à la bibliothèque doivent être obligatoirement signés par le Doyen et par le Président du Jury.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de La Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon Devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

MOTIVATIONS, FREINS ET LIMITES À
L'INSTALLATION DES JEUNES CHIRURGIENS-
DENTISTES EN ZONES SOUS-DOTÉES : RÉSULTATS
LOCAUX (AIX-MARSEILLE) D'UNE ENQUÊTE
MULTICENTRIQUE

Thèse : Chirurgie Dentaire, Nice, 2024, n° 42 57 24 07

Directeur de thèse : LUPI Laurence

Mots-clés : chirurgiens-dentistes, Aix-Marseille, questionnaire, zone sous-dotée, aides à l'installation.

Résumé :

Alors que l'espérance de vie et parallèlement la demande en soins tendent à croître, l'offre territoriale en chirurgiens-dentistes, elle, n'évolue pas de concert et des disparités importantes sont observées au sein d'une grande partie du territoire français. Avec 62 praticiens pour 100 000 habitants, la France est loin derrière la moyenne européenne de 74 chirurgiens-dentistes pour le même nombre de résidents. Afin de pallier cette dynamique, l'État français au fil des réformes, a mis en place des leviers de motivation afin d'attirer les jeunes praticiens vers les zones sous-dotées en chirurgiens-dentistes tels que le CESP ou les aides à l'installation. Afin d'évaluer l'influence de ces mises en œuvre et les raisons pour lesquelles les jeunes praticiens vont ou ne vont pas s'installer dans ces déserts médicaux, à la demande de la conférence des doyens, une étude multicentrique sous forme de questionnaire a été mise à disposition des étudiants de plusieurs facultés d'Odontologie, dont les étudiants de 6^{ème} année de la promotion 2021-2022 de la faculté d'Aix-Marseille.

Les résultats ont montré un attrait important pour l'exercice libéral (97% des sondés) ainsi que des attentes relatives à l'indépendance professionnelle, la flexibilité des horaires, le revenu, ainsi que la liberté d'installation dès le début du cursus en Odontologie pour plus de 95% des étudiants interrogés. En parallèle, on constate plusieurs craintes dont l'isolement professionnel, le manque d'activités de culture et de loisirs ainsi que l'éloignement des proches qui rebutteraient les jeunes chirurgiens-dentistes à s'installer en zones sous-dotées.

En conclusion, le questionnaire montre la nécessité de travailler sur le rayonnement des territoires désertés, accroître l'information sur le sujet durant les études, améliorer les aides à l'installation afin d'attirer les jeunes praticiens dans les déserts médicaux.