

**UNIVERSITE DE LILLE**

**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année de soutenance : 2018

N°:

THESE POUR LE  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 17 DECEMBRE 2018

Par Romain ELLERO

Né le 12 01 1992 à Sainte-Adresse (76310) – FRANCE

COOPERATION ENTRE LA FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE LILLE ET LE  
SERVICE D'ODONTOLOGIE DU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE : IMPACTS SUR  
LES TERRITOIRES D'INSTALLATION DES ETUDIANTS

**JURY**

Président :	Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX
Assesseurs :	Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI
	Madame le Docteur Julie BEMER
	<u>Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT</u>
Membre invité :	Madame le Docteur Agnès DEMARE- LECOSSAIS

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens	:	Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	M. DROPSIT

## PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
<b>E. DEVEAUX</b>	Dentisterie Restauratrice Endodontie <b>Doyen de la Faculté</b>
<b>G. PENEL</b>	Responsable du département de <b>Biologie orale</b>

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES :

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Prothèses
<b>F. BOSCHIN</b>	Responsable du Département de <b>Parodontologie</b>
<b>E. BOCQUET</b>	Responsable du Département d' <b>Orthopédie Dento-Faciale</b>
<b>C. CATTEAU</b>	Responsable du Département de <b>Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.</b>
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
<b>C. DELFOSSE</b>	Responsable du Département d' <b>Odontologie Pédiatrique</b>
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
<b>P. HILDELBERT</b>	Responsable du Département de <b>Dentisterie Restauratrice Endodontie</b>
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
G. MAYER	Prothèses
<b>L. NAWROCKI</b>	Responsable du Département de <b>Chirurgie Orale</b> Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
<b>M. SAVIGNAT</b>	Responsable du Département des <b>Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux</b>
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
<b>J. VANDOMME</b>	Responsable du Département de <b>Prothèses</b>

### ***Réglementation de présentation du mémoire de Thèse***

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

# Remerciements

*Aux membres du jury,*

## **Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX**

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Section Réhabilitation Orale*

*Département Dentisterie Restauratrice Endodontie*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille

Habilité à Diriger des Recherches

Membre associé national de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Personne Compétente en Radioprotection

Ancien Président de la Société Française d'Endodontie

Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et votre temps  
accordé à la correction de ce travail.  
Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et veuillez trouver ici l'expression de  
mon profond respect.*

## **Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI**

**Maître de Conférences des Universités- Praticien Hospitalier des CSERD**

*Section Chirurgie orale, parodontologie, Biologie Orale*

*Département Chirurgie Orale*

Docteur en chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille

Maîtrise en Biologie Humaine

Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Chirurgicale

Secrétaire du collège National des Enseignements de Chirurgie orale et Médecine Orale

Vice-Doyen Relations Intérieures et Extérieures de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille

Chef du Service D'Odontologie du CHRU de Lille

Coordonnateur de Diplôme d'Etudes Spécialisées de Chirurgie Orale (Odontologie)

*Pour avoir accepté sans hésiter de siéger dans ce jury,  
pour la qualité de votre enseignement et votre pédagogie,  
je tenais à vous exprimer ma reconnaissance et  
l'expression de mon plus grand respect.*

**Madame le Docteur Julie BEMER**

**Praticien Hospitalier, Odontologiste des Hôpitaux**

*Chef du Service d'Odontologie du Groupe Hospitalier du Havre*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifié en chirurgie orale

Ancien interne en Odontologie

Ancien assistant hospitalo-universitaire

Ancien Praticien de CRLCC, Institut de Cancérologie de Lorraine

Odontologiste des hôpitaux

*Vous m'avez fait l'honneur de siéger dans ce jury et je vous en remercie.  
Pour vos conseils et les connaissances que vous m'avez transmises au cours  
de ces 2 années au Havre.  
Pour votre implication et l'aide apportée à la conduite de ce travail, je tenais à vous  
témoigner toute ma reconnaissance.  
Soyez assurée de mon estime et veuillez trouver ici l'expression de mon profond  
respect.*



## **Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier des CSERD**

*Section Développement, Croissance et Prévention*

*Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en éthique médicale de l'Université Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Ethique, Spécialité éthique médicale et bioéthique – Université Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Santé Publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Maîtrise : Sciences de la vie et de la santé à finalité recherche. Mention méthodes d'analyses et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Diplôme Inter-Universitaire de Pédagogie en sciences de la santé – Université de Rouen-Normandie

Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologie – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

*Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour votre enthousiasme, votre disponibilité  
et votre gentillesse.*

*Vous m'avez fait découvrir le travail d'enquête avec passion et pédagogie, et je suis  
fier d'avoir mené ce travail à vos côtés.*

*Soyez assurée de mon profond respect et de ma plus haute considération.*

## **Madame le Docteur Agnès DEMARE-LECOSSAIS**

**Praticien hospitalier, directrice santé à la communauté d'agglomération havraise**

Docteur en médecine

Ancien assistant aux urgences médico-chirurgicale

Diplôme Inter-Universitaire de médecine du sport – Université de Rouen

Executive Master « Gestion hospitalière et humaine d'un service » – Institut supérieur de communication et de management médical

Diplôme Inter-Universitaire de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique – Faculté de médecine Paris-Sud

Executive Master « Gestion et politiques de santé » - Sciences Po Paris

Formation aux enjeux de l'aménagement et du développement durable des territoires – Institut des hautes études de développement et d'aménagement des territoires en Europe

*Vous avez accepté sans hésiter de siéger dans ce jury malgré la distance et vos obligations et je vous en remercie.*

*Vous avez soutenu la conduite de ce travail et vous compter dans ce jury est un honneur.*

*Je tenais à vous témoigner mon respect et ma plus haute considération.*



# Table des matières

<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>15</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>17</b>
<b>1 Contexte .....</b>	<b>18</b>
1.1 International.....	18
1.1.1 Mesures visant la formation initiale des professionnels de santé.....	19
1.1.2 Mesures visant la régulation de l'accès au marché du travail sur des critères géographiques .....	19
1.1.3 Mesures d'incitation financière à l'installation et au maintien des professionnels de santé .....	20
1.1.4 Mesures visant la mise en œuvre d'organisations novatrices ou de politiques d'aménagement du territoire .....	20
1.2 National .....	21
1.2.1 Pacte territoire santé .....	21
1.2.1.1 Pacte territoire santé 1 .....	22
1.2.1.2 Pacte territoire santé 2 .....	22
1.2.2 Projets du gouvernement français pour l'avenir .....	22
1.2.2.1 Priorité N°1 : renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue .....	23
1.2.2.2 Priorité N°2 : mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances .....	24
1.2.2.3 Priorité N°3 : favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et accrue .....	24
1.2.2.4 Priorité N°4 : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover.....	24
1.2.3 Mesures visant spécifiquement les chirurgiens-dentistes.....	25
1.2.3.1 Contrat d'engagement de service public .....	25
1.2.3.2 Contrat incitatif du chirurgien-dentiste .....	26
1.2.4 Mesures non spécifiques à l'exercice de la chirurgie dentaire .....	29
1.2.4.1 Exemple de dispositif en milieu urbain : les zones franches urbaines-territoire entrepreneur .....	29
1.2.4.2 Exemple de dispositif en milieu rural : les zones de revitalisation rurale.....	30
1.3 Cas du territoire de la communauté d'agglomération havraise.....	31
1.3.1 Territoire d'intérêt.....	31
1.3.1.1 Secteurs d'activités.....	31
1.3.1.2 Culture.....	32
1.3.2 Démographie.....	33
1.3.2.1 Population .....	33
1.3.2.2 Démographie professionnelle .....	33
1.3.3 Mesures visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé à l'échelle locale mises en place par la Communauté d'agglomération havraise .....	34
1.3.4 Service d'odontologie du Groupe Hospitalier du Havre.....	36
1.3.4.1 Contexte .....	36

1.3.4.2	Acteurs .....	37
1.3.4.3	Convention cadre relative à l'accueil des étudiants hospitaliers en odontologie .....	37
1.3.4.4	Structure .....	39
1.3.4.5	Objectifs du service .....	40
1.3.4.6	Activité clinique du service .....	41
1.4	Objectifs de l'étude .....	42
<b>2</b>	<b>Matériels et méthodes .....</b>	<b>43</b>
2.1	Type d'étude .....	43
2.2	Population d'étude .....	43
2.3	Recueil des données .....	44
2.3.1	Courriel de sollicitation à l'enquête .....	45
2.3.2	Guide d'entretien .....	45
2.3.3	Annexe au guide d'entretien .....	46
2.3.4	Guide d'entretien personnel .....	47
2.3.4.1	Première partie .....	47
2.3.4.2	Deuxième partie .....	47
2.4	Modalités administratives et légales .....	49
2.5	Analyse des données .....	49
2.5.1	Analyse quantitative .....	49
2.5.2	Analyse qualitative .....	50
<b>3</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>51</b>
3.1	Caractéristiques de la population d'étude .....	51
3.1.1	Caractéristiques personnelles .....	51
3.1.2	Caractéristiques liées à la formation initiale en odontologie .....	53
3.1.3	Caractéristiques professionnelles de la population d'étude .....	56
3.1.3.1	Caractéristiques générales .....	56
3.1.3.1.1	Population considérée comme installée .....	56
3.1.3.1.2	Population considérée comme non installée .....	57
3.1.3.2	Facteurs influençant le choix du territoire d'exercice professionnel .....	59
3.1.4	Bilan global de l'expérience au sein de l'agglomération havraise .....	60
3.2	Influence, connaissances et représentations des mesures visant à améliorer la répartition des professionnels de santé sur les territoires .....	62
3.2.1	Influence et connaissances .....	62
3.2.2	Représentations .....	64
3.2.2.1	Mesures visant les étudiants en formation initiale .....	64
3.2.2.2	Mesures visant à encourager l'installation et le maintien des professionnels de santé en zones sous-denses (mesures de type incitatif) .....	66
3.2.2.3	Mesures visant la régulation de l'accès au marché du travail sur des critères géographiques (mesures de type coercitif) .....	68
3.2.2.4	Mesures visant à faciliter l'installation des professionnels de santé (mesures de facilitation) .....	70
<b>4</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>72</b>
4.1	Intérêts et limites de l'étude .....	72
4.1.1	Intérêts .....	72
4.1.2	Limites méthodologiques .....	73
4.2	Discussion des résultats .....	74
4.3	Propositions pour une meilleure répartition géographique des chirurgiens-dentistes .....	80
4.3.1	A l'échelle du territoire d'intérêt : renforcer les liens entre les étudiants en odontologie et les praticiens de ville et adapter les structures existantes à un exercice de groupe .....	80

4.3.2 A l'échelle nationale : améliorer la communication des pouvoirs publics et des instances ordinales sur les mesures d'aides à l'installation en vigueur.. 82

<b>Conclusion</b> .....	<b>84</b>
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>85</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>91</b>
Annexe 1 : Convention cadre relative à l'accueil des étudiants hospitaliers en odontologie.....	91
Annexe 2 : Courriel de sollicitation à l'enquête.....	100
Annexe 3 : Guide d'entretien.....	102
Annexe 4 : Annexe au guide d'entretien.....	103
Annexe 5 : Guide d'entretien personnel .....	105
Annexe 6 : Déclaration CNIL.....	110

## Liste des abréviations

ARS : Agence régionale de santé

ASPBD : Société française des acteurs de la santé publique bucco-dentaire

ASR : Assistant régional de santé

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CDOCD : Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes

CESP : Contrat d'engagement de service public

CHR : Centre hospitalier régional

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CICD : Contrat incitatif du chirurgien-dentiste

CLS : Contrats locaux de santé

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNG : Centre national de gestion

CODAH : Communauté d'agglomération havraise

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CROCD : Conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes

DES : Diplôme d'études spécialisées

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GHH : Groupe hospitalier du Havre

HPST : hôpital, patients, santé, territoires

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

ISNAR-IMG : Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

MEOPA : Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONCD : Ordre national des chirurgiens-dentistes

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

ORS : Observatoire régional de la santé

PACES : Première année commune aux études de santé

PTS : Pacte territoire santé

QPV : Quartier prioritaire de la ville

SROMS : Schéma régional d'organisation médico-sociale

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

SRS : Schéma régional de santé

UNESCO : Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

ZFU-TE : Zone franche urbaine-territoire entrepreneur

ZRR : Zone de revitalisation rurale



## Introduction

Depuis le 2 janvier 2012, le service d'odontologie du groupe hospitalier du Havre (GHH) offre la possibilité aux étudiants en formation initiale au sein de la faculté d'odontologie de Lille de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année, ainsi qu'aux internes en médecine bucco-dentaire et en chirurgie orale (filiales odontologie et médecine) de poursuivre voire de terminer leur formation clinique à l'hôpital Gustave Flaubert du Havre. Ce service est né d'une collaboration entre le GHH, la communauté d'agglomération havraise (CODAH), la coordination des chirurgiens dentistes libéraux du Havre, l'Université de Lille (université de Lille 2 au moment de la création), le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille et la faculté d'odontologie de Lille, dans un territoire souffrant d'une pénurie en chirurgiens dentistes.

Le service d'odontologie du GHH répond à trois objectifs majeurs :

- un objectif pédagogique par la formation pluridisciplinaire offerte aux étudiants qu'il accueille,
- un objectif de santé publique par l'élargissement de l'offre de soins dans un bassin de population où la démographie des chirurgiens-dentistes et la dynamique d'installation sont insuffisantes,
- un objectif de politique de santé par la promotion de l'installation dans ce territoire des étudiants ayant effectué une partie de leur formation dans cette structure.

Au moment de l'étude, trente-trois personnes ayant effectué une partie de leur formation au sein du service d'odontologie du GHH avaient terminé leur formation initiale clinique. Afin de déterminer si ces praticiens se sont installés dans le territoire de la CODAH ainsi que les facteurs influençant leur choix de territoire d'installation, une enquête par entretiens semi-directifs auprès de l'ensemble de ces personnes a été conduite. Cette étude avait pour objectifs, de déterminer si ces praticiens s'étaient installés sur le territoire d'intérêt et de mieux comprendre ce qui conditionnait ces choix, afin de proposer des pistes d'évolution de cette collaboration, voire d'impliquer des acteurs complémentaires. Le mémoire suivra un plan en 4 parties : une 1<sup>ère</sup> présentera quelques éléments de contexte, une 2<sup>e</sup> décrira la méthodologie utilisée, une 3<sup>e</sup> rapportera les résultats et enfin un dernier chapitre proposera une discussion et des perspectives.

# 1 Contexte

## 1.1 International

L'un des enjeux majeurs des politiques de santé des pays dits développés consiste à garantir une égale accessibilité aux soins sur leur territoire (Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2006) [47]. L'objectif des systèmes de santé est alors d'assurer un niveau d'offre adéquat ainsi qu'une répartition la plus égalitaire possible de cette offre [11].

A ce sujet, 3 problématiques sont essentiellement évoquées dans la littérature internationale [11] :

- la pénurie de professionnels de santé,
- l'inégale répartition des spécialités médicales et paramédicales en fonction des besoins des populations,
- l'inégale répartition géographique des professionnels de santé.

Dans le but d'améliorer la répartition géographique des professionnels de santé et ainsi d'obtenir une offre de soins adéquate dans les territoires, les états adoptent des politiques diverses.

Quatre politiques spécifiques sont principalement identifiées à l'échelle internationale, elles concernent [11] :

- la formation initiale des professionnels de santé,
- la régulation de l'accès au marché du travail sur des critères géographiques,
- l'encouragement à l'installation et au maintien des professionnels de santé dans les zones sous-denses,
- la mise en œuvre d'organisations novatrices ou de politiques d'aménagement du territoire.

Ces politiques de santé conduisent à la mise en œuvre de mesures de deux natures très différentes du point de vue conceptuel selon qu'elles sont incitatives ou coercitives à l'égard des professionnels de santé.

Dans les chapitres suivants (1.1.1 à 1.1.4), différents exemples de mesures, parmi les plus souvent rapportés dans la littérature internationale, sont exposés. Ils se centrent néanmoins sur les initiatives prises dans des pays étrangers et ne présentent pas un caractère exhaustif.

### **1.1.1 Mesures visant la formation initiale des professionnels de santé**

La littérature scientifique recense diverses mesures dont les plus fréquemment rapportées relèvent d'une nature incitative [11] :

- l'augmentation des effectifs globaux de professionnels de santé formés, dans une optique de saturation de l'offre et d'exacerbation de la concurrence dans les zones attractives (mesures notamment prises aux Etats-Unis [21], au Royaume-Uni et au Canada),
- des réformes visant la formation initiale des professionnels de santé avec un recrutement privilégié des étudiants les plus à même d'exercer dans des zones sous-denses comme par exemple des étudiants originaires de ces zones identifiées, ou en adaptant la formation des étudiants aux particularités d'exercice dans ces zones (c'est le cas notamment de certains pays anglo-saxons),
- des aides financières à la formation, sous forme de bourses d'études ou de prêts à des conditions préférentielles pour les futurs praticiens qui choisiront d'exercer dans des zones considérées comme sous-denses [49].

### **1.1.2 Mesures visant la régulation de l'accès au marché du travail sur des critères géographiques**

Des mesures coercitives ont été prises dans de nombreux pays étrangers, notamment des politiques de coercition administrative à l'installation des professionnels de santé [11] :

- limitant le nombre de professionnels autorisés à s'installer dans des zones sur-denses (notamment au Royaume-Uni, en Allemagne, en Autriche ou en France pour la profession de pharmacien, soumise à une régulation en

termes de création, transfert ou regroupement d'offices basé sur des critères démographiques [5]),

- contraignant les professionnels de nationalité étrangère au pays d'exercice à exercer et/ou à s'installer dans des territoires considérés comme sous-denses. Tel est le cas aux Etats-Unis, en Australie ou au Canada. Selon les pays, la durée d'obligation de service diffère.

### **1.1.3 Mesures d'incitation financière à l'installation et au maintien des professionnels de santé**

Des politiques incitatives ont également été mises en place dans de nombreux pays telles que des mesures visant [11] :

- la majoration de la rémunération des professionnels exerçant dans des zones sous-denses, pouvant être associée à une diminution ou un plafonnement de la rémunération dans des zones saturées (c'est le cas dans la Province Canadienne du Québec [29], au Royaume-Uni, ou en Australie),
- le financement des investissements relatifs à l'installation et au maintien de l'activité des professionnels en zones sous-denses (par exemple les Etats-Unis [13]).

### **1.1.4 Mesures visant la mise en œuvre d'organisations novatrices ou de politiques d'aménagement du territoire**

Plus récemment des mesures visant à améliorer la coordination entre les différents acteurs de santé (par exemple par le regroupement ou par la mise en réseau des professionnels) et facilitant l'accès des patients à des professionnels de santé (par exemple par le développement de la télémédecine) sont en vigueur ou à l'étude dans plusieurs pays dits développés. L'usage de la télémédecine s'applique dans de nombreux pays comme les Etats-Unis, l'Australie ou le Canada [31]. En France la généralisation de la téléconsultation est très récente car effective sur l'ensemble du territoire national depuis le 15 septembre 2018 [43,58].

En avril 2016, l'OMS a publié un projet intitulé « Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030 », réaffirmant « la priorité de faire coïncider

l'investissement dans les ressources humaines pour la santé avec les besoins actuels et futurs de la population et les systèmes de santé » [48].

## **1.2 National**

La France, comme tous les pays dits développés est confrontée à un problème d'inégale répartition géographique des professionnels de santé.

Dans le but de l'améliorer sur le territoire national, les pouvoirs publics ont élaboré et pris plusieurs dispositions visant à favoriser l'installation des professionnels de santé, dans des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée. Ces mesures se présentent sous différentes formes et peuvent être mises en œuvre au niveau national, ou décidées et appliquées localement. Ces mesures peuvent être de nature incitative ou coercitive, et ciblent des catégories de professionnels de santé en particulier.

Dans ce chapitre 1.2, il sera traité des mesures et des dispositions adoptées à l'échelle nationale.

### **1.2.1 Pacte territoire santé**

Le pacte territoire santé (PTS), décrit dans l'article L1434-14 du Code de la santé publique [59], a été mis en place par le gouvernement français en 2012.

Il a pour objet l'amélioration de l'accès aux soins de proximité, en tout point du territoire national [30,59]. Le PTS rassemble des mesures, dispositions et engagements visant notamment à promouvoir :

- la formation et l'installation des professionnels de santé,
- la création de centres de santé, en fonction des besoins des territoires,
- l'accompagnement dans l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé [59].

Le premier volet du pacte, le pacte territoire santé 1 (PTS 1), a concerné les mesures, engagements et dispositions pris pour la période 2012-2015. Son deuxième volet, le pacte territoire santé 2 (PTS2), a couvert les années 2015-2017.

### **1.2.1.1 Pacte territoire santé 1**

Le premier volet du PTS, en vigueur pour la période 2012-2015, comportait 12 engagements s'articulant autour de 3 objectifs [25] :

- 1<sup>er</sup> objectif : changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins,
- 2<sup>e</sup> objectif : transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé,
- 3<sup>e</sup> objectif : investir dans les territoires isolés.

Le PTS 1 devait permettre d'atteindre le nombre de 1500 contrats d'engagement de service public (CESP) d'ici 2017, ou encore de conforter la création de centres de santé pluridisciplinaires. Le PTS 2, mis en place en 2015, en a constitué la continuité.

### **1.2.1.2 Pacte territoire santé 2**

Le deuxième volet du PTS, en vigueur pour la période 2015-2017, s'est décliné en 10 engagements articulés autour de 2 objectifs [24] :

- 1<sup>er</sup> objectif : pérenniser et amplifier les actions menées depuis le PTS 1,
- 2<sup>e</sup> objectif : innover pour mieux s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires :
  - par la formation, avec notamment l'augmentation ciblée du numérus clausus régional pour l'accès aux études de santé,
  - mais aussi dans les territoires, avec par exemple l'engagement de favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients atteints de maladies chroniques et pour les soins urgents.

## **1.2.2 Projets du gouvernement français pour l'avenir**

Le 13 octobre 2017, le Ministère des solidarités et de la santé a publié un dossier de presse intitulé « Renforcer l'accès territorial aux soins » [44], qui présentait l'approche retenue par le gouvernement pour lutter contre l'inégale répartition géographique des professionnels de santé en France, et ainsi permettre un égal accès aux soins en tout point du territoire national.

Les mesures envisagées s'articulent autour de 4 priorités ci-après précisées [44].

### **1.2.2.1 Priorité N°1 : renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue**

La 1<sup>ère</sup> priorité contient 9 dispositions visant à augmenter la présence des professionnels de santé dans les zones à faible densité médicale [44] :

- 1<sup>ère</sup> disposition : aider à l'installation et à l'exercice des médecins dans les zones en tension. Elle prévoit la mise en place de nouvelles aides conventionnelles, ainsi qu'un travail sur le zonage et son élargissement à de nouveaux territoires,
- 2<sup>e</sup> disposition : faciliter le cumul emploi/retraite des médecins libéraux pour maintenir des médecins sur le territoire,
- 3<sup>e</sup> disposition : développer des consultations avancées, élargissant le droit aux médecins d'exercer dans plusieurs territoires,
- 4<sup>e</sup> disposition : créer des postes « d'assistants partagés » entre la ville et l'hôpital,
- 5<sup>e</sup> disposition : généraliser le contrat de médecin adjoint, initialement accordé aux jeunes médecins venant renforcer la présence soignante pour faire face à l'afflux d'activité de façon temporaire, et élargi aux zones considérées comme sous-denses,
- 6<sup>e</sup> disposition : favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé en formation,
- 7<sup>e</sup> disposition : faciliter le remplacement et l'exercice mixte (salarier/libéral), en permettant aux professionnels de santé de ne souscrire qu'à un seul régime,
- 8<sup>e</sup> disposition : développer les coopérations entre les professionnels de santé afin de rendre un meilleur service à la population, en diffusant notamment de nouveaux protocoles de coopération simplifiés,
- 9<sup>e</sup> disposition : organiser la contribution des centres médicaux des armées, en permettant aux professionnels de santé militaires d'exercer dans des établissements de santé publics.

### **1.2.2.2 Priorité N°2 : mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances**

Cette priorité comporte 3 dispositions, concernant le développement de la télémédecine, et l'aide du numérique pour faciliter la communication entre professionnels, ou entre professionnels et patients, comprenant [44] :

- l'inscription de la télémédecine dans le droit dès 2018, avec des négociations conventionnelles visant à fixer le prix des téléconsultations,
- l'accompagnement de l'équipement des établissements de santé en matériel permettant la téléconsultation,
- l'émergence des territoires digitaux, en développant notamment des compatibilités entre les logiciels des différents acteurs de soins et généralisant les possibilités de prises de rendez-vous en ligne.

### **1.2.2.3 Priorité N°3 : favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et accrue**

Ce point comporte 3 dispositions prévoyant de soutenir le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles [44] :

- en augmentant significativement leur nombre,
- en prévoyant la garantie d'une réponse aux demandes de soins non programmées aux heures d'ouverture des cabinets, dans le but de diminuer le recours aux services hospitaliers d'urgence,
- en créant un guichet unique d'information et d'orientation pour l'exercice des professionnels de santé, par un seul organisme dédié.

### **1.2.2.4 Priorité N°4 : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover**

Ce dernier point prévoit un soutien et une collaboration des institutions et des élus des territoires pour la création de structures de santé en fonction des besoins des territoires, avec notamment les contrats locaux de santé<sup>1</sup> (CLS) [44].

---

<sup>1</sup> Les CLS participent à la construction des dynamiques territoriales de santé. Ils permettent la rencontre du projet porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations, avec par exemple le développement des soins de proximité dans les zones rurales isolées et les quartiers défavorisés [52].



### **1.2.3 Mesures visant spécifiquement les chirurgiens-dentistes**

Les chirurgiens dentistes sont concernés par différentes mesures visant à améliorer leur répartition géographique. A l'échelle nationale, 2 mesures incitatives sont actuellement en vigueur pour favoriser l'installation des chirurgiens dentistes dans les territoires considérés comme sous-denses. D'autres mesures, non spécifiques au domaine de la santé, peuvent aussi s'appliquer à l'exercice libéral de la chirurgie dentaire.

#### **1.2.3.1 Contrat d'engagement de service public**

Créé par la loi portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi dite HPST) du 21 janvier 2009, le contrat d'engagement de service public (CESP) propose aux étudiants et internes en médecine une allocation mensuelle de 1200 euros brut imposable, durant toute la durée de leurs études [60].

Ce dispositif a été ouvert aux étudiants en odontologie depuis la rentrée universitaire 2013-2014 par le décret n° 2013-735 du 14 août 2013 relatif au CESP durant les études odontologiques [61]. Il peut être souscrit à l'issue des épreuves de classement de fin de première année ou ultérieurement au cours des études. La prise de fonction d'interne en odontologie entraîne la suspension automatique de ce contrat [61].

Cette aide financière est une mesure incitative ayant pour objectif de favoriser l'installation des chirurgiens dentistes dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins [62].

L'article L632-6 du Code de l'éducation définit ce contrat ouvrant droit à des rémunérations auxquelles les étudiants peuvent prétendre, sous forme d'une allocation mensuelle [63]. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation, dans les lieux définis au préalable [63], et ceci pour une durée égale à celle du versement de l'allocation, et ne pouvant être inférieure à 2 ans.

Les lieux d'exercice proposés pour ce contrat sont redéfinis à chaque nouvelle rentrée universitaire. Ils se situent dans des zones caractérisées par une offre de soins bucco-dentaires insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, identifiées

dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) appelés depuis 2018 schémas régionaux de santé (SRS)<sup>2</sup>.

Les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) communiquent alors annuellement au directeur général du centre national de gestion (CNG) les lieux d'exercice de leur ressort susceptibles d'être proposés aux signataires [61].

Ce contrat est soumis, en termes de nombre de postes à pourvoir, à des plafonds régionaux annuels. La sélection des étudiants souhaitant souscrire au contrat repose sur le mérite. Elle est confiée à une commission de sélection constituée dans chaque unité de formation, suivie d'un entretien individuel du candidat [61].

Les candidats sélectionnés s'engagent contractuellement auprès du directeur général du CNG qui versera cette allocation pendant la durée du contrat [64].

### **1.2.3.2 Contrat incitatif du chirurgien-dentiste**

Prévu par l'Avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux signée le 16 avril 2012, le contrat incitatif du chirurgien-dentiste (CICD) vise à favoriser l'installation et le maintien des chirurgiens dentistes libéraux conventionnés dans des zones « très sous-dotées » [6] selon le zonage conventionnel des chirurgiens dentistes.

Applicable depuis le 1<sup>er</sup> février 2013 [6], cette mesure conventionnelle que constitue le CICD, signée entre les caisses primaires d'assurance maladie et les chirurgiens dentistes libéraux conventionnés, pour une durée de trois ou cinq ans, est destinée à favoriser l'installation et le maintien de praticiens en zone considérée comme « très sous-dotée » [65].

Tout chirurgien dentiste désirant s'installer ainsi que ceux déjà installés en zone « très sous-dotée » sont éligibles à l'option, sous réserve qu'ils soient conventionnés. Différents types d'exercice sont possibles dans le cadre de cette option, qu'il s'agisse d'un exercice de groupe ou individuel [65].

---

<sup>2</sup> Le SRS, désormais unique, est établi pour 5 ans, sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Il fusionne les SROS et les schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) [2].

Pour les professionnels déjà installés souhaitant souscrire au contrat, les avantages conférés par cette mesure incitative portent sur une participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations dues au titre des allocations familiales, en application de l'article L. 242-11 du Code de la sécurité sociale [66]. Cette participation des caisses est assise sur la totalité du revenu lié à l'activité conventionnée du chirurgien dentiste. Elle correspond à 5,4% de ce montant, et vaut pour une période de 3 ans correspondant à la durée du contrat pour les professionnels déjà installés dans la zone.

Pour inciter les professionnels souhaitant s'installer dans une zone concernée, l'assurance maladie offre, en plus de la participation des caisses d'assurances maladies aux cotisations dues au titre des allocations familiales pour une période de 3 ans (comme évoqué ci-dessus), une participation financière à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (équipement, fauteuil...) à hauteur de 15 000 euros, versés à compter de la signature du contrat et couvrant la participation de l'assurance maladie à l'installation du professionnel sur une période de 5 ans correspondant à la durée du contrat pour les professionnels souhaitant être nouvellement conventionnés pour exercer dans cette zone [65].

En contrepartie, l'adhésion à l'option est soumise à des engagements de la part du chirurgien dentiste. Ce dernier s'engage à avoir un taux de télétransmission en SESAM-Vitale supérieur ou égal à 70%, à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à titre principal auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée » pendant toute la durée du contrat, quel que soit le cas de figure (3 ou 5 ans), et à informer annuellement la caisse sur son activité, via une fiche mentionnée dans l'Avenant n°2 de la Convention nationale des chirurgiens dentistes [65].

Les territoires offrant une éligibilité à cette mesure sont définis en fonction du zonage conventionnel, créé dans l'objectif de mieux répartir l'offre de soins en améliorant la répartition géographique des professionnels de santé. Ce zonage concerne 6 professions : 3 médicales (médecins, chirurgiens dentistes et sages-femmes) ainsi que 3 paramédicales (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes). Il repose sur des avenants conventionnels négociés et signés entre les différents syndicats professionnels et l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

L'arrêté du 28 mai 2013 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2011 modifié relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-

7 du Code de la santé publique [67] en définit les contours. C'est la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui a procédé, pour l'ensemble du territoire national à un classement du territoire en 5 zones de dotation : sur-dotée, très dotée, intermédiaire, sous-dotée, et très sous-dotée, selon une méthodologie propre à chaque profession.

Pour les chirurgiens-dentistes, le zonage conventionnel repose sur l'Avenant n°2 à la convention nationale des chirurgiens dentistes datant de 2012 [65] (Figure 1)<sup>3</sup>.

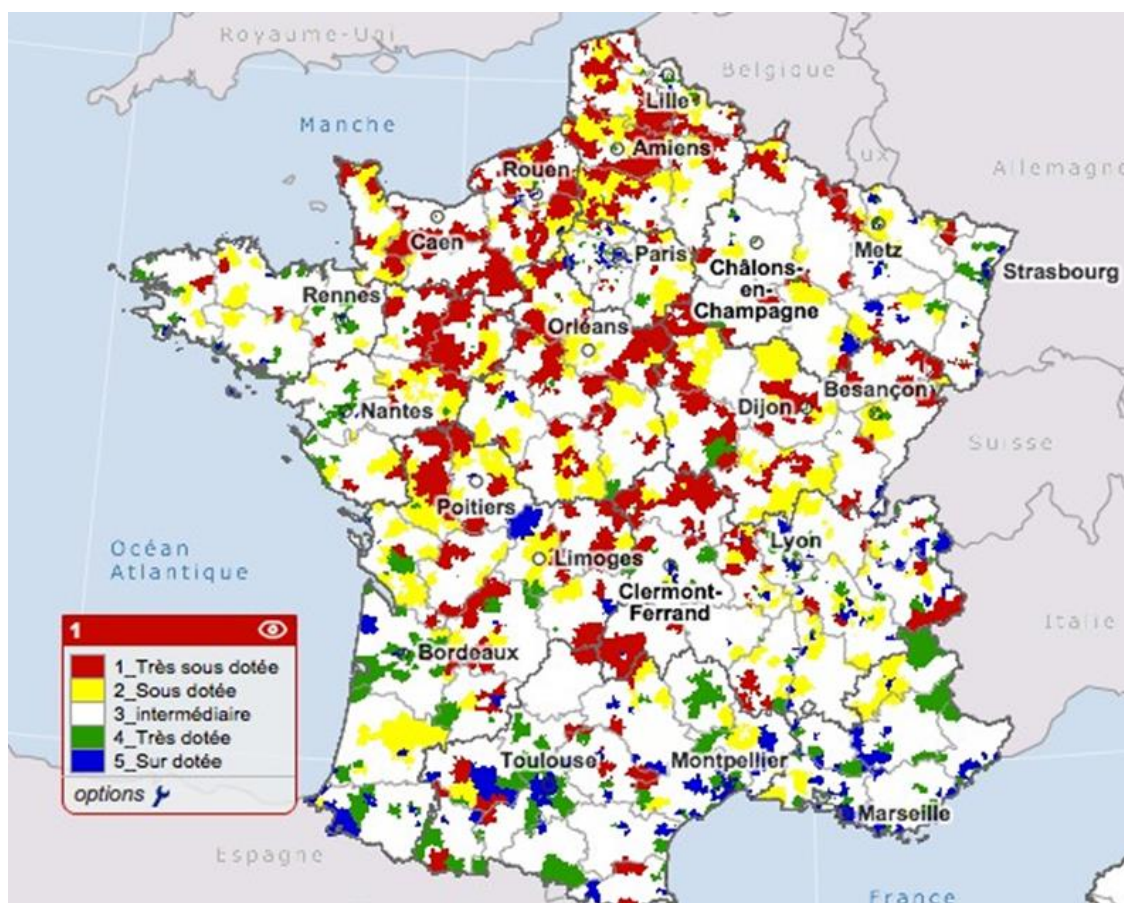


Figure 1 : Carte du zonage conventionnel des chirurgiens dentistes (Source CNAMTS-ARS 2016)

<sup>3</sup> La carte de la Figure 1 a été générée par l'outil Cartosanté [En ligne] <http://cartosante.atlasanté.fr> Consulté le 14 août 2018.

## **1.2.4 Mesures non spécifiques à l'exercice de la chirurgie dentaire**

Des dispositifs d'aides aux entreprises, sous forme d'exonérations fiscales, non spécifiques au domaine de la santé, ont été mis en place dans les territoires où le développement de l'activité économique et sanitaire doit être soutenu ou redynamisé. L'éligibilité des entreprises à ces mesures d'aide est basée sur un zonage (différent du zonage conventionnel), et des conditions qui diffèrent selon les mesures.

Les chirurgiens dentistes exerçant une activité libérale dans ces zones peuvent prétendre bénéficier de certaines d'entre elles. Ces politiques, mises en place au niveau national, ont pour objectif de dynamiser les territoires locaux.

### ***1.2.4.1 Exemple de dispositif en milieu urbain : les zones franches urbaines-territoire entrepreneur***

Les zones franches urbaines-territoire entrepreneur (ZFU-TE) sont des quartiers de plus de 10 000 habitants, situés dans des zones dites sensibles ou défavorisées. Ils ont été définis à partir de 4 critères [32] :

- le taux de chômage,
- la proportion de personnes sorties du système scolaire sans diplôme,
- la proportion de jeunes,
- le potentiel fiscal par habitant.

Afin de favoriser le développement économique de ces territoires, les entreprises qui s'y implantent et y embauchent de la main d'œuvre locale peuvent bénéficier d'exonérations fiscales.

Pour ce faire, l'employeur doit déclarer au moins 50% de salariés en contrat à durée indéterminée (CDI) ou en contrat à durée déterminée (CDD) d'au moins 12 mois résidant dans une ZFU-TE ou dans un quartier prioritaire de la ville (QPV) ou de l'unité urbaine dans laquelle est située l'entreprise, ou au moins 50% de salariés embauchés en CDI ou CDD d'au moins 12 mois depuis l'implantation de l'entreprise résidant dans une ZFU-TE ou un QPV de l'unité urbaine dans laquelle est située la ZFU-TE [23].

Les entreprises implantées dans les ZFU-TE, répondant aux différents critères d'éligibilité, bénéficient d'exonérations d'impôt sur les bénéfices [23] et sur les

cotisations sociales et foncières. Concernant l'exonération d'impôt sur les bénéfices pour les sociétés déclarant un exercice libéral, elle est totale durant les 5 premières années d'activité. Le taux d'exonération diminue progressivement jusqu'à la 8<sup>e</sup> année pour devenir ensuite nul à partir de la 9<sup>e</sup> dans le territoire. La durée et le taux d'exonération fiscale peuvent varier pour les cotisations sociales et foncières.

Les entreprises, quel que soit leur statut juridique peuvent y prétendre à conditions de déclarer [23] :

- une activité libérale, commerciale ou industrielle,
- une implantation matérielle,
- 50 salariés maximum,
- un capital détenu à moins de 25% par une entreprise de plus de 250 salariés.

Les chirurgiens dentistes dont l'activité répond à l'ensemble de ces critères peuvent bénéficier de cette mesure. Par exemple, la ville du Havre comptait au 1<sup>er</sup> juillet 2010, 3 quartiers classés en ZFU-TE [40].

#### ***1.2.4.2 Exemple de dispositif en milieu rural : les zones de revitalisation rurale***

Une zone de revitalisation rurale (ZRR) est une « zone regroupant des territoires ruraux qui présentent des difficultés économiques et sociales, notamment une faible densité démographique, un déclin de la population totale (ou active) ou une forte proportion d'emplois agricoles » [1].

Les entreprises répondant aux critères d'éligibilité à l'aide et déclarant une activité libérale, commerciale ou industrielle, situées dans ces territoires, bénéficient d'une exonération d'impôt sur le revenu ou d'impôt sur les sociétés. A ceci s'ajoutent des exonérations sur les cotisations sociales et foncières. Concernant l'exonération d'impôt sur les bénéfices pour les sociétés déclarant un exercice libéral, elle est totale durant les 5 premières années d'activité. Le taux d'exonération diminue progressivement jusqu'à la 8<sup>e</sup> année pour devenir ensuite nul à partir de la 9<sup>e</sup> dans le territoire. La durée et le taux d'exonération fiscale peuvent varier pour les cotisations sociales et foncières.

Les chirurgiens dentistes dont l'activité répond à l'ensemble de ces critères peuvent bénéficier de cette mesure. Le territoire de la CODAH ne compte pas de territoire classé comme ZRR selon le zonage actualisé au 22 février 2018 [41].

### **1.3 Cas du territoire de la communauté d'agglomération havraise**

#### **1.3.1 Territoire d'intérêt**

La ville du Havre, commune française située au sein de l'actuelle région Normandie<sup>4</sup>, est l'une des deux sous-préfectures du département de la Seine-Maritime. Localisée sur le littoral de la Manche, sur la rive droite de l'embouchure de la Seine, Le Havre se situe à 200 kilomètres à l'ouest de Paris par les voies routières et ferroviaires.

Cette commune bénéficie d'une position stratégique par sa proximité du premier bassin de consommation français, l'ouverture sur la mer et l'embouchure de la Seine.

Le 13 novembre 2000 a été créée la CODAH, qui a pris effet le 1<sup>er</sup> janvier 2001 [26]. Elle regroupe 17 communes de la région havraise et dispose de multiples compétences au service des usagers dans de nombreux domaines tels que la gestion des déchets, l'eau et l'assainissement, les transports, l'information sur les risques majeurs (dont l'assistance aux communes pour l'information préventive des populations, le recensement des risques, l'élaboration des documents réglementaires, la rédaction des plans d'intervention), l'hygiène et la santé, l'habitat, l'économie, le tourisme ou encore les équipements sportifs [17].

##### **1.3.1.1 Secteurs d'activités**

La ville du Havre et sa communauté d'agglomération sont implantées au cœur d'un bassin d'emploi de près de 350 000 personnes qui comptabilise plus de 155 000 emplois. Elles se situent au sein du premier bassin de consommation français avec 20 millions d'habitants dans un rayon de 300 kilomètres. Par leur position géographique, elles constituent la porte d'entrée de la vallée de la Seine qui représente le premier territoire industriel français avec 700 000 emplois [39].

---

<sup>4</sup> Pour rappel, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 après le redécoupage des régions françaises, les deux anciennes régions Haute et Basse-Normandie ont fusionné en une région unique Normandie.

Cette métropole maritime constitue le premier port français en termes de commerce extérieur, trafic de conteneurs, véhicules neufs, approvisionnement énergétique ainsi qu'en vins et spiritueux, et le deuxième port français en termes de tonnes de marchandises transitées derrière celui de Marseille [39,42,50].

Le bassin d'emploi du Havre représente un pôle industriel majeur avec le premier pôle pétrochimique français. Les 1200 établissements de la zone industrielle portuaire offrent 31 000 emplois [39].

En termes de secteurs d'activités, la zone d'emploi compte 17,5% d'emplois dans l'industrie et 42,0% dans le commerce, les transports et les services [39].

Concernant les catégories socio-professionnelles pour l'année 2014, la commune comptait une majorité d'employés (31,3%) [33].

### **1.3.1.2 Culture**

Détruite en 1944 par les bombardements alliés, Le Havre a rejoint le 15 juillet 2005 la liste des sites inscrits au patrimoine mondial de l'organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). La ville reconstruite sur les plans de l'architecte Auguste Perret est ainsi le premier témoignage de l'architecture moderne française à être distingué par l'UNESCO [56].

La ville accueille le musée d'art moderne André Malraux inauguré en 1961 qui constitue la plus riche collection d'œuvres impressionnistes de province française.

Sur le plan du tourisme, Le Havre profite d'une proximité de lieux touristiques majeurs comme les plages du débarquement alliés, la commune d'Etretat et le Mont-Saint-Michel. Le port du Havre a par exemple accueilli 332 515 croisiéristes en 2016, dont 62 % ont séjourné dans la commune [16].

En 2017, la ville a organisé, en l'honneur des 500 ans de sa fondation à l'initiative du roi de France François 1<sup>er</sup>, de nombreuses festivités d'envergure internationale regroupées sous le nom d'« Un été au Havre » qui ont contribué à cultiver le tourisme en région havraise [54].



## **1.3.2 Démographie**

### **1.3.2.1 Population**

Le Havre se trouve au sein de la région Normandie qui comptait au 1<sup>er</sup> janvier 2016 3 343 250 habitants [34]. Le département de la Seine-Maritime accueille une population totale de 1 257 699 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2018 faisant de celui-ci le département normand le plus peuplé [35].

Avec au 1<sup>er</sup> janvier 2018 174 911 habitants, Le Havre est la commune la plus peuplée de la région Normandie. A la même date, la CODAH accueillait sur son territoire 239 806 personnes [17]. En 2013 elle se classait 13<sup>e</sup> des communes les plus peuplées de France. La même année, son aire urbaine était au 36<sup>e</sup> rang à l'échelle nationale avec 290 037 habitants [35,36] la plaçant au 3<sup>e</sup> rang normand.

### **1.3.2.2 Démographie professionnelle**

En 2013, l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) recensait 4600 professionnels de santé libéraux en Haute-Normandie dont environ 1/3 de médecins généralistes et presque autant d'infirmiers. Les chirurgiens dentistes et les kinésithérapeutes complétaient l'offre de soin. Au regard de sa population, la région compte une densité de professionnels libéraux particulièrement faible comparée aux autres régions françaises [28].

La Haute-Normandie se classait la même année au 17<sup>e</sup> rang des 22 régions françaises en termes de densité brute de médecins généralistes pour 100 000 habitants. La densité brute de chirurgiens dentistes libéraux pour 100 000 habitants la plaçait au dernier rang des 22 régions françaises [28].

Sur le territoire national, la densité brute de chirurgiens-dentistes s'élevait à 65,25 praticiens pour 100 000 habitants au 23 janvier 2018 [45].

En novembre 2017, le territoire de la CODAH avec ses 113 chirurgiens-dentistes se situait très en deçà de la moyenne nationale avec seulement 47,02 praticiens pour 100 000 habitants. Au même moment, la ville du Havre concentrait 90 des 113 chirurgiens-dentistes du territoire, élevant sa densité brute de praticiens pour 100 000 habitants à 51,25 (ces données ont été fournies par la direction santé de la CODAH).

La Normandie réunifiée est maintenant la 2<sup>e</sup> région française métropolitaine selon le découpage actuel en vigueur, comptant le plus de communes et arrondissements

classés en zone dite très sous-dotée pour ce qui concerne les chirurgiens dentistes derrière les Hauts-de-France [12].

Le territoire de la CODAH avec ses 17 communes ne compte, selon le zonage conventionnel, aucune commune dite très sur-dotée ou sur-dotée mais 9 communes classées en zone intermédiaire, dont la ville du Havre, 1 commune classée comme sous-dotée et 7 communes classées comme très sous-dotées [12].

Des prévisions démographiques effectuées en 2013 attestent que le territoire historique de la région Haute-Normandie nécessiterait le remplacement de 194 chirurgiens-dentistes, du fait du départ pour fin d'activité, pour la période 2013-2022. Pour le territoire du Havre (découpage géographique adopté par l'INSEE), le besoin au cours de cette période a été estimé à 8 nouveaux praticiens [28].

### **1.3.3 Mesures visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé à l'échelle locale mises en place par la Communauté d'agglomération havraise**

Consciente, et concernée par le problème de pénurie de chirurgiens dentistes et plus largement de professionnels de santé sur le territoire de la communauté d'agglomération, la CODAH a depuis plusieurs années mis en place des mesures visant à résoudre la problématique d'accès aux soins sur son territoire.

En 2010, la CODAH publiait son plan d'action afin de « maintenir et améliorer l'offre de soins de ville en médecins et en chirurgiens dentistes ».

La CODAH a exposé un certain nombre de constats faits sur son territoire [18] :

- des densités médicales faibles et préoccupantes à court terme,
- des délais d'attente importants,
- des difficultés pour trouver un médecin traitant pour les nouveaux arrivants,
- une féminisation rapide de la profession médicale privilégiant souvent un exercice professionnel à temps partiel,
- un vieillissement des professionnels de santé avec de nombreux praticiens proches de la retraite,
- une très forte majorité de professionnels en secteur 1,
- l'apparition de « déserts médicaux » dans certains quartiers ou communes de l'agglomération.

Afin de résoudre ces problématiques mises en avant, des objectifs opérationnels ont été fixés, s'articulant autour de/du [18] :

- la promotion, la sécurisation et l'incitation à l'exercice libéral sur le territoire,
- la promotion de bonnes conditions pour l'exercice des femmes en libéral (par exemple en facilitant l'obtention de places en crèches pour les enfants),
- la promotion du lien intergénérationnel (pour exemple l'accueil des nouveaux professionnels par les anciens, un travail commun sur des projets de santé publique),
- maintien de la part de libéraux en secteur 1 (garant de l'accès « financier » aux soins),
- l'identification de zones spécifiques pour les projets de regroupements ou de maisons de santé (identification des zones les plus fragiles),
- l'orientation des professionnels de santé dans leur choix d'installation.

La politique adoptée actuellement par la CODAH repose majoritairement sur des mesures de nature facilitatrice, visant à accompagner au mieux les étudiants en formation initiale ainsi que les professionnels de santé dans leur projet d'installation sur le territoire de la CODAH. Différentes mesures concrètes ont pris effet au cours de ces dernières années.

Sur le plan de la formation des professionnels de santé, la CODAH a activement collaboré à la création et au financement du Service d'odontologie du GHH. Cette collaboration est à ce jour toujours entretenue.

La CODAH propose également aux étudiants du Service d'odontologie du GHH des logements de standing, situés en centre-ville du Havre, à des loyers très attractifs. Elle assure par ailleurs l'accueil et l'accompagnement des étudiants en odontologie dans leur vie havraise, en organisant régulièrement des petits-déjeuners conviviaux, mais aussi en proposant des invitations gratuites à divers événements culturels et sportifs se déroulant dans l'agglomération.

Enfin, après proposition de la CODAH, le conseil d'administration de l'Université de Rouen a validé la création, à la rentrée universitaire 2014, d'une antenne pour le

suivi de la première année commune aux études de santé (PACES) de la faculté mixte de médecine et pharmacie de Rouen dans les locaux de l'Université du Havre [19].

Concernant les chirurgiens dentistes libéraux souhaitant implanter leur activité sur le territoire de la communauté d'agglomération, la CODAH propose un accompagnement humain dans la recherche de locaux professionnels, ainsi que dans la recherche, voire l'appui de la candidature d'emploi du conjoint (ces éléments de données ont été fournis par la direction santé de la CODAH).

Enfin, des projets de création de pôles médicaux pluridisciplinaires ont vu le jour comme le pôle médical d'Epouville en 2014 (commune membre de la CODAH), financé par la municipalité.

### **1.3.4 Service d'odontologie du Groupe Hospitalier du Havre**

Les éléments apportés dans ce chapitre 1.3.4 ont été recueillis grâce à un entretien écrit, conçu sous forme d'un questionnaire composé de 11 questions ouvertes, adressé par courriel au docteur Julie Bémer, responsable du service d'odontologie du GHH qui y a répondu également par courriel en décembre 2017.

Ouvert depuis le 2 janvier 2012, le service d'odontologie du GHH, nommé Le Havre Dentaire (LHD) offre la possibilité aux étudiants en formation initiale de chirurgie dentaire de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année, ainsi qu'aux internes en médecine bucco-dentaire et en chirurgie orale (filrière d'origine odontologie et médecine), de poursuivre ou de terminer leur formation clinique au Havre.

#### **1.3.4.1 Contexte**

L'année précédant l'ouverture du service d'odontologie du GHH, la Haute-Normandie se classait au dernier rang des régions françaises en termes de densité de chirurgiens-dentistes. La région comptait 36 praticiens pour 100 000 habitants contre 59 pour 100 000 habitants au niveau national [53]. Au sein de la CODAH, ce nombre descendait alors à 35 praticiens pour 100 000 habitants [20].

Dans ce contexte de pénurie de chirurgiens dentistes, le service d'odontologie du GHH a ouvert sur la base d'un projet initié 15 ans auparavant.

### **1.3.4.2 Acteurs**

La création du service d'odontologie résulte d'une collaboration entre le GHH, la CODAH, les chirurgiens dentistes libéraux du Havre, en particulier le Docteur Luc Lecerf, la faculté de chirurgie dentaire de l'Université Lille 2 (devenue aujourd'hui Université de Lille) et l'ARS Haute-Normandie (aujourd'hui devenue ARS Normandie).

Disposant d'un financement initial fourni par le GHH, la CODAH et l'ARS Haute-Normandie, le service reste à ce jour soutenu par le GHH et l'ARS Normandie. La CODAH continue de fournir une aide pérenne pour l'accueil des étudiants ainsi que des financements ponctuels. Contrairement au service d'odontologie du CHU de Rouen, le service LHD n'a pas bénéficié du soutien de la région Haute-Normandie.

### **1.3.4.3 Convention cadre relative à l'accueil des étudiants hospitaliers en odontologie**

L'accueil d'étudiants hospitaliers de la faculté de chirurgie dentaire de Lille au sein du service d'odontologie du GHH est régi par la convention cadre N°2015-5122 (disponible en Annexe 1).

Cette dernière a été établie entre le CHRU de Lille, l'Université de Lille 2 Droit et Santé, la faculté de chirurgie dentaire de Lille et le GHH. Ses 8 articles conviennent des modalités d'accueil, de rémunération, de statut et d'évaluation des étudiants mais aussi des modalités juridiques du partenariat.

La convention stipule que l'établissement accueille les étudiants hospitaliers en odontologie dans le cadre de sa mission de service public portant sur l'enseignement universitaire tel que défini par son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Les CPOM sont signés, d'une part, entre chaque ARS et le Ministère de des affaires sociales et de la santé en tant que ministère de tutelle ; et, d'autre part, entre l'ARS et les établissements de santé. Elaborés en 2010 au moment de la mise en place des ARS, les CPOM s'articulent autour de trois priorités nationales : l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, la promotion de l'égalité devant la santé et le développement d'un système de santé de qualité, accessible et efficient. Les CPOM passés entre les ARS et les établissements de santé ou médicaux-sociaux ont un objectif de régulation de l'offre de soin [3]. Ils listent [3] :

- les autorisations dont dispose l'établissement,
- les activités spécifiques et missions de service public qui lui sont reconnues,
- les financements octroyés.

L'accueil d'étudiants de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année repose sur la base du volontariat de ces derniers, sans précision de la capacité d'accueil dans la convention cadre.

Elle est définie pour chaque promotion, et chaque année universitaire, en fonction du nombre de fauteuils disponibles et des capacités d'encadrement du service. Cette décision est prise en concertation entre la responsable du service d'odontologie du GHH et le doyen de la faculté de chirurgie dentaire de Lille.

A la date du 3 octobre 2016, 8 centres d'enseignement de soins dentaires (dont celui du Havre) délocalisés dans des villes dépourvues de faculté de chirurgie dentaire étaient en activité. A cela s'ajoutaient 3 projets de création dans les villes du Mans, de Tours et de Poitiers [46]. Le service d'odontologie de Poitiers a depuis été inauguré en Février 2017 [14]. Les services d'odontologie du Havre, de Rouen et de Boulogne-sur-Mer présentent une spécificité notable, celle d'accueillir, non seulement des étudiants de 6<sup>e</sup> année, mais aussi de 5<sup>e</sup> année.

La durée du stage est modulable. Sa durée minimum est de 6 mois.

Au cours de son stage, l'étudiant continue de relever du CHU de Lille en termes d'accident de travail et de trajet. La rémunération est assurée par le CHU de Lille en contrepartie d'une rétrocession du GHH au CHU de Lille.

L'établissement d'accueil a l'obligation de respecter le temps de présence universitaire des étudiants hospitaliers décrit dans l'article R. 6153-6461 du Code de la santé publique [68].

La convention cadre ne définit pas les modalités relatives au suivi des cours et examens. Actuellement, le déroulement des examens des étudiants en formation initiale, a lieu au sein de l'Université de Lille. Les étudiants de 6<sup>e</sup> année reçoivent l'enseignement théorique lors de semaines de cours dispensés à la faculté de chirurgie dentaire de Lille pour lesquels les étudiants se déplacent sur le site de Lille. Pour les étudiants de 5<sup>e</sup> année, le suivi des cours s'effectue au sein du service LHD par vidéo-conférence simultanée et interactive avec la faculté de chirurgie dentaire de Lille.

Le service d'odontologie du GHH a accueilli à plusieurs reprises des étudiants ayant débuté leur formation initiale en odontologie à la faculté de chirurgie dentaire de Reims. Cet accueil ne résulte néanmoins pas d'un partenariat direct avec la faculté de chirurgie dentaire de Reims, et est soumis au préalable au transfert administratif des dossiers des postulants vers l'Université de Lille. A noter qu'au moment de l'étude,

l'ensemble des étudiants en provenance de la faculté de chirurgie dentaire de Reims avaient effectué leur PACES à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen.

De plus, l'ARS des Hauts-de-France délivre au service un agrément de 5 ans renouvelable, afin d'accueillir des internes en odontologie en médecine bucco-dentaire et en chirurgie orale, ainsi que des internes de médecine en chirurgie orale dans le cadre de leurs stages hospitaliers.

#### **1.3.4.4 Structure**

Pour son volet clinique, le service compte à ce jour 10 fauteuils dentaires. Six sont installés dans une salle type « open space », favorisant la communication étudiant-enseignant, et 4 sont répartis dans des cabinets individuels fermés. Un de ces cabinets individuels fermés est consacré à la chirurgie orale (par exemple la chirurgie implantaire).

Le service est également doté d'un espace d'accueil des patients, d'une salle d'attente ainsi que d'une salle de pré-désinfection, nettoyage et conditionnement du matériel et d'une salle de prothèse permettant les préparations et retouches des travaux prothétiques. La stérilisation du matériel a lieu dans un autre établissement du GHH, au sein du service de pharmacie et stérilisation de l'hôpital Jacques Monod.

Pour son volet universitaire, une salle de visioconférence permet de suivre à distance et en simultané l'enseignement dispensé au sein de la faculté de chirurgie dentaire de Lille. Ce système permet également un échange oral en direct entre les étudiants et les enseignants par le biais d'un microphone installé dans cette salle.

Le service organise chaque année, en parallèle de l'enseignement dispensé par la faculté de chirurgie dentaire de Lille, des ateliers pratiques et théoriques sur différents thèmes et domaines de la pratique de la chirurgie dentaire en collaboration avec des encadrants ou des entreprises du domaine de la chirurgie dentaire.

En termes de ressources humaines, le service comptait au 24 novembre 2017 12 agents composés de praticiens hospitaliers, assistantes dentaires et secrétaires.

Trois praticiens hospitaliers exercent au sein du service :

- le docteur Julie Bémer, responsable du service, spécialiste en chirurgie orale,

- un praticien hospitalier contractuel occupant un poste équivalent temps plein de 80% dans le service LHD.
- un praticien hospitalier, spécialiste en chirurgie orale, occupant un poste équivalent plein temps de 30% dans le service LHD.

L'encadrement clinique des étudiants est également complété par une assistante spécialiste régionale (ASR)<sup>6</sup>, ancienne interne en médecine-bucco-dentaire et 8 autres praticiens libéraux vacataires.

Des travaux de rénovation et d'agrandissement des locaux ainsi que de nouvelles acquisitions de matériel sont actuellement en cours.

#### **1.3.4.5 Objectifs du service**

Le service répond à trois objectifs majeurs : un pédagogique, un de santé publique et un dernier de politique de santé.

Le service a pour mission d'assurer une formation pluridisciplinaire aux étudiants en formation initiale en odontologie de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année, ainsi qu'aux internes en odontologie. Le service accueille aussi des étudiants en médecine effectuant l'internat de chirurgie orale. Les étudiants de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année exercent une activité clinique 5 demi-journées par semaine.

Les étudiants assurent, au cours de leurs vacations cliniques, une prise en charge globale des patients par le biais d'un suivi sous forme d'une « patientèle » propre à chaque étudiant. Des vacations d'urgence et d'assistance des praticiens pour les actes plus spécifiques, sont aussi aménagées dans l'emploi du temps. Les étudiants assurent des vacations auprès des seniors dans des disciplines comme l'orthopédie dento-faciale, l'implantologie, la prise en charge de patients au bloc opératoire (pour les étudiants de 6<sup>e</sup> année et les internes uniquement) ou encore lors de vacations de soins sous mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA).

---

<sup>6</sup> Les postes d'assistants spécialistes à temps partagé d'initiative régionale, dits «ASR», s'adressent aux internes normands en fin de cursus, prochainement titulaires d'un diplôme d'études spécialisées (DES) ou étant inscrits en diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC), désireux d'effectuer un post-internat dans un établissement de santé de Normandie [4].



Le deuxième objectif est de santé publique. La structure apporte une réponse à la problématique d'accès aux soins en élargissant l'offre de soins dans un territoire souffrant d'une pénurie de praticiens en odontologie, en particulier pour des patients à contexte particulier nécessitant un plateau technique élargi ( comme les soins sous sédation consciente ou sous anesthésie générale ou la prise en charge de patients à besoins spécifiques) ou pour des patients nécessitant des soins dentaires d'urgence.

Le troisième objectif consiste à répondre à une politique de santé menée par la CODAH et soutenue par le GHH et l'ARS Normandie, visant à inciter les étudiants à s'installer une fois diplômés dans la région havraise. Ceci s'inscrit dans le cadre d'actions menées par la CODAH ayant pour objectif de préserver et développer l'offre médicale et paramédicale dans l'agglomération havraise.

#### **1.3.4.6 *Activité clinique du service***

La structure a développé une offre de soins complète sur rendez-vous, destinée aux patients hospitalisés, aux résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du GHH mais aussi au public externe.

Le service couvre de nombreux domaines comme :

- les soins conservateurs, prothétiques, prophylactiques et parodontaux,
- la chirurgie orale : pour exemples les avulsions dentaires simples et complexes, prise en charge chirurgicale des pathologies du maxillaire (par exemple : exérèse chirurgicale des tumeurs bénignes du maxillaire), chirurgie implantaire et pré implantaire, chirurgie parodontale,
- d'autres soins tels que : la recherche de foyers infectieux dans le cadre de bilans pré-thérapeutiques, le dépistage des lésions et tumeurs malignes de la cavité buccale, la prise en charge des douleurs oro-faciales, des pathologies de l'appareil manducateur et des glandes salivaires, la prise en charge orthopédique des syndromes d'apnée du sommeil.

Par ailleurs, le service assure également des soins d'urgence par le biais de créneaux journaliers. Le service d'odontologie n'assure cependant pas à l'heure actuelle de permanence ou d'astreinte les soirs et week-ends.

## **1.4 Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de cette enquête par questionnaire téléphonique était de déterminer si les praticiens chirurgiens dentistes ayant effectué une partie de leur formation initiale au sein du service d'odontologie du GHH s'étaient installés dans le territoire de la CODAH.

Les objectifs secondaires étaient de connaître les facteurs ayant influencé les choix de territoire d'installation de ces praticiens ainsi que leurs opinions sur la nécessité, la pertinence et les limites des mesures visant à améliorer la répartition des professionnels de santé, afin de mieux comprendre ce qui conditionne ces choix.

## **2 Matériels et méthodes**

### **2.1 Type d'étude**

Une enquête par entretiens téléphoniques enregistrés a été conduite entre le 1<sup>er</sup> avril 2018 et le 11 juin 2018. Elle comportait 2 volets :

- un premier volet de recherche quantitative sur les caractéristiques des participants et les territoires d'installation ou d'exercice, via un entretien directif,
- un second volet de recherche qualitative sur les facteurs ayant influencé les choix de territoires d'installation ou d'exercice ainsi que les opinions des participants sur la nécessité, la pertinence et les limites des mesures visant à améliorer la répartition des professionnels de santé en France et à l'étranger, afin de mieux comprendre ce qui conditionne ces choix, via un entretien semi-directif.

### **2.2 Population d'étude**

La population cible visée par l'étude était constituée de l'ensemble des (ex) étudiants en odontologie ayant effectué une partie de leur formation initiale dans le service d'odontologie du GHH depuis sa création, soit 5 années. Ces derniers devaient avoir terminé leur formation initiale en chirurgie dentaire au moment de l'étude c'est-à-dire à la rentrée universitaire 2017, sans être nécessairement déjà diplômé en tant que docteur en chirurgie dentaire. Ils constituaient un total de 33 personnes. Aucun critère de sélection n'a été ajouté à l'exception que la participation restait volontaire après avoir reçu une information complète et obtenu le consentement du praticien. L'enquête se voulait donc exhaustive sur les 32 membres constituant la population cible (33-1 en excluant l'enquêteur).

La liste des participants a été établie à partir de celle des étudiants du service d'odontologie du GHH depuis son ouverture le 2 janvier 2012, établie par le docteur Julie Bémer, responsable du service d'odontologie du GHH. Ce document recensait l'identité, la période de stage au sein du service d'odontologie du GHH, l'année de

soutenance de thèse (le cas échéant) et la faculté d'origine de l'ensemble des étudiants ayant effectué une partie de leur formation initiale au sein du service d'odontologie du GHH de janvier 2012 à août 2017.

### **2.3 Recueil des données**

Un courriel de sollicitation à l'enquête a d'abord été envoyé à chaque éventuel participant afin de le convier à y prendre part et de l'informer des objectifs du travail. Ensuite et pour chaque participant volontaire, un échange via courriel, messagerie instantanée ou téléphone a permis de fixer les modalités de la conduite de chaque entretien téléphonique enregistré par l'enquêteur à l'aide d'un dictaphone afin de permettre la sauvegarde des données obtenues au cours de ces derniers et leur analyse ultérieure.

En prologue de chaque entretien téléphonique, l'enquêteur recevait le consentement oral des répondants quant à sa participation à l'enquête et à l'enregistrement de l'entretien qui commençait ensuite.

Les données de l'enquête ont été collectées auprès de chaque participant au moyen d'un entretien téléphonique enregistré en 2 parties :

- une première sous forme d'entretien plutôt directif,
- une seconde sous forme d'entretien majoritairement semi-directif.

La conduite de ces entretiens s'appuyait sur 3 supports différents :

- un guide d'entretien (fourni au préalable à chaque participant),
- un tableau récapitulatif recensant les principales mesures visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé en France et à l'étranger (également fourni au préalable à chaque participant).

Un guide d'entretien personnel (non fourni aux participants) permettant à l'enquêteur de recueillir le maximum d'informations au fur et à mesure de l'entretien, et de l'aider à le conduire de façon semblable pour tous les participants.

### **2.3.1 Courriel de sollicitation à l'enquête**

La population d'étude a dans un premier temps été contactée par téléphone ou par message privé à partir d'un réseau social.

L'enquêteur était en possession, en amont de l'étude, des coordonnées téléphoniques de 15 personnes ciblées par l'enquête ; 4 autres ont été obtenues à l'aide des personnes précédemment contactées.

Pour les 13 derniers, la communication initiale s'est faite par message privé via un réseau social.

L'objectif de cette approche était d'obtenir les coordonnées électroniques et téléphoniques des individus constituant la population d'étude. L'ensemble de la population cible a pu être contactée par l'un de ces 2 moyens.

Le courriel de sollicitation à l'enquête (disponible en Annexe 2) présentait brièvement le contexte et les objectifs de l'enquête ainsi que les modalités de l'entretien. Il était complété par 2 pièces jointes :

- le guide d'entretien (décrit dans le Chapitre 2.3.2),
- l'annexe au guide d'entretien (décrit dans le Chapitre 2.3.3).

Ce courriel précisait que la participation à l'enquête était libre et anonyme.

Il comportait également, pour chaque éventuel participant, plusieurs propositions de dates et heures pour la conduite de l'entretien téléphonique. Il était demandé aux personnes contactées de répondre au courriel de sollicitation à l'enquête en choisissant une date de rendez-vous ou en proposant une autre date en cas d'incompatibilité d'emploi du temps.

### **2.3.2 Guide d'entretien**

Le guide d'entretien (disponible en Annexe 3) présentait les 4 thèmes abordés au cours de l'entretien. Il a été transmis aux participants, en pièce jointe au courriel de sollicitation à l'enquête, afin de servir de support de réflexion préalable à l'entretien téléphonique.

Il était uniquement constitué de questions invitant à des réponses ouvertes, autorisant ainsi l'interlocuteur à développer son point de vue de manière précise et détaillée mais aussi relativement libre.

### **2.3.3 Annexe au guide d'entretien**

Une annexe au guide d'entretien (disponible en Annexe 4) a également été transmise aux participants en amont de l'entretien, toujours en pièce jointe au courriel de sollicitation à l'enquête.

Sa conception a été précédée d'un travail de recherche bibliographique afin de recenser les principales mesures existantes en France et à l'étranger, visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé.

Cette annexe a été organisée sous la forme d'un tableau récapitulatif classant les mesures recensées, en fonction de 4 critères :

- les mesures visant les étudiants en formation initiale,
- les mesures visant la régulation de l'accès au marché du travail sur des critères géographiques,
- les mesures visant à encourager l'installation et le maintien des professionnels de santé en zones sous-denses,
- les mesures visant à faciliter l'installation des professionnels de santé.

Pour chacun de ces 4 critères, les mesures décrites ont été classées en fonction de leur nature incitative ou coercitive.

Cette annexe servait de support d'information et de réflexion aux répondants en vue de l'entretien, dans l'optique de connaître leurs opinions sur la nécessité, l'utilité, la pertinence et les limites des mesures visant à améliorer la répartition des professionnels de santé en France et à l'étranger.

## **2.3.4 Guide d'entretien personnel**

Le guide d'entretien personnel (disponible en Annexe 5) a servi de support à la préparation et à la conduite des entretiens de l'enquêteur. Il n'a pas été communiqué aux participants. Il est composé de deux parties distinctes. Une trentaine de minutes était nécessaire à sa conduite.

### **2.3.4.1 Première partie**

La 1<sup>ère</sup> partie du guide d'entretien personnel se présente sous la forme d'un questionnaire conçu pour l'enquête, permettant de recueillir des informations personnelles sur les répondants. Il était divisé en 4 sous-parties :

- 1- caractéristiques personnelles,
- 2- caractéristiques liées à la formation initiale en odontologie,
- 3- caractéristiques liées au parcours professionnel,
- 4- caractéristiques liées au territoire actuel d'exercice.

Les sous-parties 1, 2 et 4 comportent des questions à réponses fermées.

Pour la 3<sup>e</sup> sous-partie, l'enquêteur synthétisait la réponse obtenue, via l'utilisation d'une frise chronologique faisant apparaître la(es) période(s) d'exercice, le(s) type(s) d'exercice, le(s) territoire(s) d'exercice ainsi que le(s) nombre(s) moyen(s) d'heures travaillées par semaine au cours des différentes périodes d'exercice. La 3<sup>e</sup> sous-partie s'achevait par 2 questions à réponses fermées.

Cette première partie d'entretien permettait l'obtention de données de nature quantitative.

### **2.3.4.2 Deuxième partie**

La conception de cette 2<sup>e</sup> partie a été précédée de la recherche de sources bibliographiques afin de justifier l'intérêt du sujet, et d'aider les participants à répondre aux questions proposées. Il s'agissait de promouvoir le développement d'un dialogue voire d'une discussion entre l'enquêteur et ces derniers, à partir notamment des facteurs et mesures classiquement décrits dans la littérature.

Cette 2<sup>e</sup> partie est organisée sous la forme d'un tableau conçu pour l'enquête, organisé en 4 sous-parties correspondant aux 4 thèmes évoqués dans le guide d'entretien fourni aux participants, à savoir :

- 1- les facteurs influençant le choix du territoire d'exercice,
- 2- les freins éventuels à l'installation au sein de la CODAH ou de la région Normandie,
- 3- le bilan positif ou négatif quant à l'expérience au sein de l'agglomération havraise,
- 4- une partie « Pour aller plus loin » en vue d'échanger sur l'influence, les connaissances et les représentations des participants des mesures visant à améliorer la répartition des professionnels de santé sur les territoires.

L'ensemble de cette partie, à l'exception des questions à réponses fermées évoquées ci-dessous, était conduite sous forme d'un entretien semi-directif. Cette méthode d'entretien semi-directif permet de combiner une attitude non directive, pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et un projet directif, pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance [8].

Cette seconde partie a essentiellement permis l'obtention de réponses de nature qualitative.

Les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> sous-parties de la seconde partie du guide d'entretien personnel comportaient plusieurs questions à réponses fermées. Dans la 3<sup>e</sup> sous-partie, une question abordait le niveau de satisfaction des répondants quant à leur exercice au sein de l'agglomération havraise qu'ils devaient illustrer sous forme d'une note comprise entre 0 et 10. Dans la 4<sup>e</sup> sous-partie, plusieurs questions à réponses fermées traitaient de la connaissance des mesures visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ou encore du fait qu'ils aient bénéficié d'une ou plusieurs de ces mesures ou non. Ces questions à réponses fermées ont permis l'obtention de données de nature quantitative.



## **2.4 Modalités administratives et légales**

Conformément à la Loi n°78-17 du 06/01/1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés [69], cette enquête a fait l'objet d'une déclaration à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) (disponible en Annexe 6). Les données collectées au cours de l'étude étaient anonymes et ont été sauvegardées sur l'ordinateur personnel de l'enquêteur, protégé par mot de passe. Celles-ci peuvent être conservées car elles ne présentent pas de risque d'impact sur la vie privée des personnes interrogées dans ce travail.

## **2.5 Analyse des données**

Les données ont été collectées par l'enquêteur au cours des entretiens téléphoniques, puis triées, classées et analysées à la suite de plusieurs réécoutes des enregistrements audio de ces derniers par l'enquêteur.

### **2.5.1 Analyse quantitative**

Dans un premier temps, une analyse descriptive univariée a été conduite dont les résultats ont été exprimés pour les variables qualitatives en effectif et en fréquence par classe, et pour les variables quantitatives au moyen des paramètres usuels (moyenne, extrêmes, écart-type, médiane).

Le logiciel Excel pour Windows a été utilisé pour les analyses.

Il a été décidé préalablement aux entretiens téléphoniques de créer 2 sous-groupes, selon le statut juridique d'exercice professionnel du répondant au moment de l'étude. Les praticiens considérés comme installés, exerçant la profession de chirurgien dentiste en tant que titulaire, associé, collaborateur libéral, ou collaborateur salarié ; et les praticiens considérés comme non installés, exerçant en tant que remplaçant libéral, remplaçant salarié ou ne déclarant pas d'exercice.

## 2.5.2 Analyse qualitative

L'analyse des données de nature qualitative a consisté en une analyse de contenu par thématique. Cette méthode d'analyse a été retenue dans un souci de simplification des contenus de l'ensemble des entretiens, et dans le but de produire un effet d'intelligibilité. L'analyse thématique défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Ici, à la cohérence singulière de l'entretien est préférée une cohérence inter thématique [9].

Via le support du guide d'entretien personnel, une première écoute de chaque entretien a permis la construction d'une grille d'analyse hiérarchisée en thèmes principaux, secondaires et tertiaires. Plusieurs écoutes successives de chaque entretien a ensuite permis de vérifier le classement des différents thèmes abordés en fonction de chaque répondant dans les thèmes principaux, secondaires et tertiaires, ainsi que d'éventuels regroupements ou réagencements.

Quatre tableaux (*confer infra* Tableaux 7,8, 9 et 10) ont été construits dans le but de synthétiser les résultats obtenus sur les représentations des répondants des mesures visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé en France et à l'étranger. Pour chacun, les thèmes principaux et secondaires étaient proposés par l'enquêteur au répondant. Il était donc demandé aux répondants de se positionner sur ces thèmes. Les thèmes tertiaires constituent quant à eux des éléments de précision spontanément apportés par les répondants.

Pour chaque thème secondaire, les fréquences et effectifs de répondants en accord, en accord sous conditions ou en désaccord avec la mesure évoquée ont été précisés. Pour chaque thème tertiaire, les effectifs de répondants ayant apporté des éléments de précisions spontanés ont également été précisés.

## 3 Résultats

### 3.1 Caractéristiques de la population d'étude

Vingt-huit personnes sur les 32 composant la population d'étude ont participé à l'enquête, soit un taux de participation de 87,5%. Les 4 individus n'ayant pas participé ont été contactés chacun à 2 reprises mais n'ont pas donné de réponse à la sollicitation.

Les 4 individus n'ayant pas participé étaient tous des hommes, trois d'entre eux appartenaient à la 2<sup>e</sup> promotion ayant donc quitté le service d'odontologie du GHH en août 2014. Un des individus ciblés n'ayant pas participé a effectué un stage hospitalier d'un seul semestre d'internat au service d'odontologie du GHH. Aucun de ces 4 individus n'exerçaient sur le territoire d'intérêt au moment de l'étude.

#### 3.1.1 Caractéristiques personnelles

On notera qu'aucune donnée manquante n'est à signaler dans cette sous-partie.

Les répondants étaient majoritairement de sexe masculin (17 hommes pour 11 femmes), avec un âge moyen de 28,1±1,6 ans (minimum : 25 ans ; maximum : 31 ans ; médiane : 28 ans).

La majorité des répondants a déclaré être né et avoir passé son enfance au sein du territoire actuel de la région Normandie (53,5% y sont nés (36,0% au sein de l'agglomération havraise), et 71,5% y ont passé leur enfance (43,0% au sein de l'agglomération havraise)). D'autre part, 28,5% des participants sont nés dans le territoire actuel des Hauts-de-France et 25,0% y ont passé leur enfance (Tableau 1). Les praticiens ayant répondu à l'enquête ont déclaré majoritairement avoir au moins un parent d'origine normande (53,5%). La majorité des participants avait de la famille proche dans la région Normandie (68,0%), et pour 39,5% d'entre eux, résidant dans l'agglomération havraise. D'autre part, un quart des participants a indiqué avoir de la famille proche dans le territoire des Hauts-de-France.

Parmi les répondants, 75,0% ont déclaré avoir un conjoint. Parmi ces derniers, ce conjoint résidait pour 52,0% au sein de l'agglomération havraise et 57,0%

déclaraient avoir un conjoint exerçant un emploi dans le département de la Seine-Maritime (Tableau 1).

**Tableau 1 : Caractéristiques personnelles de la population d'étude (N=28)**

	Effectif	Fréquence	
<b>Sexe</b>			
Homme	17	61,0%	
Femme	11	39,0%	
<b>Territoire de naissance</b>			
Agglomération havraise	10	36,0%	} 53,5%
Département de la Seine-Maritime <sup>1</sup>	4	14,0%	
Région Normandie <sup>2</sup>	1	3,5%	
Région Hauts-de-France	8	28,5%	
Autres territoires (régions) : (Ile-de-France : 2, Outre-mer : 1, Centre -Val de Loire : 1, Lorraine : 1)	5	18,0%	
<b>Territoire d'enfance</b>			
Agglomération havraise	12	43,0%	} 71,5%
Département de la Seine-Maritime <sup>1</sup>	7	25,0%	
Région Normandie <sup>2</sup>	1	3,5%	
Région Hauts-de-France	7	25,0%	
Autres territoires (régions) : (Ile-de-France : 1)	1	3,5%	
<b>Territoire d'origine des parents</b>			
Pas de parent d'origine havraise, seinomarine ou normande	13	46,5%	
Au moins 1 parent d'origine havraise, seinomarine ou normande	15	53,5%	
<b>Territoire de résidence de la famille proche</b>			
Agglomération havraise	11	39,5%	} 68,0%
Département de la Seine-Maritime <sup>1</sup>	7	25,0%	
Région Normandie <sup>2</sup>	1	3,5%	
Région Hauts-de-France	7	25,0%	
Autres territoires (régions) : (Nouvelle-Aquitaine : 1, Auvergne-Rhône-Alpes : 1)	2	7,0%	
<b>Conjoint</b>			
Oui	21	75,0%	
Non	7	25,0%	
<b>Parmi les répondants déclarant avoir un conjoint (n=21)</b>			
<b>Territoire de résidence du conjoint</b>			
Agglomération havraise	11	52,0%	} 61,5%
Département de la Seine-Maritime <sup>1</sup>	2	9,5%	
Région Normandie <sup>2</sup>	0	0,0%	
Région Hauts-de-France	6	29,0%	
Autres territoires (régions) : Bretagne : 2	2	9,5%	
<b>Territoire d'exercice professionnel du conjoint</b>			
Agglomération havraise	6	28,5%	} 57,0%
Département de la Seine-Maritime <sup>1</sup>	6	28,5%	
Région Normandie <sup>2</sup>	0	0,0%	
Région Hauts-de-France	6	28,5%	
Autres territoires (régions) : (Bretagne : 2)	2	9,5%	
Pas d'exercice professionnel	1	5,0%	

<sup>1</sup> : Hors agglomération havraise.

<sup>2</sup> : Hors agglomération havraise et département de la Seine-Maritime

Concernant les répondants ayant déclaré un exercice professionnel au moment de l'étude (N=25), les participants ayant déclaré avoir passé leur enfance sur le territoire de la région Normandie exerçaient à 89,0% sur ce territoire quand les répondants ayant déclaré une enfance dans un autre territoire y exerçaient à 14,5%. Les participants ayant déclaré avoir de la famille proche sur le territoire de la région Normandie exerçaient à 88,0% sur ce territoire quand les répondants n'ayant pas de famille proche sur cette région y exerçaient à 25,0%.

### **3.1.2 Caractéristiques liées à la formation initiale en odontologie**

La majorité des répondants a déclaré avoir validé sa PACES, alors appelée jusqu'en septembre 2010 première année du premier cycle d'études médicales (PCEM1), à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen (71,5%)<sup>7</sup>. Un quart des participants (25,0%) a déclaré l'avoir validé à la faculté de médecine de Lille. Un participant a répondu avoir effectué sa PCEM1 à la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers (Tableau 2).

Trois quarts des répondants (75,0%) ont déclaré avoir validé leurs 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années du Diplôme de formation générale en sciences odontologiques (DFGSO) à la faculté de chirurgie dentaire de Lille, 21,5% à la faculté de chirurgie dentaire de Reims, et un participant à la Faculté de chirurgie dentaire de Nantes (Tableau 2).

L'opportunité d'effectuer une partie de son stage clinique dans le service d'odontologie du GHH n'étant offerte qu'aux seuls étudiants de la faculté de chirurgie dentaire de Lille, une transmission des dossiers administratifs des 6 étudiants de la faculté de chirurgie dentaire de Reims a été effectuée au préalable. Deux d'entre eux étaient inscrits à la faculté de chirurgie dentaire de Lille en 4<sup>e</sup> année et 4 d'entre eux n'ont jamais effectué de stage clinique au sein du service d'odontologie du CHRU de Lille.

La grande majorité des répondants (78,5%) a validé à la fois les 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années de la formation initiale au sein du service d'odontologie du GHH (Tableau 2). La durée moyenne, en nombre d'années, du stage hospitalier dans le service d'odontologie du

---

<sup>7</sup> En l'absence de faculté de chirurgie dentaire sur le territoire normand, les étudiants ayant validé leur PACES à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, et se dirigeant vers la formation initiale en odontologie, se voient offrir la possibilité d'effectuer cette formation dans les facultés de chirurgie dentaire de Lille, Reims, Paris V ou Paris VII. Le nombre de places allouées aux étudiants rouennais dans ces facultés peut varier selon les années universitaires. Ces dernières années environ 2 /3 de ces places étaient allouées à la faculté de chirurgie dentaire de Lille.

GHH était de 1,8±0,6 ans avec un minimum de 1 an et un maximum de 3 ans (expliqué par des redoublements). Le service d'odontologie du GHH accueillant aussi des internes en odontologie, un répondant a déclaré avoir effectué les 3 années de son stage hospitalier d'internat en médecine bucco-dentaire au sein du Service d'odontologie du GHH. Ce participant était alors rattaché pour son internat à la faculté de chirurgie dentaire de Lille.

Une très large majorité des répondants a déclaré avoir réalisé son stage actif de 6<sup>e</sup> année à proximité du GHH dans un cabinet libéral de l'agglomération havraise (86,0%) (Tableau 2).

Concernant les années d'obtention du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire, on note des disparités de fréquence. Ce constat peut s'expliquer par les variations, selon les années, du nombre de nouveaux étudiants accueillis par le Service d'odontologie du GHH.

**Tableau 2 : Caractéristiques générales liées à la formation initiale en odontologie de la population d'étude (N=28)**

	Effectif	Fréquence
<b>Faculté de Validation de la PCEM1/PACES</b>		
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen <sup>1</sup>	20	71,5%
Faculté de Médecine de Lille	7	25,0%
Autre faculté : (Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers :1)	1	3,5%
<b>Faculté de validation des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année d'étude en odontologie</b>		
Faculté de Chirurgie-dentaire de Lille	21	75,0%
Faculté de Chirurgie-dentaire de Reims	6	21,5%
Autre faculté : (Faculté de chirurgie dentaire de Nantes : 1)	1	3,5%
<b>Année(s) d'étude validée(s) au service d'odontologie du Groupe Hospitalier du Havre</b>		
5 <sup>e</sup> année uniquement	2	7,0%
6 <sup>e</sup> année uniquement	3	11,0%
5 <sup>e</sup> et 6 <sup>e</sup> années	22	78,5%
Internat	1	3,5%
<b>Territoire du stage actif</b>		
Agglomération havraise	24	86,0%
Département de la Seine-Maritime <sup>2</sup>	2	7,0%
Région Normandie <sup>3</sup>	0	0,0%
Région Hauts-de-France	0	0,0%
Autre territoire	0	0,0%
Pas de stage actif <sup>4</sup>	2	7,0%
<b>Année d'obtention du diplôme d'état de Docteur en chirurgie-dentaire</b>		
2014	4	14,0%
2015	8	29,0%
2016	6	21,5%
2017	2	7,0%
2018	1	3,5%
Prévue au cours de l'année 2018	7	25,0%

<sup>1</sup> : En 2014, une antenne de la Faculté de médecine de Rouen pour le suivi des enseignements de la PACES au Havre a été mise en place mais celle-ci ne concerne pas les répondants, ces derniers ayant tous validé leur PACES avant 2014.

<sup>2</sup> : Hors agglomération havraise.

<sup>3</sup> : Hors agglomération havraise et département de la Seine-Maritime.

<sup>4</sup> : Répondants ayant obtenu leur internat en odontologie à la fin de la 5<sup>ème</sup> année de formation initiale.

Les participants, considérés comme installés en dehors de la région Normandie au moment de l'enquête, ont été interrogés sur le bilan qu'ils tiraient de leur stage

clinique au sein du service d'odontologie du GHH (Tableau 3). Un répondant n'a pas été interrogé sur ce thème, par oubli de l'enquêteur, constituant donc une donnée manquante.

La totalité de ces répondants a déclaré un bilan positif global du stage clinique effectué au sein du Service d'odontologie du GHH. Le point positif le plus fréquemment cité a porté sur la quantité de patients reçus par vacation, permettant ainsi selon les participants une formation clinique complète. Trois répondants ont cité comme unique point négatif à l'expérience un encadrement moins structuré que dans un service hospitalo-universitaire (Tableau 3).

**Tableau 3 : Bilan du stage clinique effectué dans le Service d'odontologie du GHH chez les répondants considérés comme installés<sup>1</sup> exerçant en dehors de la région Normandie au moment de l'enquête (N=8)**

Thème principal <sup>2</sup>	Thème secondaire <sup>2</sup>	Thème tertiaire <sup>3</sup>	Effectif	Fréquence
<b>Bilan global positif</b>			<b>7</b>	<b>100,0%</b>
<i>Points positifs</i>				
		Approche clinique de l'exercice, proche de la réalité d'un cabinet dentaire, permettant d'aborder de manière sereine l'exercice libéral	3	
		Nombre important de patients reçus par vacation permettant une formation clinique complète	5	
		Accueil chaleureux et accompagnement des étudiants par la CODAH (par exemple : invitations gratuites à des formations professionnelles, événements sportifs, petits déjeuners conviviaux, logements à des prix très attractifs...)	3	
		Formation et encadrement personnalisés de qualité, permis du fait du faible nombre d'étudiants	3	
<i>Point négatif</i>				
		Encadrement moins structuré que dans un établissement hospitalo-universitaire	3	
<b>Bilan global négatif</b>			<b>0</b>	<b>0,0%</b>

<sup>1</sup> : Ont été considérés comme installés les répondants exerçant la profession de chirurgien dentiste en tant que titulaire de cabinet, collaborateur libéral ou collaborateur salarié.

<sup>2</sup> : Les thèmes principaux et secondaires étaient proposés par l'enquêteur.

<sup>3</sup> : Les réponses obtenues dans les thèmes tertiaires étaient des réponses spontanément proposées par les répondants. Plusieurs réponses étaient possibles.

### **3.1.3 Caractéristiques professionnelles de la population d'étude**

#### **3.1.3.1 Caractéristiques générales**

Au moment de l'étude, 60,5% des répondants déclaraient un exercice professionnel dans le territoire de la région Normandie (dont 43,0% dans l'agglomération havraise). D'autre part, 21,5% des répondants exerçaient dans le territoire des Hauts-de-France. Trois participants déclaraient ne pas exercer d'activité professionnelle (Tableau 4).

Tous les participants déclaraient avoir eu au moins une expérience professionnelle au sein de l'agglomération havraise.

Les répondants qui avaient un exercice professionnel au moment de l'étude, déclaraient un temps de travail moyen de  $3,9 \pm 0,7$  journées par semaine avec un minimum de 2,5 et un maximum de 5,0 journées travaillées par semaine.

Les statuts juridiques professionnels les plus rencontrés étaient l'exercice en tant que titulaire/associé ou collaborateur libéral. Ces deux statuts rassemblaient 76,0% des répondants.

##### **3.1.3.1.1 Population considérée comme installée**

Les répondants considérés comme installés ont déclaré à 63,5% exercer dans le territoire de la région Normandie. Le territoire de l'agglomération havraise accueillait l'exercice de la moitié des répondants considérés comme installés. Plus d'un quart (27,5%) des répondants ont déclaré exercer dans le territoire de la région des Hauts-de-France. De plus, 2 répondants déclaraient un exercice dans un autre territoire que la Normandie ou les Hauts-de-France (Tableau 4).

La majorité des participants a répondu avoir choisi leur territoire d'installation après la fin de leur cursus universitaire. Les deux anciens internes en odontologie ont déclaré avoir fait ce choix au cours de leurs années d'internat (Tableau 4).

Près d'un quart des répondants installés déclarait envisager un changement de territoire d'exercice au cours de leur carrière professionnelle. Près de la moitié d'entre eux expliquait ce projet par le désir de découvrir d'autres territoires (Tableau 4).



### **3.1.3.1.2 Population considérée comme non installée**

Concernant ce sous-groupe d'individus, la moitié des répondants a déclaré avoir pour projet d'installer son activité dans le département de la Seine-Maritime (Tableau 4).

Les répondants ont été 33,0% à envisager une installation future dans un territoire autre que celui de la région Normandie et 17,0% des répondants a déclaré ne pas encore avoir pris de décision à ce sujet (Tableau 4).

**Tableau 4 : Caractéristiques professionnelles de la population d'étude (N=28)**

	Effectif	Fréquence	
<b>Territoire d'exercice au moment de l'étude</b>			
Agglomération havraise	12	43,0%	} 60,5%
Département de la Seine-Maritime <sup>1</sup>	4	14,0%	
Région Normandie <sup>2</sup>	1	3,5%	
Région Hauts-De-France	6	21,5%	
Autres territoires (régions) : (Bretagne : 1, Outre-mer : 1)	2	7,0%	
Pas d'exercice professionnel	3	11,0%	
<b>Exercice en cours au sein du cabinet du stage actif (n=24)</b>			
Oui	3	12,5%	
Non	21	87,5%	
<b>Statut juridique professionnel (n=25)</b>			
Titulaire/associé	8	32,0%	
Collaborateur libéral	11	44,0%	
Collaborateur salarié	3	12,0%	
Remplaçant libéral	3	12,0%	
<b>Concernant la population considérée comme installée (titulaires, associés et collaborateurs) (n=22)</b>			
<b>Territoire d'exercice au moment de l'étude</b>			
Agglomération havraise	11	50,0%	} 63,5%
Département de la Seine-Maritime <sup>1</sup>	3	13,5%	
Région Normandie <sup>2</sup>	0	0,0%	
Région Hauts-De-France	6	27,5%	
Autres territoires (régions) : (Bretagne : 1, Outre-mer : 1)	2	9,0%	
<b>Période du choix du territoire d'exercice</b>			
Avant la 2 <sup>e</sup> année d'étude en odontologie	3	14,0%	
2 <sup>e</sup> - 4 <sup>e</sup> année	3	14,0%	
5 <sup>e</sup> - 6 <sup>e</sup> année	4	18,0%	
Internat	2	9,0%	
Après la fin du cursus universitaire	10	45,0%	
<b>Changement de territoire d'exercice envisagé au cours de la carrière professionnelle</b>			
Oui	5	23,0%	
Non	10	45,0%	
Ne se prononce pas	7	32,0%	
<b>Motifs du projet de changement de territoire (n=5)</b>			
Exercer dans l'agglomération havraise	1	20,0%	
Suivre son conjoint	1	20,0%	
Découvrir d'autres territoires	2	40,0%	
Exercer à proximité du littoral maritime	1	20,0%	
<b>Concernant la population considérée comme non installée (remplaçants et sans exercice professionnel) (n=6)</b>			
<b>Territoire projeté d'exercice</b>			
Agglomération havraise	2	33,0%	} 50,0%
Département de la Seine-Maritime <sup>1</sup>	1	17,0%	
Région Normandie <sup>2</sup>	0	0,0%	
Région Hauts-de-France	0	0,0%	
Autres territoires (régions) : (Ile-De-France : 1, Nouvelle-Aquitaine : 1)	2	33,0%	
N'a pas pris de décision	1	17,0%	

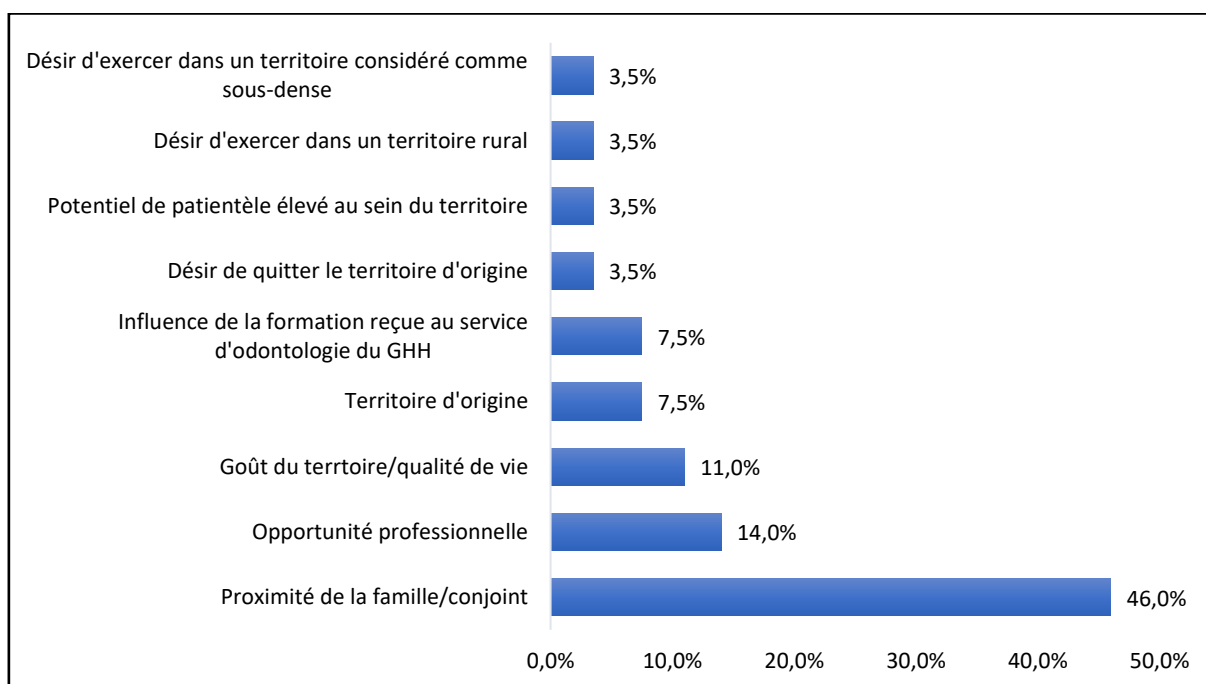
<sup>1</sup> : Hors agglomération havraise.

<sup>2</sup> : Hors agglomération havraise et département de la Seine-Maritime

### 3.1.3.2 Facteurs influençant le choix du territoire d'exercice professionnel

Les répondants ont été interrogés sur le facteur qu'ils considéraient comme numéro 1 dans leur choix de territoire d'exercice professionnel (actuel ou projeté). A cette question, aucune piste n'a été proposée par l'enquêteur pour formuler la réponse (qui était donc libre et spontanée). Près de la moitié des participants considéraient la proximité de la famille et/ou du conjoint comme 1<sup>er</sup> facteur d'influence, constituant le facteur le plus fréquemment cité (Figure 2).

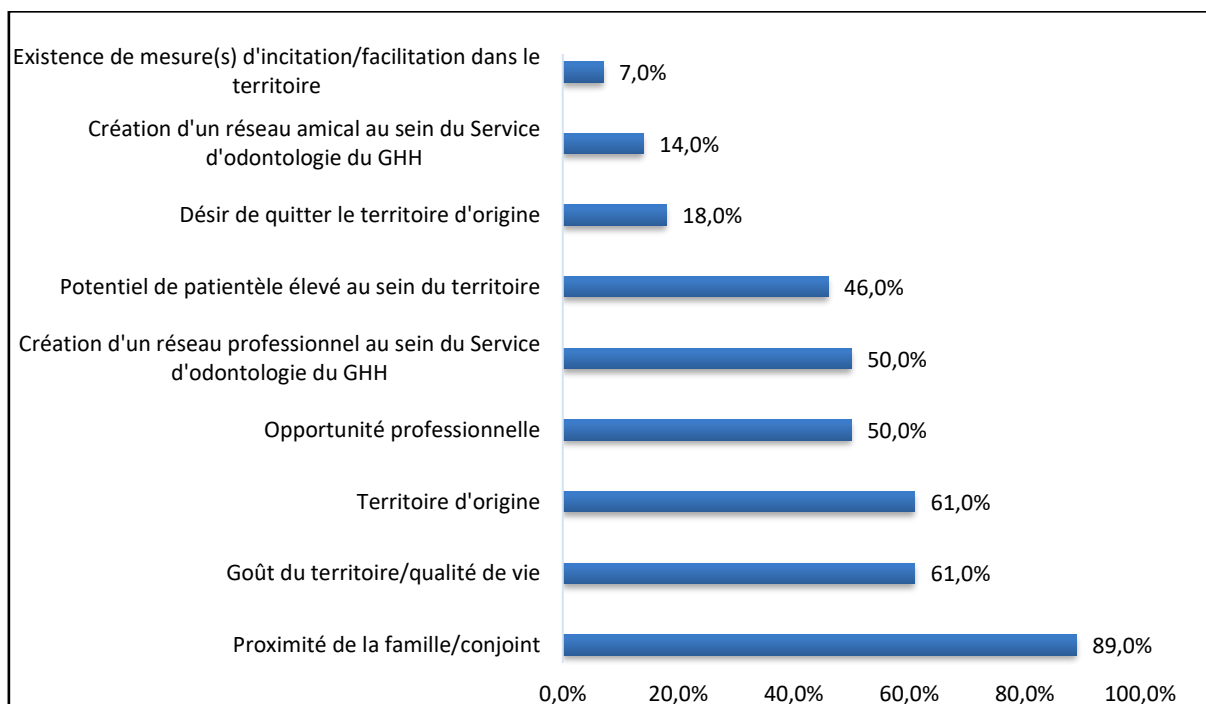
Les opportunités professionnelles et le goût pour le territoire/qualité de vie au sein du territoire arrivent respectivement en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> position avec des fréquences de 14,0% et 11,0%. Enfin, 7,5% des répondants citaient l'influence de la formation reçue au LHD comme 1<sup>er</sup> facteur d'influence (Figure 2).



**Figure 2 : Facteurs influençant le choix du territoire d'exercice professionnel de la population d'étude : 1<sup>er</sup> facteur cité (N=28)**

Les répondants ont ensuite été interrogés sur l'ensemble des facteurs qu'ils considéraient comme ayant influencé / influençant leur choix de territoire d'exercice professionnel (actuel ou projeté). A cette question, plusieurs réponses étaient possibles, sans piste proposée par l'enquêteur dans un premier temps, puis avec la proposition d'items dans le but d'obtenir au minimum une réponse de type oui/non pour chacune des propositions.

Près de 90,0% des répondants considéraient la proximité de la famille et/ou du conjoint comme un facteur d'influence. La moitié d'entre eux ont cité l'influence de la création d'un réseau professionnel au sein du Service d'odontologie du GHH, et 2 participants (7,0%) ont cité l'existence de mesure(s) d'incitation ou de facilitation à l'installation au sein du territoire (Figure 3).



**Figure 3 : Facteurs influençant le choix du territoire d'exercice professionnel de la population d'étude : ensemble des facteurs cités (N=28)**

### 3.1.4 Bilan global de l'expérience au sein de l'agglomération havraise

Les répondants ont été interrogés sur leur expérience globale (personnelle et professionnelle) au sein de l'agglomération havraise.

Les participants ont été 96,0% à dresser un bilan personnel global positif de leur expérience au sein de l'agglomération havraise. Concernant l'aspect professionnel de leur expérience, 78,0% en ont dressé un bilan positif (Tableau 5).

Les répondants ont déclaré à 57,5% n'avoir rencontré aucun frein lors de leur expérience havraise, alors que 21,5% ont exprimé des difficultés à trouver un contrat de collaboration ou de remplacement, et 14,0% ont ressenti une méconnaissance de

la part des chirurgiens-dentistes exerçant dans l'agglomération havraise de la présence étudiante, et/ou une réticence de ces derniers à faire appel à des remplaçants/ collaborateurs (Tableau 5).

**Tableau 5 : Expérience de la population d'étude au sein de l'agglomération havraise (N=28)**

	Effectif	Fréquence
<b>Bilan personnel global concernant la vie au sein de l'agglomération havraise (n=27) (1 donnée manquante)</b>		
Positif	26	96,0%
Partagé	1	4,0%
Négatif	0	0,0%
<b>Bilan professionnel global quant à l'exercice au sein de l'agglomération havraise<sup>1</sup> (n=27) (1 donnée manquante)</b>		
Positif	21	78,0%
Partagé	6	22,0%
Négatif	0	0,0%
<b>Frein(s) éventuel(s) rencontré(s) au sein de l'agglomération havraise<sup>2</sup> (n=28)</b>		
Qualité de vie	0	0,0%
Manque d'aide à l'installation	2	7,0%
Méconnaissance de la part des chirurgiens-dentistes exerçant dans l'agglomération havraise de la présence étudiante et réticence à faire appel à des remplaçants/ collaborateurs	4	14,0%
Difficultés à trouver un contrat collaboration ou de remplacement	6	21,5%
Aucun	16	57,5%

<sup>1</sup> : Expérience professionnelle hormis celle du stage clinique au sein du service d'odontologie du GHH (l'ensemble des répondants ayant déclaré avoir eu au moins 1 expérience professionnelle en dehors du service d'odontologie du GHH).

<sup>2</sup> : Plusieurs réponses étaient possibles, sans piste proposée par l'enquêteur dans un premier temps, puis proposition d'items dans le but d'obtenir au minimum une réponse de type oui/non pour chacune des propositions.

Concernant la question de la difficulté ressentie à trouver un contrat de collaboration ou de remplacement au sein de l'agglomération havraise, les participants entrés en 6<sup>e</sup> année entre septembre 2012 et septembre 2014 ont déclaré à 6,5% avoir ressenti des difficultés à trouver une collaboration sur le territoire d'intérêt. Pour les participants ayant déclaré être entrés en 6<sup>e</sup> année entre septembre 2015 et septembre 2016, ce taux s'élève à 45,5%.

## **3.2 Influence, connaissances et représentations des mesures visant à améliorer la répartition des professionnels de santé sur les territoires**

### **3.2.1 Influence et connaissances**

Concernant l'influence des mesures d'aide à l'installation (de nature incitative ou mesures de facilitation) quant au choix du territoire d'exercice actuel ou projeté, 43,0% des répondants ont déclaré qu'elle se limitait à une opportunité qu'ils ont saisie ou qu'ils saisiraient si le territoire de leur choix y était éligible et 18,0% des participants ont recherché ou recherchent un territoire précisément éligible à ce type de mesure. Ils sont *a contrario* 32,0% à déclarer que ces mesures n'exerçaient pas d'influence quant à leur choix de territoire d'exercice (Tableau 6).

Les répondants ont été interrogés sur leurs connaissances de certaines mesures en vigueur en France, visant à améliorer la répartition de professionnels de santé sur le territoire.

Concernant les mesures en vigueur à l'échelle nationale, 89,0% des participants ont déclaré connaître l'existence et les modalités du CESP, et 46,5% connaître celles du CICD (Tableau 6).

Concernant les mesures en vigueur à l'échelle locale, la quasi-totalité des répondants (89,0%) a déclaré avoir connaissance de l'existence des ZFU-TE. A propos des mesures mises en place par la CODAH, tous les répondants ont déclaré connaître la mise à disposition de logements de standing aux étudiants en chirurgie dentaire à des prix très attractifs. A l'inverse, moins d'un quart des participants déclaraient avoir connaissance des mesures d'accompagnement des praticiens dans leur recherche de locaux professionnels ou dans la recherche d'emploi pour leur conjoint (Tableau 6).

Au moment de l'étude, 53,5% des répondants déclaraient avoir bénéficié d'un logement mis à disposition par la CODAH et 43,0% déclaraient n'avoir jamais bénéficié personnellement d'aucune mesure d'aide à l'installation des professionnels de santé.

**Tableau 6 : Influence et connaissances des mesures visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé par la population d'étude (N=28)**

	Effectif	Fréquence
<b>Influence des mesures d'aides à l'installation dans le choix du territoire d'exercice</b>		
Aucune	9	32,0%
Saisir l'opportunité si elle se présente	12	43,0%
Rechercher un territoire éligible à ces mesures	5	18,0%
Ne se prononce pas	2	7,0%
<b>Connaissance des mesures visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé en France<sup>1</sup></b>		
<b>A l'échelle nationale :</b>		
Contrat d'engagement de service public (CESP)	25	89,0%
Contrat Incitatif du chirurgien-dentiste (CICD)	13	46,5%
Zones franches urbaines - territoires entrepreneurs (ZFU-TE)	25	89,0%
<b>A l'échelle de la CODAH</b>		
Logements de standing mis à disposition des étudiants à des prix très attractifs	28	100,0%
Accompagnement dans la recherche d'un local professionnel	6	18,0%
Accompagnement dans la recherche d'emploi du conjoint	5	21,5%
<b>Mesures dont a bénéficié la population d'étude</b>		
Logements de standing mis à disposition des étudiants à des prix très attractifs	15	53,5%
Accompagnement dans la recherche d'emploi du conjoint	1	3,5%
Aucune	12	43,0%
<b>Territoire d'exercice des individus ayant bénéficié des logements de standing mis à disposition par la CODAH (n=15)</b>		
Agglomération havraise	4	26,5%
Département de la Seine-Maritime <sup>2</sup>	4	26,5%
Région Normandie <sup>3</sup>	0	0,0%
Région Hauts-De-France	6	40,0%
Autres territoires (régions) : (régions d'Outre-mer : 1)	1	7,0%

<sup>1</sup> Chaque mesure rapportée dans ce sous-thème était proposée à chaque participant qui devait préciser pour chacune d'elles s'il en avait connaissance.

<sup>2</sup> Hors agglomération havraise.

<sup>3</sup> Hors agglomération havraise et département de la Seine-Maritime.

Concernant les participants ayant déclaré un exercice professionnel au moment de l'étude (N=25), 16 répondants ont déclaré avoir bénéficié de mesures d'aides mises en place par la CODAH. Neuf d'entre eux ont déclaré exercer au moment de l'étude sur le territoire de la région Normandie, et 7 ont déclaré un exercice dans un autre territoire.

## 3.2.2 Représentations

Les participants ont été interrogés sur leurs représentations des 4 types de mesures les plus fréquemment retrouvées dans la littérature visant à améliorer la répartition des professionnels de santé sur les territoires, à savoir :

- les mesures visant les étudiants en formation initiale,
- les mesures incitatives,
- les mesures coercitives,
- les mesures de facilitation.

Pour chaque type de mesure, des exemples en vigueur en France et/ou à l'étranger ont été soumis aux participants, qui devaient se positionner par rapport à ces mesures, et s'ils le souhaitaient, argumenter leurs réponses.

### 3.2.2.1 Mesures visant les étudiants en formation initiale

La grande majorité des répondants était favorable aux mesures d'aides financières à la formation des étudiants s'engageant à exercer dans des zones sous-denses (par exemple le CESP en France) et croyait en l'efficacité de ce type de mesures.

Les mesures consistant à augmenter le nombre de professionnels formés et à mettre à disposition des étudiants des logements à des prix très attractifs ont divisé les participants quant à leur pertinence et à leur efficacité.

Les répondants étaient majoritairement défavorables aux mesures visant à adapter la formation aux conditions particulières d'exercice en zone sous-dense ainsi qu'au recrutement privilégié des étudiants les plus à même d'exercer ultérieurement dans des zones sous-denses (Tableau 7).



**Tableau 7 : Représentations de la population d'étude sur les mesures visant les étudiants en formation initiale (N=28)**

Thème principal <sup>1</sup>	Thème secondaire <sup>1</sup>	Thème tertiaire <sup>2</sup>	Nombre de répondants	Fréquence
<b>Avis sur l'augmentation des effectifs globaux des professionnels de santé formés</b>				
<i>Plutôt en accord avec cette mesure :</i>			<b>13</b>	<b>46,5%</b>
Indispensable pour palier à la pénurie de professionnels			3	
Uniquement si accompagnée d'une augmentation du nombre d'enseignant et que la capacité d'accueil des établissements permette de dispenser une formation de qualité			3	
Indispensable mais ne constitue qu'une partie du problème			4	
Permettant de lutter contre le recours à des professionnels étrangers			1	
Pour les spécialités proposées à l'internat en odontologie			1	
<i>En désaccord avec cette mesure ne répondant pas à la problématique :</i>			<b>15</b>	<b>53,5%</b>
Qui provient d'une répartition inégale des professionnels sur le territoire			7	
Les effets seraient ressentis trop tardivement du fait de la durée des études des professions de la santé			1	
N'assure pas d'une augmentation du nombre d'installations en zones sous-denses			1	
N'est pas ciblée sur les besoins spécifiques des territoires			1	
<b>Avis sur l'adaptation de la formation initiale aux conditions particulières d'exercice en zones sous-denses</b>				
<i>En accord avec cette mesure car :</i>			<b>3</b>	<b>11,0%</b>
L'exercice est différent du fait de l'isolement des praticiens exerçant en zones sous-denses par rapport aux autres professionnels de santé			1	
<i>En désaccord avec cette mesure car :</i>			<b>23</b>	<b>82,0%</b>
L'exercice de la chirurgie dentaire et les pathologies rencontrées ne diffèrent pas dans les zones sur-denses et sous-denses			8	
L'exercice de la chirurgie dentaire nécessite de recevoir une formation globale au cours de la formation initiale			5	
L'enseignement des spécificités de l'exercice rural devrait plutôt faire l'objet d'une formation postuniversitaire			2	
<i>Ne se prononce pas :</i>			<b>2</b>	<b>7,0%</b>
<b>Avis sur le recrutement privilégié des étudiants les plus à même d'exercer ultérieurement dans des zones sous-denses (comme par exemple ceux qui en sont originaires)</b>				
<i>En accord avec cette mesure car :</i>			<b>7</b>	<b>25,0%</b>
Les individus originaires de ces territoires sont les plus à même d'y revenir exercer			3	
<i>En désaccord avec cette mesure ne répondant pas à la problématique car :</i>			<b>3</b>	<b>11,0%</b>
Les praticiens souhaitant exercer dans un territoire y reviennent d'eux-mêmes			1	
Le fait d'être originaire d'un territoire considéré comme sous-dense n'assure pas que la personne viendra y exercer après sa formation			2	
<i>En désaccord avec cette mesure car :</i>			<b>17</b>	<b>60,5%</b>
Non équitable pour les praticiens non originaires de ces territoires			10	
Pouvant faire l'objet de tentative de fraude au lieu de résidence			2	
<i>Ne se prononce pas :</i>			<b>1</b>	<b>3,5%</b>
<b>Avis sur les aides financières à la formation des étudiants s'engageant à exercer dans des zones sous-denses (exemple du CESP en France)</b>				
<i>En accord avec cette mesure :</i>			<b>23</b>	<b>82,0%</b>
Bénéfique pour l'étudiant afin de lui permettre le financement de ses études ainsi que pour le territoire : « gagnant-gagnant »			7	
Favorisant les chances d'un exercice au long cours après une expérience au sein d'un de ces territoires			2	
<i>Partagés par rapport à cette mesure qui :</i>			<b>5</b>	<b>18,0%</b>
Constitue un engagement important, pris tôt dans la formation initiale avec un risque de changer d'avis au cours des études			2	
Doit s'accompagner d'une politique de développement et de valorisation des territoires considérés comme sous-denses			1	
Peut fermer des portes aux étudiants ayant des opportunités professionnelles en cours de cursus			1	
Est incomplète si elle n'offre pas aux jeunes diplômés des structures adaptées à un exercice dans des conditions favorables à un exercice de qualité			1	
<b>Avis sur la mise à disposition de logements de standing à des prix très attractifs (exemple de mesure développée par la CODAH)</b>				
<i>En accord avec cette mesure :</i>			<b>14</b>	<b>50%</b>
Permettant d'attirer les étudiants à venir dans ces territoires et favorisant les chances qu'il décide de s'y installer après connaissance du territoire et création d'un réseau professionnel et amical			8	
Apportant une aide importante aux étudiants confrontés à des difficultés financières concernant le financement de leurs études			1	
<i>Partiellement convaincus par cette mesure :</i>			<b>14</b>	<b>50%</b>

<sup>1</sup> Les thèmes principaux et secondaires étaient proposés par l'enquêteur. Il était donc demandé aux répondants de se positionner sur ces thèmes.

<sup>2</sup> Les thèmes tertiaires constituaient quant à eux des éléments de précision spontanément apportés par les répondants.

### **3.2.2.2 Mesures visant à encourager l'installation et le maintien des professionnels de santé en zones sous-denses (mesures de type incitatif)**

Si l'ensemble des répondants s'est montré favorable à une démarche incitative, 25,0% l'étaient moyennant certaines conditions, comme un encadrement plus strict de ces mesures (Tableau 8).

Concernant les mesures évoquées au cours des entretiens, plus de 80% des répondants ont déclaré être en accord avec celles-ci et croire en l'efficacité des mesures consistant à apporter une aide au financement des investissements à réaliser pour l'installation des praticiens souhaitant s'installer en zones sous-denses, ainsi qu'à une exonération de charges pour les praticiens exerçant dans ces territoires (exemple du CICD ou des ZFU-TE en France, concernant le volet exonération de charges). Des répondants ont émis des réserves quant à ces 2 mesures notamment sur la hauteur du financement apporté, ou la question de la période d'éligibilité à ces aides, qui selon un participant incitait les praticiens à exercer dans le territoire pour la seule période d'éligibilité à ces mesures (Tableau 8).

Les participants avaient des avis partagés sur la mise en place de mesures visant à majorer la rémunération des praticiens exerçant en zone sous-dense. Quatre participants estimaient que ces mesures permettraient d'augmenter l'attractivité de ces territoires auprès des chirurgiens-dentistes. Deux participants considéraient cette mesure comme inégalitaire, risquant de créer des tensions au sein de la profession (Tableau 8).

Les répondants déclaraient à 89,5% être en désaccord avec les mesures consistant à diminuer ou à plafonner la rémunération des praticiens exerçant dans des zones sur-denses, pouvant, selon 3 répondants, être assimilées à de la coercition (Tableau 8).

**Tableau 8 : Représentations de la population d'étude sur les mesures visant à encourager l'installation et le maintien des professionnels de santé en zones sous-denses (N=28)**

Thème principal <sup>1</sup>	Thème secondaire <sup>1</sup>	Thème tertiaire <sup>2</sup>	Nombre de répondants	Fréquence
<b>Avis général sur les mesures de type incitatif</b>				
	<i>En accord avec ce type de mesures :</i>		<b>21</b>	<b>75,0%</b>
		Permet au contraire de la coercition d'attirer des praticiens motivés pour travailler dans ces territoires, et ainsi de garantir un investissement de ces derniers dans leur exercice professionnel	4	
		Peut faire basculer une décision de création	3	
		Fait intervenir l'idée de gains financiers accrus, principal moteur pour attirer les personnes	2	
	<i>En accord avec ce type de mesures à condition qu'elles :</i>		<b>7</b>	<b>25,0%</b>
		Soient accompagnées de campagnes pédagogiques en faveur des zones rurales, afin d'éviter la mise en œuvre de mesures coercitives	2	
		Soient mieux encadrées, afin d'éviter le phénomène actuel des praticiens n'exerçant dans les territoires sous-denses que pendant la seule durée d'éligibilité aux aides	4	
		Reposent sur des zonages géographiques plus flexibles se basant sur un traitement des demandes au cas par cas	2	
<b>Avis sur l'aide au financement des investissements à réaliser pour l'installation en zone sous-dense</b>				
	<i>En accord avec cette mesure car :</i>		<b>23</b>	<b>82,0%</b>
		Elle permettrait de déclencher des décisions de création, surtout chez les jeunes praticiens, au vu de l'investissement financier que représente un cabinet dentaire	9	
	<i>En accord avec cette mesure à condition :</i>		<b>5</b>	<b>18,0%</b>
		Que le financement soit plus conséquent que les 15 000 euros proposés par le CICD <sup>3</sup> , au vu de l'importance de l'investissement que représente un cabinet dentaire	1	
		Qu'elle concerne toutes les professions de santé	1	
		Qu'elle ne concerne que les jeunes praticiens	1	
<b>Avis sur l'exonération de charges sociales pour les praticiens exerçant en zone sous-dense</b>				
	<i>En accord avec cette mesure :</i>		<b>24</b>	<b>86,0%</b>
		Nécessaire au vu du poids des charges que représente l'exercice libéral	3	
		Intéressante pour simplifier le système de cotisations sociales	1	
	<i>En accord avec cette mesure à condition :</i>		<b>1</b>	<b>3,5%</b>
		Qu'elle concerne toutes les professions de santé	1	
	<i>En désaccord avec cette mesure car :</i>		<b>2</b>	<b>7,0%</b>
		Attire une forte proportion de praticiens n'exerçant dans le territoire sous-dense que pendant la seule période d'éligibilité à l'exonération	1	
	<i>Ne se prononce pas :</i>		<b>1</b>	<b>3,5%</b>
<b>Avis sur la majoration de la rémunération des praticiens exerçant en zones sous-denses</b>				
	<i>En accord avec cette mesure :</i>		<b>17</b>	<b>61,0%</b>
		Permettant d'attirer des praticiens dans ces territoires	4	
		Offrant une compensation à la diminution de qualité de vie éventuelle dans ces territoires	3	
	<i>En accord avec cette mesure à condition :</i>		<b>3</b>	<b>10,5%</b>
		De ne pas augmenter les frais à la charge du patient	1	
		Que la mesure ne compromette pas l'équilibre financier du système de santé	1	
	<i>Plutôt en désaccord avec cette mesure :</i>		<b>8</b>	<b>28,5%</b>
		Inégalitaire, pouvant créer des tensions au sein de la profession	2	
		Risquant d'attirer des praticiens s'installant pour de mauvaises raisons sur ces territoires	1	
		Inutile, au vu de la rémunération moyenne des chirurgiens-dentistes déjà confortable	2	

<sup>1</sup> Les thèmes principaux et secondaires étaient proposés par l'enquêteur. Il était donc demandé aux répondants de se positionner sur ces thèmes.

<sup>2</sup> Les thèmes tertiaires constituaient quant à eux des éléments de précision spontanément apportés par les répondants.

<sup>3</sup> CICD : Contrat incitatif du chirurgien-dentiste

**Tableau 8 : suite**

Thème principal <sup>1</sup>	Thème secondaire <sup>1</sup>	Thème tertiaire <sup>2</sup>	Nombre de répondants	Fréquence
<b>Avis sur la diminution ou le plafonnement de la rémunération des praticiens exerçant en zone sur-dense</b>				
		<i>Plutôt d'accord avec cette mesure :</i>	<b>1</b>	<b>3,5%</b>
		<i>En accord avec cette mesure à condition :</i>	<b>1</b>	<b>3,5%</b>
		Qu'elle ne concerne que les praticiens conventionnés	1	
		<i>En désaccord avec cette mesure :</i>	<b>25</b>	<b>89,5%</b>
		Injuste pour des praticiens installés dans ces territoires subissant une grande concurrence, ayant des charges fixes calculées en fonction de leurs revenus actuels	1	
		Inégalitaire, pouvant être assimilée à de la coercition	3	
		Dangereuse car risquant de créer des tensions au sein de la profession	1	
		<i>Ne se prononce pas :</i>	<b>1</b>	<b>3,5%</b>

<sup>1</sup> Les thèmes principaux et secondaires étaient proposés par l'enquêteur. Il était donc demandé aux répondants de se positionner sur ces thèmes.

<sup>2</sup> Les thèmes tertiaires constituaient quant à eux des éléments de précision spontanément apportés par les répondants.

### **3.2.2.3 Mesures visant la régulation de l'accès au marché du travail sur des critères géographiques (mesures de type coercitif)**

Les répondants ont été 71,5% à se déclarer défavorables avec l'idée d'une démarche coercitive, constituant selon 9 participants une privation des libertés allant à l'encontre des principes fondamentaux de l'exercice. Selon 4 participants, ce choix doit être personnel afin de permettre un épanouissement personnel et professionnel, un choix imposé risquant d'avoir un impact négatif sur l'investissement du praticien dans son exercice professionnel (Tableau 9).

A l'inverse, 29,5% des répondants ont déclaré être en accord total ou en accord à certaines conditions, avec la démarche coercitive. Trois d'entre eux ont estimé que la mise en place de mesures coercitives constituait la solution la plus efficace pour gérer au mieux la répartition géographique des professionnels de santé sur le territoire et donc l'offre de soin (Tableau 9).

Concernant les mesures évoquées au cours des entretiens, les avis étaient partagés au sujet des mesures visant à limiter le nombre de nouveaux professionnels dans les zones considérées comme sur-denses. Il en est de même pour les mesures limitant l'installation des professionnels de santé de nationalité étrangère uniquement aux zones considérées comme sous-denses en contrepartie de l'autorisation d'exercice sur lesquelles 21,5% des répondants n'ont pas souhaité se prononcer (Tableau 9).

**Tableau 9 : Représentations de la population d'étude sur les mesures visant la régulation de l'accès au marché du travail sur des critères géographiques (N=28)**

Thème principal <sup>1</sup>	Thème secondaire <sup>1</sup>	Thème tertiaire <sup>2</sup>	Nombre de répondants	Fréquence
<b>Avis sur les mesures de type coercitif</b>				
	<i>Plutôt en accord avec ce type de mesures :</i>		<b>6</b>	<b>21,5%</b>
	Constituant la solution la plus efficace pour gérer au mieux la répartition géographique des professionnels de santé sur le territoire et donc l'offre de soins		3	
	Permettant de lutter contre l'augmentation de praticiens étrangers		1	
	Créant un cadre pouvant résoudre les dérives actuelles de la profession en termes de répartition géographique		1	
	<i>En accord avec ce type de mesures à condition que ces mesures :</i>		<b>2</b>	<b>7,0%</b>
	Soient associées à des politiques de développement du territoire (transports, commerces...)		1	
	Soient nuancées et n'entravent pas de manière trop forte les libertés		1	
	<i>En désaccord avec ce type de mesures :</i>		<b>20</b>	<b>71,5%</b>
	Constituant une privation des libertés allant à l'encontre des principes fondamentaux de l'exercice libéral		9	
	Car compte tenu de la durée et de la difficulté de la formation initiale, le choix du territoire d'installation mérite d'être libre		4	
	Limitant les libertés de choix de territoire d'installation, alors que ce choix doit être personnel afin de permettre un épanouissement personnel et professionnel, et de ce fait un investissement du praticien dans son exercice professionnel		4	
	Car la profession doit prendre ses responsabilités afin d'éviter la mise en place de mesures coercitives pouvant avoir un impact négatif sur les praticiens		2	
	Cela devrait être de la responsabilité des territoires de se rendre attractif		1	
	Etant donné que les lois fondamentales de l'économie démontrent que seul le libre marché permet de faire croître et prospérer l'économie		1	
<b>Avis sur la limitation du nombre de nouveaux professionnels pouvant s'installer en zones sur-denses</b>				
	<i>Plutôt en accord avec cette mesure car :</i>		<b>9</b>	<b>32,0%</b>
	Elle permettrait d'éviter une trop grande concurrence dans les territoires prisés par les professionnels de santé		2	
	<i>En accord avec cette mesure à condition :</i>		<b>3</b>	<b>10,5%</b>
	Que la définition des territoires considérés comme sur-denses soit juste et actualisée		1	
	Que les pouvoirs publics proposent des alternatives aux praticiens souhaitant s'y installer		1	
	Que les praticiens non conventionnés ne soient pas concernés		1	
	<i>En désaccord avec cette mesure car :</i>		<b>15</b>	<b>54,0%</b>
	L'installation des nouveaux praticiens se fait en connaissance de cause malgré la concurrence		3	
	<i>Ne se prononce pas</i>		<b>1</b>	<b>3,5%</b>
<b>Avis sur l'installation des professionnels de santé de nationalité étrangère limitée aux zones sous-denses en contre- partie d'une autorisation d'exercice</b>				
	<i>En accord avec cette mesure :</i>		<b>10</b>	<b>35,5%</b>
	Permettant de proposer une offre de soin dans des territoires boudés par les praticiens du pays		1	
	<i>En désaccord avec cette mesure :</i>		<b>12</b>	<b>43,0%</b>
	Injuste pour ces praticiens qui sont dans le devoir de passer une équivalence préalable attestant d'un exercice conforme aux exigences des autorités du pays		6	
	Les niveaux technique et théorique de formation des praticiens étrangers étant inconnus, cela peut potentiellement entraîner un problème de santé publique et une inégalité dans le niveau de soin proposé aux populations		4	
	Inapplicable en France dans le cadre de l'Union Européenne		1	
	<i>Ne se prononce pas :</i>		<b>6</b>	<b>21,5%</b>

<sup>1</sup> Les thèmes principaux et secondaires étaient proposés par l'enquêteur. Il était donc demandé aux répondants de se positionner sur ces thèmes.

<sup>2</sup> Les thèmes tertiaires constituaient quant à eux des éléments de précision spontanément apportés par les répondants.

#### **3.2.2.4 Mesures visant à faciliter l'installation des professionnels de santé (mesures de facilitation)**

La totalité des répondants s'était déclarée en accord total ou partiel avec la démarche de facilitation. Quatre participants ont indiqué considérer comme important un accompagnement humain au vu des difficultés que représente une installation professionnelle. Deux participants partiellement d'accord avec ce type de mesures ont précisé douter de leur efficacité, ne déclenchant pas, selon eux, des décisions d'installation (Tableau 10).

L'accompagnement humain dans la recherche de locaux professionnels a recueilli un taux d'accord total de 68,0%. Deux participants ont précisé que la recherche de locaux professionnels pouvait être compliquée pour les praticiens ne connaissant pas bien le territoire et les spécificités des différents quartiers. Les répondants ont été 32,0% à être partiellement d'accord avec cette mesure. Quatre d'entre eux ont précisé que cette mesure était pertinente à condition que les locaux proposés tiennent compte des spécificités de l'exercice de la chirurgie dentaire (Tableau 10).

La mesure consistant en un accompagnement humain dans la recherche d'emploi pour le conjoint par la CODAH a recueilli auprès des répondants un taux d'accord total de 86,0%. Sept répondants considéraient qu'elle permettait de lever un frein majeur à l'installation dans un territoire donné (Tableau 10).

Un répondant a précisé ressentir la nécessité de mettre en place un accompagnement humain pour l'aide aux démarches administratives liées à une installation.

Deux répondants ont indiqué ressentir la nécessité d'un accompagnement humain dans la recherche d'emploi et de personnel, dans la mise en réseau des professionnels de santé, ainsi que dans la formation des assistantes dentaires.

**Tableau 10 : Représentations de la population d'étude sur les mesures visant à faciliter l'installation des professionnels de santé (N=28)**

Thème principal <sup>1</sup>	Thème secondaire <sup>1</sup>	Thème tertiaire <sup>2</sup>	Nombre de répondants	Fréquence
<b>Avis général sur les mesures de facilitation</b>				
	<i>En accord avec ce type de mesures car :</i>		<b>23</b>	<b>82,0%</b>
		Un accompagnement humain est important au vu des difficultés que représente une installation	4	
	<i>En accord partiel avec ce type de mesures car :</i>		<b>5</b>	<b>18,0%</b>
		Ne déclenche pas de décision d'installation, son recours n'intervenant qu'après un choix de territoire	2	
		Les aides proposées aujourd'hui ne sont pas assez attractives	1	
		Il est nécessaire d'apporter de nombreuses garanties pour pouvoir bénéficier de ces aides	1	
<b>Avis sur un accompagnement humain dans la recherche de locaux professionnels</b>				
	<i>En accord total avec cette mesure car :</i>		<b>19</b>	<b>68,0%</b>
		La recherche de locaux professionnels est parfois compliquée pour les praticiens ne connaissant pas le territoire et les spécificités des différents quartiers	2	
		La recherche d'un local est difficile dans certains territoires	2	
	<i>En accord partiel avec cette mesure à condition que :</i>		<b>9</b>	<b>32,0%</b>
		La recherche de locaux tienne compte des spécificités de l'exercice	4	
		Aide non nécessaire	2	
<b>Avis sur un accompagnement humain dans la recherche d'emploi du conjoint</b>				
	<i>En accord avec cette mesure :</i>		<b>24</b>	<b>86,0%</b>
		Permettant de lever un frein majeur à l'installation dans un territoire donné	7	
	<i>En accord partiel avec cette mesure :</i>		<b>4</b>	<b>14,0%</b>
		Ne faisant pas à elle seule basculer une décision	1	
		Car sceptique sur la faisabilité	1	
<b>Avis sur un accompagnement pour l'aide aux démarches administratives liées à l'installation (n=1)</b>				
	<i>En accord avec cette proposition</i>		<b>1</b>	
<b>Avis sur un accompagnement humain dans la recherche d'emploi et de personnel, dans la mise en réseau des professionnels de santé, ainsi que dans la formation des assistantes dentaires (n=2)</b>				
	<i>En accord avec cette proposition</i>		<b>2</b>	

<sup>1</sup> Les thèmes principaux et secondaires étaient proposés par l'enquêteur. Il était donc demandé aux répondants de se positionner sur ces thèmes, à l'exception des 2 derniers thèmes ajoutés par des répondants et non prévus initialement par l'enquêteur.

<sup>2</sup> Les thèmes tertiaires constituaient quant à eux des éléments de précision spontanément apportés par les répondants.

## 4 Discussion

### 4.1 Intérêts et limites de l'étude

#### 4.1.1 Intérêts

Cette étude a permis de mesurer les effets à 5 ans de la création d'un service d'odontologie dans un territoire dépourvu de faculté de chirurgie dentaire sur l'installation de professionnels de santé bucco-dentaire dans ce territoire. Cette étude se voulait originale en évaluant une initiative de santé publique récente, à savoir l'ouverture de la troisième antenne odontologique délocalisée sur le territoire national, la première datant de septembre 2007 avec le service d'odontologie du CHRU de Dijon [15].

Dans cette difficile question de la réduction des inégalités de répartition des professionnels de santé sur le territoire, de nombreuses mesures, de types parfois très différents, ont été mises en œuvre dans de nombreux pays. Il est donc particulièrement important, d'un point de vue scientifique d'abord, de pouvoir proposer des évaluations de leurs effets, issues des acteurs directement bénéficiaires de ces mesures, afin de faire savoir ce qui peut fonctionner, avec quelles spécificités, quelles modalités pratiques, mais aussi de ce qui fonctionne moins bien ou devrait évoluer.

L'étude, traitant d'un projet en grande partie mis en place et soutenu par des acteurs locaux, pourrait également intéresser ces différents acteurs de proximité afin d'en évaluer les conséquences et les retombées, d'en proposer localement des évolutions ou d'en renforcer certains aspects.

A l'échelle nationale, cette évaluation pourrait également apporter des éléments de réponse sur l'intérêt à étendre ou reproduire ce type d'initiative. Une présentation de ce travail a d'ailleurs été effectuée lors d'un congrès à Paris organisé par la société française des acteurs de la santé publique bucco-dentaire (ASPBD) portant sur les politiques de santé et territoires.

Le second caractère original de cette étude porte sur son caractère de recherche en grande partie qualitative. La démarche qualitative permettait une exploration plus



approfondie des émotions, des ressentis sur des expériences personnelles directement vécues par les répondants [7], ce qui est particulièrement important sur un sujet aussi personnel que les choix de vie des individus. Ce type de recherche permet donc d'évaluer scientifiquement des aspects difficiles à appréhender avec des méthodes plus traditionnelles de recherche scientifique quantitative. Il convient néanmoins certainement de nuancer cet intérêt du fait de la difficulté sur un tel sujet d'être en mesure d'appréhender l'intégralité des représentations des répondants. Il ne peut bien sûr y être prétendu d'autant que chacun a déjà pu se rendre compte de la difficulté à expliquer ses propres choix dont certaines raisons sont enfouies voire inconscientes. Néanmoins, par l'échange relativement informel avec une personne probablement considérée comme un « pair », des éléments un peu enfouis ont pu probablement émerger.

#### **4.1.2 Limites méthodologiques**

Les résultats de cette enquête sont à interpréter avec précautions, compte tenu de certaines limites méthodologiques.

Malgré un taux de participation à l'étude très satisfaisant atteignant 87,5%, celle-ci restait basée sur le volontariat et 4 personnes n'ont pas participé à l'étude.

Le taux de participation élevé peut s'expliquer par la solidarité entre étudiants en chirurgie dentaire face à un travail de thèse auquel ils ont déjà été ou seront très prochainement confrontés. Une autre hypothèse pouvait expliquer ce taux de participation. L'enquêteur avait noué des relations amicales avec une grande partie de la population ciblée de par sa propre implication durant 2 ans dans le service d'odontologie du GHH. Enfin, l'intérêt des étudiants ayant été formé pour partie au sein du service d'odontologie du GHH a assurément contribué à motiver leur participation à l'étude.

A l'inverse, un manque d'intérêt pour le sujet traité peut expliquer la non-participation de ces 4 individus pourtant concernés par le sujet. Ces individus n'exerçaient pas au moment de l'étude sur le territoire d'intérêt et avaient terminé leur stage clinique au sein du service d'odontologie du GHH plusieurs années auparavant. Il aurait été donc particulièrement intéressant de pouvoir recueillir leur avis.

Le mode de sollicitation choisi pour l'enquête, par messagerie électronique, a également pu conduire à la perte de certains individus ciblés, si ces derniers n'étaient pas très actifs via ce mode de communication.

Enfin la durée de l'entretien estimée et annoncée de 30 minutes, a pu freiner la participation de certains à l'étude.

L'expérience de l'enquêteur quant à la conduite d'entretiens téléphoniques constitue elle aussi une limite méthodologique. Il s'agissait pour lui d'une première expérience dans la conduite et l'analyse des données d'une étude par entretien d'une part, et de nature qualitative, d'autre part.

Des éléments apparus comme pertinents au fur et à mesure des entretiens mais non prévus initialement dans le guide d'entretien personnel n'ont pu être relevés chez les premières personnes interrogées (comme par exemple le territoire d'origine du conjoint). Le bilan du stage clinique effectué dans le service d'odontologie du GHH, présenté page 55, n'était pas non plus prévu initialement. Il n'a de ce fait pu être conduit que sur les derniers participants ; il s'est trouvé par hasard que ces participants ont été ceux installés en dehors de la région Normandie.

Enfin, les thèmes abordés lors des entretiens étaient en grande partie de nature personnelle. Ainsi, les relations amicales nouées par l'enquêteur avec une grande partie des participants ont pu influencer le recueil des données, même s'il est difficile de savoir dans quel sens. En effet, les participants pourraient avoir été gênés à l'idée de se confier pour une thèse sur un tel sujet, ou au contraire avoir été plutôt à l'aise voire plus honnêtes pour se confier à quelqu'un qu'ils connaissaient, voire faisait partie du même groupe qu'eux.

## ***4.2 Discussion des résultats***

Cette étude a permis de mieux connaître les choix en termes de territoires d'installation des chirurgiens dentistes ayant effectué une partie de leur formation initiale clinique au sein du service d'odontologie du GHH, ainsi que les déterminants ayant influencé ces choix.

Plus de 60% des participants ont déclaré exercer et/ou être installés sur le territoire de la région Normandie au moment de l'étude dont près des trois quarts sur le territoire d'intérêt que représentait l'agglomération havraise.

Il semblerait qu'un profil de participant puisse être dessiné parmi les personnes restées sur la région après la fin de leurs études : ils seraient majoritairement originaires et ayant de la famille proche sur le territoire de la région Normandie, soulevant l'idée de raisons personnelles dans le choix du stage au sein du service d'odontologie du GHH.

L'analyse plus fine des facteurs d'influence dans le choix du territoire d'exercice/installation a d'ailleurs mis en évidence la prépondérance de la composante personnelle face à la composante professionnelle. La proximité de la famille et du conjoint, le goût pour ce territoire et le fait que la région Normandie constituait le territoire d'origine ont respectivement été les 3 facteurs les plus cités à ce sujet. L'opportunité professionnelle et la création d'un réseau professionnel au sein du service d'odontologie du GHH arrivaient tous deux en 4<sup>e</sup> position. L'étude a d'ailleurs montré un lien entre la proximité de la famille, le territoire d'enfance et l'exercice dans le territoire de la région Normandie. Une étude menée en 2014 par l'Observatoire régional de la santé (ORS) de la région Rhône-Alpes auprès des chirurgiens dentistes exerçant en zone sous-dotée dans cette région [10], a également retrouvé des résultats similaires. Dans cette étude, une majorité de participants déclarait souhaiter exercer dans le territoire où demeurait leur famille.

A l'inverse, des études menées auprès de médecins en Ile-de-France en 2002, et en territoire nord-alpin en 2011 dans des travaux respectivement intitulés « Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux » [55] et « Les déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord-alpin » [22], ont quant à eux montré que la composante professionnelle primait sur la composante personnelle en termes de choix de territoire d'installation. Les résultats de cette étude publiée en 2002 auprès des médecins d'Ile-de-France ont montré que le premier motif d'installation déclaré par les participants était la proposition d'installation. L'étude menée auprès des médecins généralistes du secteur nord-alpin en 2011 a elle aussi mis en évidence que

« les critères personnels étaient peu évoqués » quant aux motivations à l'installation. On peut imaginer plusieurs raisons pouvant expliquer ces différences de résultats. Pourrait-il y avoir une influence du type de parcours : médecine *versus* odontologie, initialement choisi ou une évolution au cours de son suivi ? Un choix de parcours est-il fait en fonction des propres représentations de style de vie souhaité ? En effet, le choix à l'issue de la PACES de la filière odontologie, par son cursus plus court que la filière médecine, pourrait avoir une plus grande attractivité auprès des individus privilégiant d'avantage leur vie personnelle. Peut-être existe-t-il également une influence des études sur les choix d'installation ? Ces différences de résultats pourraient être expliquées selon la région d'origine / de formation.

Une très large majorité de participants a déclaré avoir validé ses 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années de formation hospitalière au sein du service d'odontologie du GHH. La décision du terrain de stage délocalisé reposant sur la base du volontariat et la poursuite de l'expérience à la suite de la 5<sup>e</sup> année au sein du service semblaient aller dans le sens d'une adhésion des participants au projet pédagogique proposé. Ce propos peut être appuyé par le fait que près d'un tiers des participants ayant fait ce choix n'avait jamais vécu et n'avait pas de famille proche sur le territoire de la région Normandie. De plus, un bilan global positif de l'expérience au sein du service d'odontologie du GHH a été déclaré à l'unanimité par les répondants considérés comme installés en dehors de la région Normandie au moment de l'étude. L'adhésion au projet pédagogique semblait particulièrement liée au nombre important de patients reçus par vacation, c'est en tout cas ce qu'ont souligné les déclarations publiées dans La lettre de l'ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) d'octobre 2016 interrogeant les étudiants et ex-étudiants de différentes antennes d'odontologie sur leur expérience au sein de ces services d'odontologie délocalisés [57]. Les témoignages recueillis dans cet article faisaient ressortir des notions comme l'autonomie, le rythme intense, ou le volume de patients reçus se rapprochant de l'exercice libéral.

Plus de la moitié des participants ont déclaré un exercice professionnel sous le statut juridique de collaborateur (libéral ou salarié). La faible proportion de participants inscrits dans une démarche d'exercice durable que représentent les statuts de titulaires ou associés peut néanmoins s'expliquer par la relative jeunesse des participants à l'étude.

Le taux important de praticiens exerçant au moment de l'étude sur le territoire de la région Normandie pourrait alors être nuancé par cet exercice souvent provisoire que représente le statut de collaborateur. La notion d'exercice provisoire est appuyée par les déclarations de près de la moitié des participants exerçant sous ce statut ayant répondu avoir décidé de leur territoire d'exercice/installation après la fin de leur cursus universitaire.

Ces éléments peuvent être néanmoins nuancés par le fait que plus de la moitié des répondants exerçant sous le statut de collaborateur dans la région Normandie ont affirmé durant l'étude souhaiter poursuivre leur activité de manière durable sur ce territoire.

Seuls 2 participants ont spontanément cité comme facteur influençant leur choix de territoire d'exercice/installation, l'existence d'aides à l'installation/exercice sur le territoire. Cependant lorsque le sujet était explicitement évoqué, 5 participants ont déclaré avoir recherché ou rechercher un territoire éligible à ces aides. Cette faible proportion de participants influencés par les mesures d'aides à l'installation est appuyée par un travail de thèse précédemment rapporté [22]. Dans cette étude, 98,3% des jeunes médecins généralistes installés affirmaient que les aides à l'installation n'avaient pas influencé leur installation.

Les participants ont été 96,0% à déclarer tirer un bilan personnel positif de leur expérience au sein de l'agglomération havraise. Le bilan professionnel sur le territoire d'intérêt était plus nuancé mais restait très satisfaisant avec plus de trois quarts des participants le considérant comme positif. Le goût pour le territoire de la région havraise précédemment évoqué par les participants pouvait expliquer le taux important de participants exerçant sur le territoire d'intérêt. La présente étude et l'étude de 2011 portant sur les chirurgiens-dentistes exerçant en zone sous-dotée en Rhône-Alpes [10], confirmaient l'influence du goût du territoire dans le choix du territoire d'exercice/installation des chirurgiens-dentistes.

L'étude a néanmoins montré une limite à l'exercice des jeunes praticiens sur le territoire d'intérêt. Les résultats semblaient en effet montrer que les participants des deux dernières promotions ont éprouvé davantage de difficultés à trouver un poste de collaborateur sur le territoire de l'agglomération havraise que les participants des

promotions antérieures. Ce phénomène pourrait s'expliquer par une saturation des postes disponibles dans les cabinets du territoire. Les structures existantes de la région havraise ne sont probablement pas toujours adaptées à un exercice en groupe et le fait que certains étudiants ayant effectué leur stage actif dans un cabinet y aient poursuivi leur activité professionnelle post-études limite le nombre de postes à pourvoir pour les jeunes praticiens arrivants. Enfin une méconnaissance, ou une réticence de certains praticiens de ville quant à l'accueil d'étudiants ou de jeunes praticiens dans leurs cabinets pourrait aussi être une hypothèse à envisager. Ces aspects pourraient faire l'objet d'un nouveau travail de recherche auprès des praticiens titulaires d'un cabinet dentaire sur le territoire afin de mieux comprendre les raisons de ce constat.

L'étude a dans un second temps permis de mieux cerner les connaissances et les opinions des participants sur la nécessité, la pertinence et les limites des mesures visant à améliorer la répartition des professionnels de santé en France et à l'étranger, afin d'appréhender le rôle de ces mesures dans leur choix de territoire d'installation.

Concernant la connaissance des mesures d'aides/d'accompagnement à l'installation en vigueur en France, 3 mesures se détachent. Sur le plan local, la totalité des participants avait connaissance de la mise à disposition des étudiants du service d'odontologie du GHH de logements de standing à des prix très attractifs. Concernant les mesures en vigueur à l'échelle nationale, près de 90,0% des participants étaient informés de l'existence et des modalités du CESP et des ZFU-TE. Une étude publiée en 2013 dans le cadre d'une thèse d'exercice portant sur la connaissance et la perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands [38] appuyait la bonne connaissance du CESP par les étudiants en études de santé. Celle-ci concluait que le CESP était la mesure incitative à l'installation la plus connue des participants.

Pour l'ensemble des autres mesures évoquées au cours des entretiens, le taux de connaissance déclaré était inférieur à 50,0%. Les résultats d'une enquête nationale réalisée par l'intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) publiée en 2011 [37] pointaient également des lacunes dans la connaissance des internes en médecine générale des mesures d'aide à l'installation. Dans cette enquête, 95,2% des internes ne connaissaient pas les aides à l'installation existantes dans leur région. Cette méconnaissance des participants

pourrait être le reflet de lacunes dans la communication sur ces mesures par les pouvoirs publics, voire d'un désintérêt des jeunes praticiens pour ces aides qu'ils jugeraient insuffisamment attractives ou ne répondant pas à leurs attentes.

Par ailleurs, quand bien même plus de la moitié des participants ont déclaré avoir bénéficié de mesures de facilitation mises en place par la CODAH, aucun n'a déclaré avoir bénéficié de mesures d'aides/d'accompagnement à l'installation mises en place à l'échelle nationale. Des contradictions pourraient donc être soulevées dans les réponses des participants. Alors qu'ils se disaient très majoritairement favorables aux mesures de nature incitative ou de facilitation, ou encore du CESP (pour ce qui est des mesures visant les étudiants en formation initiale), aucun n'a déclaré avoir bénéficié de ces différentes mesures, à l'exception de certaines mesures mises en place par la CODAH évoquées ci-dessus. Une première explication possible se dessinait dans les réponses de certains participants. Les mesures actuelles ne seraient pas assez encadrées, pas assez adaptées, ou insuffisantes comme la question du financement alloué par le CICD. Ce phénomène pourrait également être expliqué par le fait que des mesures comme le CESP ou le CICD sont encore très récentes. Pour rappel le CICD n'est en vigueur que depuis février 2013 et le CESP n'est accessible aux étudiants en chirurgie dentaire que depuis la rentrée 2013 (les étudiants de la première promotion accueillie dans le service d'odontologie du GHH ne pouvaient donc pas bénéficier du CESP).

A l'inverse des mesures de nature incitative ou de facilitation, les participants ont déclaré à plus de 70% être défavorables à la mise en place de mesures de nature coercitive. En France, la profession de chirurgien-dentiste n'est pas soumise à ce jour à ce type de mesure, à l'inverse de la profession de pharmacien par exemple. Cette dernière est soumise à une régulation en termes de création, de transfert ou de regroupement d'officines basée sur des critères démographiques [5]. Concernant la profession de masseur-kinésithérapeute, un projet de régulation du conventionnement des professionnels installés en zone dite surdotée est à l'étude [27]. Le fait que les participants se soient montrés très majoritairement opposés aux mesures de type coercitif pourrait rappeler l'attachement des chirurgiens-dentistes à la notion de liberté, empreinte forte de l'exercice libéral. Cet aspect pourrait d'ailleurs être un facteur influençant le choix pour des études odontologiques. Les résultats d'une étude menée

en 2007 par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) intitulé « Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions » [51] démontraient d'ailleurs que l'exercice libéral, synonyme d'autonomie, de responsabilité et de liberté, était une motivation souvent citée par les praticiens pour expliquer leur choix de cette profession.

### **4.3 Propositions pour une meilleure répartition géographique des chirurgiens-dentistes**

Les propositions ci-après ne sont que des pistes suggérées à la lecture des résultats de cette étude et mériteraient d'être discutées avec l'ensemble des acteurs concernés.

#### **4.3.1 A l'échelle du territoire d'intérêt : renforcer les liens entre les étudiants en odontologie et les praticiens de ville et adapter les structures existantes à un exercice de groupe**

Comme précédemment discuté, les anciens étudiants du service d'odontologie du GHH ont paru adhérer au projet pédagogique proposé par l'antenne odontologique délocalisée du Havre. De plus, les résultats de l'enquête ont montré un goût prononcé pour le territoire de l'agglomération havraise ainsi qu'une grande satisfaction quant à l'exercice professionnel dans ce territoire.

Cependant, les praticiens issus des promotions entrées en 6<sup>e</sup> année d'étude depuis septembre 2015 dans le service d'odontologie du GHH ont déclaré à près de la moitié avoir éprouvé des difficultés dans leur recherche de collaboration ou de remplacement sur le territoire d'intérêt, ce qui ne semblait pas être le cas pour les praticiens des premières promotions accueillies dans le service.

L'encadrement du stage hospitalier dans le service d'odontologie du GHH par des praticiens libéraux du territoire concerné permet certainement de créer de premiers liens professionnels entre étudiants et praticiens de ville, notamment dans la recherche du stage actif de 6<sup>e</sup> année. Cependant la saturation constatée des postes de collaborateur disponibles dans les cabinets de ville du territoire d'intérêt



nécessiterait probablement un renforcement des liens entre praticiens libéraux et étudiants en fin de cursus. Le territoire étant historiquement dépourvu de centre de formation d'étudiants en odontologie et la création de l'antenne odontologique délocalisée du Havre étant relativement récente, les praticiens n'ont peut-être pas encore acquis le réflexe de faire appel aux étudiants ou aux jeunes praticiens, et ce de manière peut-être d'autant plus marquée que l'éloignement de l'agglomération du Havre augmente. Il pourrait donc être intéressant de mieux comprendre les besoins de ces praticiens installés sur le territoire et peut-être les freins au recrutement de jeunes confrères dans un futur travail.

Ces liens étudiants/ praticiens de ville pourraient être renforcés par le biais de réunions confraternelles réunissant chirurgiens dentistes du territoire d'intérêt, encadrants et étudiants du service d'odontologie du GHH afin de rappeler l'existence du service, l'offre de soin qu'il propose ainsi que la présence d'étudiants et de jeunes praticiens diplômés sur le territoire. La direction santé de la CODAH a d'ailleurs organisé une manifestation de ce type le 13 novembre 2018 en conviant l'ensemble des chirurgiens dentistes exerçant sur le territoire de la CODAH, les encadrants et les étudiants du service d'odontologie du GHH dans cette optique. Les résultats de ce travail ont d'ailleurs été présentés lors de cet événement. Le conseil de l'ordre des chirurgiens dentistes (CDOCD) de Seine-Maritime, et le conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes (CROCD) de Haute-Normandie sont eux aussi impliqués dans le renforcement des liens praticiens-étudiants, notamment par le biais du dîner confraternel organisé chaque année par le CDOCD, auquel l'ensemble des chirurgiens dentistes inscrits au tableau de l'ordre du département ainsi que les étudiants du service d'odontologie du GHH sont conviés, ou encore via les ateliers confraternels du CROCD, réunissant tous les 2 ans membres du CROCD et étudiants du service d'odontologie du GHH et du service d'odontologie du CHU de Rouen afin de nouer un premier contact avec les instances ordinaires.

Ajouté à ce rapprochement souhaitable entre étudiants en fin de cursus et praticiens installés, une modernisation des cabinets de ville voire une adaptation des structures et/ou la création de structures davantage adaptées à un exercice de groupe pourraient aussi être nécessaires. Ce type d'organisation professionnelle pourrait

d'autant plus se développer que des soutiens des pouvoirs politiques locaux pourraient exister.

#### **4.3.2 A l'échelle nationale : améliorer la communication des pouvoirs publics et des instances ordinales sur les mesures d'aides à l'installation en vigueur**

L'étude a montré une méconnaissance de la part des participants de certaines mesures d'aides à l'installation des chirurgiens-dentistes en vigueur en France. Moins de la moitié des participants ont déclaré connaître l'existence du CICD. Cette mesure conventionnelle d'incitation, mise en place il y a plus de 5 ans a pourtant recueilli l'approbation de plus de 80,0% des participants lorsque celle-ci leur a été expliquée. Il en est de même pour l'aide apportée par la CODAH dans la recherche d'emploi du conjoint, mesure pour laquelle le taux de connaissance déclaré était inférieur à 25,0%.

Ce constat incite à réfléchir sur les méthodes de communication des pouvoirs publics et des instances ordinales concernant ces mesures. Des réunions d'information et de promotion de ces mesures réunissant les chirurgiens-dentistes, organisées communément par les autorités locales, les instances ordinales ou encore les caisses primaires d'assurance maladie auraient peut-être plus d'impact que des communications écrites ou électroniques et favoriseraient les échanges et les retours d'expérience. En effet, pour ce qui concerne les praticiens installés, ils reçoivent chaque jour beaucoup d'informations sur des sujets très variés au point que ceux-ci n'y prêtent peut-être pas toujours l'attention nécessaire.

De la même façon, la communication de ces mesures pourrait être renforcée au sein des établissements de formation initiale en odontologie. Des réunions d'information organisées au sein des facultés de chirurgie dentaire destinées aux étudiants en chirurgie dentaire sur le thème des aides à l'installation des professionnels de santé faisant intervenir des représentants des pouvoirs publics, des autorités locales ou encore des instances ordinales pourraient permettre d'ancrer précocement dans l'esprit des nouvelles générations de chirurgiens-dentistes l'existence, les modalités et l'intérêt de ces mesures. C'est d'ailleurs le cas à la faculté de chirurgie dentaire de Lille au sujet du CESP. Chaque année universitaire, une

communication sur ce sujet, organisée par le responsable de la scolarité de la faculté, est présentée par la correspondante installation de l'ARS Hauts-de-France.

De la même manière, des échanges avec des retours d'expérience d'anciens étudiants ayant bénéficié de ces mesures pourraient être imaginés.

## Conclusion

La création d'antennes odontologiques délocalisées dans des territoires dépourvus de faculté de chirurgie dentaire est une initiative récente et encore peu développée sur le territoire national. Les retombées en termes de choix d'installation des chirurgiens-dentistes en partie formés au sein de ces structures sont encore peu documentées. C'est pourquoi cette étude avait pour objectif d'évaluer les effets à 5 ans de cette initiative au sein de l'agglomération havraise en termes d'installation de chirurgiens dentistes dans la région Normandie.

Les données collectées ont mis en évidence le rôle important que joue le service d'odontologie du GHH dans la politique locale de redynamisation du territoire normand en matière d'installation de chirurgiens dentistes, ainsi que la place centrale qu'incarnent l'entourage familial, le territoire d'enfance et le goût du territoire dans le choix de territoire d'installation des jeunes praticiens. L'étude a dans un second temps permis de mettre en évidence des lacunes dans les connaissances des participants des aides à l'installation en vigueur à l'échelle locale et nationale ainsi que le faible impact de ces dernières dans leur choix de territoire d'installation.

Pour confirmer les résultats de ce travail, une étude à plus grande échelle auprès des étudiants et ex-étudiants des différentes antennes d'odontologie délocalisées sur le territoire national pourrait être menée. Elle permettrait de mieux mesurer l'influence de ces structures dans le choix du territoire d'installation des jeunes praticiens ainsi que le rôle des différentes aides existantes, voire d'en comparer les effets.

## Références bibliographiques

1. Administration française. Zone de revitalisation rurale (ZRR) | service-public.fr [Internet]. [consulté le 14 août 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/glossaire/R41204>
2. Agence Régionale de Santé. Le schéma régional de santé [Internet]. [consulté le 14 août 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/le-schema-regional-de-sante>
3. Agence régionale de Santé. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens [Internet]. [consulté le 14 août 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>
4. Agence régionale de Santé Normandie. Devenez assistant spécialiste régional [Internet]. [consulté le 27 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.normandie.ars.sante.fr/devenez-assistant-specialiste-regional>
5. Agence régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Création, transfert ou regroupement d'officines de pharmacie [Internet]. [consulté le 7 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Officine\\_Rub\\_01\\_Creat\\_Trans\\_Regpt.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Officine_Rub_01_Creat_Trans_Regpt.pdf)
6. Assurance maladie en ligne. Le contrat incitatif chirurgien-dentiste [Internet]. [consulté le 30 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/textes-referance/convention/contrat-incitatif>
7. Aubin-Auger I, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer, la revue francophone de Médecine Générale. 2008;84:142-5.
8. Berthier N. Les techniques d'enquête en sciences sociales: méthodes et exercices corrigés. France: Armand Colin; 2016.350 p.
9. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. France: Armand Colin; 2015.126 p.
10. Bolamperti P, Fontaine-Gavino K, Giovani E, Medina P, Pangaud M, Pepin P. Les chirurgiens-dentistes des zones sous-dotées de la région Rhône-Alpes [Internet]. [consulté le 3 oct 2018]. Disponible sur: [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/URPS\\_Chirurgiens-Dentistes.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/URPS_Chirurgiens-Dentistes.pdf)
11. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France [Internet]. [consulté le 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf>
12. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Agence régionale de Santé. Zonage conventionnel des chirurgiens-dentistes [Internet]. [consulté le 23 janv 2018]. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/mobile.php#d3Map>
13. Calman N, Hauser D. U.S. Policies to Address Physician Maldistribution [Internet].

[consulté le 7 oct 2018]. Disponible sur:  
[http://rcpsc.medical.org/publicpolicy/imwc/8sess1\\_calmanhauser.pdf](http://rcpsc.medical.org/publicpolicy/imwc/8sess1_calmanhauser.pdf)

14. Centre hospitalier universitaire de Poitiers. Centre de soins dentaires : le petit nouveau du CHU [Internet]. [consulté le 14 août 2018]. Disponible sur: <http://www.chu-poitiers.fr/centre-de-soins-dentaires-le-petit-nouveau-du-chu/>
15. Centre hospitalier universitaire Dijon Bourgogne. Le CHU Dijon Bourgogne pionnier [Internet]. [consulté le 10 sept 2018]. Disponible sur: : [https://www.chu-dijon.fr/sites/default/files/presse/2017-11-\\_3eme\\_cycle\\_dodontologie.pdf](https://www.chu-dijon.fr/sites/default/files/presse/2017-11-_3eme_cycle_dodontologie.pdf)
16. Comité régional de tourisme de Normandie. Chiffres clés 2016 du tourisme normand [Internet]. [consulté le 21 janv 2018]. Disponible sur: <http://ctn.pro-normandie-tourisme.com/docs/5587-1-chiffrescles2016-web-pdf.pdf>
17. Communauté d'agglomération havraise. Les 17 communes de la CODAH [Internet]. CODAH. [consulté le 20 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.codah.fr/dossier/les-17-communes-de-la-codah>
18. Communauté d'agglomération havraise. Diagnostic territorial de santé [Internet]. [consulté le 15 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.codah.fr/sites/default/files/Diagnostic%20Territorial%20de%20Sant%C3%A9%20-%20CODAH.pdf>
19. Communauté d'agglomération havraise. Démographie médicale – Première année commune aux études de santé (PACES) [Internet]. [consulté le 18 août 2018]. Disponible sur: <http://www.codah.fr/dossier/demographie-medicale>
20. Communauté d'agglomération havraise. Démographie médicale- centre de soins dentaires [Internet]. [consulté le 12 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.codah.fr/dossier/demographie-medicale/page/1>
21. Cooper R-A. Weighing the Evidence for Expanding Physician Supply. *Ann Intern Med.* 2004;141(9):705.
22. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale: analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin [Thèse de Doctorat en médecine]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine; 2011.
23. Direction de l'information légale et administrative. Exonérations d'impôts sur les bénéfiques en zone franche urbaine-territoire entrepreneur (ZFU-TE) [Internet]. [consulté le 14 août 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F31149>
24. Direction générale de l'offre de soin. 2015 : Pacte territoire santé 2015-2017 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [consulté le 5 mars 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2>
25. Direction générale de l'offre de soins. 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015 [Internet]. [consulté le 5 mars 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-1>

26. Direction générale des collectivités locales. Communauté d'agglomération havraise (CODAH) fiche signalétique base nationale de l'intercommunalité (BANATIC) [Internet]. [consulté le 20 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.banatic.interieur.gouv.fr/V5/recherche-de-groupements/fiche-raison-sociale-PDF.php?siren=247600596&arch=01/01/2015&dcou=>
27. Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs. Avenant n°5 à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (projet) [Internet]. [consulté le 7 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.ffmkr.org/\\_upload/ressources/telechargements/documents\\_ag\\_avant\\_congres\\_castres\\_2017/avenant\\_annexes\\_derniere\\_version.pdf](https://www.ffmkr.org/_upload/ressources/telechargements/documents_ag_avant_congres_castres_2017/avenant_annexes_derniere_version.pdf)
28. Follin J, Mureau C. Offre de soins de proximité en Haute-Normandie : Étude prospective des besoins en professionnels de santé -. Insee Dossier Haute-Normandie. 2015;10.
29. Fournier M-A, Université de Montréal, éditeurs. Mesures d'attraction et de rétention des médecins en région éloignée: politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec. Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal; 2004.139 p.
30. Gouvernement français. La lutte contre les déserts médicaux [Internet]. [consulté le 5 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/action/la-lutte-contre-les-deserts-medicaux>
31. Haute Autorité de Santé. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation [Internet]. [consulté le 7 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage\\_telemedecine\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf)
32. Institut national de la statistique et des études économiques. Définition - Zone franche urbaine / ZFU / ZFU [Internet]. [consulté le 14 août 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2051>
33. Institut national de la statistique et des études économiques. Dossier complet – Commune du Havre (76351) [Internet]. [consulté le 20 janv 2018]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-76351#tableau-EMP\\_G3](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-76351#tableau-EMP_G3)
34. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2016 en Normandie : la baisse de la fécondité s'accélère [Internet]. [consulté le 14 août 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2845663#consulter>
35. Institut national de la statistique et des études économiques. Insee Normandie actualités [Internet]. [consulté le 20 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2415630>
36. Institut national de la statistique et des études économiques. Villes de France – Tableaux de l'Économie Française [Internet]. [consulté le 21 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906659?sommaire=1906743&q=population+villes+de+france>
37. Inter syndicale nationale autonome Représentative des Internes de Médecine Générale.

Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. [consulté le 7 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>

38. Jardel A. Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands [Thèse de doctorat en médecine]. [Rouen]: Université de Rouen Faculté mixte de médecine et de pharmacie; 2013.
39. Le Havre développement. Chiffres clés [Internet]. [consulté le 20 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.havre-developpement.com/fr/le-havre-sa-region/chiffres-cles>
40. Ministère de la cohésion des territoires. Atlas des Zones Franches Urbaines (ZFU) [Internet]. [consulté le 14 août 2018]. Disponible sur: <https://sig.ville.gouv.fr/atlas/ZFU/>
41. Ministère de la cohésion des territoires. Le périmètre des ZRR au 22 février 2018 [Internet]. [consulté le 14 août 2018]. Disponible sur: <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-p-rim-tre-des-zrr-au-1er-juillet-2017-0>
42. Ministère de la Transition écologique et solidaire. Les ports maritimes de France [Internet]. [consulté le 20 janv 2018]. Disponible sur: : <https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/ports-maritimes-france>
43. Ministère des Solidarités et de la Santé. La téléconsultation [Internet]. [consulté le 7 oct 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-teleconsultation>
44. Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier de presse : renforcer l'accès territorial aux soins [Internet]. [consulté le 6 mars 2018]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces\\_aux\\_soins\\_dp\\_vdef\\_131017.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf)
45. Ordre national des chirurgiens-dentistes. Répartition de la population des Chirurgiens-Dentistes [Internet]. [consulté le 23 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie.html>
46. Ordre national des chirurgiens-dentistes. Enquête sur 8 ans d'antennes délocalisées des facs d'odontologie [Internet]. [consulté le 14 août 2018]. Disponible sur: [http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=644&cHash=12e1a0132ba7e74652112cfc17d4a375](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=644&cHash=12e1a0132ba7e74652112cfc17d4a375)
47. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la situation dans le monde 2006 : travailler ensemble sur la santé [Internet]. [consulté le 3 avr 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf)
48. Organisation mondiale de la Santé. Global strategy on human resources for health : Workforce 2030 [Internet]. [consulté le 3 mars 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategy\\_workforce2030\\_14\\_print.pdf](http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf)
49. Pathman DE, Konrad TR, King TS, Taylor DH, Koch GG. Outcomes of states' scholarship, loan repayment, and related programs for physicians. *Med Care*. 2004;42(6):560-8.



50. Ports de Paris Seine Normandie (HAROPA). Chiffres Clés [Internet]. [consulté le 20 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.haropaports.com/fr/le-havre/professionnels/Portmaritime>
51. Rigal E, Michaud J. Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions Une étude qualitative [Internet]. [consulté le 7 oct 2018]. Disponible sur: [http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Le\\_metier\\_de\\_chirurgien\\_dentiste\\_-\\_caracteristiques\\_actuelles\\_et\\_evolutions.pdf](http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Le_metier_de_chirurgien_dentiste_-_caracteristiques_actuelles_et_evolutions.pdf)
52. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. Agir ensemble pour la santé des citoyens au cœur des territoires : contrats locaux de santé [Internet]. [consulté le 6 mars 2018]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte\\_territoire\\_sante\\_-\\_plaquette\\_-\\_contrats\\_locaux\\_sante.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_territoire_sante_-_plaquette_-_contrats_locaux_sante.pdf)
53. Sénat. Pénurie de chirurgiens-dentistes en Haute-Normandie- Question orale n° 1349S de Mme Catherine Morin-Desailly (Seine-Maritime – UC) [Internet]. [consulté le 12 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/questions/base/2011/qSEQ11051349S.html>
54. Un été au Havre. Un Été au Havre 2017 [Internet]. [consulté le 21 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.uneteauhavre2017.fr/fr>
55. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile-de-France. Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux 1ère exploitation mars 2002 [Internet]. [consulté le 29 sept 2018]. Disponible sur: [http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude\\_020409.pdf](http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_020409.pdf)
56. Ville du Havre. Le Havre, Patrimoine Mondial-Découvrir [Internet]. [consulté le 21 janv 2018]. Disponible sur: <http://unesco.lehavre.fr/fr/decouvrir>
57. Enquête sur 8 ans d'antennes délocalisées des facs d'odontologie. La lettre de l'ordre des chirurgiens-dentistes. 2016;(151):26-31.
58. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/8/1/SSAS1821639A/jo/texte>
59. Article L1434-14. Code de la santé publique.
60. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
61. Décret n° 2013-735 du 14 août 2013 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/8/14/AFSH1316362D/jo/texte/fr>
62. Article L1434-4. Code de la santé publique.
63. Article L632-6. Code de l'éducation.

64. Arrêté du 29 octobre 2013 relatif au montant et aux modalités de versement de l'allocation prévue en application du décret n° 2013-735 du 14 août 2013 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques [Internet]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000028161063&dateTexte=20171101>
65. Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, signé le 16 avril 2012 [Internet]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026237147&categorieLien=id>
66. Article L242-11. Code de la sécurité sociale.
67. Arrêté du 28 mai 2013 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2011 modifié relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.
68. Article R6153-64. Code de la santé publique.
69. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés [Internet]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886460>

## Annexes

### ***Annexe 1 : Convention cadre relative à l'accueil des étudiants hospitaliers en odontologie***

#### CONVENTION CADRE RELATIVE A L'ACCUEIL DES ETUDIANTS HOSPITALIERS EN ODONTOLOGIE

N ° de convention : 2015-5122

La convention cadre est établie entre :

- \_ Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille,  
CS 70001 , 59037 Lille Cedex  
Représenté par son Directeur Général
  
- \_ L'Université de Lille 2 Droit et Santé,  
42 rue Paul Duez, 59800 Lille  
Représentée par son Président
  
- \_ La Faculté de Chirurgie dentaire de Lille,  
Place de Verdun, 59000 Lille  
Représentée par le Directeur de l'Unité de formation et de recherche
  
- \_ Le Groupe Hospitalier du Havre,  
29 Avenue Pierre Mendès, 76290 Le Havre  
Ci-après nommé établissement d'accueil  
Représenté par son Directeur Général

Vu le Code de l'éducation,

Vu le Code de la santé publique,

Vu le CPOM de l'établissement de santé d'accueil

Vu les décisions d'agrément des terrains de stage de l'établissement d'accueil

Il est convenu ce qu'il suit :

#### Article 1<sup>er</sup> :

'établissement d'accueil accueille des étudiants hospitaliers en odontologie dans le cadre de sa mission de service public portant sur renseignement universitaire telle que définie par son contrat pluriannuel d'objectif et de moyens.

Figure en annexe 1 de la présente convention cadre la liste nominative des étudiants hospitaliers en odontologie affectés dans l'établissement d'accueil, dans le respect des agréments accordés. Cette annexe est actualisée au moment de chaque période d'affectation des étudiants sur leur lieu de stage.

#### Article 2 :

Pendant la durée du stage, le CHRU de Lille verse tous les éléments de rémunération, après service fait, aux étudiants en odontologie affectés dans l'établissement d'accueil :

1<sup>o</sup> La rémunération principale prévue à l'article R. 6153-72 du code de la santé publique,

2<sup>o</sup> Le cas échéant, les indemnités forfaitaires de transport prévues à l'article D. 6153-72-1 du code de la santé publique ;

3<sup>o</sup> le supplément familial.

A la fin de chaque période de stage, l'établissement d'accueil transmet au CHRU de Lille une attestation du service fait, sur le modèle figurant en annexe 2.

Les fiches de salaire des étudiants hospitaliers sont adressées par le CHRU de Lille au domicile des étudiants.

#### Article 3 :

Lorsque les étudiants hospitaliers en odontologie bénéficient des congés prévus à l'article R. 6153-72 du code de la santé publique, le CHRU de Lille, assure le versement des éléments de rémunération dans les conditions prévues au même article.

#### Article 4 :

Pendant son stage, l'étudiant continuera de relever du CHRU de Lille en ce qui concerne les accidents de travail et de trajet.

L'assurance responsabilité civile de l'établissement d'accueil couvre les éventuelles mises en cause de la responsabilité de cet établissement du fait de l'activité exercée dans ses services par l'étudiant.

Cette assurance ne couvre pas la responsabilité personnelle qui pourrait être retenue à l'encontre de l'étudiant lors de sa présence dans l'établissement d'accueil.

#### Article 5 :

L'étudiant hospitalier demeure soumis, pendant la durée du stage, au régime disciplinaire prévu à l'article R. 6153-71 du code de la santé publique.

#### Article 6 :

Le représentant légal de l'établissement d'accueil, porte à la connaissance de l'étudiant hospitalier le règlement intérieur de l'établissement auquel il doit se conformer pendant la durée du stage.

Les obligations de présence sont notifiées à l'étudiant hospitalier par son référent de stage.

Le directeur de l'unité de formation et de recherche précise au référent de stage les obligations qui doivent donner lieu à autorisation normale d'absence afin que l'étudiant hospitalier puisse suivre à l'extérieur sa formation théorique.

L'établissement d'accueil a l'obligation de respecter le temps de présence universitaire des étudiants hospitaliers en odontologie conformément aux dispositions prévues à l'article R. 6153-64-1 du code de la santé publique.

Les procédures relatives à la gestion des congés annuels, des congés maladie et des accidents de travail sont respectivement décrites en annexes 3, 4 et 5.

Article 7 :

Le CHRU de Lille procède, chaque trimestre, à l'émission d'un titre de recettes à destination de l'établissement d'accueil, en vue du remboursement des éléments de rémunération des étudiants affectés dans l'établissement d'accueil cités au 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> de l'article 2 de la présente convention cadre.

Les indemnités forfaitaires de transport versées aux étudiants hospitaliers font l'objet d'un financement perçu par le CHRU de Lille. En conséquence et sous réserve de ce financement, le CHRU de Lille n'en demande pas le remboursement à l'établissement d'accueil.

Article 8 :

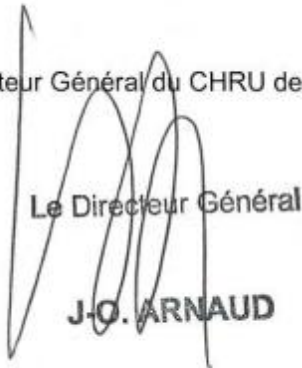
Le CHRU de Lille procède, chaque trimestre, à l'émission d'un titre de recettes à destination de l'établissement d'accueil, en vue du remboursement des frais induits par la gestion et la rémunération des étudiants pour le compte de l'établissement d'accueil, à hauteur de 3 % du montant trimestriel de la rémunération des étudiants (correspondant à une facturation au coût réel).

Article 9 :


La présente convention cadre entre en application à la date du 5 janvier 2015.  
Elle peut être révisée à tout moment.

Fait à Lille, le 21 OCT. 2015

Le Directeur Général du CHRU de Lille

  
Le Directeur Général  
J.-O. ARNAUD

 Le Directeur Général du Groupe Hospitalier du Havre,

  
Le Directeur des Affaires Médicales,  
de la Recherche Clinique  
et de l'ingénierie Biomédicale  
Julie VALLA

Le Président de l'Université de Lille 2 Droit et Santé

Le Président de l'Université  
  
Pr Xavier VANDENDRIESSCHE  


Le Directeur de l'Unité de formation et de recherche

  
  
Le Doyen  
Pr. Etienne DEVEAUX

Les annexes à la convention cadre décrivent les différentes procédures assurant une gestion coordonnée des étudiants .

- Annexe 1 — Liste nominative des étudiants en odontologie affectés dans l'établissement d'accueil
- Annexe 2 — Attestation du service fait
- Annexe 3 — Suivi des congés annuels
- Annexe 4 — Traitement des arrêts maladies
- Annexe 5 — Traitement des accidents de travail

Madame Brigitte BOSQUELLE est le gestionnaire référent pour les étudiants hospitaliers en odontologie au sein du Département des Affaires Médicales et Hospitalo-Universitaires du CHRU de Lille (N<sup>o</sup> : 03 20 44 61 24 ; mail : [etudiants.hospitaliers@chru-lille.fr](mailto:etudiants.hospitaliers@chru-lille.fr) )

ANNEXE 1 : Liste nominative des étudiants hospitaliers en odontologie affectés dans l'établissement d'accueil

Suite à la répartition des stages, la Faculté de Chirurgie dentaire transmet au CHRU de Lille et à chaque établissement d'accueil la liste nominative des étudiants hospitaliers affectés dans l'établissement d'accueil.

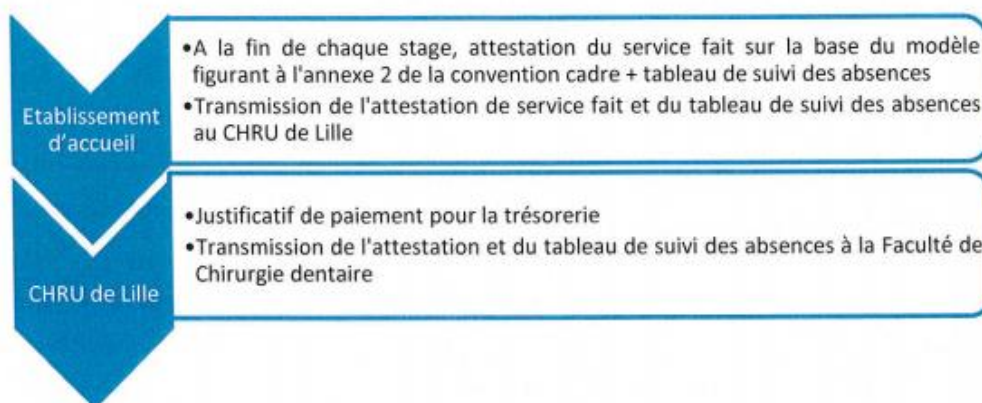
<b>Etablissement d'accueil :</b>		
<b>Période de stage</b>		
NOM	Prénom	Période

## 2 Attestation du service fait

A la fin de chaque stage, l'établissement d'accueil adresse par mail au CHRU de Lille, pour l'ensemble des étudiants accueillis, une attestation de service fait établie sur la base du modèle ci-dessous. Seront nommés par exception les étudiants qui n'auraient pas accompli le service attendu.

Cette attestation sera accompagnée d'un tableau relatif au suivi des absences (congrés annuels, absence pour maladie et absence injustifiée), cf. modèle ci-dessous.

Le CHRU de Lille adressera les attestations de service fait ainsi que les tableaux de suivi des absences de tous les établissements d'accueil à la Faculté de Chirurgie dentaire.



### Modèle d'attestation de service fait

Je soussigné(e), M. / Mme. \_\_\_\_\_ certifie que les étudiants hospitaliers en odontologie affectés au sein de l'établissement XXX du XXX au XXX ont bien effectué leur stage au sein de l'établissement, (le cas échéant) excepté.

■ M. / Mme XXX

■ M. / Mme XXX,...

Tableau de suivi des absences des étudiants hospitaliers en odontologie

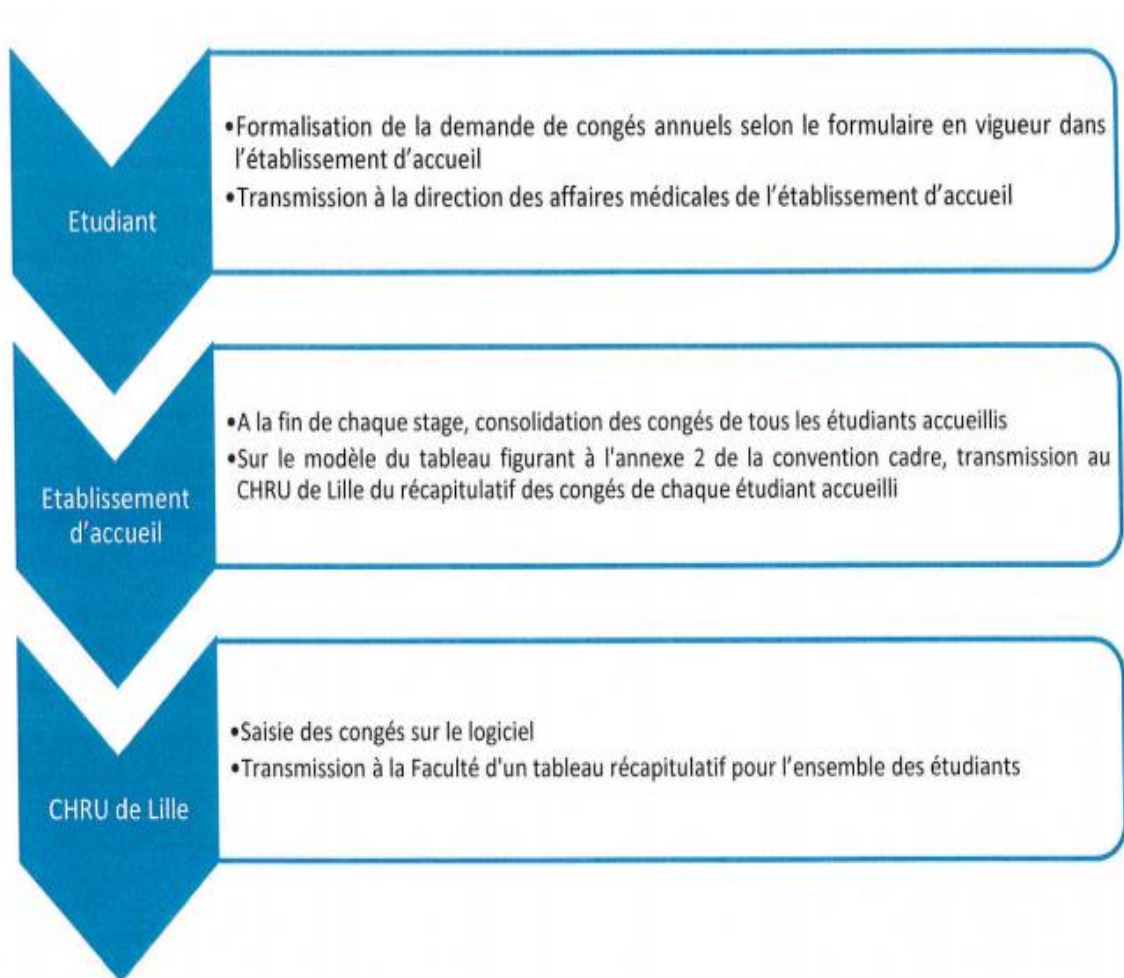
Etablissement d'accueil : Période de stage								
Année	NOM Prénom	Services	Chef de service	Congés acquis	Nombre de congés pris	Solde	Nombre de j d'absence pour maladie	Nombre de jours d'absence injustifiée



### 3 Suivi des congés annuels

Les congés annuels sont sollicités par l'étudiant hospitalier auprès du responsable de la structure d'accueil sur son temps de stage et validés par le directeur de la structure d'accueil.

A la fin du stage, l'établissement d'accueil transmet, via le tableau de suivi des absences (cf. modèle figurant à l'annexe 2) au CHRU de Lille une consolidation des congés de tous les étudiants accueillis. Le CHRU de Lille saisie les dates de congés sur le logiciel de gestion des étudiants et transmet un récapitulatif à la Faculté de Chirurgie dentaire.

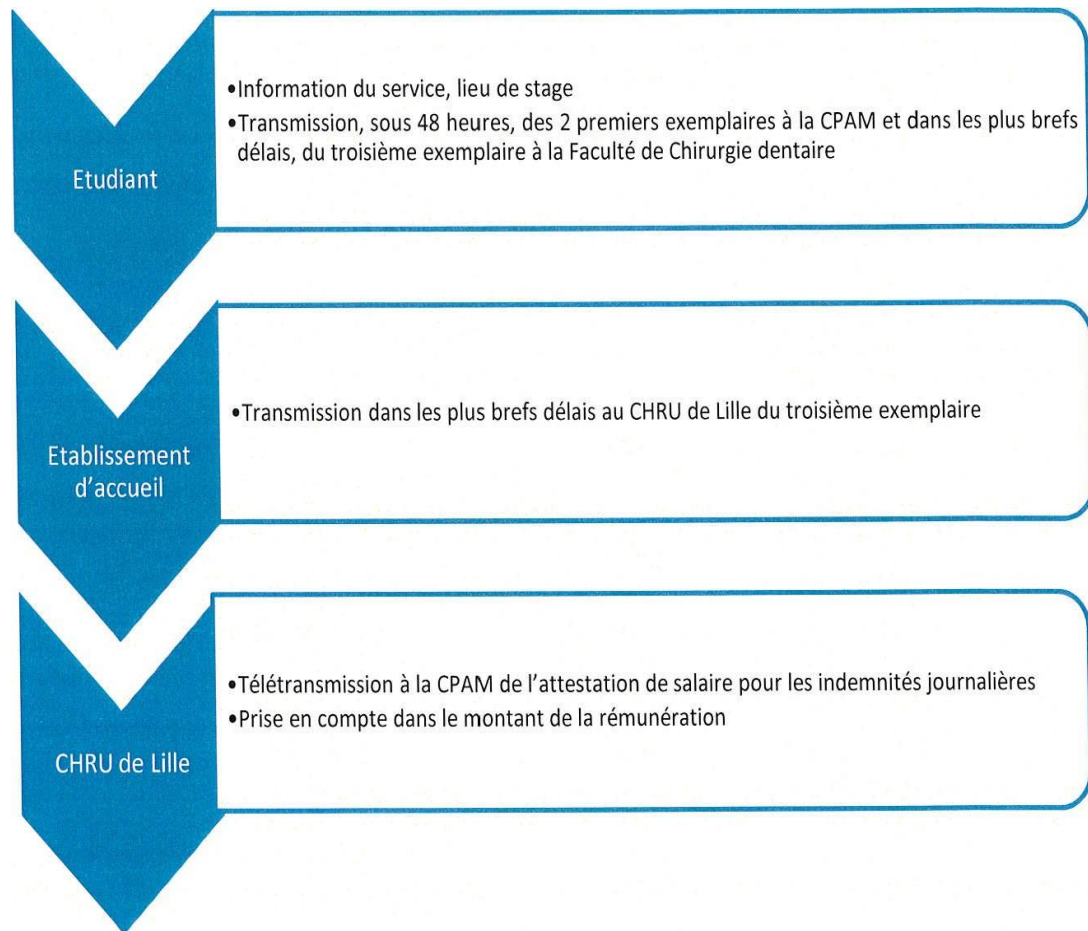


## 4 Traitement des arrêts maladie

L'étudiant hospitalier informe le référent de stage de son arrêt maladie et transmet dans les plus brefs délais le troisième exemplaire à la Faculté de chirurgie dentaire.

L'établissement d'accueil le transmet par mail au CHRU de Lille qui pourra procéder à la télétransmission de l'attestation de salaire à la CPAM.

A la fin du stage, la Faculté de Chirurgie dentaire sera informée des arrêts maladie de chaque étudiant via le tableau de suivi des absences (cf. tableau figurant à l'annexe 2 de la convention cadre).

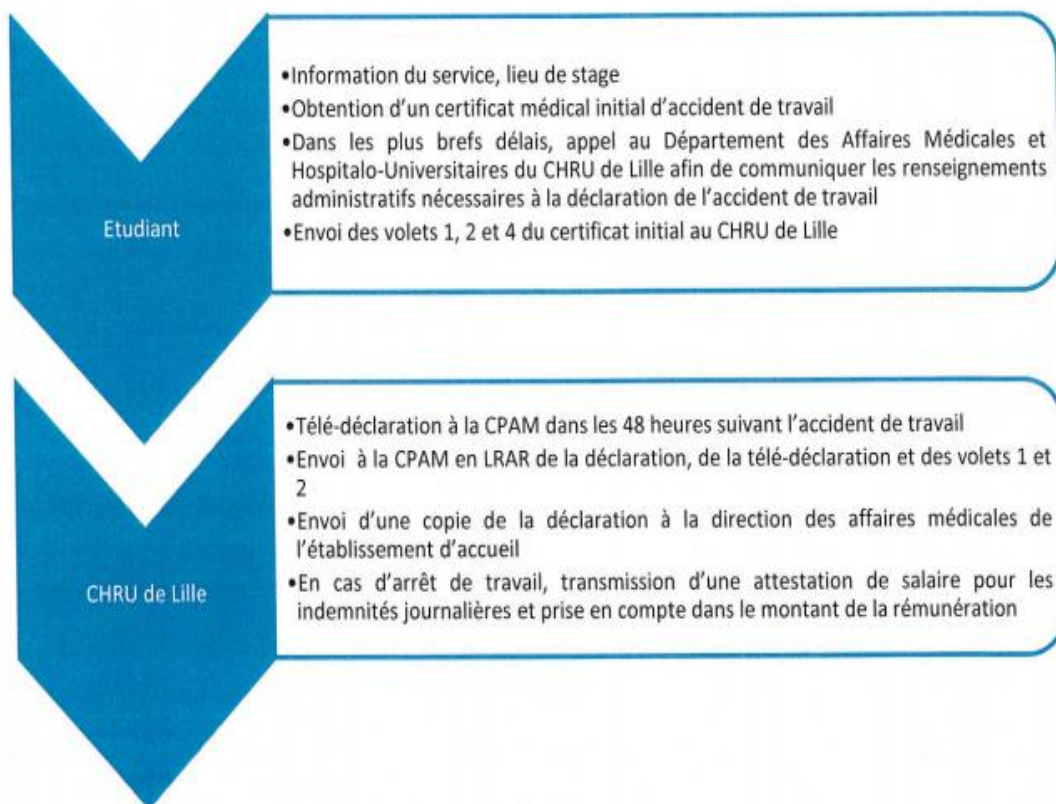


## 5 Traitement des accidents de travail

L'étudiant hospitalier informe le référent de stage de son arrêt de travail. Compte tenu du délai dans lequel la déclaration doit être réalisée auprès de la CPAM, l'étudiant contacte par téléphone, dans les plus brefs délais, le Département des affaires Médicales et Hospitalo-Universitaires du CHRU de Lille afin de lui communiquer tous les renseignements administratifs nécessaires à la déclaration d'accident de travail puis lui envoie le certificat initial (volets 1, 2 et 4).

Le CHRU de Lille procède à la télé-déclaration à la CPAM et envoie à la CPAM en LRAR la déclaration, la télé-déclaration ainsi que les volets 1 et 2 du certificat médical.

Le CHRU de Lille veille à transmettre par mail à l'établissement d'accueil une copie de la déclaration d'accident de travail.



Interlocutrice au CHRU de Lille :

Madame Maryline VERBEKE (N° 03 20 44 45 60 ; mail : [etudiants.hospitaliers@chru-lille.fr](mailto:etudiants.hospitaliers@chru-lille.fr) )

## ***Annexe 2 : Courriel de sollicitation à l'enquête***

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon travail de thèse, en vue du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire, dirigé par le Dr Alessandra Blaizot. Je conduis une étude ayant pour titre « Quels territoires d'installation pour les chirurgiens dentistes formés au Havre au cours des cinq dernières années ? ».

La France, comme tous les pays développés, est confrontée à des inégalités de répartition géographique des professionnels de santé et aux difficultés qui en découlent. L'agglomération havraise est directement concernée par ce phénomène puisqu'elle affiche au 19 octobre 2017, une moyenne de 47,02 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants sur le territoire de la CODAH alors que la France métropolitaine compte une moyenne de 65,14 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.

Depuis 2012, date à laquelle la collaboration entre le centre hospitalier régional universitaire de Lille, l'université de Lille 2 droit et santé, la faculté de chirurgie dentaire de Lille et le groupe hospitalier du Havre a été mise en place, trente-trois étudiants ayant effectué une partie de leur formation dans le Service d'odontologie du Groupe Hospitalier du Havre ont aujourd'hui terminé leur formation initiale en odontologie.

Cette étude a pour objectifs de déterminer si ces praticiens se sont installés dans l'agglomération havraise ainsi que les facteurs influençant leur choix de lieu d'installation. Les résultats permettront de mieux comprendre ce qui conditionne ces choix et à terme, de proposer des pistes d'évolution de cette collaboration voire d'impliquer des acteurs complémentaires.

En votre qualité d'ancien étudiant dans le service d'odontologie du groupe hospitalier du Havre, je vous sollicite pour participer à cette étude.

L'étude se déroulera sous la forme d'un entretien téléphonique enregistré d'une durée approximative de 30 minutes.

Je vous joins deux documents dont je vous invite à prendre connaissance en amont de cet entretien, à savoir :

- un guide d'entretien, récapitulant les thèmes qui seront abordés au cours de l'échange,
- un tableau synthétisant les principales mesures incitatives ou coercitives, mises en place en France ou à l'étranger, visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé, sur lequel nous pourrions échanger.

Vous êtes tout à fait libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Soyez assuré(e) que les données recueillies seront entièrement anonymisées avant d'être analysées.

Je vous remercie néanmoins par avance de l'aide que vous voudrez bien apporter à la conduite de ce travail.

Si vous en êtes d'accord, je me propose de mener cet entretien à l'une des dates suivantes, ou de convenir avec vous d'une autre date qui pourrait vous convenir davantage. N'hésitez pas à me contacter dans ce cas ou pour toute précision.

Cordialement,

Romain Ellero, étudiant dans le service d'odontologie du groupe hospitalier du Havre entre septembre 2015 et septembre 2017.

Coordonnées téléphoniques :

Mail :

### ***Annexe 3 : Guide d'entretien***

-> En fonction de votre exercice actuel, type d'exercice et territoire d'exercice nous échangerons sur les points suivants :

- les facteurs influençant votre choix de territoire d'exercice ou d'installation,
- les freins éventuels auxquels vous avez peut-être été confrontés lors de votre exercice ou installation au sein de l'agglomération havraise ou de la région Normandie,
- votre niveau de satisfaction par rapport à votre à votre expérience au sein de l'agglomération havraise,
- votre opinion sur les mesures visant à améliorer la répartition des professionnels de santé existantes au niveau local, national ou à l'étranger, ainsi que l'influence éventuelle que ces mesures pourraient / auraient pu avoir sur votre choix de territoire d'installation.

## Annexe 4 : Annexe au guide d'entretien

**Tableau synthétisant les principales mesures incitatives ou coercitives mises en place en France ou à l'étranger et visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé**

Mesures	Incitatives	Coercitives
<p><u>Visant les étudiants en formation initiale</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation des effectifs globaux des professionnels de santé formés (Royaume-Uni, États-Unis, Canada)</li> <li>- Recrutement privilégié des étudiants les plus à même d'exercer ultérieurement dans des zones sous-denses, comme par exemple ceux qui en sont originaires (pays anglo-saxons)</li> <li>- Adaptation de la formation aux conditions particulières d'exercice en zone sous-dense (rurales ou urbaines défavorisées) en offrant des cursus spécifiques à ce type d'exercice (pays anglo-saxons)</li> <li>- Aides financières à la formation des étudiants s'engageant à exercer dans des zones sous denses (France, via le contrat d'engagement de service public (CESP))</li> <li>- Mise à disposition de logements de standing à des prix très attractifs (Le Havre, via la communauté d'agglomération (CODAH))</li> </ul>	

Mesures	Incitatives	Coercitives
<p align="center"><u>Visant à encourager l'installation et le maintien des professionnels de santé en zones sous-denses</u></p>	<p>-Financement des investissements à réaliser pour l'installation dans des zones sous-denses (regroupement de professionnels, maisons de santé...) (France, Australie, Royaume-Uni, Canada)</p> <p>-Mise en place d'une aide forfaitaire et prise en charge des cotisations sociales des praticiens exerçant dans des zones sous-denses (contrat incitatif du chirurgien-dentiste, France)</p> <p>-Majoration de la rémunération des praticiens exerçant en zones rurales ou sous-denses, couplée ou non à la diminution ou au plafonnement de la rémunération des praticiens exerçant dans des zones sur-denses (Province canadienne du Québec, Royaume-Uni, Etats-Unis, Australie)</p>	
<p align="center"><u>Visant la régulation de l'accès au marché du travail sur des critères géographiques</u></p>		<p>-Limitation du nombre de nouveaux professionnels pouvant s'installer dans des zones considérées comme sur-denses (Royaume-Uni, Allemagne, Autriche et France avec le cas des pharmaciens)</p> <p>-Installation des professionnels de santé de nationalité étrangère uniquement possible dans des zones considérées sous-denses en contre- partie de l'autorisation d'exercice (Etats-Unis, Australie, Canada). Pour ces 3 pays la durée d'obligation diffère. Elle est circonscrite à la première année aux Etats-Unis, cinq ans au Canada et sans limite de durée en Australie.</p>
<p align="center"><u>Visant à faciliter l'installation des professionnels de santé</u></p>	<p>Exemple de la communauté d'agglomération havraise :</p> <p>-Accompagnement humain dans la recherche de locaux professionnels</p> <p>-Accompagnement humain dans la recherche d'emploi du conjoint</p>	



## **Annexe 5 : Guide d'entretien personnel**

### 1/ Caractéristiques pour mieux vous connaître :

#### 1.1/ Personnelles :

-Êtes-vous :

Un homme :    Une femme :

-Quel âge avez-vous ?

-Quel est votre lieu de naissance ?

Agglomération havraise :    Département de la Seine-Maritime<sup>1</sup> :

Région Normandie<sup>2</sup> :    Région Hauts-De-France :    Autre territoire :

-Dans quel territoire(s) avez-vous grandi ? :

Agglomération havraise :    Département de la Seine-Maritime<sup>1</sup> :

Région Normandie<sup>2</sup> :    Région Hauts-De-France :    Autre territoire :

Précisions :

-Avez-vous des parents d'origine Havraise ou normande ?

1 parent :    2 parents :    Aucun :

-Avez-vous un(e) conjoint(e) ?

Oui :    Non :

- Si vous avez un(e) conjoint(e) :

\*Dans quel territoire réside-t-il ?

Agglomération havraise :    Département de la Seine-Maritime<sup>1</sup> :

Région Normandie<sup>2</sup> :    Région Hauts-De-France :    Autre territoire :

\*Dans quel territoire exerce-t-il/elle sa profession ?

Agglomération havraise :    Département de la Seine-Maritime<sup>1</sup> :

Région Normandie<sup>2</sup> :    Région Hauts-De-France    Autre territoire :

Pas d'exercice professionnel :

-Dans quel territoire(s) réside votre famille proche ? :

Agglomération havraise :    Département de la Seine-Maritime<sup>1</sup> :

Région Normandie<sup>2</sup> :    Région Hauts-De-France :    Autre territoire :

<sup>1</sup> Hors agglomération havraise

<sup>2</sup> Hors agglomération havraise et département de la Seine-Maritime

1.2/ Liées à votre formation initiale en odontologie :

-En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire ?

2013 :    2014 :    2015 :    2016 :    2017 :    Prévu au cours de l'année 2018 :

Autre (préciser) :

-Au cours de quelle période avez-vous effectué votre stage clinique dans le Service d'odontologie du Havre ?

Quelles années d'études y avez-vous validé ?

-Dans quelle faculté avez-vous validé votre PCEM1/PACES ?

Faculté de médecine et pharmacie de Rouen :      Faculté de médecine de Lille :

Faculté de médecine et maïeutique de l'université catholique de Lille :    Autre faculté :

-Dans quelle faculté avez-vous effectué votre formation initiale de chirurgie dentaire ?

Lille :      Reims :      Autre faculté :      Changement de faculté au cours du cursus (préciser) :

-Dans quel territoire avez-vous effectuer votre stage actif ?

Agglomération havraise :      Département de la Seine-Maritime<sup>1</sup> :      Région

Normandie<sup>2</sup> :      Région Hauts-De-France :      Autre territoire :      Pas

de stage actif (concours internat validé en fin de 5<sup>e</sup> année) :

*Pour les praticiens considérés comme installés, n'exerçant pas dans le territoire de la région Normandie :*

-Quel bilan global tirez-vous du stage clinique au sein du service d'odontologie du GHH ?

Bilan global positif (possibilité d'argumentation) :

Bilan global négatif (possibilité d'argumentation) :

<sup>1</sup> Hors agglomération havraise

<sup>2</sup> Hors département de la Seine-Maritime

### 1.3/ Liées à votre parcours professionnel :

-Résumez votre parcours professionnel, de manière chronologique depuis le début de votre activité clinique à aujourd'hui.

Vous préciserez pour chaque expérience professionnelle la période, le type d'exercice, le territoire d'exercice, ainsi que le nombre moyen d'heures travaillées par semaine.

(Illustrer sous la forme d'une frise chronologique)

-Si stage actif réalisé : Exercice actuel au sein du cabinet dans lequel vous avez effectué votre stage actif ?      Oui :                                      Non :

-Statut juridique de l'exercice professionnel actuel :

Titulaire/Associé :      Collaborateur libéral :      Collaborateur salarié :      Remplaçant libéral :      Remplacement salarié :      Autres :

Pas d'exercice professionnel :

### 1.4/ Liées à votre territoire actuel d'exercice :

-Dans quel territoire exercez-vous actuellement ? :

Agglomération havraise :      Département de la Seine-Maritime<sup>1</sup> :

Région Normandie<sup>2</sup> :      Région Hauts-De-France :      Autre territoire (préciser) :

Pas d'exercice professionnel :

-Pour les chirurgiens-dentistes non installés (nous considérons comme non installés les praticiens remplaçants et sans exercice professionnel) dans quel territoire projetez-vous de vous installer ?

Agglomération havraise :      Département de la Seine-Maritime<sup>1</sup> :

Région Normandie<sup>2</sup> :      Région Hauts-De-France :      Autre territoire :

-Pour les chirurgiens-dentistes installés (nous considérons comme installés les praticiens collaborateurs salariés et libéraux ainsi que les titulaires), à quel moment de votre parcours de formation ou professionnel avez-vous décidé de votre lieu d'installation ?

J'ai toujours su dans quel territoire je souhaitais exercer :      2<sup>e</sup>-4<sup>e</sup> année :      5<sup>e</sup>-6<sup>e</sup> année :      Après la fin de mon cursus :      Autre (préciser) :

-Pensez-vous que votre territoire d'exercice sera amené à changer au cours de votre d'exercice professionnel ?

Oui :      Non :      Pourquoi ?

<sup>1</sup> Hors agglomération havraise

<sup>2</sup> Hors agglomération havraise et département de la Seine-Maritime

**Facteurs influençant le choix du territoire d'exercice ou d'installation (Relever le 1<sup>er</sup> facteur cité dans un premier temps, puis l'ensemble de facteurs cités) :**

- > Territoire d'origine : ville/région natale, scolarité
- > Raisons familiales : lieu de résidence des proches, lieu de résidence/d'exercice du conjoint
- > Opportunité professionnelle : proposition d'emploi, cession de cabinet ou de patientèle
- > Potentiel de patientèle : territoire moins concurrentiel, zone sous-dense, potentiel de rémunération
- > Goût du territoire : qualité de vie, activités culturelles, sportives, nautiques...
- > Volonté de quitter le territoire d'origine
- > Influence du lieu de formation : création d'un réseau amical, professionnel par le biais des praticiens hospitaliers et libéraux assurant l'encadrement des stages cliniques, mesures d'aides des collectivités locales (exemple actions de la CODAH).
- > Mesures d'aides à l'installation existantes sur le territoire d'installation au niveau local et national
- > Autre :

**Freins éventuels à l'exercice ou à l'installation au sein de l'agglomération havraise :**

- > Qualité de vie en région havraise.
- > Aides à l'installation insuffisantes
- > Méconnaissance de la présence étudiante et absence de réflexe des praticiens de ville de faire appel aux étudiants ou jeunes thésés
- > Difficulté à trouver une collaboration
- > Autre :

**Bilan positif ou négatif quant à l'expérience au sein de l'agglomération havraise :**

- > Epanouissement personnel : qualité de vie, équilibre personnel
- > Epanouissement professionnel : activité, potentiel de patientèle, rémunération
- > Autres :
- > Sur une échelle de 0 à 10 à quel point êtes-vous satisfait de votre expérience globale au sein de l'agglomération havraise ?

**Pour aller plus loin : échanges sur l'influence, les connaissances et la représentation des mesures visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé**

**Influence des mesures visant à améliorer la répartition des professionnels de santé quant au choix de territoire d'exercice ou d'installation :**

\*A l'échelle locale :

\*A l'échelle nationale :

**Connaissances des mesures existantes :**

\* A l'échelle locale (exemple de mesures mis en œuvre par la CODAH) : facilitation du logement des étudiants du Service d'Odontologie du Havre, facilitation à l'installation dans la recherche du local ou d'un travail pour le conjoint

Pour chaque mesure évoquée :                      Oui :    Non :

\* A l'échelle nationale :

- Contrat d'engagement de service public (CESP)
- Contrat incitatif du chirurgien-dentiste (CICD)
- Les dispositifs liés à un zonage non spécifique au domaine de la santé (exemple : zones franches urbaines)

Pour chaque mesure évoquée :                      Oui :    Non :

**Avez-vous déjà bénéficié d'une mesure d'aide à l'installation ou de facilitation à l'installation ?**

Oui (préciser) :

Non :

**Réflexion sur les différentes mesures visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé en France et à l'international (*confer Annexe au guide d'entretien*) :**

- Visant les étudiants en formation initiale
- Visant la régulation de l'accès au marché du travail sur des critères géographiques
- Visant à encourager l'installation et le maintien des professionnels de santé en zones sous-denses
- Visant à faciliter l'installation des professionnels de santé

## Annexe 6 : Déclaration CNIL

20185

Utilisés : 0 Ko

### Éléments généraux

<b>Responsable(s) chargé(s) de la mise en oeuvre</b>	Etienne Deveaux
<b>Interlocuteur(s)</b>	Alessandra Blaizot
<b>Nom du traitement</b>	Installation des chirurgiens-dentistes formés au Havre
<b>Priorité du traitement (1=haute, 4=basse)</b>	4
<b>Date d'ouverture du dossier</b>	22 janv. 2018
<b>Etat de la déclaration</b>	Validation en cours
<b>Date de mise en oeuvre</b>	22 janv. 2018
<b>Date fin de traitement prévu</b>	30 sept. 2018
<b>Composante(s)</b>	Faculté de Chirurgie Dentaire
<b>Service(s) concerné(s)</b>	
<b>Autre service</b>	

### Informations générales


<b>Dates et auteurs</b>	
Date de création	22/01/2018 14:16
Date de modification	22/01/2018 14:30
Créateur	Jean-Luc Tessier
Contributeurs	Jean-Luc Tessier
Dernier contributeur	Jean-Luc Tessier
<b>Version visualisée</b>	0.0
<b>Objet de la mise à jour</b>	
<b>Date de la mise à jour</b>	
<b>Bloc-notes</b>	
<b>Documents annexes</b>	<input type="checkbox"/> Guide entretien personnel R Ellero.docx <input type="checkbox"/> CNIL R Ellero-1.doc

### Formalités

<b>Type de déclaration</b>	Déclaration normale
<b>Lien vers la référence</b>	
<b>Si déclaration à la CNIL n°</b>	
<b>Finalité</b>	M Romain Ellero réalise une thèse d'exercice de Chirurgie Dentaire sous la Direction du Dr Alessandra Blaizot. L'objectif est de préciser les facteurs influençant le choix de lieu d'installation des chirurgiens-dentistes ayant effectué une partie de leur formation initiale dans le Service d'odontologie du Havre afin de mieux comprendre ce qui conditionne ces choix, et à terme proposer des pistes d'évolution des mesures visant à faciliter l'installation.
<b>Détails des finalités</b>	Depuis 2012, date à laquelle a été mise en place la collaboration entre le centre hospitalier régional universitaire de Lille, la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille et le groupe hospitalier du Havre, trente-trois

### Données traitées

<b>Données anonymes</b>	Non
<b>Méthode de collecte des données</b>	Le service d'odontologie du Havre transmet à M Ellero la liste des anciens étudiants qu'il contacte en trouvant les coordonnées sur Internet (Annuaire Adeli, et pages jaunes)
<b>Données identifiantes (directe et indirecte)</b>	Nom, Prénom, numéro de téléphone et adresse mail
<b>Autres données non identifiantes</b>	données issues de l'entretien
<b>Interconnexion de fichiers</b>	Non
<b>Zone de libre commentaire</b>	
<b>Données sensibles</b>	Non

	étudiant(e)s et deux internes ayant effectué une partie de leur formation dans le Service d'Odontologie du Havre ont aujourd'hui terminé leur formation initiale en odontologie. - Les coordonnées des anciens étudiants sont transmises par le service d'odontologie du Havre à M Ellero. - M. Ellero contacte les anciens étudiants aujourd'hui installés et effectue un entretien semi-directif téléphonique. - les résultats sont traités de manière anonyme.
Type de traitement	Facultatif
Application(s) logicielle(s) utilisée(s)	
Catégories des personnes concernées par le traitement	
Autres personnes concernées	trente-trois étudiant(e)s et deux internes ayant effectué une partie de leur formation dans le Service d'odontologie du Havre
Nombre approximatif de personnes concernées	35
Modalité d'information auprès des usagers concernés	Les anciens étudiants sont contactés par téléphone puis par mail
Fichier(s) d'information	 Mail de sollicitation.docx
Fonction de la personne auprès de laquelle s'exerce le droit d'accès	cil@univ-lille.fr
Autre personne	

Risques et impacts sur la vie privée Il n'y a pas de fichier joint à ce document.

Capture rectangulaire

#### Destinataires des données

Catégories de destinataires internes	M Romain Ellero et Dr Alessandra Blaizot
Procédure d'habilitation des personnels	Non
Destinataires externes	
Transfert de données hors de l'UE	Non

#### Durée de conservation

#### Sous-traitance

Sous-traitance non

## Détails

Convention(s) ou Contrat(s)

Il n'y a pas de fichier joint à ce document.

### Sécurité des données (technique)

Hébergement des données (technique) Ordinateur portable personnel

Authentification A préciser

Site https Non

Données cryptées Non

Autres précisez Les données anonymes sont conservées pour un intérêt politique et stratégique et ne présentent pas de risque d'impact sur la vie privée des chirurgiens dentistes installés. Toute information pouvant le cas échéant porter préjudice sera totalement détruite.

### Sécurité des données (organisationnelle)

Documentation(s) spécifique(s)

Il n'y a pas de fichier joint à ce document.

### Audit



Coopération entre la faculté de chirurgie Dentaire de Lille et le service d'odontologie du groupe hospitalier du Havre : impacts sur les territoires d'installation des étudiants / **ELLERO Romain.**-p.112 : ill. (3) ; réf (69).

**Domaines :** Santé publique bucco-dentaire - exercice professionnel

**Mots clés Rameau :** Université du droit et de la santé Lille - Faculté de chirurgie dentaire ; Centre hospitalier (Le Havre, Seine-Maritime) ; Démographie médicale – Enquêtes - France - Le Havre (Seine-Maritime) ; Dentistes – Politique publique ; Dentistes – Distribution géographique ; Dentistes – Enquêtes

**Mots clés FMeSH :** Dentistes – Statistiques et données numériques ; Soutien financier

Résumé de la thèse :

Depuis le 02/01/2012, les étudiants inscrits en 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année des études odontologiques à la faculté de chirurgie dentaire de Lille peuvent faire le choix de terminer leur formation clinique au sein du service d'odontologie du Groupe Hospitalier du Havre (GHH). Ce service, né d'une collaboration entre le GHH, la communauté d'agglomération havraise (CODAH), la coordination des chirurgiens-dentistes libéraux du Havre, l'Université de Lille 2, le CHRU de Lille et la faculté de chirurgie dentaire de Lille, revêt un double objectif : 1/ élargir l'offre de soins dans un bassin de population où la démographie des chirurgiens dentistes et la dynamique d'installation sont insuffisantes, 2/ promouvoir sur ce territoire l'installation des étudiants ayant effectué une partie de leur formation dans cette structure. Cette étude avait pour objectifs de déterminer si ces praticiens s'étaient installés sur le territoire d'intérêt et de mieux comprendre ce qui conditionnait ces choix, afin de proposer des pistes d'évolution de cette collaboration, voire d'impliquer des acteurs complémentaires. Une enquête par entretien téléphonique comportant un volet quantitatif et un volet qualitatif a été menée au cours du 2<sup>e</sup> trimestre 2018. Parmi les 32 individus composant la population d'étude, 28 ont répondu à l'enquête. Les participants ont été 61,0% à déclarer exercer dans le territoire de la région Normandie au moment de l'étude et pour 43,5% dans le territoire de l'agglomération havraise. L'analyse des facteurs d'influence dans le choix du territoire d'exercice/d'installation a mis en évidence la prépondérance de la composante personnelle face à la composante professionnelle. Les résultats de l'enquête ont révélé une limite à l'exercice des jeunes praticiens sur le territoire de l'agglomération havraise du fait de difficultés grandissantes pour les praticiens les plus récemment formés à trouver un poste. Cette étude a également révélé des lacunes dans les connaissances des participants des aides à l'installation en vigueur à l'échelle locale et nationale ainsi que le peu d'effet apparent des mesures existantes d'aide à l'installation/l'exercice malgré une opinion favorable sur les mesures de nature incitative et de facilitation. A l'échelle locale, une mise en relation des chirurgiens dentistes installés et des futurs confrères ainsi qu'une réflexion sur la structuration des cabinets dentaires pourraient être envisagées. A l'échelle nationale, une meilleure communication sur les mesures existantes semble nécessaire.

**JURY :**

**Président :** Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX  
**Assesseurs :** Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI  
Madame le Docteur Julie BEMER  
Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT  
**Membre invité :** Madame le Docteur Agnès DEMARE-LECOSSAIS