

ÉLÉMENTS CLEF POUR LA CONCERTATION RÉGIONALE

Diversités territoriales
et inégalités d'accès aux soins

MACHAON

Expertise, conseil
en santé territoriale
de terrain

Qui boude son assiette, étonne son derrière

Proverbe breton

Sommaire

Éléments clef pour la concertation régionale

LES CHIRURGIENS-DENTISTES AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE.	5
EFFECTIFS EN 2021.....	5
ÉVOLUTION ENTRE 2014 ET 2021 : BAISSÉ DANS L'ENSEMBLE, CROISSANCE AU CONTACT DE L'ÎLE-DE-FRANCE ET SUR LE LITTORAL ET HAUTE COMPLEXITE DANS LE METROPOLE LILLOISE,	6
DENSITES EN 2021 : CINQ ZONES DE GRANDE FAIBLESSE	6
ÉVOLUTION DES DENSITES : PAS D'EFFET CENTRE POUR LES AGGLOMERATIONS.....	8
LES PLUS AGES COMME ELEMENT D'ANTICIPATION D'UNE EVOLUTION EN COURS	12
SYNTHESE.....	13
CE QU'IL FAUT SAVOIR DE L'APL ET COMPRENDRE DE SON UTILISATION	16
L'APL C'EST QUOI ?	16
CE QUE L'APL NE PREND PAS EN COMPTE	17
<i>L'estimation de population susceptible de consulter son chirurgien-dentiste ne peut être identique d'un territoire à l'autre puisque l'on consulte aussi là où on étudie ou travaille</i>	<i>17</i>
<i>L'APL a déjà connu des évolutions.....</i>	<i>20</i>
QUE SAVONS-NOUS ET QUE FAUDRAIT-IL FAIRE CONNAITRE DE LA CHIRURGIE DENTAIRE ET DE SA PRATIQUE LIBERALE ?.....	23
PREDOMINANCE DE L'EXERCICE LIBERAL, MARGINALITE HOSPITALIERE.....	23
UN CAS D'OFFRE ET DE RECOURS TRES PARTICULIER EN EUROPE	24
LES INEGALITES SOCIALES SONT ENCORE ASSEZ MAL DOCUMENTEES	24
OUTRE LA PREVENTION, L'EXERCICE EST PAR NATURE PEU PLURIPROFESSIONNEL.....	25
L'EXERCICE LIBERAL DE LA CHIRURGIE DENTAIRE EST AVANT TOUT CELUI DES CABINETS ET DES EQUIPES DENTAIRES.....	26
LIEUX DE FORMATION ET EFFET ATTENDUS SUR L'ACCES AUX SOINS	28
QUELLE CONCERTATION ?	32
DANS LE CADRE DES RELATIONS AVEC L'ARS	32
<i>Proposer une adaptation du zonage</i>	<i>32</i>
<i>Plaider pour une évaluation du zonage de 2013</i>	<i>33</i>
<i>Examiner les conditions d'intégration des ETP salariés à l'APL.....</i>	<i>33</i>
<i>Proposer de sortir des limites actuelles : voir au-delà et autrement les territoires et l'accès à la formation.....</i>	<i>34</i>
CONCERTATION PAR INFORMATION AVEC D'AUTRES PARTIES PRENANTES	34
<i>Eclairer les instances sanitaires régionales</i>	<i>34</i>
<i>Concertation au cas par cas après sollicitation des territoires.....</i>	<i>35</i>
<i>Avoir conscience des programmes territoriaux existants vecteurs de dynamiques locales</i>	<i>35</i>
<i>Pour conclure, deux actions spécifiques appelant concertation.....</i>	<i>36</i>
BIBLIOGRAPHIE :	39
ANNEXES :	41

L'URPS chirurgiens-dentistes a et aura à participer à la concertation régionale, à faire état de ses analyses et à les faire connaître auprès des principales parties prenantes, régionales et locales.

Ceci appelle tout d'abord que les éléments de construction de la méthodologie nationale de zonage aient été analysés, que leurs limites soient connues afin d'envisager de proposer de possibles reclassements ou de réaménagements marginaux ou conséquents.

Ceci appelle aussi que les motivations des chirurgiens-dentistes ayant une activité libérale, dans leurs positions prises vis-à-vis de l'organisation des soins et de l'évolution de l'offre de santé dans les Hauts-de-France, soient connues de l'ensemble des parties prenantes.

Si le propos de cette note est bien de produire les éléments d'analyse et de critique des fondements et de l'application concrète d'un zonage appelé à être débattu, il sera utile d'être en mesure d'exposer le point de vue de l'URPS chirurgiens-dentistes devant la Conférence régionale de santé et de l'autonomie, lors de la préparation du prochain Projet régional de santé ou encore sur le terrain des prochaines concertations nationales telles que la Conférence des parties prenantes, ou d'autres qui pourraient se tenir.

Entre autres points, faire état de la répartition et l'évolution des présences libérales dans les territoires, des effets ou des absences d'effets perçus, de l'évolution des pratiques et faire connaître d'un large public l'exercice concret de l'odontologie s'avérerait pertinent.

L'information diffusée devrait permettre que l'avis de l'URPS chirurgiens-dentistes, parce qu'il sera fondé sur ses propres analyses, soit connu des différents acteurs locaux de santé et des territoires : élus locaux, collectivités territoriales, partenaires engagés dans les Contrats locaux de santé et les Conseils territoriaux de santé, et bien d'autres.

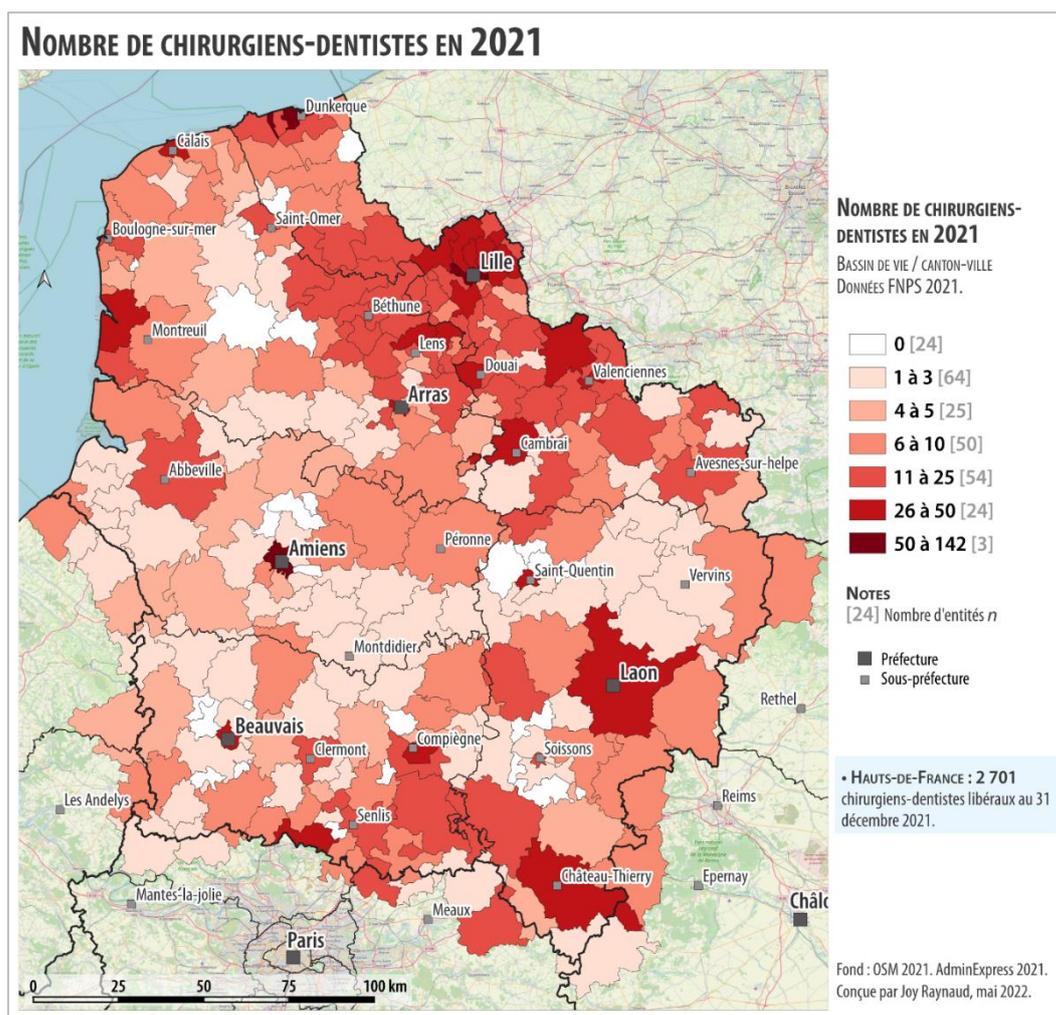
Les chirurgiens-dentistes ayant une activité libérale dans les Hauts-de-France.

En 2021, selon le Fichier national des Professionnels de santé -FNPS-, exploité en 2022, les Hauts-de-France comptent 2 604 chirurgiens-dentistes libéraux. L'effectif régional représente 7,3 % du total national, en retrait de 1,7 point au regard du poids de la population des Hauts-de-France, selon le recensement général de la population daté de 2018 et publié par l'INSEE.

Effectifs en 2021

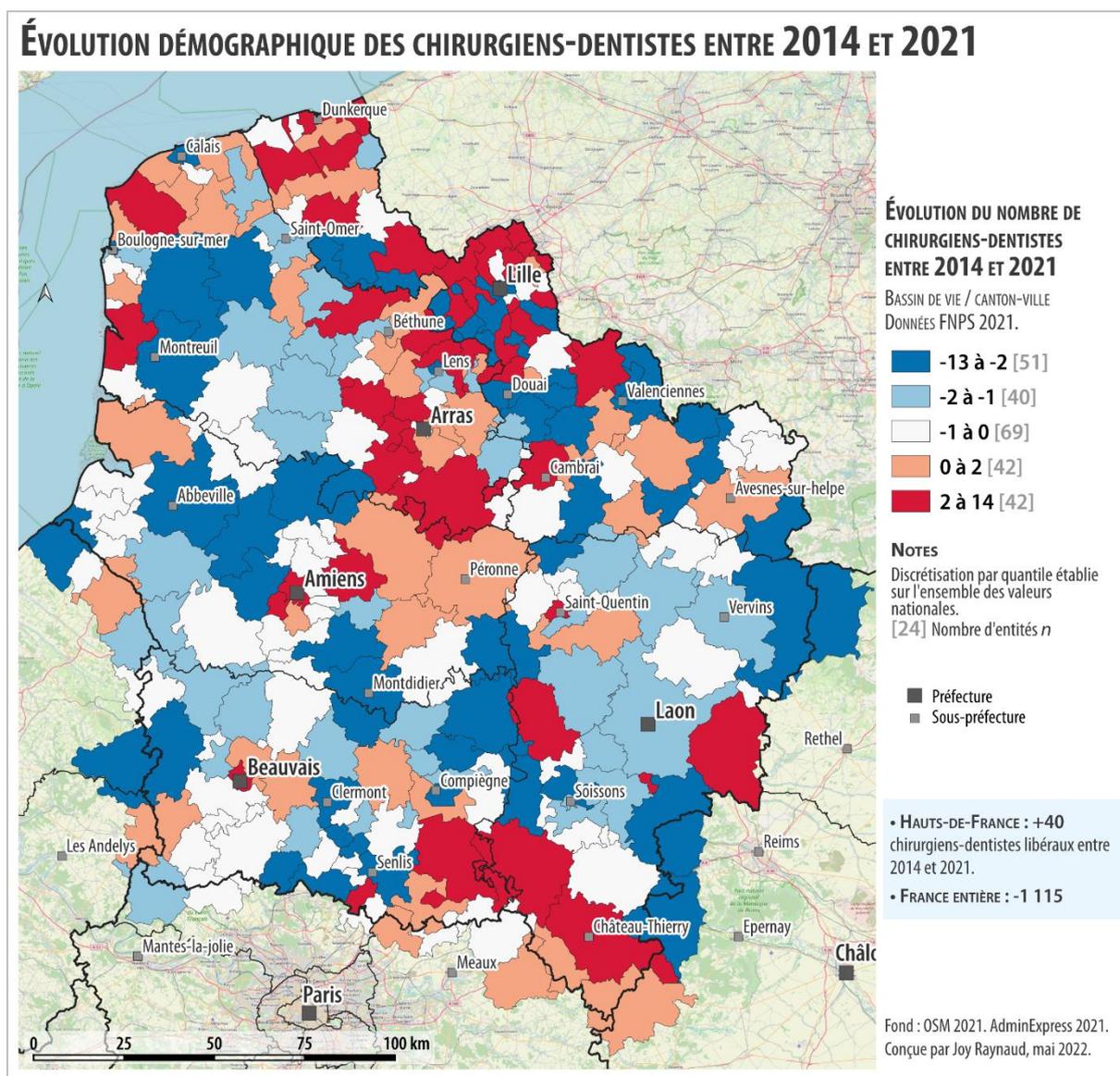
Entre 2014 et 2021 le nombre de chirurgiens-dentistes (CD) s'est accru de 1,8 % tandis qu'en France il baissait de 3,0 %.

C'est dans l'Aisne (+7,5 %), dans le Pas-de-Calais (+4,6 %) et dans le Nord (+2,3 %) que l'accroissement du nombre de CD a eu lieu. La Somme (-2,8 %) et l'Oise (-7,2 %) ont quant à elles, perdu des chirurgiens-dentistes. Sur l'ensemble des 244 territoires des Hauts-de-France retenus comme trame territoriale du zonage, composé de cantons et des villes, 24 ne comptent aucun chirurgien-dentiste. Ils se situent dans chacun des cinq départements de la région, dans une disposition contiguë ou quasi contiguë, exception faite du Nord. Les territoires les plus dotés, Lille, Amiens et Dunkerque sont aussi les plus peuplés.



Évolution entre 2014 et 2021 : baisse dans l'ensemble, croissance au contact de l'Île-de-France et sur le littoral et haute complexité dans la Métropole lilloise, 91 territoires ont connu une perte de chirurgiens-dentistes, 69 ont été stables et 84 ont plus de chirurgiens-dentistes en 2021 qu'en 2014. Les pertes et les stabilités territoriales sont donc majoritaires en nombre. Elles couvrent tous les cantons ruraux, mais ne s'y limitent pas puisqu'Arras, Lille, Valenciennes, Douai, Compiègne, Calais, ou Lens par exemple, sont en réduction-stabilité sur la période de 8 années. La tendance générale est bien à la réduction des effectifs.

Les progressions se situent dans une bande méridionale de la région, au contact de l'Île-de-France, dans l'espace central régional entre Amiens et Arras et de façon plus émiettée sur le littoral et l'agglomération lilloise.



Densités en 2021 : cinq zones de grande faiblesse

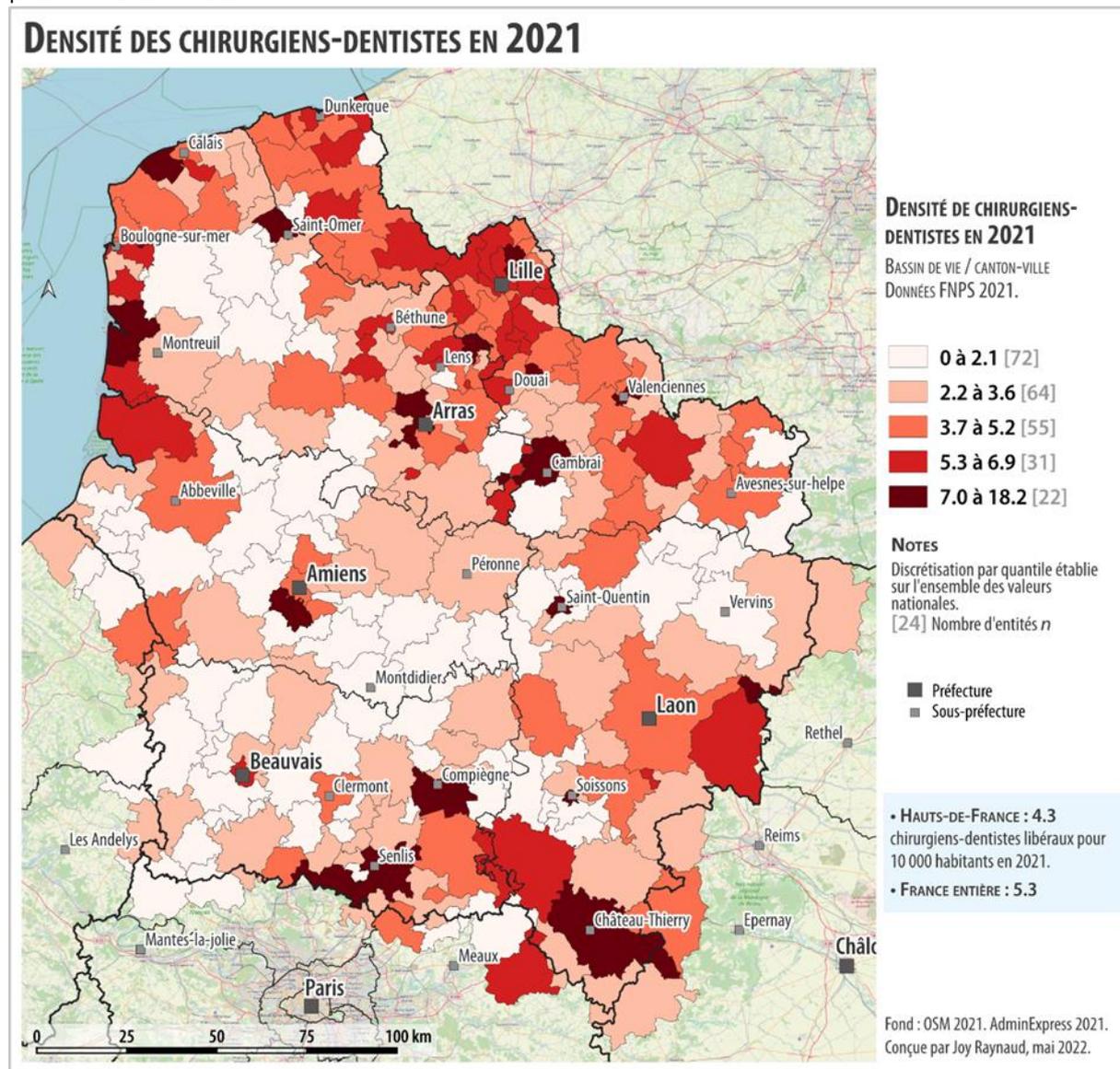
Le recours aux densités s'impose dans la mesure où elles pondèrent les présences de chirurgiens-dentistes à la population résidente. C'est l'un des premiers indicateurs de présence, pondérée par la population.

En plus des 24 cantons/villes ayant une densité nulle faute de chirurgien-dentiste présent, 131 ont en 2021 une densité inférieure à la densité moyenne des Hauts-de-France et 36 se situent au-delà, mais en deçà de la densité nationale.

Cinq zones de très faibles densités, s'étendant en nappe sur plusieurs territoires sont à noter.

La première se situe dans le Pas-de-Calais entre Montreuil sur Mer, l'est de Boulogne-sur-Mer et Bruay-la-Buissière.

La deuxième s'étend depuis le sud-ouest d'Abbeville jusqu'au nord d'Amiens, à proximité d'Arras.



La troisième, la plus étendue, débute au sud-ouest sur les confins de la Seine-Maritime et remonte vers le nord-est jusque Saint-Quentin.

La quatrième prolonge la précédente après l'interruption de Saint-Quentin, se développe vers le nord-est jusqu'à recouvrir Vervins, Fourmies et l'est de Maubeuge.

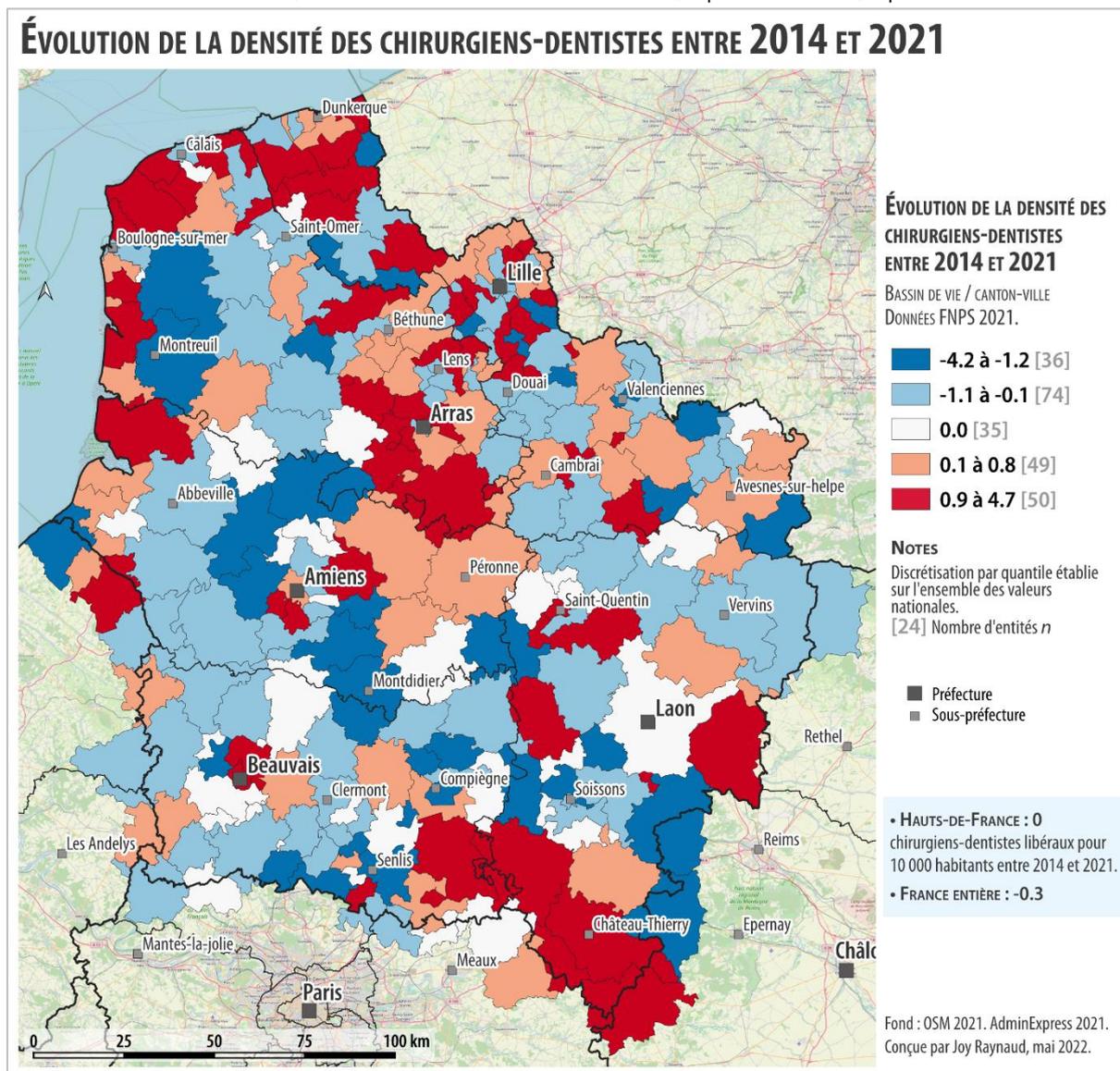
La cinquième est la moins étendue. Elle débute à l'est de Compiègne et se bloque à hauteur de Soissons après Vic-sur-Aisne.

Les densités les plus fortes, celles qui se situent en delà de la moyenne française de 5,3 pour dix mille habitants concernent 52 territoires isolés et/ou périphériques à la région (Cambrai, Arras, Compiègne...) et de l'agglomération lilloise. Une zone se distingue, car étant constituée de 15 territoires de l'agglomération lilloise. Elle part de Bailleul et descend de façon presque continue vers Douai.

Évolution des densités : pas d'effet centre pour les agglomérations

À l'échelle de territoires locaux, par définition de petites dimensions, la propension à l'instabilité démographique est toujours plus grande. Plus encore que l'accroissement naturel, c'est classiquement le solde migratoire qui peut induire des variations sensibles de quelques points sur un pas de temps quinquennal.

La variation de densité de chirurgiens-dentistes est stable dans la région entre 2014 et 2021, elle oscille entre les départements entre - 0,4 points et + 0,4 points, mais dans les cantons-villes, la fourchette s'étend de - 4,2 points à + 4,7 points.



L'évolution de la densité de chirurgiens-dentistes par cantons-villes, décrit donc la variation des présences locales de chirurgiens-dentistes rapportée à la variation intercensitaire de la population.

35 territoires sont en stabilité complète, 69 ayant un effectif inchangé de chirurgiens-dentistes. L'accroissement des densités en concerne 99, situés sur la même bande méridionale de la région, déjà décrite pour les variations d'effectifs. Pour l'espace central régional, Arras et Amiens et leurs proximités, deux processus différents s'identifient. Pour Amiens (et deux territoires urbains adjacents) l'accroissement de la densité s'est produit au centre de l'agglomération. Pour Arras c'est l'inverse qui a eu lieu, puisque la commune-centre a connu une baisse de sa densité et que l'accroissement soutenu a été particulièrement élevé à la périphérie.

Cette dynamique contraste avec l'ampleur des baisses de la zone comprise entre Abbeville et Amiens, déjà décrites comme deuxième zone, ainsi que sur la vaste étendue sud de la troisième zone. Là, les phénomènes de concentration inégalitaires entre territoires urbains centraux de l'agglomération et périphérie rurale et périurbaine pourraient avoir été actifs entre 2014 et 2021.

La densité et la mesure de l'offre accessible Flotter ou ne pas flotter

Par définition, mesurer l'accessibilité d'un service ou d'une offre de soins c'est rapporter, sur une zone, une offre à une population susceptible d'y recourir.

La mesure de l'accessibilité dépend de quatre facteurs :

1. la maille territoriale retenue (commune, territoire de vie santé, cantons, par exemple),
2. la présence géolocalisée de l'offre (exhaustivité et stabilité dans le temps),
3. l'effectif de population susceptible d'être concernée par le recours
4. et enfin d'un paramètre/critère de proximité.

Dans le cas des densités de chirurgiens-dentistes, le dernier facteur est nul, c'est-à-dire que sont implicitement considérés comme pouvant recourir aux chirurgiens-dentistes de l'un des territoires canton-ville, la population habitant ce même canton-ville et seulement celle-ci.

Le recours à l'indicateur « densité » est classique et d'une utilisation courante, en démographie par exemple et dans bien des disciplines abordant les phénomènes territoriaux. Il prend son sens lorsque la granulométrie territoriale est fine¹. Dans le cas présent à échelle locale des cantons-ville. Mais son usage appelle une « lecture » de cartes, c'est-à-dire l'observation de ce qui se dessine qui s'attache à l'identification de configurations sectorielles constituées de groupes de territoires élémentaires : nappes plus ou moins étendues, isolats, correspondances avec des phénomènes d'autres natures déjà décrits et reconnus. Comme une radiographie, ou d'autres images médicales, cela appelle de lire et d'interpréter avant de comprendre, à l'échelle et dans la résolution territoriale de la maille utilisée. En cela la carte apporte bien plus d'informations que la simple lecture, ligne après ligne, d'une feuille Excel.

La limite de l'usage de la densité dans l'approche des présences de l'offre de soins est que, par construction, elle se limite à la seule offre de chaque territoire, rapportée à la population de ce même territoire. L'accessibilité mesurée *in situ* n'est que partielle puisque d'autres lieux d'offre sont bien accessibles à la population, à l'immédiate proximité du territoire où ils habitent. La densité ne rend pas compte des présences professionnelles, à proximité du territoire retenu.

Cette limite est l'un des points ayant partiellement le recours à l'usage d'une *moyenne* qualifiée de *flottante*, ayant nécessité la création de l'indice d'Accessibilité potentielle

¹ La densité est présentée et utilisée tant par Atlas santé de C@rtoSanté que par l'Observatoire des territoires de l'ANCT.

localisée -APL- en 2011-2012, par l'Irdes et la Drees (voir plus loin dans le texte). Depuis les différents zonages conventionnels retiennent l'indice APL, passé « d'outil complémentaire utile à l'observation et au pilotage de l'organisation des soins à un niveau local »² à valeur de référence pour l'attribution des mesures incitatives à l'installation et au maintien de différentes professions du premier recours.

Le numérateur de l'APL tient compte de la distance d'éloignement de l'offre estimée comme étant accessible (distance qui est en fait, dans l'APL, un temps moyen estimé d'accès). Mais avoir rendez-vous chez son dentiste est aussi un événement qui a une forte propension à se produire en journée et ceci impacte les dénominateurs.

Densité, comme l'APL, ne rendent pas parfaitement compte de l'accessibilité territoriale courante de population qui se déplace quotidiennement pour rejoindre son lieu de travail ou d'étude. L'une et l'autre par construction toujours, ne sont pas en mesure de rendre compte de la mobilité et de sa variabilité territoriale. Si densité et APL ne peuvent, telles quelles, décrire les évolutions, l'APL fait obstacle dans sa conception à la prise en compte des déplacements quotidiens. L'APL en fait une estimation arithmétique systématique et posée à priori. Ceux-ci sont pourtant connus et de mieux en mieux analysés dans leurs modes, leurs trajets, leurs volumes, leurs durées.

Or aujourd'hui en France, la mobilité liée au travail concerne 64 % de la population active. La part culminait dans les Hauts-de-France à près de 71 % en 2019, avec un accroissement de 5,7 points en quinze ans. La mobilité quotidienne en France, qui s'effectue pour les 2/3 par la voiture, atteint une distance cumulée par jour de 50 km à raison de trois déplacements quotidiens en moyenne³.

² Barlet M, Coldéfy M, Collin C. *L'accessibilité potentielle localisée (APL) : Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France*. Paris, Irdes, 2012, Document de travail n°51, 51 p.

<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT51AccessibilitePotentielleLocalisee.pdf>

³ Bigo A, *Les transports face au défi de la transition énergétique. Explorations entre passé et avenir, technologie et sobriété, accélération et ralentissement*. Paris, Thèse de doctorat de l'Institut Polytechnique de Paris préparée à l'École Polytechnique, 2020, 339 p.

Part des navetteurs

Présence hors de la commune de résidence liée au travail

Région (dénominations 2013)	2013	1999
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	70,9	65,2
Île-de-France	69,1	64
Normandie	68,2	61,6
Alsace-Champagne-Ardenne- Lorraine	67,4	62
Centre-Val de Loire	66,2	58,9
Auvergne-Rhône-Alpes	65,9	60,1
Bourgogne-Franche-Comté	64	56,6
Bretagne	63,6	54,4
Aquitaine-Limousin-Poitou- Charentes	63,3	56,1
Pays de la Loire	62,8	53,8
Guadeloupe	56,7	50,7
Languedoc-Roussillon-Midi- Pyrénées	56,5	50,4
Martinique	56,3	49,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	47,1	43
Corse	41,1	36,9
La Réunion	38,5	31,6
Guyane	33,2	28,8
France	64,0	-

Source : Insee, RP de 2013 et de 1999, exploitations complémentaires.

L'écart entre la population présente et résidente⁴ est loin d'être accessoire à l'échelle infrarégionale et appellerait d'être mieux intégrée (voir plus loin dans le texte) à l'évaluation de l'accessibilité pour le choix des numérateurs retenus.

En 2008, dans les zones d'emplois de la région Hauts-de-France, la différence population résidente/population présente, variait de +6 % à - 12 %⁵. Tout indique que la tendance est croissante⁶.

Le cas amiénois appellerait de bénéficier d'une évaluation plus poussée, car à l'évidence il serait unique ou quasiment unique dans la région, Beauvais et Saint-Quentin s'en rapprochant cependant.

Arras a connu une évolution presque inverse. Le territoire centre a une densité quasi stable tandis que sa périphérie proche (Arras 1, Arras 2, Arras 3) et plus éloignée ont, en 2021 des densités bien plus hautes qu'en 2014.

Cette stabilité/décroissance de la densité sur les territoires centraux urbains est presque généralisée, le cas amiénois étant mis à part. Elle se retrouve à Béthune,

⁴ La question a été récemment abordée lors des campagnes de vaccination durant les différents épisodes de l'épidémie de COVID 19. Il n'était pas concevable, de réserver, la vaccination aux seuls « résidents » en renvoyant à leur domicile les personnes se trouvant en journée en un lieu et souhaitant être vaccinée.

Le sujet n'est pas nouveau et a donc été traité, entre autres par l'Insee.

Barlet M, Collin C, Bigard M, Lévy D. *Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité*. INSEE Première 2012 ; 1418 : 4 p.

⁵ Observatoire régional de la santé. *La santé jour et nuit ?* Lille, Les petits dossiers de l'observatoire régional de la santé, 50/51° Nord, n°34, 2012, 4 p. Voir aussi dans les annexes.

⁶ Coudène M, Levy D, *De plus en plus de personnes travaillent en dehors de leur commune de résidence*. Paris, INSEE, Insee première, 2016, n°1605, 4 p.

Lens, Douai, Valenciennes, Maubeuge, Calais, Boulogne-sur-Mer, Montreuil-sur-mer-Berck, Abbeville, Soissons, Compiègne, Senlis, Roubaix et Lille.

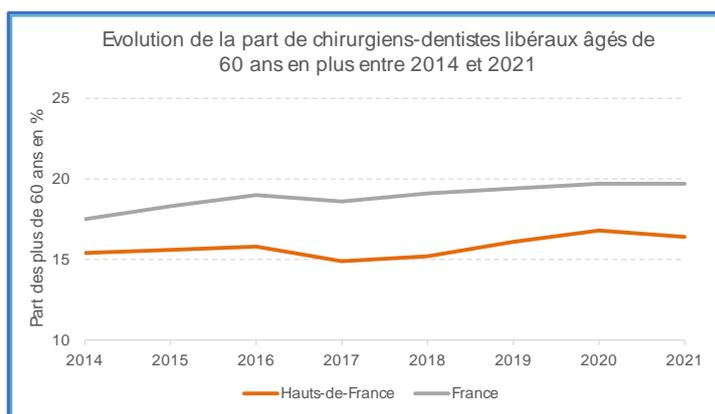
Le constat est clair. Il n'y a pas eu d'effet centre dans les agglomérations à l'inverse de ce que la thèse de la métropolisation décrivait il y a 10 ans.

La tendance régionale 2014-2021 a été double : une décroissance marquée des densités dans les espaces périphériques aux agglomérations urbaines et une stabilité/décroissance des territoires centraux des agglomérations. Cette tendance s'est produite entre 2014 et 2021, bien plus par la variation dans le temps des présences de chirurgiens-dentistes que par l'évolution démographique des territoires.

Les plus âgés comme élément d'anticipation d'une évolution en cours

Analyser la part et la répartition des professionnels les plus âgés est une pratique courante, car elle permet d'anticiper avec une grande fiabilité la disparition d'une offre que de nouveaux diplômés auront à pallier par leur installation. Si la part des plus âgés est forte, c'est toujours parce que moins de jeunes ou de relativement jeunes sont présents.

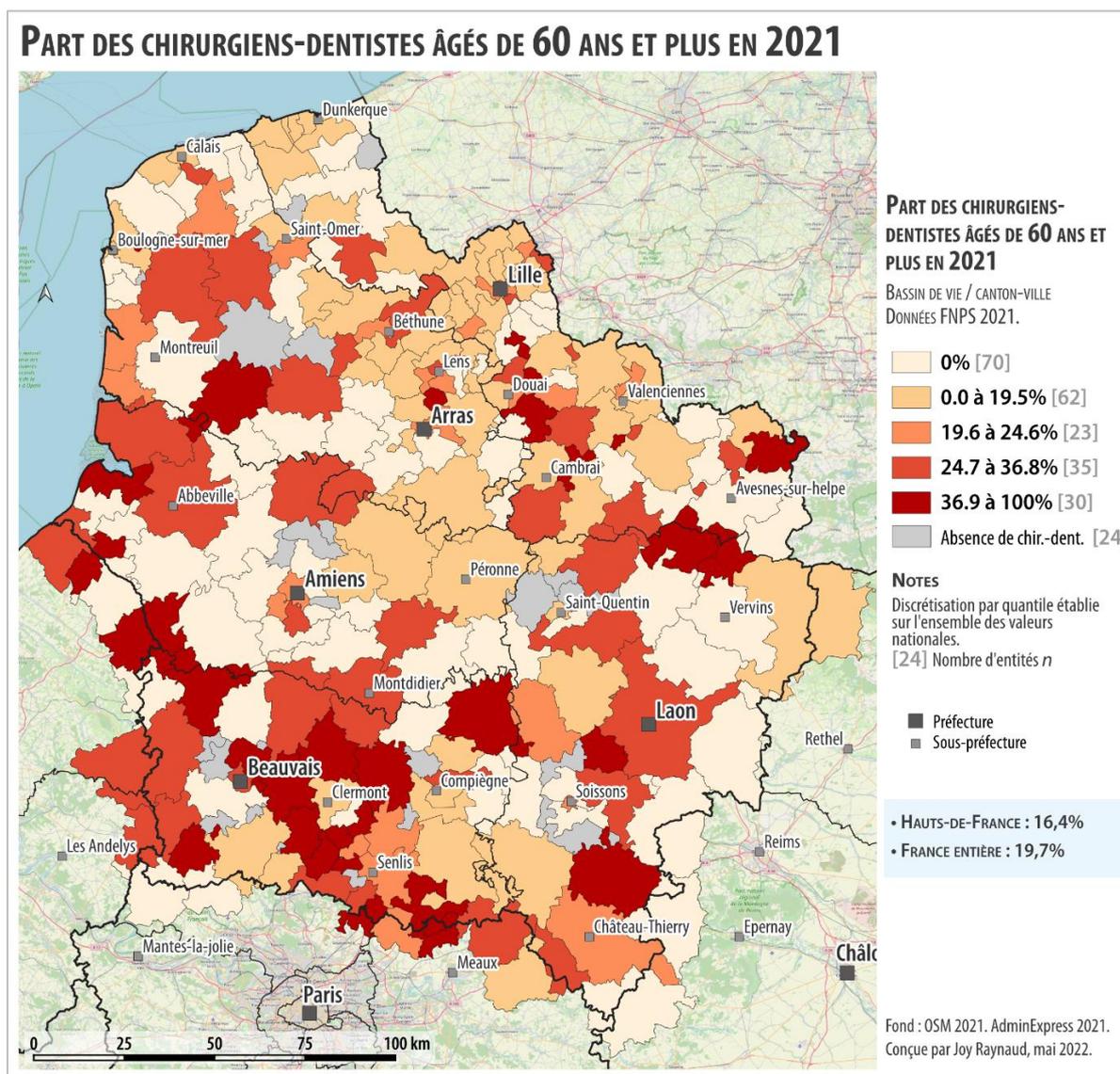
En 2021, 16,4 % des chirurgiens-dentistes libéraux étaient âgés de 60 ans et plus. Ils n'étaient que 15,4 % en 2014. Il s'est donc produit un vieillissement relatif, mais celui-ci est plus faible que la tendance nationale constatée et bien plus réduite que les tendances constatées pour d'autres professions de santé, parmi les médecins généralistes par exemple.



Au sein des Hauts-de-France, 39 % des territoires locaux (94 sur un total de 240) ne comptent aucun chirurgien-dentiste âgé de 60 ans et plus. La majorité, c'est-à-dire 132 sur 244, soit 54 % des cantons-ville se situe en deçà de la moyenne française de 19,7 %. Les territoires de vieillissement professionnel nul ou faible forment une vaste nappe presque totalement coalescente qui recouvre l'essentiel de la région depuis Boulogne-sur-Mer et Dunkerque, Saint-Omer à Péronne et Lille à Vervins.

Aussi les territoires en vieillissement professionnels sont-ils pour l'essentiel ponctuels ou se répartissent en doublons isolés dans le Nord et la plupart du Pas-de-Calais tandis qu'ils forment des nappes périphériques dans les trois départements de l'ancienne Picardie. Les secteurs les plus touchés se situent sur le littoral de la Manche depuis le sud de Boulogne-sur-Mer jusqu'à la Normandie, la quasi-totalité de l'Oise et massivement l'Aisne du sud et de l'ouest et ses limites avec le département du Nord. Les territoires enclavés et isolés du Pas-de-Calais souffrent eux aussi. Enfin le cas d'Amiens est une anomalie puisqu'il s'agit de la seule

agglomération pour laquelle le centre et des territoires immédiats sont touchés par le vieillissement des professionnels.



Synthèse

La démographie régionale des chirurgiens-dentistes reste dans son ensemble plus faible que la moyenne française. En cela sa situation diffère de celles des régions méridionales métropolitaines et ne s'approche pas du Grand Est, de l'Île-de-France ou de la Bretagne.

En revanche, la répartition de l'offre est, au sein de la région, très inégale. La Somme par exemple a une densité plus faible et stable sur la dernière décennie. Par ailleurs, les éléments disponibles permettent d'entrevoir les évolutions en cours. L'Oise est sa haute proportion de chirurgiens-dentistes de 60 ans et plus, ne devrait pas renforcer ses effectifs si les tendances actuelles se prolongent.

Synthèse départementale

	Chirurgiens dentistes libéraux							
	Population 2018	Nombre 2021	Nombre 2014	Différence 2014/2021	Densité 2021 ‰	Densité 2014 ‰	Différence densités 2014/2021	Part des plus 60 ans en 2021
Aisne	533 316	228	212	16	4,3	3,9	0,4	19,3%
Nord	2 606 234	1291	1262	29	4,9	4,9	0,0	14,1%
Oise	827 153	282	304	-22	3,4	3,8	-0,4	24,5%
Pas-de-Calais	1 466 743	629	601	28	4,3	4,1	0,2	14,3%
Somme	570 662	174	179	-5	3,0	3,1	-0,1	21,3%
Hauts-de-France	6 004 108	2604	2558	46	4,3	4,3	0	16,4%
France	66 989 056	35807	36922	-1115	5,3	5,6	-0,3	19,7%

Source : FNPS 2014-2021 Insee RP.

Mais c'est à l'échelle locale que les distorsions sont les plus évidentes et c'est bien cette échelle d'intervention qui est de plus en plus investie par les différentes parties prenantes, dont les chirurgiens-dentistes eux-mêmes.

Éviter une plus grande dégradation de l'accessibilité des patients aux soins dentaires implique que différentes mesures incitatives soient développées et concertées⁷.

Elles devront viser d'une part les cinq zones identifiées par la coalescence des territoires de très faibles densités qui les constituent :

- Première zone dans le Pas-de-Calais entre Montreuil sur Mer, l'est de Boulogne-sur-Mer et Bruay-la-Buissière ;
- Deuxième zone couronne aréolaire au sud et l'est d'Abbeville jusque Amiens ;
- Troisième zone depuis les limites de la Normandie étendue vers le nord-est jusque Saint-Quentin ;
- Quatrième zone prolongeant la troisième couvrant Vervins, Fourmies jusque l'est de Maubeuge
- Cinquième zone depuis l'est de Compiègne jusque Vic-sur-Aisne au sud de Soisson.

Il leur faudra aussi anticiper les effets des processus en cours afin de pallier le plus vite possible les conséquences inévitables du vieillissement des professionnels déjà installés. Les critères d'anticipation qui font aujourd'hui défaut pourront faire l'objet eux aussi d'une concertation. Pour autant, il est certain que les territoires comptant aujourd'hui plus d'un tiers des effectifs présents âgés de 60 ans et plus devraient faire l'objet d'une action prioritaire, si ce n'est priorisé.

40 cantons-villes sont aujourd'hui concernés. Six se trouvent dans l'Aisne, au nord de Vervins et à proximité de Soissons. Neuf se trouvent dans le Nord, à l'Est de Maubeuge, entre Cambrai et Douai, mais aussi dans la métropole lilloise, à proximité immédiate de Roubaix et Lille. Quinze sont dans l'Oise ce qui suffit à traiter sous cet angle la totalité de ce département. Enfin cinq cantons-villes se placent dans le Pas-de-Calais et cinq autres dans la Somme, sur le littoral et en arrière de celui-ci.

⁷ Voir la dernière partie : Quelle concertation ?

Quant à la situation d'Amiens⁸, qui ne figure pourtant pas parmi les territoires très mal placés, son anormalité appelle une remise à plat de la concertation locale.

Les territoires des Hauts-de-France les plus exposés
(plus de 33 % de chirurgiens dentistes âgés de 60 ans et plus en 2021)

Dép.	Canton/ ville	Part des 60 ans et plus en %	Densité 2021	Densité 2014	Variation de la densité entre 2014 et 2021
Aisne	Péron	50,0	2,4	3,6	-1,2
	Ribemont	33,3	2,2	1,4	0,8
	La Capelle	100,0	1,8	1,7	0,1
	Fère-en-Tardenois	50,0	3,4	3,3	0,1
	Laon	34,6	4,7	4,7	0,0
	Le Nouvion-en-Thiérache	100,0	0,9	0,9	0,0
Nord	Aniche	45,5	2,2	2,6	-0,4
	Avesnes-sur-Helpe	33,3	4,5	4,6	-0,1
	Cateau-Cambrésis	33,3	1,8	1,9	-0,1
	Caudry	50,0	2,4	1,2	1,2
	Fourmies	100,0	1,4	1,3	0,1
	Flines-lez-Raches	50,0	7,1	5,5	1,6
	Lille-4	33,3	4,0	4,2	-0,2
	Roubaix-2	35,3	3,4	2,7	0,7
	Pont-à-Marcq	40,0	5,4	9,6	-4,2
Oise	Bresles	50,0	2,1	1,5	0,6
	Breteuil	33,3	3,3	3,3	0,0
	Montataire	42,9	2,5	2,6	-0,1
	Mouy	50,0	2,9	1,6	1,3
	Chaumont-en-Vexin	100,0	1,1	1,2	-0,1
	Nogent-sur-Oise	40,0	1,3	2	-0,7
	Pont-Sainte-Maxence	50,0	2,2	3,4	-1,2
	Estrées-Saint-Denis	50,0	2,2	1,7	0,5
	Grandvilliers	50,0	1,5	2,3	-0,8
	Mouy	50,0	1,0	1,5	-0,5
	Noyon	44,4	2,5	3	-0,5
	Le Plessis-Belleville	66,7	2,9	2,6	0,3
	Saint-Just-en-Chaussée	100,0	1,2	1,8	-0,6
	Saint-Maximin	100,0	2,9	2,8	0,1
	Beauvais	31,6	6,7	5,3	1,4
Pas-de-Calais	Auchel	33,3	2,5	2,7	-0,2
	Boulogne-sur-Mer-1	50,0	7,9	12	-4,1
	Hesdin	40,0	2,8	2,7	0,1
	Lumbres	33,3	1,3	2,1	-0,8
	Vimy	50,0	2,9	3	-0,1
Somme	Gamaches	100,0	1,4	1,3	0,1
	Montdidier	33,3	1,4	2,8	-1,4
	Rosières-en-Santerre	33,3	2,0	1,4	0,6
	Rue	33,3	6,3	4,8	1,5
	Saint-Valery-sur-Somme	66,7	3,3	3,1	0,2
Limitrophes	Aumale	40,0	3,9	4,5	-0,6
	Lizy-sur-Ourcq	33,3	1,6	1,6	0,0
	Saint-Supplets	100,0	1,5	1,5	0,0
	Fosses	62,5	2,9	3	-0,1

Source : FNPS 2014-2021, Insee RP.

⁸ D'autres communes-centres comme Abbeville, Beauvais ou Laon connaissent une situation anormale par rapport au schéma territorial classique attendu.

Ce qu'il faut savoir de l'APL et comprendre de son utilisation

L'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée est utilisé par ses créateurs, la DREES et l'IRDES, parfois par l'INSEE dans le cadre de collaborations avec la DREES, la CNAM et l'UNCAM et est appliquée en région par les ARS depuis 2014.

Cet outil a été utilisé pour définir le zonage conventionnel des chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France, à l'époque Nord-Pas-de-Calais et Picardie⁹, en 2013. Les données mises en œuvre et élaborées par la DREES étaient de 2012, il y a donc dix ans. Un autre zonage est attendu. Sa structure portera la marque des évolutions locales de l'offre qui se sont produites depuis la première application. La concertation qui en suivra devra tenir compte des éléments qui ont été exposés précédemment et pourrait initier une évaluation d'efficacité¹⁰ ou d'impact localisée¹¹ permettant aux différentes parties prenantes de se prononcer sur l'utilité de cette mesure et les conditions de son application.

L'APL c'est quoi ?

L'APL devait à l'origine être un « outil complémentaire utile à l'observation et au pilotage de l'organisation des soins à un niveau local »¹². Il a été conçu pour surmonter les effets frontières reprochés à l'utilisation des densités.

Il cherche à mesurer conjointement la proximité et la présence des professionnels de santé de proximité, de premier recours surtout puisqu'il ne peut s'appliquer aux recours hospitaliers. Il est calculé pour chaque commune et tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, en prévoyant de faire décroître la demande estimée avec la distance.

Dans le cas des chirurgiens-dentistes, l'accessibilité de référence est de 15 minutes. Le volume de la demande théorique est calculé en fonction de la consommation moyenne pondérée de l'existence de classes d'âges plus ou moins consommatrices. Pour sa composante offre, il a recours à une estimation du niveau d'activité national des professionnels en exercice. Les résultats sont présentés pour chacun des 2 903 cantons-villes de France, mais c'est sur la base des 1 665 bassins de vie-santé qu'est élaboré l'APL médecin généraliste.

Le prochain indicateur APL devrait prendre en compte une estimation de l'activité des chirurgiens-dentistes et de leurs effectifs présents dans les structures de chaque territoire. On ne sait pas encore quelle sera la pondération en ETP entre libéraux et salariés et si la volatilité de ces ETP pourra être prise en compte.

⁹ Voir les cartes présentées dans les annexes.

¹⁰ L'évaluation d'efficacité apprécie le résultat obtenu (effets constatés prévus ou imprévus, directs ou indirects) en fonction du coût d'un dispositif, d'une mesure, action ou programme.

¹¹ L'évaluation d'impact apprécie les résultats constatés ou attendus d'un dispositif, d'une mesure, action ou programme sur la santé. Elle est localisée si elle porte sur un ou plusieurs territoires, les bénéfices apportés à l'état de santé des populations résidentes ou présentes de ses mêmes territoires.

¹² Barlet M, Coldéfy M, Collin C. Ibid.

Ce que l'APL ne prend pas en compte

L'APL, parce qu'il était destiné à être utilisé sur des territoires de petites dimensions, communes puis présentation par cantons-ville ou bassins de vie santé, est un indicateur cherchant à tenir compte de l'offre de santé située à proximité de la population. Sur ce point de l'accessibilité théorique, l'objectif a été atteint. Sur ce point il complète l'usage des densités et ses utilisateurs entendent en faire un usage unique, référentiel puisque les postulats de sa construction sont sur ce point admissibles.

L'estimation de population susceptible de consulter son chirurgien-dentiste ne peut être identique d'un territoire à l'autre puisque l'on consulte aussi là où on étudie ou travaille. Pour autant l'APL s'avère être d'une efficacité certaine, lorsque l'on admet que les déplacements de la population s'effectuent en véhicule individuel, ce qui ne concerne que 74 % des actifs¹³, et que l'on ne se soucie pas des motifs et suites de leurs déplacements. Pour le reste, il n'est pas satisfaisant puisqu'il n'intègre pas les déplacements et les temps de déplacements en transports en commun et, comme nous l'avons déjà exposé précédemment, où se trouvent les personnes susceptibles de recourir aux soins d'un chirurgien-dentiste. Pour un recours, rarement urgent, se produisant en journée, il serait bien plus exact de recourir au numérateur population présente que celui de la population résidente, aujourd'hui retenu. Là où les limites apparaissent d'autant plus gênantes est que cette variabilité n'est ni aléatoire ni régulièrement répartie dans les territoires. En journée, les territoires ruraux perdent de la population, les centres des agglomérations tendent fortement à en gagner tandis que les espaces périurbains, peuvent ici être déficitaires et là excédentaires. Qui plus est, plus une aire urbaine sera peuplée, moins la part des transports en véhicule individuel sera forte et plus sera élevé le recours aux transports en commun¹⁴. Qui plus est, cette propension à la mobilité varie aussi selon la catégorie sociale¹⁵ et le type d'étude suivie par les lycéens et étudiants.

L'APL serait donc fonctionnel en zone rurale pour les agriculteurs et les employés hors Île-de-France. Il serait donc dysfonctionnel en Île-de-France et dans les grandes aires urbaines, pour les actifs et les jeunes en études secondaires et supérieures. Tout laisse à penser que, dans les Hauts-de-France¹⁶, même si l'acceptabilité de l'intention de l'APL persiste, son application engendre des distorsions territoriales

¹³ Brutel C, Pages J, La voiture reste majoritaire pour les déplacements domicile-travail, même pour les courtes distances, *Insee Premières*, n° 1835, janvier 2021, 4 p.
www.insee.fr/fr/statistiques/5013868

¹⁴ Lecomte C, *Se déplacer au quotidien : enjeux spatiaux, enjeux sociaux*. Fiche de l'Observatoire des Territoires 2019, Anct, 2019, 37 p.
www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2020-03/fiche_analyse_mobilites_quotidiennes.pdf

¹⁵ Le Breton É., *Bouger pour s'en sortir. Mobilité quotidienne et intégration sociale*, Armand Colin, Hors collection, 256 p., 2005

¹⁶ Baëhr A, Bruniaux V, Gambin V, Une intensification des flux domicile-travail en entrée et en sortie de la Métropole européenne de Lille (MEL), Insee, *Insee Analyses*, n° 81, juillet 2018, 4 p.
https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/3584128/np_ina_81.pdf
Jamme J, Nord-Pas-de-Calais-Picardie. Première région de France pour les déplacements domicile-travail, Insee, *Insee Analyses*, n°18, juillet 2016, 4 p.
https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/2019682/IANPDC-Pic_018_Deplacements_DT_reduit.pdf

marquées lors de son application. Des corrections seraient utiles. Elles sont d'ailleurs accessibles à l'indicateur « densité ».

La vertu d'une application indifférenciée de l'APL, qui a pu être présenté comme étant un gage d'équité nationale¹⁷ au sein d'une profession, est très probablement mise en défaut par les applications populationnelles concrètes, sur le territoire.

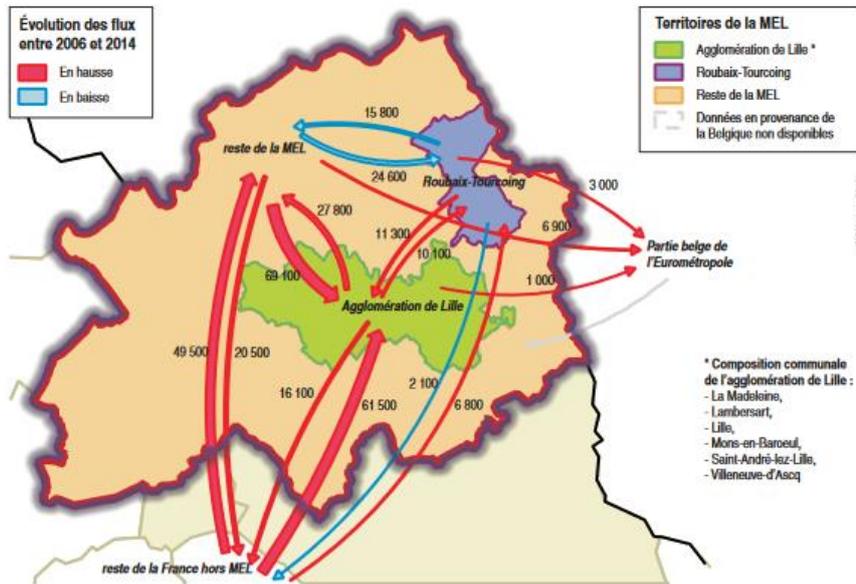
Le gain de l'APL sur la densité existe dans l'intérêt de la réflexion théorique dont il est issu. Il ne résiste pas, particulièrement dans les Hauts-de-France, à la réalité des comportements territoriaux de la population.

INSEE Hauts-de-France. Le caractère résidentiel du sud de la région se renforce en vingt ans, *Insee Analyses*, n°131, décembre 2021, 4 p.

https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/5898148/np_ina_131.pdf

¹⁷ Audition de B. Elleboode du 2 février 2021 devant la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale.

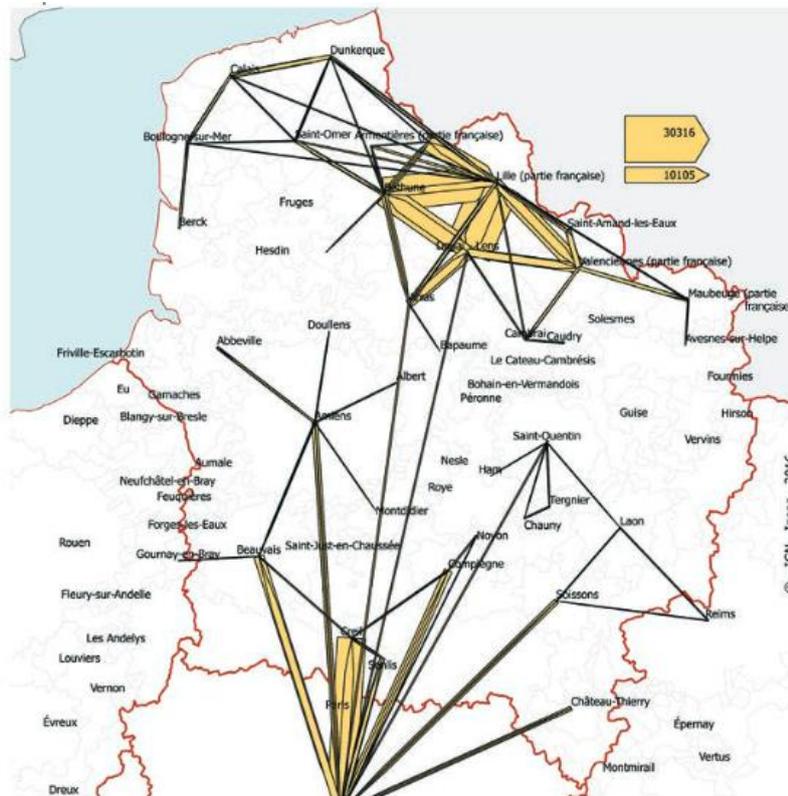
Évolution des déplacements domicile-travail en lien avec la MEL entre 2006 et 2014



Lecture : les flèches sont proportionnelles au volume de déplacements.
 Source : Insee, recensements de la population 2006 et 2014, exploitation complémentaire.

In : Insee Analyses, n°81, juillet 2018

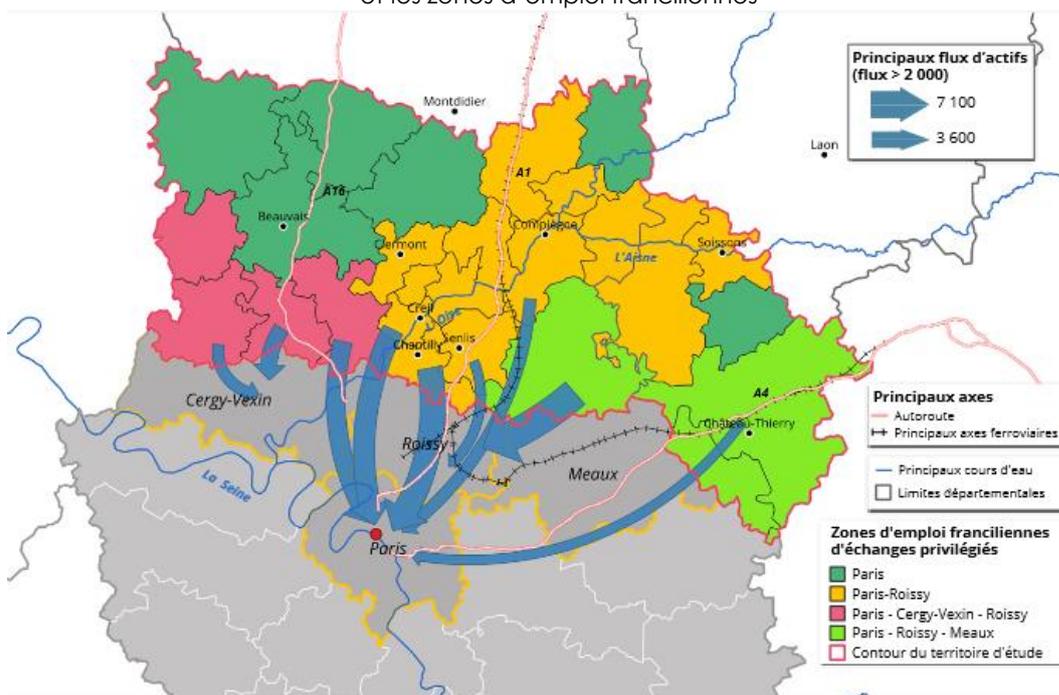
Principaux flux de navetteurs entre aires urbaines du Nord-Pas-de-Calais-Picardie en 2013



*Seuls les flux supérieurs à 500 sont représentés.
 Source : Insee, recensement de la population, exploitation complémentaire 2013

In : Insee Analyses, n°18, juillet 2016

Déplacements domicile-travail entre les EPCI du sud des Hauts-de-France et les zones d'emploi franciliennes



Lecture : en 2017, une part importante des actifs de l'EPCI du Pays de Valois vont travailler vers les zones d'emploi de Paris-Roissy et Meaux. Ils sont 7 100 salariés à faire le trajet quotidiennement vers la zone d'emploi de Roissy.

Source : Insee, recensement de la population 2017.

In : Insee Analyses, n°131, décembre 2021

L'APL a déjà connu des évolutions

Un aménagement du calcul de l'APL serait donc souhaitable et pourrait, en cours de concertation, être porté par l'URPS chirurgiens-dentistes et l'ARS.

Il existe un précédent qui a porté sur le calcul des distances, des temps de déplacements en réalité, utilisé par l'APL. En 2010 le distancier était le logiciel ODOMATRIX¹⁸, révisé en 2013, développé par l'Institut national de recherche agronomique -INRA-. Le calcul des distances (du temps de déplacement en l'occurrence) entre la commune de résidence du patient et la commune de réalisation du soin était la moyenne des temps de parcours par la route en voiture¹⁹ en heures creuses et en heures pleines. En 2016 la DREES a opté pour le distancier METRIC²⁰, élaboré par l'INSEE en 2014. METRIC où la différence d'ODOMATRIX reprend les temps de trajets enregistrés en continu par les utilisateurs et des fonds cartographiques de l'Institut géographique national -IGN-, il ne résulte pas des calculs d'un algorithme et en heures creuses. Ce nouveau distancier a pour effet d'allonger globalement les temps d'accès et d'accentuer les différences d'APL entre communes. Il n'est pas exclu que METRIC soit remplacé par le serveur de

¹⁸ Hilal M. ODOMATRIX. Calcul de distances routières intercommunales. *Cahier des Techniques de l'INRA*, INRA, 2010, Numéro spécial 2010, pp.41-63. hal-02666703 <https://hal.inrae.fr/hal-02666703/document>

¹⁹ Lorsque le patient a recouru au sein de sa commune de résidence, le temps de parcours observé est nul.

²⁰ http://www.progedo-adisp.fr/apf_metric.php

routage *Open Source Routing Machine*²¹ -OSRM- utilisé par l'INSEE depuis 2014²², ce qui ouvrirait à des utilisations déconcentrées sur des Systèmes d'Informations géographiques, exploités en routine par des cabinets d'expertise ou de nombreuses collectivités locales.

A bien des égards, l'APL est un indicateur daté, qui a pourtant connu des évolutions. Quelques enrichissements ont été proposés, pour le seul APL médecin généraliste, alliant l'accessibilité infra-communale, variabilité sociale des besoins de soins et la prise en compte de l'usage des transports collectifs²³ pour la mesure de la *distance d'accès* et non pour élaborer un indicateur *population présente*. Les complexités supplémentaires induites, la variabilité territoriale des données disponibles²⁴, a conduit à ne pas retenir ces évolutions techniques et conceptuelles. Dans ses fondements, il reste empreint des représentations des processus territoriaux qui prévalaient chez les économistes dans les années qui ont immédiatement précédé sa mise au point.

Aujourd'hui l'analyse économique territoriale remet en cause l'effectivité des processus de métropolisation, processus qui sous-tendaient en 2010 l'intention de l'APL. Il s'agissait alors de freiner voire bloquer les concentrations métropolitaines des professionnels libéraux²⁵ et d'orienter les installations vers les territoires périphériques et ruraux²⁶.

La thèse de la métropolisation prenait la pas sur les effets induits par la mise en place du *numerus clausus* instauré depuis 1971²⁷. Les politiques d'aménagement territoriales développaient des actions cherchant à favoriser les effets de ruissellement et d'entraînement dans une compétition entre territoires se voulant métropoles et cherchant à être plus attractives.

²¹ <https://project-osrm.org/>

²² <https://blog.insee.fr/combien-de-francais-habitent-a-plus-de-10-minutes-en-voiture-dune-boulangerie-mieux-mesurer-les-temps-de-trajet-pour-mieux-comprendre-le-fonctionnement-des-territoires/>

²³ Lucas-Gabrielli V, Mangeney C, L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infracommunale. *Document de travail de l'Irdes*, n°80, juillet 2019, 114 p.

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/080-l-accessibilite-aux-medecins-generalistes-en-ile-de-france-methodologie-de-mesures-des-inegalites-infra-communales.pdf>

²⁴ La région Île-de-France bénéficie en permanence de l'Enquête Globale Transport -EGT- conduite par l'Observatoire de la mobilité Île-de-France du Syndicat des transports d'Île-de-France. Les autres régions et les autres collectivités locales, quant à elles, peuvent bénéficier, à la demande des Enquêtes mobilité certifiées, du Cerema.

²⁵ Ce qui a été fait pour les nouvelles installations libérales dans les territoires ayant les APL élevés, dans le cadre des conventions avec l'Assurance maladie, en 2012 pour les infirmiers et les sages-femmes, en 2012 et 2017 pour les masseurs kinésithérapeutes.

²⁶ Les phénomènes de métropolisation se sont pas manifestés partout depuis la mis en place de l'APL. S'ils ont été clairement constatés, chez les médecins généralistes pour les centres de métropoles à Bordeaux ou Lyon ils ont été absents ailleurs, inexistants sur Paris et sa petite couronne. Pour ce qui est des infirmiers libéraux, la tendance a été à la baisse des densités sur toute l'Île-de-France et la grande couronne et vers l'ouest sur toute la vallée de la Loire jusque Nantes.

²⁷ Déplaudé MO. *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*. Paris, les Belles Lettres, 2015, 408 p.

Dix ans plus tard, devant la modicité des résultats atteints, un consensus se dégage pour renoncer à la *thèse aveuglante* de la métropolisation²⁸. Ce même consensus promeut de donner des réponses aux besoins des populations, différentes selon les contextes territoriaux²⁹. Il est possible de faire du « sur mesure » plutôt que du « prêt-à-porter »³⁰. Ce prêt-à-porter est celui qui sous-tend par exemple, la création de structures pluriprofessionnelles (MSP ou CPTS), que l'APL ne peut accompagner. Sa conception et son application restent encore fondamentalement monoprofessionnelles.

Ce sont sur ces aspects que la concertation trouve ou trouverait aussi sa logique et sa place.

²⁸ Bouba-Olga O, Grossetti M. *La mythologie CAME (Compétitivité, Attractivité, Métropolisation, Excellence) : comment s'en désintoxiquer ?* 2018. hal-01724699v2
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01724699v2/document>

Bouba-Olga O, Grossetti M, La métropolisation, horizon indépassable de la croissance économique ?, *Revue de l'OFCE*, 2015, vol. 7, n° 143, p. 117-144.

Bouba-Olga O, « Le modèle français de la métropole attractive et ruisselante : pourquoi il est urgent de s'en débarrasser », *Regards croisés sur l'économie*, n° 28, 2021, p. 118-127.

²⁹ Ferru M, Chauchefoin P. *Territoires. État des savoirs et des pratiques*. Éditions de l'actualité Nouvelle-Aquitaine, Poitiers, 2022, 187 p.

³⁰ Bouba-Olga O, Dépasser le modèle métropolitain. Pour des politiques d'aménagement attentives à l'histoire et aux particularités des territoires. *Métropolitiques*, 22 avril 2022.
<https://metropolitiques.eu/IMG/pdf/met-bouba-olga.pdf>

Que savons-nous et que faudrait-il faire connaître de la chirurgie dentaire et de sa pratique libérale ?

Les chirurgiens-dentistes exercent une profession connue des Français, mais pour laquelle ils ignorent beaucoup la nature et les besoins. Les chirurgiens-dentistes sont aussi une profession discrète moins connue des instances de santé publique que de l'Assurance maladie et des mutuelles. Le nombre de publications qui leur sont consacrées est très faible, sans commune mesure avec celles traitant des médecins, les infirmiers et depuis peu des sage-femmes.

Sixième profession de santé par le nombre leur effectif total en France se situe, selon les sources³¹, entre 42 000³² et 45 500³³ en 2021.

Prédominance de l'exercice libéral, marginalité hospitalière

Il s'agit d'une profession médicale inscrite au code de santé publique et non pas d'auxiliaires médicaux. La formation intégrée d'abord aux facultés de médecine est accessible par concours depuis 1965, à l'issue du PCEM1 puis à l'issue de l'année de PASS.

Par rapport aux autres professions de santé, l'essentiel de l'activité est libéral. L'activité salariée est minoritaire, et rarissime en milieu hospitalier. Elle n'existe que dans quelques CHR/CHU.

Cependant il faut évoquer une tendance lourde : l'accroissement du nombre de centres de santé dentaires. On est passé en France de 583 centres de santé dentaire en 2011 à 726 en 2016 pour atteindre 975 en 2021³⁴.

Chirurgiens-dentistes en France selon le mode d'exercice en 2022

	Total	Libéraux	Salariés non hospitaliers	Exercice mixte	Salariés hospitaliers
Nombre	44 154	34 246	6 171	2 989	748
Part	100,0%	77,6%	14,0%	6,8%	1,7%

Source : ASIP-Santé RPPS- traitements Drees - données au 1er janvier 2022.

35

Autre spécificité, le recours aux remplaçants est rare et l'implantation d'un cabinet libéral est presque définitive³⁶. En 2019 97 % des chirurgiens-dentistes exerçant dans les Hauts-de-France y exerçaient déjà en 2012, la moyenne nationale se situant à

³¹ 44 154 chirurgiens-dentistes en France, au 1^{er} janvier 2022, selon les statistiques de la DREES.

³² Touzé E, Bocognano A. *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. Paris, ONDPS, 2021, 118p.

³³ Ordre national des chirurgiens-dentistes, *Rapport d'activité 2021*. Paris, CNCD, 33 p.

³⁴ <https://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>

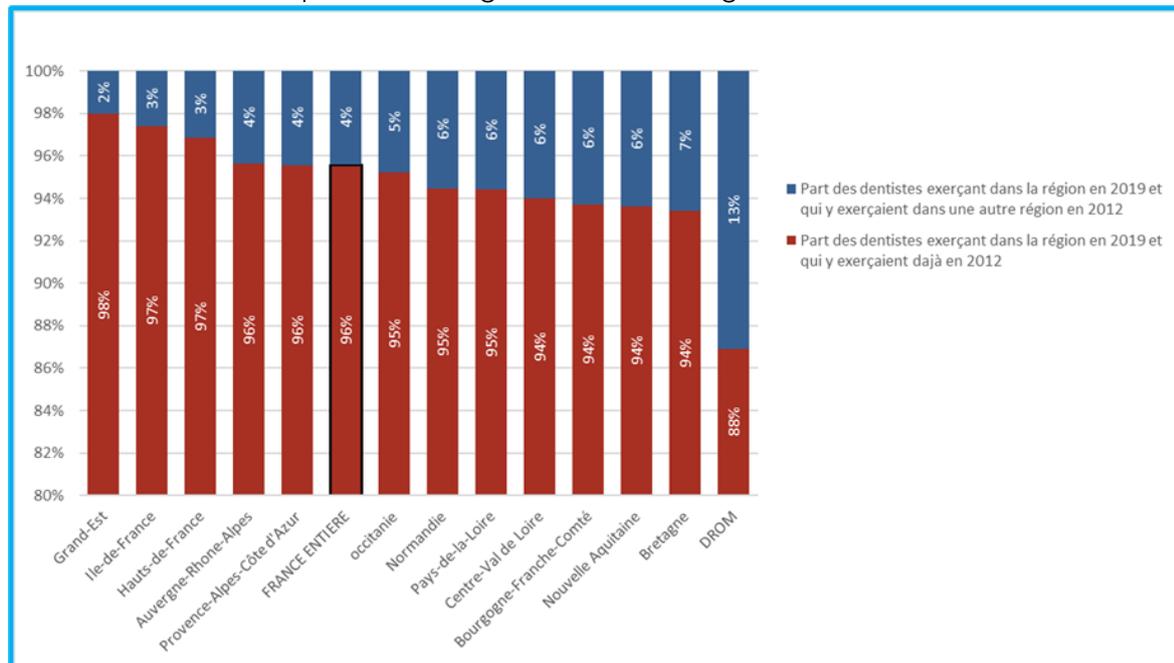
³⁵ <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

³⁶ Touzé E, Bocognano A. op cit

Le coût d'installation moyen d'un cabinet dentaire est actuellement de 280 000 €.

96 %. Faute d'information il n'est toutefois pas possible d'évoquer une perméance durable plus locale, bien que le coût d'installation d'un cabinet soit notoirement plus élevé que celui consenti par les généralistes, par exemple.

Permanence des implantations régionales des chirurgiens-dentistes entre 2012 et 2019



Source : RPPS

Un cas d'offre et de recours très particulier en Europe

L'effectif total des chirurgiens-dentistes n'a pas pu être réduit durablement par le *numerus clausus* qui pourtant avait été divisé par deux entre 1985 jusqu'à 2005³⁷. Ce maintien s'explique par le retour en France d'étudiants formés à l'étranger depuis la fin des années 1990. Il reste de ces oscillations que les chirurgiens-dentistes âgés de 30 à 40 ans sont proportionnellement moins nombreux que les plus jeunes et les plus âgés. En dix ans la densité moyenne de chirurgiens-dentistes est revenue à sa valeur antérieure, elle est désormais stagnante tandis qu'elle s'accroît dans les autres pays européens.

Le taux de recours aux soins dentaires est particulièrement faible en France. 43 % des personnes ont vu un chirurgien-dentiste dans l'année contre 85 % au Danemark et 71 % au Royaume-Uni.

Les inégalités sociales sont encore assez mal documentées

Quelques publications fiables, mais datant souvent de quinze ans ou plus, ont abordé la question des inégalités sociales. Elles ont décrit la variabilité sociale du recours aux soins et la consommation et l'état de santé dentaire³⁸. La question

³⁷ Le nombre d'étudiants autorisés à suivre des études d'odontologie est 1330 en 2020 après avoir été au plus bas de 800.

³⁸ Centre odontologique de métronomie et d'évaluations. Situation santé dentaire en France, état des lieux orientations stratégiques, état des lieux, orientations stratégiques. Dirigé par Jean-Claude Saille, Thérèse Lebrun, François Mennerat, avril 1995. Questions d'économie de la santé n°94, mai 2005, IRDES.

sociale est particulièrement évidente pour les personnes en situation de handicap, celles qui souffrent de dépendance et les plus précaires³⁹. Pour autant leur ampleur ne fait pas consensus et est débattue et aucune publication reconnue n'a décrit de gradient social⁴⁰. Les populations identifiées sont donc, avant tout, les populations vulnérables.

Outre la prévention, l'exercice est par nature peu pluriprofessionnel

La pratique de la chirurgie dentaire n'appelle pas de faire couramment appel à d'autres professions ou d'autres spécialités. Les collaborations, la filière de soins n'existent qu'avec les médecins stomatologues, les spécialistes de chirurgie maxillo-faciale et quelques rares chirurgiens-dentistes titulaires de diplômes d'études spécialisées exerçant l'orthopédie dento-faciale, la médecine bucco-dentaire et la chirurgie orale. L'exercice pluriprofessionnel local est peu courant faute d'utilité contrairement à bon nombre de paramédicaux et les médecins généralistes. Ainsi en 2021 la Cnam relève dans son rapport charges et produits que seulement 0,4 chirurgien-dentiste sur 15 professionnels en moyenne exerce en maison pluridisciplinaire de santé. Leur participation est donc 10 fois inférieure à celle des médecins généralistes et 20 fois plus réduite que celle des paramédicaux. Aussi c'est essentiellement sur les actions, les gestes et les activités de prévention (obésité, toxicomanie, suivi de diabète⁴¹, etc.) qu'ils trouvent l'occasion de pratiquer dans un exercice pluriprofessionnel au bénéfice des patients.

Hassoun D. Précarité et état de santé bucco-dentaire, Question d'économie de la santé, n°16 1998, CREDES, 4 p.

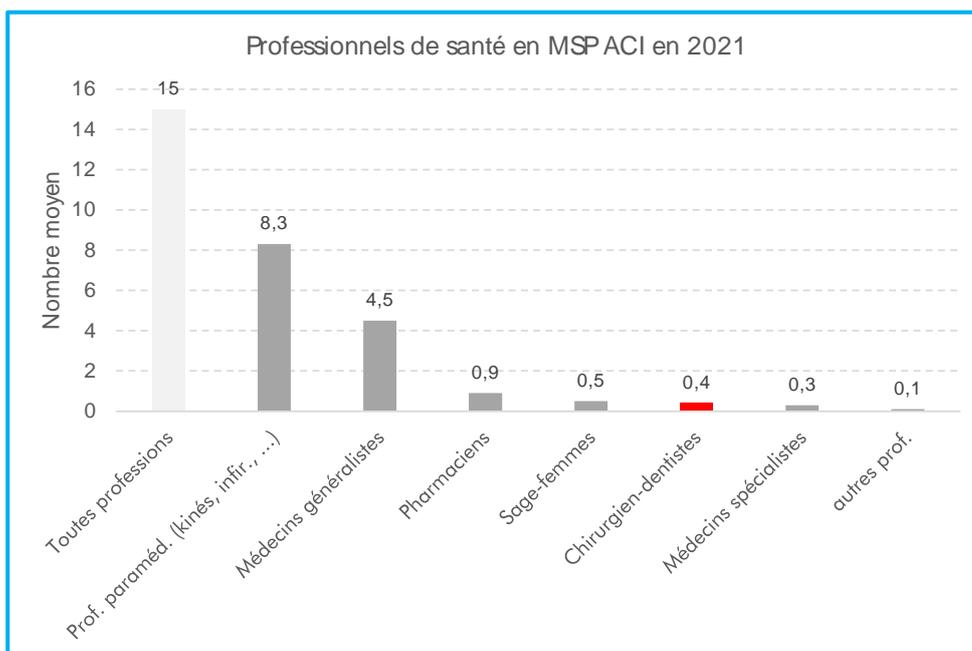
www.irdes.fr/Publications/Rapports1998/rap1249.pdf

³⁹ ONFOC Vienne, *Actes du premier colloque de l'association odontologique de suivi itinérant de soins, Médecine bucco-dentaire sociale*, 2 et 3 avril 2015, Éditions Atlantique, Poitiers, 2016, 212 p.

⁴⁰ Menvielle G, Lang T, *Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution*. Paris, ADSP, 113, 2021, 1 p.

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1130202.pdf>

⁴¹ Dalichampt M, Tallec A. *Suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques en Pays de la Loire. À partir d'une analyse des données du SNDS*. Nantes, ORS Pays de la Loire, 2020, 28 p.



Source : Cnam, rapport charges et produits 2022

L'exercice libéral de la chirurgie dentaire est avant tout celui des cabinets et des équipes dentaires

Si les chirurgiens-dentistes ont une pratique qui par nature les conduit à moins collaborer, ils exercent majoritairement à plusieurs au sein d'un même cabinet avec le concours d'assistantes dentaires. En moyenne un cabinet se compose de moins de 10 personnes : 2 à 3 chirurgiens-dentistes, deux à trois assistantes⁴², une aide dentaire, une secrétaire.

Dans les Hauts-de-France, le nombre relatif de cabinets est faible puisque l'on estimait en 2017 l'effectif à un peu plus de 2 200 cabinets, ce qui donne une densité moyenne régionale de 3,7 cabinets pour 10 000 habitants contre 4,4 en moyenne métropolitaine et 6,6 cabinets en Provence-Alpes-Côte d'Azur⁴³.

⁴² L'accroissement du nombre d'assistantes dentaires est prévisible à l'échelle nationale. Depuis 2016 leur profession est inscrite dans le code de la santé publique. Leur métier évolue et évoluera en fonction des attentes et besoins des praticiens.

⁴³ Observatoire national des professions de santé, Cabinets dentaires. Portrait statistique. Paris, 2019, 32 p.

Estimation du nombre de cabinets dentaires
par région en 2017

	Nombre entreprises	Population	Densité	Nb habitants par entreprise
Auvergne-Rhône-Alpes	4 031	7 986 827	5,0	1 981,4
Bourgogne-Franche-Comté	1 184	2 817 266	4,2	2 379,4
Bretagne	1 710	3 323 130	5,1	1 943,4
Centre-Val de Loire	1 036	2 582 302	4,0	2 492,6
Corse	166	334 283	5,0	2 013,8
Grand Est	2 878	5 554 064	5,2	1 929,8
Hauts de France	2 236	6 021 303	3,7	2 692,9
Ile-de-France	5 318	12 193 865	4,4	2 292,9
Normandie	1 157	3 342 622	3,5	2 889
Nouvelle-Aquitaine	2 859	5 969 293	4,8	2 087,9
Occitanie	3 139	5 862 401	5,4	1 867,6
Pays de la Loire	1 663	3 765 798	4,4	2 264,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 159	5 047 942	6,3	1 598,0
France métropolitaine	30 536	64 801 096	4,7	2 122,1

Sources : Insee, Recensement de la population, 2018 ; Insee, Estimation de la population au 1^{er} janvier – séries, 2018, Actifs, bases adhérents, 2018 ; DREES, La démographie des autres professions de santé (RPPS et ADEII), 2018.

Ompl, Cabinets dentaires, Portrait statistique 2019, page 19

www.ompl.fr/images/Publications/EtudesBranches/sante/Dentaire/2019-etude_dentaire-portrait_statistique.pdf

En France et dans la région le nombre de cabinets décroît du fait de la diminution de la part des cabinets individuels eu profit de l'exercice en groupement et société. La concentration des cabinets est un processus de fond car il est plus favorable au salariat au sein des équipes, à une répartition des tâches au sein du cabinet et à la spécialisation des actes de chacun.

La spécialisation est une seconde tendance lourde en partie liée à la précédente⁴⁴. Les répercussions sur l'accès aux soins appellent d'être suivies et analysées, y compris et même surtout au niveau local. Si les cabinets maintiennent un socle d'omnipraticien sur lequel viendra se greffer au moins une spécialité, l'activité du cabinet reposera alors sur une équipe de praticiens travaillant en synergie composée de quelques spécialistes, d'omnipraticiens et des autres membres de l'équipe dentaire. En revanche il pourrait apparaître que des cabinets choisissent une nette spécialisation dans quelques types d'actes, ce qui par surspécialisation⁴⁵ pourrait réduire ou atténuer l'accès aux soins dentaires courants.

Aussi pourrait-il être pertinent que ARS et URPS définissent d'un commun accord ce que pourrait être le service rendu par les soins dentaires, à l'échelle locale en lieu et place ou en complément des outils aujourd'hui en cours et susceptibles d'évoluer. Il est en effet prévisible que les caractéristiques des territoires

⁴⁴ Observatoire des métiers dans les professions libérales, *Cabinets dentaires. De l'état des lieux à la prospective 2020*, Paris, 95 p.
https://www.ompl.fr/images/Publications/EtudesBranches/sante/Dentaire/2020/etude_cabinets_dentaires_bd.pdf

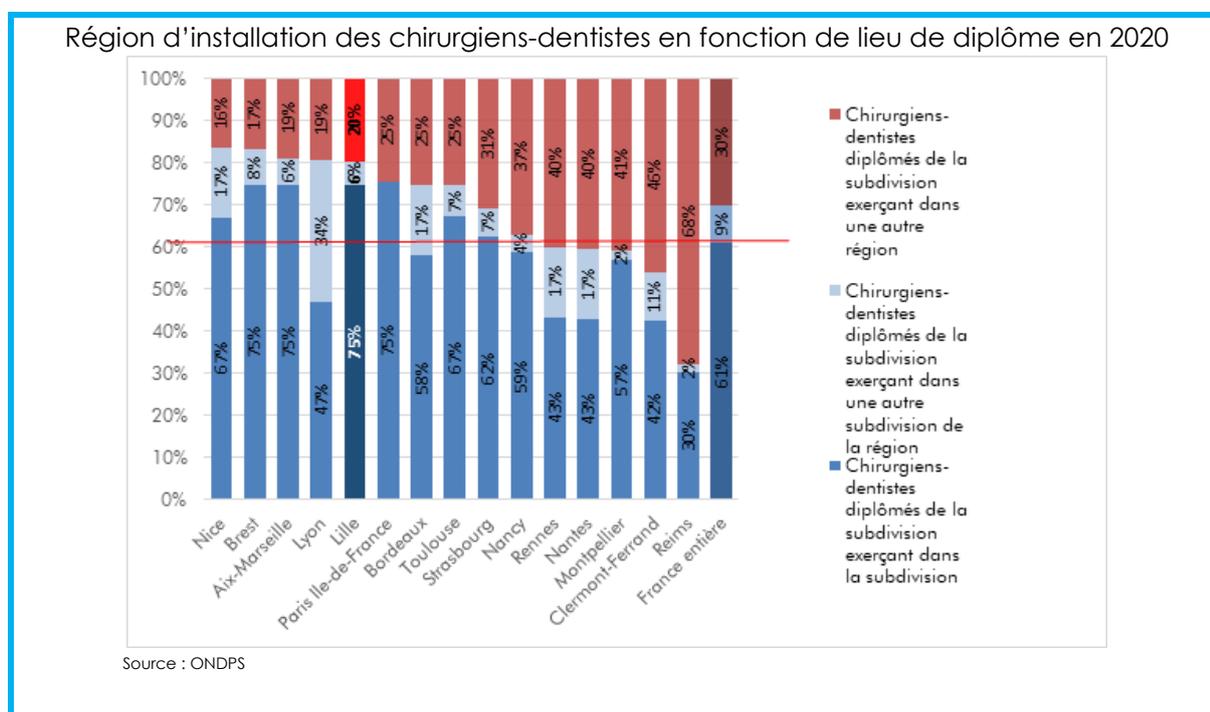
⁴⁵ Tendance à la surspécialisation déjà connue dans l'exercice de beaucoup de spécialités médicales exercées en établissements de soins, mais aussi en ville.

d'implantation⁴⁶ et des populations qui y sont présentes orientent plutôt les cabinets vers l'omnipratique ou la surspécialisation. Mais cela reste à observer et à comprendre.

Lieux de formation et effet attendu sur l'accès aux soins

Depuis la rentrée 2022, 8 nouvelles UFR d'odontologie ont été ouvertes en France. Elles se trouvent à Dijon, Besançon, Grenoble, Poitiers, Tours, Caen, Rouen, et Amiens. Des effets sont attendus tant pour les installations dans le département du Pas-de-Calais et de la Somme proches de la Normandie, que dans l'Aisne par déversement des diplômés formés dans la Marne limitrophe. En 2020, 70 % des diplômés de Reims exerçaient dans une autre région contre 21 % de Lille et 23 % en moyenne nationale⁴⁷.

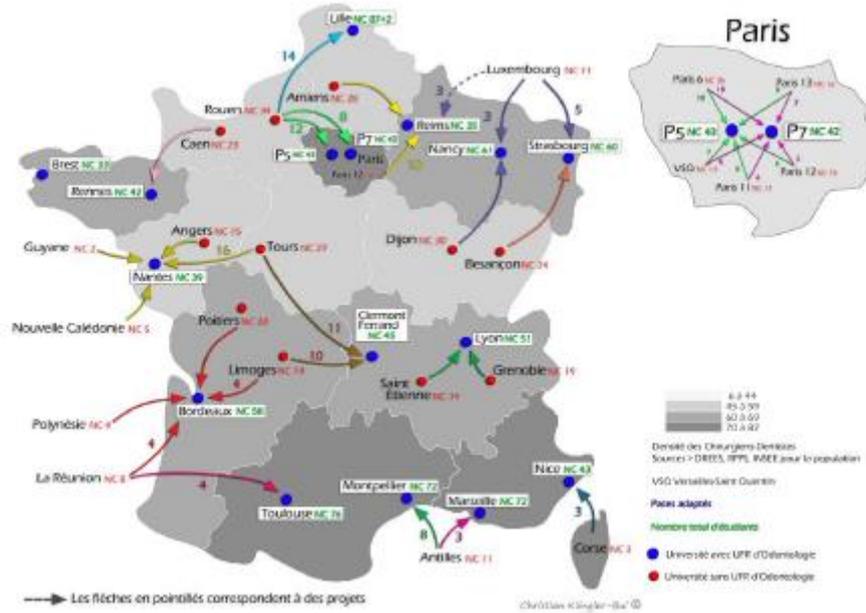
En fonction de leurs montées en charge des effets sont attendus dans les prochaines années tant dans l'accessibilité des étudiants en chirurgie dentaire que plus tard dans la répartition de l'offre de soins. Ce point devra être lui aussi, suivi et analysé dans les toutes prochaines années.



⁴⁶ Observatoire des métiers dans les professions libérales, *Cabinets dentaires. De l'état des lieux à la prospective*, 2020, Paris, 95 p.

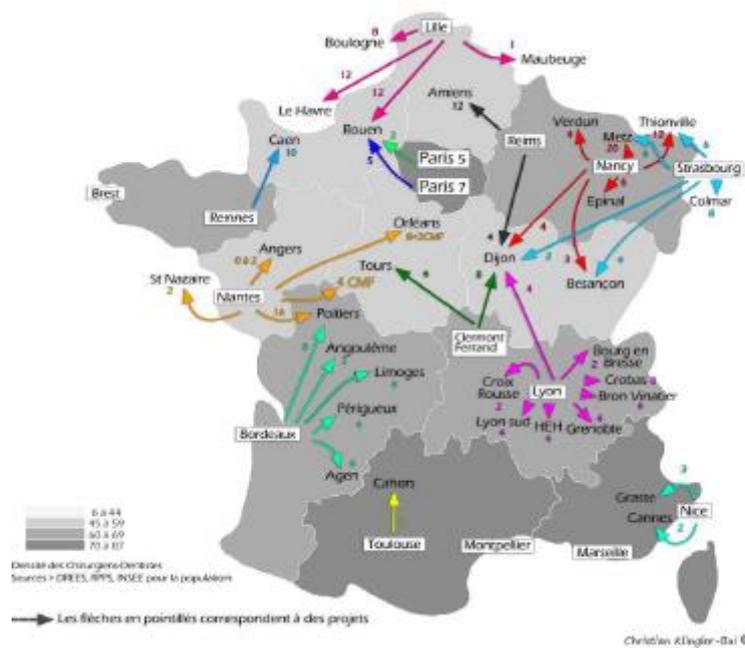
⁴⁷ Touzé E, Bocognano A. *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. Paris, ONDPS, 2021, 118p.

Étudiants admis en deuxième année d'études d'ontologie (2021)



Source : Conférence des doyens en odontologie in Touzé E, Bocognano A. *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. Paris, ONDPS, 2021, 118p.

Étudiants revenant lors de leurs stages



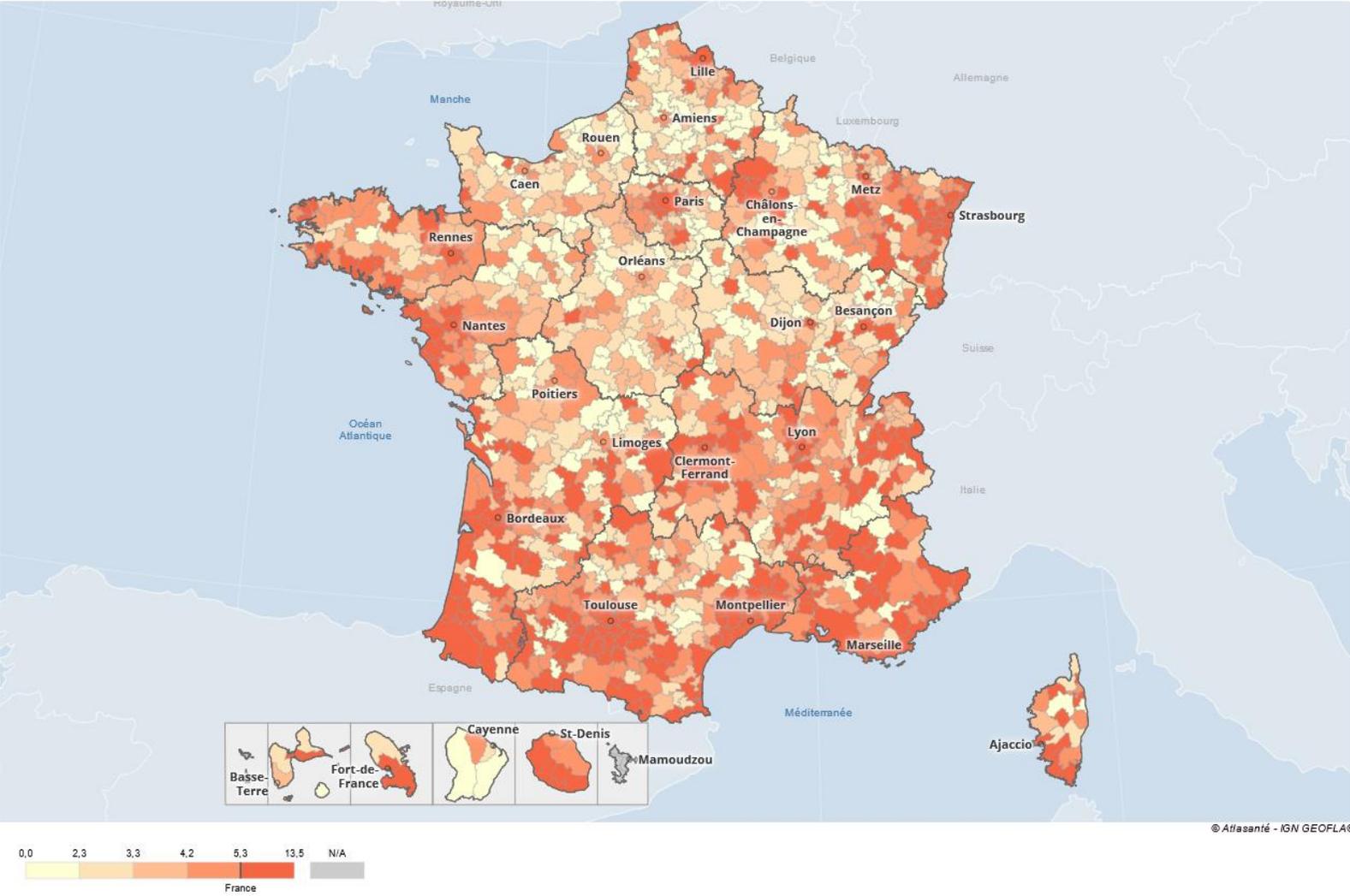
Source : Conférence des doyens en odontologie in Touzé E, Bocognano A. *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. Paris, ONDPS, 2021, 118p.

Quant au suivi des implantations en région comme sur le territoire national, il pourra se faire aisément par l'examen des densités, densités produites soit à partir des données du FNPS, soit des données tout aussi fiables de l'INSEE dans sa base permanente des équipements (voir ci-dessous). De gros efforts d'analyse restent clairement à conduire.

Densité chirurgiens-dentistes 2020 par Communautés de communes

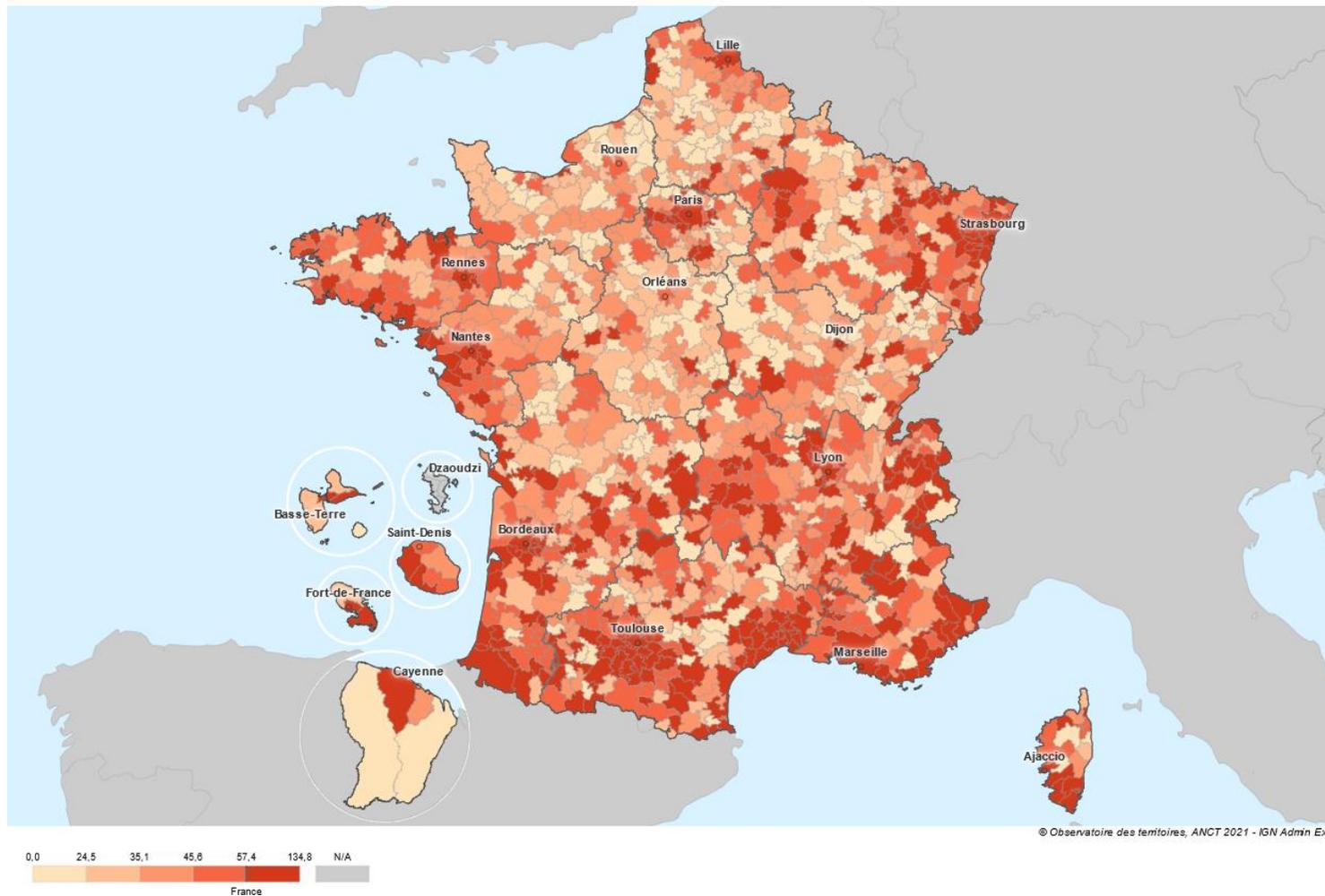
(Sources : FNPS-INSEE)

Densité de dentistes lib., 2020 (pour 10 000 hab.) - Source : FNPS - INSEE



Densité chirurgiens-dentistes 2020 par Intercommunalités en 2020
(Sources : INSEE Base permanente des équipements 2020 & Recensement de la population 2020)

Densité de chirurgiens-dentistes libéraux, 2020 (pour 100 000 personnes) - Source : Insee, Base permanente des équipements 2020, Recensement de la population 2018



Quelle concertation ?

L'URPS chirurgiens-dentistes a et aura à participer à la concertation régionale, à faire état de ses analyses et à les faire connaître auprès des principales parties prenantes, régionales et locales.

Parmi celles-ci on peut citer, outre l'ARS, les structures de soins coordonnés et leurs organismes représentatifs, les jeunes professionnels, les équipes municipales et les collectivités locales compte tenu de leurs engagements territoriaux locaux et de leur capacité politique à peser sur les enjeux de santé⁴⁸.

La première intention, prioritaire, sera de faire connaître l'exercice libéral de la chirurgie dentaire et ses nécessités, la situation régionale, l'évolution territoriale qui se dessine, à tendance constante et sa caractérisation par comparaison à d'autres « terrains » français.

La chirurgie dentaire des Hauts-de-France n'est pas identique à celle qui existe en Île-de-France, en Centre-Val de Loire ou encore en Occitanie ou Nouvelle-Aquitaine.

Dans le cadre des relations avec l'ARS

L'URPS chirurgiens-dentistes est comme dans toutes les régions de France le partenaire privilégié de l'ARS, particulièrement lors de l'adaptation du zonage conventionnel au terrain régional. Dans les textes il est prévu que 5 % des territoires puissent, à l'issue de la concertation URPS-ARS déroger au classement issu de l'emploi de l'APL.

Douze à treize territoires pourraient ainsi faire l'objet d'un sur classement ou d'un déclassement vers la catégorie supérieure ou inférieure, ce qui mobiliserait une partie des ressources du fonds d'intervention régional -FIR- en application des articles prévus par la LFSS. Or ce point a été abordé précédemment, ce sont quarante territoires qui se trouvent à des difficultés d'accès aux soins dentaires. Il y aura donc nécessité à débattre avec l'ARS, garante institutionnelle de l'application des textes, or cela a pu être conduit dans les Hauts-de-France, lors de l'adoption du dernier zonage adopté pour les médecins généralistes.

Proposer une adaptation du zonage

L'APL, indicateur de référence pourrait, dans son application à la chirurgie dentaire libérale, être pondéré ou complété par la mesure locale du nombre de navetteurs aboutissant à la prise en compte de la population *présente* et non pas résidente, susceptible de recourir à l'offre de soins. Les données existent à l'INSEE⁴⁹. Elles appellent d'être traitées en fonction des choix qui seront faits : navettes liées au travail et/ou aux études. A cela s'offre une autre pondération possible et légitime, la prise en compte des temps d'accès à l'offre de soins dentaires par l'usage des

⁴⁸ Schweyer, FX, Les politiques territoriales de régulation de l'offre de soins primaires. Paris, SciencePo, *Séminaire pluridisciplinaire. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France*. P 60-68. www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/Ebook-seminaire-Soinsprimaires-2019_1.pdf

⁴⁹ www.insee.fr/fr/statistiques/6454676?sommaire=6454687&q=deplacements+domicile+travail

transports collectifs⁵⁰. L'exactitude des informations fournies par l'APL devrait se trouver fortement renforcée.

Les options d'aménagement qui ont été retenues pour le zonage médecins généralistes Hauts-de-France pourront être transposées⁵¹ telles quelles au zonage chirurgiens-dentistes. Si la part des professionnels âgés de plus de 65 ans est bien une composante utile, il n'est pas pertinent d'induire une composante diversité sociale puisque ce point n'est pas établi avec une robustesse satisfaisante. Enfin, puisqu'il n'existe pas de données pertinentes et disponibles, descriptives de l'état de santé buccodentaire de la population à l'échelle locale, une composante état de santé ne pourra se substituer au recours aux ALD et à la mortalité prématurée.

Plaider pour une évaluation du zonage de 2013

L'évolution constatée de l'offre de soins dentaires libérale aboutit à l'exposition de quarante territoires en situation critique sans constat apparent tangible d'une réduction notable des inégalités territoriales. Pour autant il serait pertinent d'aller au-delà de ce constat abrupt, avant de juger des effets atteints par une décennie de zonage.

C'est pourquoi on ne peut que recommander de plaider dans le sens d'une évaluation d'impact et/ou d'une évaluation d'efficacité des résultats atteints. Si celle-ci devait être conduite, elle devrait être confiée à un tiers neutre, n'ayant pas été impliqué dans la conception, l'usage ou le calcul de l'APL, son implémentation et les effets produits par l'application des incitations conventionnelles.

Il serait possible de proposer comme périmètre, soit l'ensemble des Hauts-de-France, soit les trois départements de l'ancienne Picardie, soit encore les cinq zones de grande faiblesse identifiées par cette contribution. Une solution moyenne serait de retenir les cinq zones et l'ensemble du département de l'Oise.

Examiner les conditions d'intégration des ETP salariés à l'APL

Lors des échanges avec les autorités de santé et lors des négociations conventionnelles, il a été acté qu'il était devenu nécessaire d'intégrer à l'APL des chirurgiens-dentistes l'offre de soins salariée accessible par la population dans les centres de soins dentaires. Si rien n'était explicitement prévu avant l'application de la LFSS de 2023, son adoption induit non seulement le rétablissement des mesures d'agrément par l'ARS et l'explicitation des noms, fonctions et qualifications des professionnels qui y exercent. Cela devrait permettre de disposer d'un décompte stabilisé en ETP, mais il s'agira aussi d'examiner comment la volatilité des personnes employées et leurs qualifications pourraient être intégrées à un APL induisant un

⁵⁰ La loi d'orientation des mobilités a été publiée au Journal officiel le 26 décembre 2019. La LOM encourage les intercommunalités, surtout communautés de communes à se doter de la compétence d'AOM, à défaut la région est compétente. À défaut c'est la région qui sera AOM par substitution. Avant la LOM, 5 % des communautés de communes étaient AOM ; avec la LOM ce sont 50 % des communautés de communes qui se sont emparées de la compétence mobilité.

www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039666574

⁵¹ Grâce à cette adaptation régionale de la méthodologie, il a été possible d'inclure plus de territoires dans les aides à l'installation des médecins, 800 000 habitants supplémentaires pourront bénéficier des effets du zonage avec une couverture de la population qui passe de 64,8% (3,8M d'habitants) à 72,4% (4,6M d'habitants). Les départements de l'Aisne et de l'Oise sont intégralement éligibles aux aides, tandis que la couverture populationnelle atteint 94% dans le Pas-de-Calais, 64,2% dans le Nord et 42,3% dans la Somme.

zonage en usage durant plusieurs années. Si les professionnels libéraux ont une forte stabilité d'installation, tel n'est pas le cas pour l'emploi salarié.

Enfin il serait logique de convenir lors des échanges avec l'ARS, de l'utilité ou de l'absence d'utilité qu'il y aurait à tenir compte de la présence d'assistantes dentaires, des fonctions de ces professionnelles de santé, présentes dans les cabinets et les centres de soins.

Proposer de sortir des limites actuelles : voir au-delà et autrement les territoires et l'accès à la formation

Il serait pertinent de proposer à l'ARS et aux instances de la démocratie sanitaire (voir plus loin) de compléter le pilotage de la régulation régionale des moyens nécessaires à la qualification des capacités de soins, dentaires en l'occurrence, qui seront à remplacer dans les années à venir, avant que celles-ci n'aient disparu. L'exercice est réalisable et s'adapterait sans difficulté à la démographie des chirurgiens-dentistes et à la présence des cabinets. Des projections à 5 ans ou 10 ans éclaireraient les risques de disparition par prolongement des tendances constatées⁵² et permettraient de tester par avance les dispositifs nouvellement implémentés. Par ailleurs le suivi du service rendu, omnipratique versus surspécialisation pourrait être proposé ou envisagé.

A ceci il faut par ailleurs proposer d'éclairer le pilotage différencié de la formation initiale tant lors de l'accès aux UFR d'odontologie de Lille et Amiens. Il ne sera pas sans intérêt de se pencher sur un large partenariat, potentialisant les possibilités de remplacements des cinquièmes années en odontologie potentialisés sous des formes approchantes de stages en cabinet, si les coûts d'équipements font partie des points convenus⁵³. Enfin, une sensibilisation des élèves du secondaire par l'accompagnement des filières d'excellence santé (voir plus loin), avec l'ARS et le rectorat, serait une contribution systémique particulièrement prometteuse⁵⁴.

Concertation par information avec d'autres parties prenantes

Informé et faire savoir apparaissent comme les deux premières nécessités pour l'URPS chirurgiens-dentistes avant de trouver sa place dans une concertation régionale et locale efficace et satisfaisante.

Eclairer les instances sanitaires régionales

Tous ses publics déjà connus, parties prenantes des autres professions de santé, groupements multiprofessionnels, mais aussi instances de délibérations et de projets

⁵² Cette approche, devenue classique dans le suivi de la biodiversité à différentes échelles a déjà été utilisée et appliquée en 2017 à l'évolution attendue de l'état de santé et de l'offre de soins dans les Hauts-de-France.

Poirier G (†), Raimbault M, Trédez G, Moreels C, alii, *Évolutions, mutations attendues de la santé dans les territoires. La recomposition territoriale et ses outils dans les Hauts-de-France*. Lille, ORS Nord-Pas-de-Calais, 2017, 134 p et ann. <https://www.orsnpsc.fr/wp-content/uploads/2017/01/RecompositionTerritoriale-Rapport.pdf>

⁵³ Ce qui a été fait depuis dix ans après concertation avec le Havre Seine Métropole, Groupe Hospitalier du Havre, UFR d'odontologie de Lille.

⁵⁴ Deux sites participent dans les Hauts-de-France à la filière d'excellence santé, à Amiens et Chauny. www.egora.fr/actus-pro/acces-aux-soins/77698-former-des-le-lycee-aux-etudes-de-medecine-la-recette-d-une-commune.

relevant de la démocratie sanitaire devront pouvoir prendre connaissance des analyses et constats de l'URPS. Ce sont entre autres, les commissions et sessions du PRS et des SRS, de la CRSA, des six territoires de la démocratie sanitaire, des CTS et des CLS⁵⁵ qui appellent certainement d'être encore plus éclairées qu'elles ne le sont.

Concertation au cas par cas après sollicitation des territoires

Cette information doit être large puisque d'autres acteurs, encore plus spécifiquement territoriaux ont besoin de connaître et reconnaître ces mêmes besoins et analyses, que ceux-ci soient des collectivités, telles que les communautés de communes ou d'agglomération, les communes, les bailleurs sociaux, les agences de développement et d'urbanisme, etc. Il s'agira alors de moments de concertation au cas par cas, en fonction des opportunités et surtout des sollicitations qui auront été adressées à l'URPS.

Avoir conscience des programmes territoriaux existants vecteurs de dynamiques locales

Parce qu'ils bénéficient de mesures dérogatoires obtenues en raison de la situation locale et de la mobilisation des acteurs locaux, l'État au travers de l'Agence nationale pour la cohésion des territoires, reconnaît des sites et périmètres constituant une *géographie prioritaire*. De droit, les Quartiers de la Politique prioritaire de la ville sont éligibles aux mesures incitatives à l'installation et au maintien des professionnels de santé. D'autres bénéficient d'une franche reconnaissance de leurs besoins divers, mais lourds et de leurs dynamiques. Ce sont les 23 communes de l'Action cœur de ville, les 96 lauréates du programme Petites villes de demain, les 802 communes figurant dans la liste des Zones de revitalisation rurale⁵⁶. A celles-ci s'ajoutent les communes englobées dans les deux pactes territoriaux des Hauts-de-France, sur les 5 que compte la France⁵⁷. Il s'agit de deux périmètres de l'Engagement pour le Renouveau du bassin minier⁵⁸ et de celui du Pacte Sambre-Avesnois-Thiérache⁵⁹ plus traité que le précédent par l'Ars pour la dimension démographie des professions de santé.

⁵⁵ <https://www.courrierdesmairies.fr/article/le-contrat-local-de-sante-un-partenariat-a-l-assaut-des-inegalites-d-acces-aux-soins.49087>

⁵⁶ www.amf.asso.fr/m/document/fichier.php?FTP=471b6aaa7a45a5df12aefd6f188d45ab.pdf&id=41395

⁵⁷ Les cinq pactes sont : le Plan particulier pour la Creuse, le Pacte Ardennes, Pacte Nièvre, le Pacte Sambre-Avesnois-Thiérache, et l'Engagement de rénovation du bassin minier...

⁵⁸ <https://agence-cohesion-territoires.gouv.fr/engagement-pour-le-renouveau-du-bassin-minier-133>

⁵⁹ <https://agence-cohesion-territoires.gouv.fr/accompagner-le-territoire-sambre-avesnois-thierache-face-aux-impacts-de-la-crise-economique-599>

Les territoires programmes de l'Agence nationale de la cohésion des territoires dans les Hauts-de-France

Intitulé	Nb de communes Hauts-de-France	Communes bénéficiaires	Objet et intention
Villes moyennes et petites			
Action cœur de ville	23	Villes moyennes	Attractivité et dynamisme territorial
Petites villes de demain	96	Petites agglomérations et leurs territoires ruraux environnants	Améliorer la qualité de vie, particulièrement par la transition écologique
ZRR	802	Communes rurales de faibles densités de population	Développement des territoires ruraux, surtout au travers des mesures fiscales et sociales. Volonté de concentrer les aides de l'État pour les entreprises créatrices d'emplois dans les zones rurales les moins peuplées et les plus touchées par le déclin démographique et économique.
Programmes territoriaux Les territoires qui cumulent les difficultés de dynamisme démographique et économique. (5 programmes en France)			
Engagement pour le Renouveau du Bassin minier	251	Bassin minier du Nord-Pas-de-Calais	Rénovation logements, transports, création d'emploi, transition écologique et énergétique, éducation, culture, tourisme
Pacte Sambre-Avesnois-Thiérache	311	Sambre Avesnois Thiérache	Qualité de vie, attractivité, emploi, économie et santé

Pour tous ces programmes et à divers titres, dans ces communes confrontées à des très sévères difficultés sociales et économiques, il s'agit à minima d'éviter les disparitions des services aux personnes et à la population. Ces services, les professionnels de santé en font partie, mais leur présence leur est au moins aussi indispensable aux professions de santé que l'attribution de mesures incitatives. Aussi, on ne peut-on que souhaiter que les diverses parties prenantes des territoires comprennent l'exercice libéral de la chirurgie dentaire. La santé dans toutes les politiques publiques est, de plus l'un des leitmotiv du Haut Conseil de la Santé publique⁶⁰.

Pour conclure, deux actions spécifiques appelant concertation

La sensibilité aux facteurs de risques environnementaux et à leur prévention a récemment orienté la pratique dentaire et les usages au sein des cabinets. Parce que ceux-ci produisent des déchets toxiques, parce que les sources d'émission de perturbateurs endocriniens sont multiples, l'odontologie durable existe⁶¹ désormais. Ses pratiques et ses savoir-faire appellent certainement à être reconnus plus que ce que leur jeunesse leur permet. L'avis et l'expérience des chirurgiens-dentistes peuvent localement constituer des exemples tant auprès d'autres professionnels que d'entrepreneurs de tailles petites à moyennes.

Plus multipartenarial encore serait un surcroît d'investissement en direction de la filière d'excellence santé⁶² initiée dans les Hauts-de-France depuis 2019. Elle fait suite à l'expérimentation de la PACES de Boulogne-sur-Mer entre 2009 et 2018. Il ne pourra s'agir d'initiatives locales, nécessairement multipartenariales associant chirurgiens-dentistes et d'autres professions de santé, établissements d'éducation

⁶⁰ Menvielle G, Lang T, *La santé dans toutes les politiques : où en est-on en France ?* Paris, ADSP, 113, 2021, 18-2. www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1131821.pdf

⁶¹ Barras A, *Guide du cabinet de santé écoresponsable*, Rennes ; Editions EHESP, 2021, 348 p.

⁶² <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/paces-la-filiere-dexcellence-sante>

du secondaire, municipalités et d'autres collectivités locales et sans doute bien d'autres partenaires variant d'un terrain d'initiative à l'autre. Le fond du projet est bien de faire en sorte de rapprocher socialement les élèves du secondaire de l'accès aux pratiques professionnelles. Selon les cas il sera possible d'orienter les efforts en direction des élèves de terminale plutôt « scientifique » si l'objectif est de favoriser l'accès à des professions médicales soit d'élargir le public lycéen bénéficiaire à d'autres sections si l'intention est d'apporter à ces élèves une sensibilisation aux professions, médicales et paramédicales⁶³. Les choix seront débattus, terrain par terrain. Voilà un mode de faire, valorisant les histoires que chacun a avec son et ses territoires, qui, tel le saumon, retourne à sa rivière. Ceci ne s'oppose pas à ce que les collectivités allouent aux jeunes professions de santé en formation, si elles le souhaitent, des indemnités de déplacements ou de stage en zone de faibles densités⁶⁴.

⁶³ <https://www.egora.fr/actus-pro/acces-aux-soins/77698-former-des-le-lycee-aux-etudes-de-medecine-la-recette-d-une-commune>

⁶⁴ Ces indemnités vont par exemple de 200€ par mois en Haute Garonne à 3000€ mensuel par la Région Grand Est (pour distances à plus de 100 km).

Synthèse des axes, types de partenaires, objet et échelles envisageables de concertation							
	ARS	Professions de santé	Collectivités locales	Parties prenantes territoriales	Etab. enseign. second degrés	UFROdonto.	Médias
Exercer la chirurgie dentaire en libéral	R	R-L	R-L				R
État de la démographie régionale et locale des chirurgiens-dentistes libéraux dans les HdF	R	L	R-L	L			R
Perception professionnelle des inégalités territoriales			R-L	L			R
APL analyse	R	R-L					R
APL application	R	R-L	L				R
Perception des mesures territoriales extrasanitaires			L	L			R
Déploiement terrain de stages	R	L	R-L		L	L	R
Option santé pour les lycéens	R	L	L	L	L	L	R
Objet de la concertation	Débattre						R Partenariats régionaux
	Concertier						L Partenariats locaux
	Informier						

Bibliographie :

Baëhr A, Bruniaux V, Gambin V, Une intensification des flux domicile-travail en entrée et en sortie de la Métropole européenne de Lille (MEL), Insee, *Insee Analyses*, n° 81, juillet 2018, 4 p.

Barlet M, Coldéfy M, Collin C. *L'accessibilité potentielle localisée (APL) : Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France*. Paris, Irdes, 2012, Document de travail n°51, 51 p.

Bigo A, *Les transports face au défi de la transition énergétique. Explorations entre passé et avenir, technologie et sobriété, accélération et ralentissement*. Paris, Institut Polytechnique de Paris, Thèse de doctorat de l'Institut Polytechnique de Paris, préparée à l'École Polytechnique, École doctorale n°626 : Ecole Doctorale de l'Institut Polytechnique de Paris, 2020, 339 p.

Binet C. *Attraction des professionnels de santé. Comment lutter efficacement contre les déserts médicaux ?* Paris, CNER Fédération des agences d'attractivité, de développement et d'innovation, 32 p.

Bizar F, *Le cabinet dentaire libéral de 2030*, Rapport à l'URPS-CD-ARA, Septembre 2021, 96 p.

Bouba-Olga O, Grossetti M, La métropolisation, horizon indépassable de la croissance économique ?, *Revue de l'OFCE*, 2015, vol. 7, n° 143, p. 117-144.

Bouba-Olga O, Grossetti M. *La mythologie CAME (Compétitivité, Attractivité, Métropolisation, Excellence) : comment s'en désintoxiquer ?*. 2018.

Bouba-Olga O, « Le modèle français de la métropole attractive et ruisselante : pourquoi il est urgent de s'en débarrasser », in *Regards croisés sur l'économie*, n° 28, 2021, p. 118-127.

Bouba-Olga O, *Dépasser le modèle métropolitain. Pour des politiques d'aménagement attentives à l'histoire et aux particularités des territoires. Métropolitiques*, 22 avril 2022.

Brutel C, Pages J, La voiture reste majoritaire pour les déplacements domicile-travail, même pour les courtes distances, *Insee Premières*, n° 1835, janvier 2021, 4 p.

Centre odontologique de médicométrie et d'évaluations. *Situation santé dentaire en France état des lieux orientations stratégiques, état des lieux, orientations stratégiques*. Dirigé par Jean-Claude Saily, Thérèse Lebrun, François Mennerat, avril 1995. *Questions d'économie de la santé* n°94, mai 2005, IRDES.

Coudène M, Levy D, *De plus en plus de personnes travaillent en dehors de leur commune de résidence*. Paris, INSEE, *Insee première*, 2016, n°1605, 4 p.

Dalichampt M, Tallec A. *Suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques en Pays de la Loire. À partir d'une analyse des données du SNDS*. Nantes, ORS Pays de la Loire, 2020, 28 p.

Déplaud MO. *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*. Paris, les Belles Lettres, 2015, 408 p.

Ferru M, Chauchefoin P. *Territoires. État des savoirs et des pratiques*. Éditions de l'actualité Nouvelle-Aquitaine, Poitiers, 2022, 187 p.

INSEE Hauts-de-France. Le caractère résidentiel du sud de la région se renforce en vingt ans, *Insee Analyses*, n°131, décembre 2021, 4 p.

Jamme J, Nord-Pas-de-Calais-Picardie. Première région de France pour les déplacements domicile-travail, *Insee, Insee Analyses*, n°18, juillet 2016, 4 p.
Le Breton É., *Bouger pour s'en sortir. Mobilité quotidienne et intégration sociale*, Armand Colin, Hors collection, 256 p., 2005

Lecomte C, *Se déplacer au quotidien : enjeux spatiaux, enjeux sociaux*. Fiche de l'Observatoire des Territoires 2019, Anct, 2019, 37 p.

Lucas-Gabrielli V, Mangeney C, L'accessibilité aux médecins généralistes en Ile de France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communale. *Document de travail de l'Irdes*, n°80, juillet 2019, 114 p.

Observatoire national des professions de santé, Cabinets dentaires. Portrait statistique. Paris, 2019, 32 p.

Observatoire des métiers dans les professions libérales, Cabinets dentaires. *De l'état des lieux à la prospective*, 2020, Paris, 95 p.

Observatoire des métiers dans les professions libérales Cabinets dentaires. *L'équipe dentaire en Europe*. 2021, 6 p.

Observatoire régional de la santé. *La santé jour et nuit ?* Lille, Les petits dossiers de l'observatoire régional de la santé, 50/51° Nord, n°34, 2012, 4 p.

Ordre national des chirurgiens-dentistes, *Rapport d'activité 2021*. Paris, CNCN, 33 p.

ONFOC Vienne, *Actes du premier colloque de l'association odontologique de suivi itinérant de soins, Médecine bucco-dentaire sociale*, 2 et 3 avril 2015, Editions Atlantique, Poitiers, 2016, 212 p.

Observatoire régional de la santé. *La santé jour et nuit ?* Lille, Les petits dossiers de l'observatoire régional de la santé, 50/51° Nord, n°34, 2012, 4 p.

Poirier G (†), Rimbault M, Trédez G., Moreels C, *alii. Evolutions, mutations attendues de la santé dans les territoires. La recomposition territoriale et ses outils dans les Hauts-de-France*. Lille, ORS Nord-Pas-de-Calais, 2016, 138p. et ann.

Touzé E, Bocognano A. *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. Paris, ONDPS, 2021, 118p.

URPS Occitanie Médecins, Raynaud J, *Diagnostic, évaluation et enjeux de l'accès aux soins en Occitanie. Travaux préparatoires pour le nouveau zonage conventionnel des médecins généralistes*. Février 2022, 32 p.

www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2022/02/urps-rapport-acces-aux-soins-et-zonage-version-finale-10.02.22.pdf

ANNEXES :

Tableaux départementaux

Aisne	Chirurgiens dentistes libéraux						
	Nombre 2021	Nombre 2014	Différence 2014/2021	Densité 2021 ‰	Densité 2014 ‰	Différence densités 2014/2021	Part des plus 60 ans en 2021
Bohain-en-Vermandois	8	9	-1	3,8	4,1	-0,3	25
Charly-sur-Marne	4	2	2	3,4	1,7	1,7	25
Château-Thierry	34	21	13	8,6	5,5	3,1	20,6
Chauny	13	10	3	4,4	3,3	1,1	23,1
Fère-en-Tardenois	7	8	-1	5	5,6	-0,6	28,6
Guignicourt	9	6	3	5,8	3,9	1,9	0
Guise	2	3	-1	1,5	2,2	-0,7	0
Hirson	10	13	-3	3	3,7	-0,7	10
La Capelle	1	1	0	1,8	1,7	0,1	100
Laon	26	27	-1	4,7	4,7	0	34,6
Le Nouvion-en-Thiérache	1	1	0	0,9	0,9	0	100
Marle	2	2	0	2,3	2,2	0,1	0
Pinon	2	3	-1	2,4	3,6	-1,2	50
Ribemont	3	2	1	2,2	1,4	0,8	33,3
Saint-Quentin	45	39	6	8,4	6,9	1,5	11,1
Saint-Quentin-3	1	2	-1	0,9	1,8	-0,9	0
Soissons	23	24	-1	8	8,5	-0,5	21,7
Soissons-1	3	6	-3	2,5	5,1	-2,6	0
Soissons-2	1	2	-1	0,8	1,7	-0,9	0
Tergnier	10	11	-1	2,5	2,7	-0,2	10
Vervins	2	3	-1	1,9	2,7	-0,8	0
Vic-sur-Aisne	1	3	-2	1	3	-2	0
Villers-Cotterêts	16	10	6	5,6	3,4	2,2	6,3

Source : FNPS 2014-2021. Insee RP.

Nord	Chirurgiens dentistes libéraux						
	Nombre 2021	Nombre 2014	Différence 2014/2021	Densité 2021 %	Densité 2014 %	Différence densités 2014/2021	Part des plus 60 ans en 2021
Aniche	11	13	-2	2,2	2,6	-0,4	45,5
Annoeullin	10	13	-3	5,2	6,9	-1,7	20
Annoeullin	20	22	-2	4,4	5,1	-0,7	5
Anzin	25	28	-3	4,8	5,3	-0,5	20
Arleux	4	5	-1	1,7	2,3	-0,6	0
Armentières	44	40	4	6,7	6,2	0,5	15,9
Aulnoye-Aymeries	9	13	-4	2,9	4,1	-1,2	0
Aulnoy-lez-Valenciennes	21	20	1	3,9	3,8	0,1	9,5
Avesnes-sur-Helpe	11	10	1	4,4	3,8	0,6	0
Avesnes-sur-Helpe	9	9	0	4,5	4,6	-0,1	33,3
Bailleul	25	19	6	6,8	5,3	1,5	4
Bavay	3	5	-2	2,3	3,8	-1,5	0
Bergues	9	6	3	6,1	4	2,1	0
Bourbourg	7	4	3	5,2	3,1	2,1	14,3
Cambrai	42	38	4	7,6	6,8	0,8	7,1
Cassel	6	3	3	5,4	2,8	2,6	16,7
Cateau-Cambrésis	3	3	0	1,8	1,9	-0,1	33,3
Caudry	2	1	1	2,4	1,2	1,2	50
Caudry	12	14	-2	2,5	2,9	-0,4	16,7
Coudekerque-Branche	16	14	2	3,8	3,2	0,6	6,3
Croix	37	36	1	4,9	4,8	0,1	8,1
Cysoing	5	8	-3	3,4	5,8	-2,4	0
Denain	20	23	-3	2,9	3,3	-0,4	25
Douai	40	46	-6	6,4	7,1	-0,7	10
Dunkerque	59	55	4	6,8	6	0,8	18,6
Dunkerque-2	9	4	5	6,2	2,7	3,5	0
Faches-Thumesnil	38	42	-4	5,2	5,9	-0,7	13,2
Flines-lez-Raches	4	3	1	7,1	5,5	1,6	50
Fourmies	2	2	0	1,4	1,3	0,1	100
Fourmies	4	8	-4	1,6	3	-1,4	0
Grande-Synthe	21	21	0	4,6	4,7	-0,1	4,8
Hazebrouck	14	19	-5	4,4	6,1	-1,7	0
Hazebrouck	14	16	-2	4,6	5,2	-0,6	28,6
Hondschoote	0	1	-1	0	1,3	-1,3	
Lambersart	42	37	5	6	5,2	0,8	4,8
Landrecies	3	5	-2	3,3	5,6	-2,3	0
Le Cateau-Cambrésis	7	5	2	4,5	3,1	1,4	28,6
Le Quesnoy	15	13	2	6	5,3	0,7	13,3
Lille	142	155	-13	6,1	6,8	-0,7	20,4
Lille-1	31	31	0	5,5	5,8	-0,3	12,9
Lille-2	43	36	7	7	5,7	1,3	14
Lille-3	11	14	-3	5,2	6,6	-1,4	0
Lille-4	9	9	0	4	4,2	-0,2	33,3
Lille-6	20	14	6	4,9	3,7	1,2	15
Marchiennes	3	5	-2	4,3	7,1	-2,8	0
Marly	23	25	-2	3,6	4	-0,4	17,4
Maubeuge	24	24	0	3,7	3,7	0	12,5
Orchies	11	7	4	4,4	2,8	1,6	27,3
Orchies	13	13	0	5	5,2	-0,2	7,7
Pont-à-Marcq	5	8	-3	5,4	9,6	-4,2	40
Roubaix	40	39	1	4	4,1	-0,1	12,5
Roubaix-2	17	14	3	3,4	2,7	0,7	35,3
Saint-Amand-les-Eaux	29	25	4	5,1	4,3	0,8	13,8
Sin-le-Noble	20	22	-2	3,2	3,5	-0,3	20
Solesmes	7	7	0	4,2	4,1	0,1	0
Steenvoorde	7	7	0	4,7	4,9	-0,2	0
Templeuve	23	16	7	6,3	4,8	1,5	0
Templeuve	12	4	8	6,7	2,3	4,4	0
Tourcoing	50	36	14	5,1	3,9	1,2	20
Tourcoing-1	21	18	3	4,7	4,1	0,6	9,5
Valenciennes	44	52	-8	8,1	9,6	-1,5	15,9
Villeneuve-d'Ascq	46	46	0	6,4	6,3	0,1	15,2
Wavrin	12	9	3	6,4	4,8	1,6	8,3
Wormhout	7	5	2	4,1	3	1,1	0

Source : FNPS 2014-2021 Insee RP.

	Chirurgiens dentistes libéraux						
Oise	Nombre 2021	Nombre 2014	Différence 2014/2021	Densité 2021 ‰	Densité 2014 ‰	Différence densités 2014/2021	Part des plus 60 ans en 2021
Beauvais	38	29	9	6,7	5,3	1,4	31,6
Beauvais-1	0	1	-1	0	2,1	-2,1	
Beauvais-2	1	1	0	0,5	0,5	0	0
Bresles	4	3	1	2,1	1,5	0,6	50
Breteuil	6	6	0	3,3	3,3	0	33,3
Chantilly	28	35	-7	7,3	8,9	-1,6	25
Chaumont-en-Vexin	1	1	0	1,1	1,2	-0,1	100
Clermont	2	2	0	1,4	1,4	0	0
Clermont	11	14	-3	3,9	5	-1,1	18,2
Compiègne	30	39	-9	7,4	9,7	-2,3	13,3
Compiègne-1	4	5	-1	2,5	3,2	-0,7	25
Compiègne-2	13	11	2	8,5	7,7	0,8	7,7
Creil	14	18	-4	3,4	4,7	-1,3	21,4
Crépy-en-Valois	21	13	8	5,2	3,3	1,9	14,3
Crèvecœur-le-Grand	1	2	-1	0,9	1,9	-1	0
Estrées-Saint-Denis	4	3	1	2,2	1,7	0,5	50
Formerie	3	3	0	3	2,9	0,1	0
Grandvilliers	2	3	-1	1,5	2,3	-0,8	50
Le Plessis-Belleville	6	5	1	2,9	2,6	0,3	66,7
Méru	10	12	-2	4,2	5,4	-1,2	10
Méru	10	10	0	2,2	2,3	-0,1	10
Montataire	7	7	0	2,5	2,6	-0,1	42,9
Mouy	2	1	1	2,9	1,6	1,3	50
Mouy	2	3	-1	1	1,5	-0,5	50
Nogent-sur-Oise	5	7	-2	1,3	2	-0,7	40
Noyon	9	11	-2	2,5	3	-0,5	44,4
Orry-la-Ville	7	3	4	8,3	3,6	4,7	28,6
Pont-Sainte-Maxence	2	3	-1	2,2	3,4	-1,2	50
Pont-Sainte-Maxence	10	10	0	3,3	3,3	0	20
Ressons-sur-Matz	2	3	-1	1,9	3	-1,1	0
Saint-Just-en-Chaussée	2	3	-1	1,2	1,8	-0,6	100
Saint-Maximin	1	1	0	2,9	2,8	0,1	100
Senlis	17	21	-4	8,7	10,1	-1,4	23,5
Thourotte	7	11	-4	3,3	5,1	-1,8	14,3
Trosly-Breuil	3	3	0	2	2	0	0

Source : FNPS 2014-2021 Insee RP.

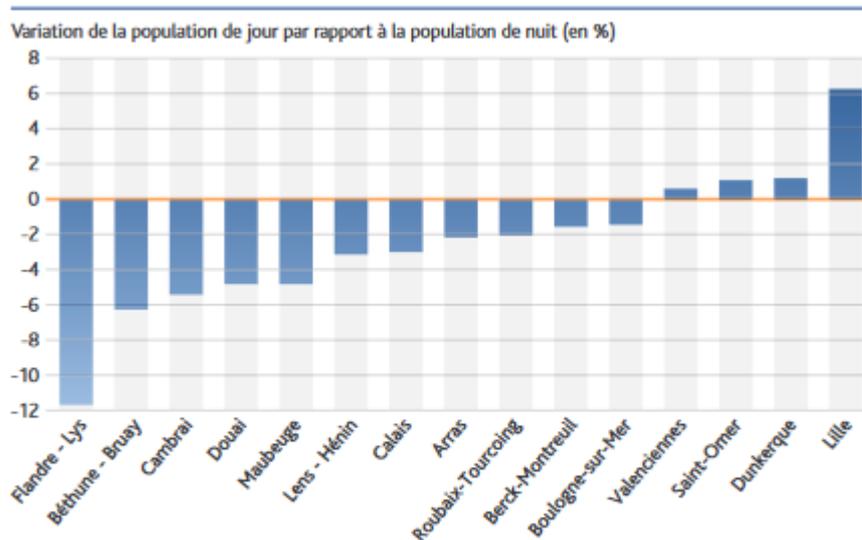
Pas-de-Calais	Chirurgiens dentistes libéraux						
	Nombre 2021	Nombre 2014	Différence 2014/2021	Densité 2021 ‰	Densité 2014 ‰	Différence densités 2014/2021	Part des plus 60 ans en 2021
Aire-sur-la-Lys	12	13	-1	4,1	4,3	-0,2	16,7
Ardres	9	8	1	4,8	4,4	0,4	22,2
Arras	32	32	0	7,7	7,8	-0,1	21,9
Arras-1	18	14	4	8,7	6,8	1,9	5,6
Arras-2	5	3	2	2,9	1,8	1,1	20
Arras-3	9	8	1	4,2	3,8	0,4	0
Aubigny-en-Artois	5	2	3	4,9	2	2,9	0
Auchel	9	10	-1	2,5	2,7	-0,2	33,3
Audruicq	5	6	-1	3	3,9	-0,9	0
Auxi-le-Château	1	1	0	1,1	1,1	0	0
Avesnes-le-Comte	2	2	0	2	2	0	0
Avesnes-le-Comte	3	0	3	2,4	0	2,4	0
Avion	5	6	-1	1,3	1,5	-0,2	20
Bapaume	7	4	3	2,6	1,5	1,1	14,3
Bapaume	3	3	0	5,3	5,2	0,1	0
Berck	14	14	0	5,8	5,6	0,2	21,4
Béthune	23	24	-1	5,5	5,7	-0,2	21,7
Beuvry	14	12	2	3,5	3	0,5	28,6
Boulogne-sur-Mer	18	24	-6	4,5	5,6	-1,1	11,1
Boulogne-sur-Mer-1	2	3	-1	7,9	12	-4,1	50
Boulogne-sur-Mer-2	13	14	-1	5,9	6,2	-0,3	15,4
Brebières	12	10	2	4,3	3,7	0,6	8,3
Bruay-la-Buissière	19	19	0	5,5	5,2	0,3	10,5
Bully-les-Mines	13	12	1	2,9	2,7	0,2	15,4
Calais	27	34	-7	3,7	4,7	-1	18,5
Calais-1	10	8	2	8,7	7,4	1,3	10
Calais-2	4	4	0	5,4	5,4	0	25
Carvin	29	21	8	8	5,8	2,2	17,2
Desvres	4	9	-5	1,3	3,1	-1,8	25
Douvrin	22	18	4	5,2	4,5	0,7	4,5
Éperlecques - Watten	3	1	2	3	1,1	1,9	0
Étaples	26	21	5	8,5	6,8	1,7	23,1
Frévent	2	3	-1	2,2	3,2	-1	0
Fruges	2	1	1	1,1	0,6	0,5	0
Fruges	0	1	-1	0	0,9	-0,9	0
Guînes	3	2	1	2,9	1,9	1	0
Harnes	18	14	4	4,2	3,2	1	0
Hénin-Beaumont	11	12	-1	4,2	4,5	-0,3	18,2
Hénin-Beaumont-1	9	8	1	3,4	3,1	0,3	0
Hénin-Beaumont-2	18	15	3	6,3	5,7	0,6	5,6
Hesdin	5	5	0	2,8	2,7	0,1	40
Lens	24	29	-5	5,8	6,9	-1,1	25
Liévin	10	11	-1	2,9	3	-0,1	20
Lillers	14	10	4	3,6	2,6	1	14,3
Longuenesse	9	10	-1	2,8	3	-0,2	22,2
Lumbres	3	5	-2	1,3	2,1	-0,8	33,3
Marck	7	5	2	3,2	2,4	0,8	0
Marquise	9	6	3	4	2,7	1,3	0
Montreuil	7	10	-3	3	4,3	-1,3	0
Neufchâtel-Hardelot	5	4	1	6,2	5	1,2	0
Noeux-les-Mines	15	13	2	3,6	3,2	0,4	13,3
Outreau	10	10	0	3,4	3,2	0,2	0
Saint-Omer	21	22	-1	7,9	8,8	-0,9	14,3
Saint-Pol-sur-Ternoise	8	9	-1	4,6	5	-0,4	25
Vimy	2	2	0	2,9	3	-0,1	50
Wimereux	7	6	1	5,1	4,1	1	14,3
Wingles	28	22	6	6,4	5,3	1,1	10,7

Source : FNPS 2014-2021. Insee RP.

Somme	Chirurgiens dentistes libéraux						
	Nombre 2021	Nombre 2014	Différence 2014/2021	Densité 2021 ‰	Densité 2014 ‰	Différence densités 2014/2021	Part des plus 60 ans en 2021
Abbeville	18	21	-3	3,7	4,2	-0,5	27,8
Ailly-sur-Noye	1	1	0	1,3	1,4	-0,1	0
Ailly-sur-Somme	1	4	-3	0,6	2,7	-2,1	0
Albert	9	8	1	3,2	2,8	0,4	11,1
Amiens	65	62	3	4,8	4,7	0,1	24,6
Amiens-2	3	3	0	4,6	4,9	-0,3	0
Amiens-3	2	2	0	2,4	2,5	-0,1	0
Amiens-4	0	0	0	0	0	0	
Amiens-5	2	2	0	4,5	4,6	-0,1	0
Amiens-6	4	2	2	7,8	4,5	3,3	25
Amiens-7	9	5	4	9,1	5,2	3,9	22,2
Corbie	0	0	0	0	0	0	
Corbie	6	3	3	3,3	1,7	1,6	16,7
Doullens	4	7	-3	1,8	3	-1,2	25
Feuquières-en-Vimeu - Fressenneville	1	1	0	1	1	0	0
Flixecourt	4	7	-3	1,7	2,9	-1,2	0
Frivilles-Escarbotin	2	2	0	1,5	1,4	0,1	0
Gamaches	1	1	0	1,4	1,3	0,1	100
Ham	3	7	-4	1,4	3,3	-1,9	0
Montdidier	3	6	-3	1,4	2,8	-1,4	33,3
Moreuil	1	3	-2	0,6	2	-1,4	0
Oisemont	3	4	-1	2	2,7	-0,7	0
Péronne	9	8	1	2,9	2,5	0,4	11,1
Poix-de-Picardie	4	4	0	2,4	2,5	-0,1	0
Rosières-en-Santerre	3	2	1	2	1,4	0,6	33,3
Roye	2	2	0	1	1	0	0
Rue	9	7	2	6,3	4,8	1,5	33,3
Saint-Valery-sur-Somme	3	3	0	3,3	3,1	0,2	66,7
Villers-Bretonneux	1	2	-1	1,1	2,4	-1,3	0

Source : FNPS 2014-2021, Insee RP.

Population résidente et population présente dans les zones d'emploi en 2008
 Population résidente = population de nuit / population présente = population de jour.



Source : INSEE-Recensement 2008 de la population. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Desserte de trois professionnels de santé
 (Population/professionnel)

Ville	Médecins généralistes		Médecins spécialistes		Chirurgiens dentistes	
	Jour	Nuit	Jour	Nuit	Jour	Nuit
Lille	210	223	265	282	66	70
Arras	171	168	101	98	42	41
Berck - Montreuil	167	165	148	145	50	50
Flandre - Lys	163	144	79	70	53	47
Boulogne-sur-Mer	162	159	121	119	57	57
Roubaix - Tourcoing	161	158	128	125	49	48
Valenciennes	161	162	129	130	53	53
Cambrai	156	147	91	86	45	42
Lens - Hénin	155	150	113	109	44	42
Maubeuge	152	145	94	90	44	42
Douai	152	144	93	89	51	48
Dunkerque	149	151	92	93	51	51
Béthune - Bruay	143	134	97	91	39	36
Saint-Omer	136	137	94	95	42	43
Calais	130	126	86	83	46	45
France métropolitaine	166		175		68	

Sources : DREES - DRASS - FINESS. Répertoire ADELI des professions médicales et paramédicales en exercice au 01/01/2008. INSEE-Recensement 2008 de la population. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Observatoire régional de la santé. La santé jour et nuit ? Lille, Les petits dossiers de l'observatoire régional de la santé, 50/51° Nord, n°34, 2012, 4 p.

www.orsnpsc.fr/wp-content/uploads/2015/02/5051-34.pdf

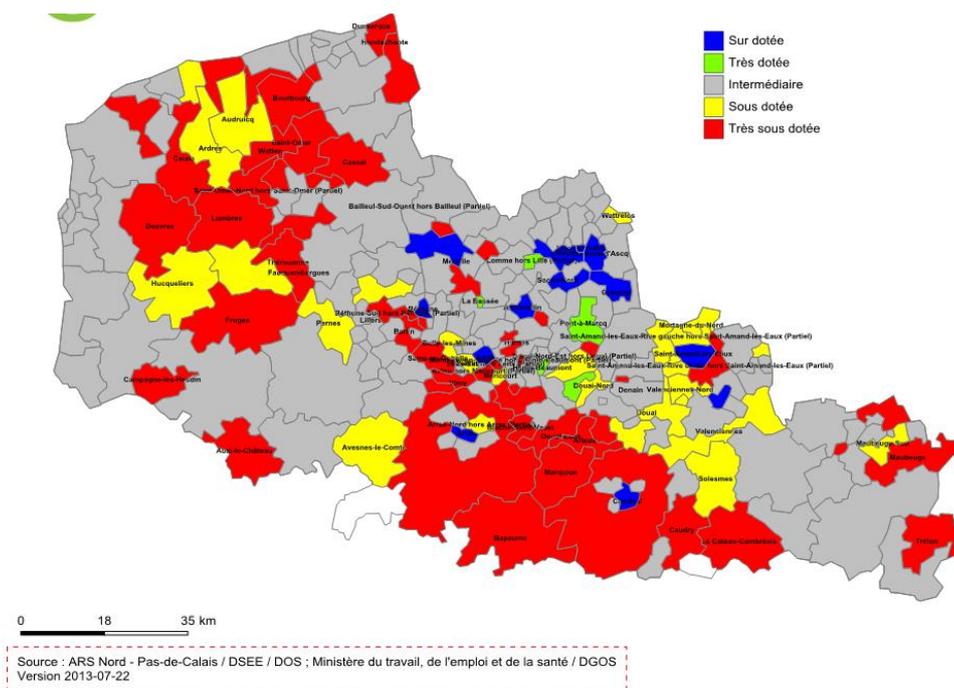
Les zonages chirurgiens-dentistes de 2013

L'ARS est chargée de favoriser une meilleure répartition géographique des chirurgiens-dentistes libéraux pour que tous les habitants accèdent aux soins dont ils ont besoin.

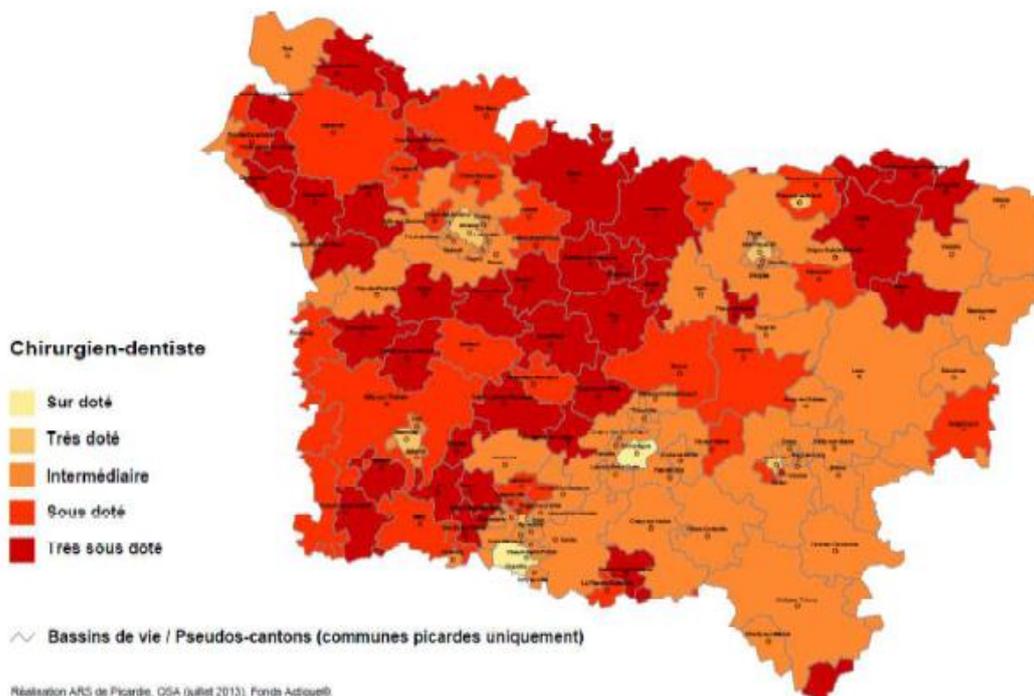
5 types de zones sont définis :

- les zones « très sous dotées »,
- les zones « sous dotées »,
- les zones « intermédiaires »,
- les zones « très dotées »,
- les zones « sur dotées ».

Seules les zones « très sous-dotées » sont éligibles aux aides financières.



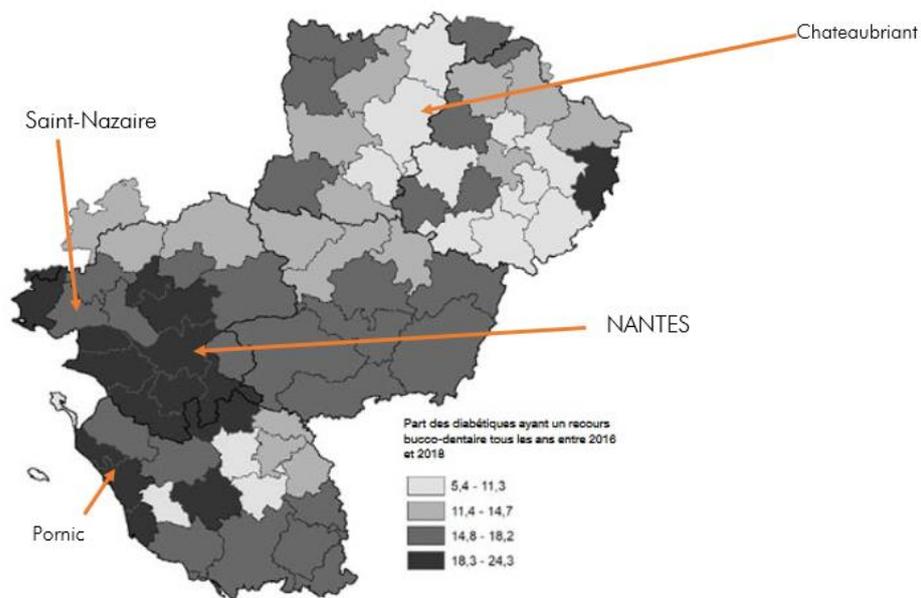
Zonage de mise en œuvre des mesures conventionnelles



Un exemple de besoin localisé

Parcours dentaires insuffisants dans les départements qui varient du simple au triple selon les EPCI.

Fig7a. Proportion¹ de personnes prises en charge pour un diabète en 2015, ayant eu un recours au cabinet dentaire chacune des 3 années 2016 à 2018, par intercommunalités (zonage EPCI 2019 de l'ARS)



¹ taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 5-24 ans / 25-44 ans / 45-64 ans / 65-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

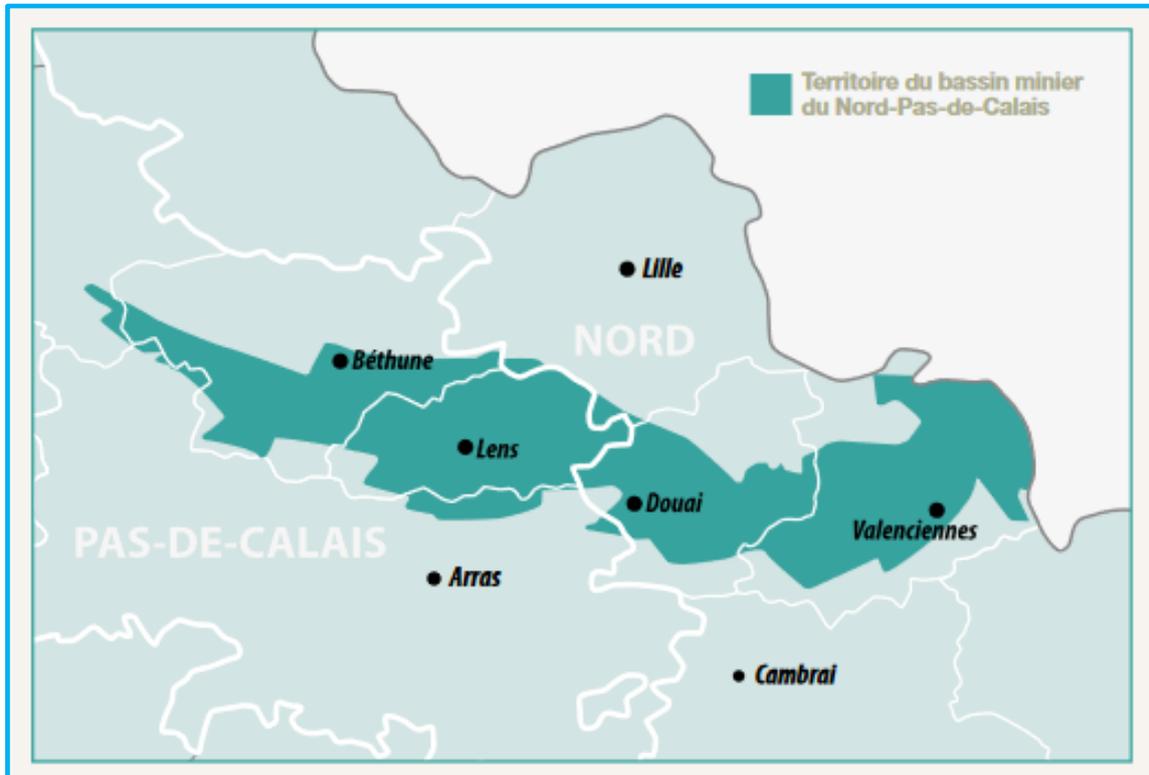
Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires, toutes spécialités confondues. Personnes diabétiques âgées de 5 ans et plus au 31/12/2015, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : En Vendée, les EPCI du littoral (Les Sables d'Olonne Agglomération, la CC du Pays de St Gilles-Croix-de-Vie et la CC Océan Marais de Monts) ainsi que l'EPCI de La Roche sur Yon – Agglomération sont celles où la proportion de diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant est la plus élevée, avec des proportions supérieures à 18,3 % (couleur gris foncé).

Les territoires programmes de l'Agence nationale de la cohésion des territoires dans les Hauts-de-France

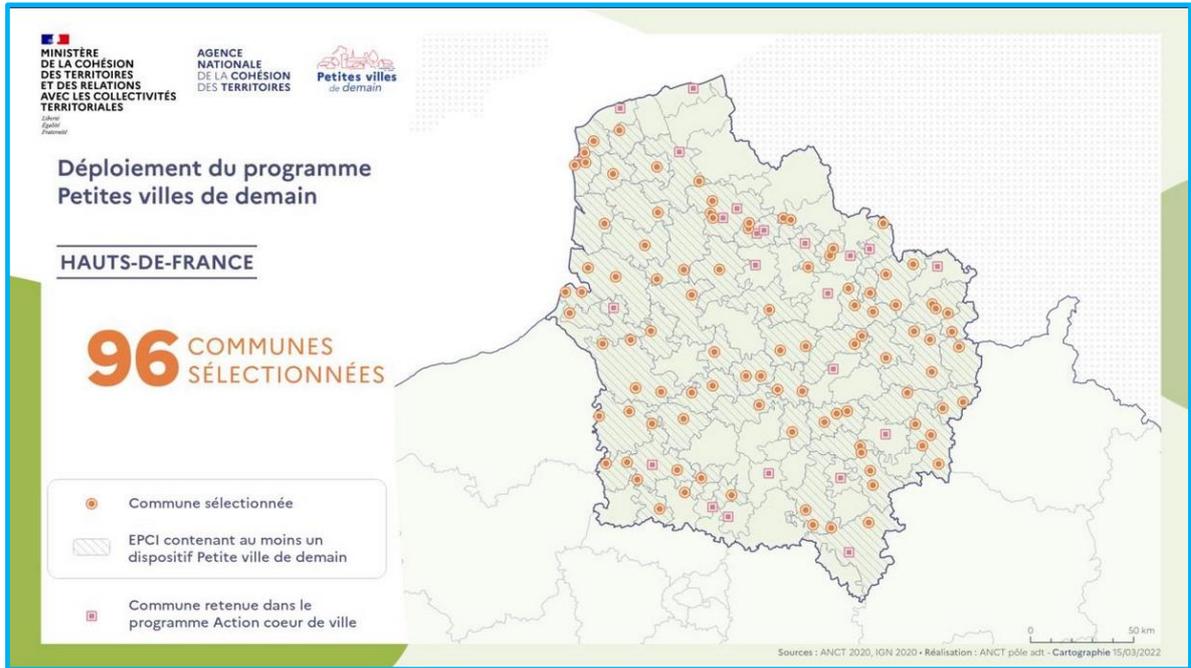
Périmètre de l'Engagement pour le Renouveau du Bassin minier



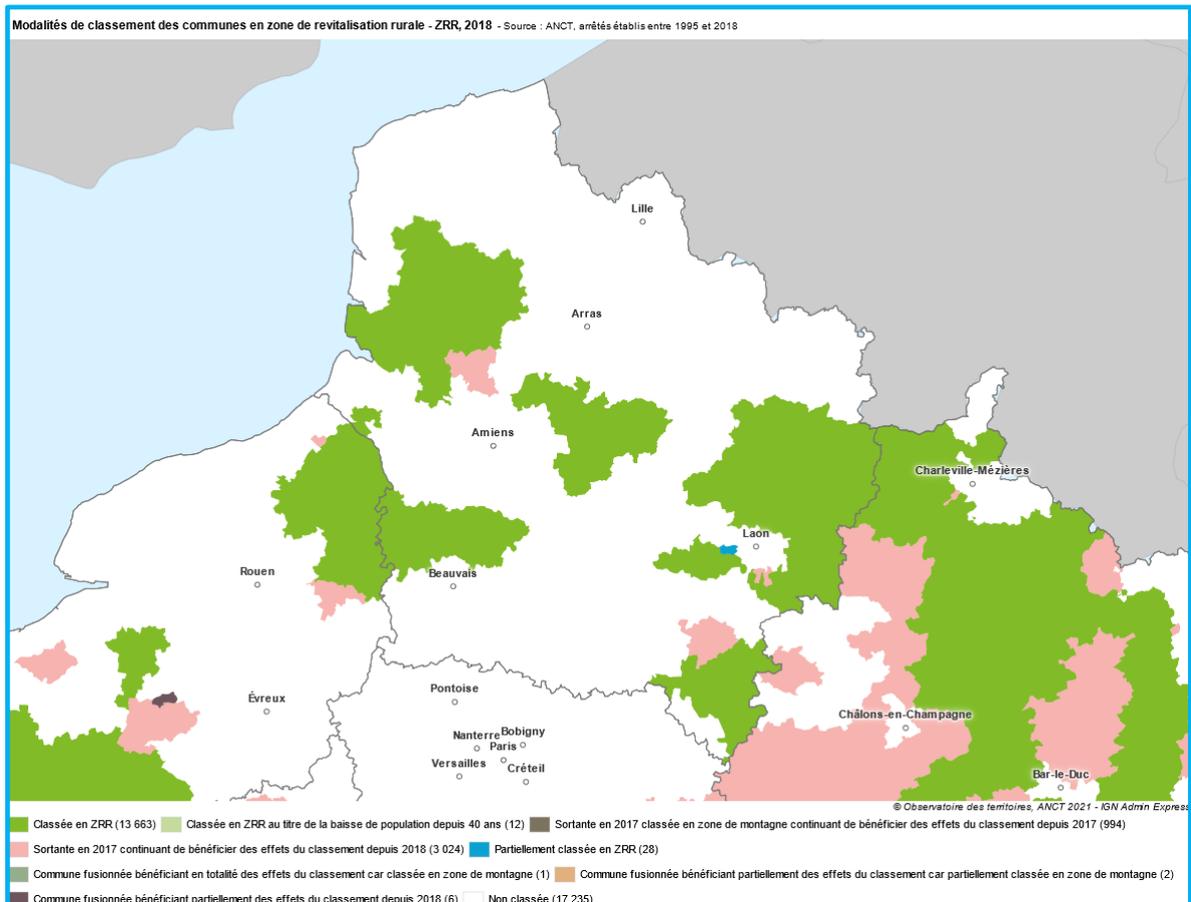
Périmètre du Pacte Sambre-Avesnois-Thiérache



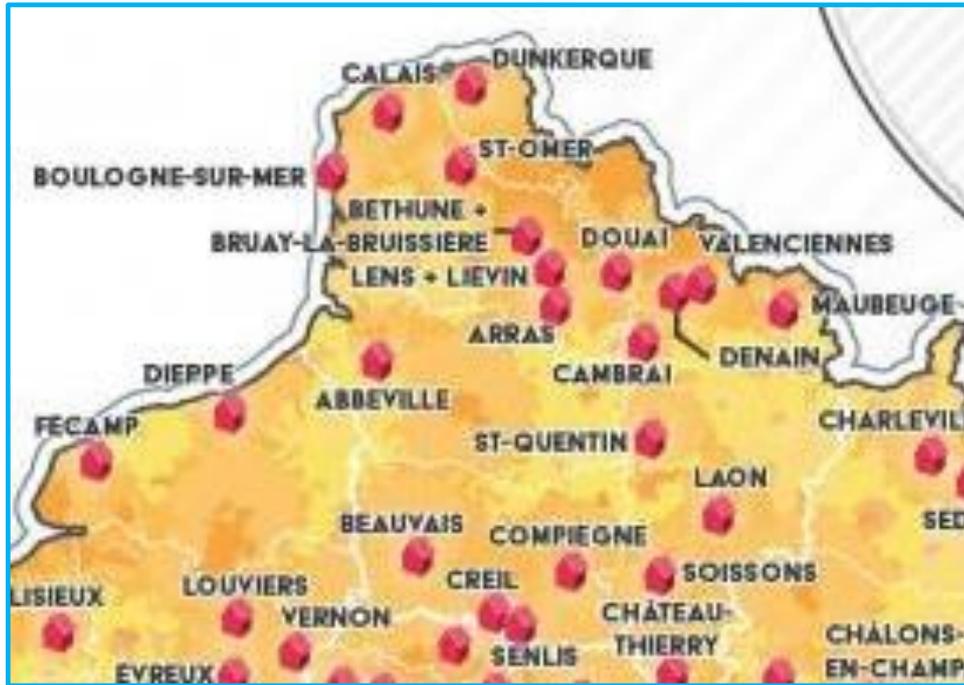
Communes du programme Petites villes de demain



Périmètre des Zones de revitalisation rurale - ZRR



Communes de l'Action cœur de ville



Localisation des Quartiers prioritaires de la politique de la ville - QPV

