

DIRECTION DE LA
STRATEGIE/
DIRECTION DE
L'OFFRE DE SOINS
(POLE OFFRE
AMBULATOIRE)

2 avril 2024

METHODOLOGIE DE DETERMINATION DU ZONAGE POUR LA PROFESSION DE CHIRURGIEN-DENTISTE

PREAMBULE

La nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie, approuvée par arrêté du 23 août 2023, est venue définir une nouvelle méthodologie de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Il appartient à l'ARS de définir par arrêté les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, ainsi que les zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé (article L. 1434-4), notamment pour la profession de chirurgien-dentiste.

Le zonage permet donc d'identifier :

- Les territoires les plus en tension sur l'accès à l'offre de soins bucco-dentaires, sur lesquels pourront être allouées, sous certaines conditions, notamment des aides conventionnelles à l'installation et au maintien, aux chirurgiens-dentistes ainsi qu'aux centres de santé dentaires ;
- Les territoires « non prioritaires », sur lesquels l'offre de soins bucco-dentaire est jugée particulièrement élevée, et sur lesquels une régulation à l'installation en libéral, à la création de centre de santé dentaire et au recrutement de nouveaux chirurgiens-dentistes par les centres de santé dentaires déjà en fonctionnement sera appliquée à partir du 1^{er} janvier 2025 (article 35 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes et article 11 de l'avenant 5 à l'accord national des centres de santé).

A noter qu'en Normandie, on ne dénombre aucune zone « non prioritaire ».

L'arrêté de détermination du zonage sera pris après concertation avec :

- L'URPS chirurgiens-dentistes libéraux ;
- Les 7 Conseils Territoriaux de Santé (CTS) normands.
- La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) ;
- La Commission Paritaire Régionale (CPR) chirurgiens-dentistes ;

QUALIFICATION DES ZONES

Le zonage vient définir 5 catégories de zones, allant de la moins dotée à la plus dotée en offre de soins bucco-dentaires :

- les zones très sous-dotées ;
- les zones sous-dotées ;
- les zones intermédiaires ;
- les zones très dotées ;
- les zones non prioritaires (anciennement nommées zones « sur-dotées »).

Les zones non prioritaires sont déterminées selon la méthodologie définie dans la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie.

L'ARS vient quant à elle déterminer les zones caractérisées par une offre de soins bucco-dentaires insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins bucco-dentaires, selon la méthodologie définie par l'arrêté du 20 mars 2024, publié au Journal Officiel de la République Française du 30 mars 2024.

Ces zones correspondent aux :

1. **Zones très sous-dotées**, constituées des territoires les plus en tension, pour lesquels l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), pondéré du gradient social, est le plus bas ;
2. **Zones sous-dotées**, constituées des territoires en tension, mais à un niveau moins important que les zones très sous-dotées.

MAILLE GEOGRAPHIQUE UTILISEE

Le découpage des zones est défini à l'échelle du Territoire de Vie Santé (TVS).

Le TVS correspond à un agrégat de communes autour d'un pôle d'équipements et de services, constitué selon une logique proche du découpage en « bassin de vie » de l'INSEE.

Ce découpage vise à délimiter le territoire le plus resserré possible au sein duquel les habitants ont accès aux équipements et services considérés comme les plus courants.

SOURCES DE DONNEES UTILISEES

- [Données territoriales](#)

Les données concernant le découpage en TVS sont produites par la DREES.

Les données concernant les distances entre communes et le temps de parcours sont issues du distancier METRIC de l'INSEE.

- [Données d'activité](#)

Les informations sur l'activité et les honoraires des chirurgiens-dentistes libéraux et des centres de santé dentaires, quel que soit le régime d'affiliation de leurs patients, sont issues du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) de l'année 2022.

- [Données administratives](#)

Les données administratives par cabinet de chirurgien-dentiste libéral et par centre de santé dentaire sont issues du Fichier National des Professions de Santé (FNPS) de l'année 2022.

La population résidente étudiée est issue des données de recensement INSEE de l'année 2020.

METHODOLOGIE

[Cadre réglementaire](#) : Arrêté du 20 mars 2024 relatif à la méthodologie applicable à la profession de chirurgien-dentiste pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique (Publié au JORF du 30/03/2024).

La méthodologie utilisée s'appuie sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), pondéré par les taux de patients en affection de longue durée (ALD) et bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S).

L'indicateur d'APL pondéré s'exprime en nombre d'équivalents temps plein (ETP) accessibles pour 100 000 habitants standardisés (ETP/ 100 000 habitants).

1. Descriptif des variables dans le calcul de l'indicateur d'APL, pondéré par les taux de patients en ALD et bénéficiaires de la C2S

L'indicateur d'APL est calculé en fonction :

- De l'offre et de la demande de soins dans les communes environnantes, de façon décroissante avec la distance ;
- Du niveau estimé d'activité des chirurgiens-dentistes en exercice, sur la base des observations passées :
 - Honoraires remboursables (hors orthopédie dentofaciale) sur 2022 ;
 - Pour les chirurgiens-dentistes de 65 ans et moins et les chirurgiens-dentistes salariés en centre de santé dentaire ;
- Des besoins de soins bucco-dentaires de la population, sur la base des consommations de soins moyennes observées par tranche d'âges.

L'indicateur d'APL est d'abord calculé pour chaque commune.

Il est ensuite agrégé au niveau du TVS, en faisant la moyenne des indicateurs d'APL des communes constituant chaque TVS pondérée par la population standardisée par chaque âge de chaque commune.

a) L'APL

➤ Le nombre de chirurgiens-dentistes en Equivalent Temps Plein (ETP)

Ce nombre est calculé en fonction des honoraires sans dépassement, réalisés par professionnel au cours de l'année de référence.

L'activité de chaque chirurgien-dentiste est rapportée à la médiane (126 372€ par an en 2022) et ne peut excéder le 9^{ème} décile pour les chirurgiens-dentistes libéraux uniquement (220 017 € par an en 2022).

Seule l'activité des chirurgiens-dentistes libéraux et salariés en centre de santé dentaire est prise en compte.

Les chirurgiens-dentistes nouvellement installés au cours des 12 derniers mois dans la commune comptent pour 1 ETP.

Ne sont pas pris en compte :

- L'activité d'orthopédie dento-faciale ;
- Les chirurgiens-dentistes libéraux âgés de plus de 65 ans ;
- Les chirurgiens-dentistes libéraux avec une très faible activité (honoraires annuels inférieurs à 10 000 €).

➤ La population résidente standardisée par l'âge par commune

Afin de tenir compte de la structure par âge de la population de chaque commune, et d'une demande de soins dentaires différente selon l'âge, la population résidente a été standardisée à partir des honoraires consommés de soins dentaires par tranche d'âge de 5 ans.

➤ Les distances entre les communes

La distance entre 2 communes a été mesurée en minutes.

L'accessibilité est considérée comme parfaite (coefficient = 1) entre 2 communes éloignées de moins de 10 min.

L'accessibilité est réduite à 2/3 pour 2 communes éloignées entre 10 et 15 minutes,

L'accessibilité est réduite à 1/3 pour 2 communes éloignées entre 15 et 20 minutes.

L'accessibilité est considérée comme nulle Entre 2 communes éloignées de plus de 20 minutes.

b) Le gradient social

Afin d'ajouter la notion de gradient social à l'indicateur d'APL, une pondération lui est appliquée à partir des 2 indicateurs suivants :

- Le taux de patients en ALD parmi l'ensemble des patients consommant ;
- Le taux de patients bénéficiaires de la C2S parmi l'ensemble des patients consommant.

Lorsque la part de patients en ALD d'un TVS est inférieure au 1^{er} décile ou supérieure au 9^{ème} décile, un coefficient de pondération est appliqué de la façon suivante :

- Pour les TVS ayant un indicateur de part en ALD supérieur ou égal au 9^{ème} décile, l'indicateur d'APL du TVS est pondéré à la baisse de 10 % ;
- Pour les TVS ayant un indicateur de part en ALD inférieur au 1^{er} décile, l'indicateur d'APL du TVS est pondéré à la hausse de 10%.

La part des bénéficiaires de la C2S dans la population étant plus hétérogène, il est appliqué un coefficient pour les TVS dont la part des bénéficiaires de la C2S est inférieure ou égale au 2^{ème} décile, ou supérieur ou égal au 8^{ème} décile :

- Pour les TVS ayant l'indicateur en part de C2S supérieur au 8^{ème} décile, l'indicateur d'APL du TVS est pondéré à la baisse de 10% ;
- Pour les TVS ayant l'indicateur en part de C2S inférieur ou égal au 2^{ème} décile, le coefficient pondère à la hausse l'indicateur d'APL du TVS de 10%.

2. Classement des territoires de vie santé (TVS)

Les TVS sont classés par ordre croissant de leur niveau d'APL, pondéré par les taux de patients en ALD et bénéficiaires de la C2S :

- Les premiers TVS avec les APL les plus faibles et représentant 30% de la population totale sont classés en zones très sous-dotées ;
- Les TVS avec les APL immédiatement supérieurs au précédent et représentant 15% de la population sont classés en zones sous-dotées ;
- Les TVS suivants, qui représentent 35% de la population, sont classés en zones intermédiaires.

3. Gestion des TVS situés sur plusieurs régions administratives

Lorsqu'un TVS est situé sur plusieurs régions administratives, les ARS concernées se concertent en vue de qualifier de façon commune le TVS.

A défaut, les ARS procèdent à la qualification des communes de leur région situées dans le TVS.

Chaque ARS concernée prend en compte la population des communes de sa région dans le calcul de son plafond de population régionale.

ADAPTATION REGIONALE

L'ARS peut ajouter aux zones définies nationalement comme très sous-dotées, des TVS représentant au maximum 10% de sa population régionale.

Ces TVS sont sélectionnés parmi ceux :

- définis nationalement comme zone sous-dotée ;
- et pour lesquels le niveau d'APL est immédiatement supérieur à celui des TVS en zone « très sous-dotée ».

Si les caractéristiques sociales, économiques et géographiques d'une zone sous-dotée tenant à sa géographie, ses infrastructures, ses caractéristiques socio-économiques et leurs évolutions (qui peuvent notamment être mesurées par l'indice de désavantage social disponible par commune) le justifient, l'arrêté de l'ARS définissant le zonage peut modifier le classement de cette zone après avoir mené la phase de concertation réglementaire prévue par le code de la santé publique et recueilli l'avis de la Commission Paritaire Régionale des chirurgiens-dentistes.

PART DE LA POPULATION REGIONALE APPLICABLE POUR LA DETERMINATION DES ZONES CARACTERISEES PAR UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE OU PAR DES DIFFICULTES DANS L'ACCES AUX SOINS

CATEGORIE DE ZONE	PART DE LA POPULATION REGIONALE COUVERTE
Très sous-dotée	58 %
Sous-dotée	14 %
Intermédiaire	23 %
Très dotée	5%
Non prioritaire	0%
Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100 %