

## ANNEXE IV - METHODOLOGIE DE CLASSIFICATION DES ZONES RELATIVES AUX CHIRURGIENS-DENTISTES

### **Méthodologie de classification des zones relatives aux chirurgiens-dentistes**

Les partenaires conventionnels ont mené des travaux en lien avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de la Santé et de la Prévention afin de rénover la méthodologie de classification des zones pour lesquelles les partenaires conventionnels ont défini des mesures d'incitation ou de régulation en vue d'une meilleure répartition géographique de l'offre des chirurgiens-dentistes.

Ils proposent de retenir la méthode suivante pour déterminer, d'une part, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins dentaires mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et, d'autre part, celles dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé mentionnées au 2° de ce même article.

#### **1. Unité territoriale**

Ces zones identifiées sont classées en cinq niveaux de dotation : zones « très sous dotées », zones « sous dotées », zones « intermédiaires », zones « très dotées » et zones « non prioritaires ».

Le découpage des zones est défini par référence à une unité territoriale à l'échelle du Territoire de vie sante (TVS). Il s'agit d'un agrégat de communes autour d'un pôle d'équipements et de services, constitué selon une logique proche du découpage en « bassins 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.

#### **2. Source des données**

- Découpage en Territoire de vie santé (TVS).

Le TVS est l'unité géographique de référence produite par la DREES (mise à jour chaque année) utilisée dans les politiques incitatives à l'installation des professionnels de santé en zone sous-dense.

- Variables d'activité

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

- Variables administratives

Les variables administratives par cabinet de chirurgiens-dentistes libéraux et par centre de santé dentaire sont issues du fichier national des professionnels de santé (FINPS).

- Distances et temps de trajet entre communes

Les données concernant les distances entre communes sont issues du distancier Metric de l'Insee.

La population résidente étudiée est issue des données du recensement INSEE (2019).

#### **3. Méthodologie**

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est calculé en fonction :

- de l'offre et de la demande 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 2021 - pour les chirurgiens-dentistes libéraux 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 âge de chaque commune. Chaque TVS est ensuite classé par ordre croissant en fonction de son indicateur d'APL.

A noter, au niveau régional, que les parts de population précédemment définies pour chaque type de zone peuvent être amenées à évoluer en fonction de la mise à jour de l'indicateur APL utilisé par l'ARS.

### **3.1. Descriptif des variables utilisées dans le calcul de l'indicateur APL**

#### **3.1.1. Le nombre de chirurgiens-dentistes en Equivalent temps plein**

Le nombre de chirurgiens-dentistes en Equivalent temps plein (ETP) est calculé en fonction des honoraires sans dépassements réalisés par professionnel de santé au cours de l'année de référence (2021). L'activité de chaque chirurgien-dentiste est rapportée à la médiane (125 100 € par an en 2021) et ne peut excéder le 9<sup>ème</sup> décile pour les chirurgiens-dentistes libéraux uniquement (217 200 € par an en 2021).

Seule l'activité des chirurgiens-dentistes libéraux et salariés en centre de santé dentaire est prise en compte. L'activité d'orthopédie dento-faciale (ODF) est exclue. Les chirurgiens-dentistes âgés de 65 ans et plus ne sont pas pris en compte ni ceux avec une activité très faible (honoraires annuels inférieurs à 10 000€).

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

#### **3.1.2. La population résidente standardisée par l'âge par commune**

Afin de tenir compte de l'âge de la population par commune et d'une demande en soins dentaires croissante avec l'âge, la population résidente a été standardisée à partir du nombre d'actes dentaires consommés par tranche d'âge de 5 ans.

#### **3.1.3. Les distances entre communes**

La distance entre 2 communes a été mesurée en minutes. Les temps de parcours utilisés sont issus du distancier Metric produit par l'Insee.

L'accessibilité a été considérée comme parfaite (coefficient = 1) entre 2 communes éloignées de moins de 10 minutes. L'accessibilité est réduite à 2/3 pour 2 communes éloignées entre 10 minutes et 15 minutes, et à 1/3 pour 2 communes éloignées entre 15 et 20 minutes. Entre 2 communes éloignées de plus de 20 minutes, l'accessibilité est considérée comme nulle.

### **3.2. Gradient social**

Les partenaires conventionnels s'accordent pour utiliser l'indicateur APL (accessibilité potentielle localisée) et afin d'y ajouter la notion de gradient social, une pondération lui est appliquée à partir des deux indicateurs suivants :

- le taux de patients en affection de longue durée (ALD) parmi l'ensemble des patients consommant ;

- le taux de patient bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (C2S) parmi l'ensemble des patients consommant.

Lorsque la part de patients en ALD d'un TVS est inférieure au 1<sup>er</sup> décile ou supérieure au 9<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> décile, l'indicateur APL du TVS est pondéré à la baisse de 10% et pour ceux appartenant au 1<sup>er</sup> décile, l'indicateur APL du TVS est pondéré à la hausse de +10%.

La part des bénéficiaires C2S dans la population étant plus hétérogène, il est appliqué un coefficient pour les TVS dont la part des bénéficiaires C2S est inférieure ou égal au 2<sup>e</sup> décile ou supérieur ou égal au 8<sup>e</sup> décile : pour les TVS ayant l'indicateur en part de C2S supérieur au 8<sup>e</sup> décile l'indicateur APL du TVS est pondéré à la baisse 10% et pour ceux inférieurs ou égal au 2<sup>e</sup> décile, le coefficient pondère à la hausse l'indicateur APL du TVS de +10%.

### 3.3. Classement des territoires de vie santé (TVS)

Les TVS sont classés par ordre croissant de leur niveau d'APL pondéré du gradient social présenté ci-dessus. La répartition des catégories de zone est effectuée à partir du pourcentage cumulé croissant de population de la manière suivante :

- Les premiers TVS avec les APL les plus faible 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 ces 15% et représentant 35% de la population sont classés en zones « intermédiaires » ;
- Les TVS immédiatement supérieurs à ces 35% et représentant 15% de la population sont classés en zones « très dotées » ;
- Les TVS avec les APL les plus élevés et représentant 5% de la population sont classés en zones « non prioritaires ».

## 4. Adaptation régionale avant publication des arrêtés par les Agences régionales de santé

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 être notamment mesurées par l'indice de désavantage social<sup>1</sup> (*French Index Deprivation, Fdep – Insee, 2019*) disponible par commune (hors DROM) cumulé et rapporté à la population du Territoire de vie santé (TVS) ;

le justifient, l'arrêté de l'agence régionale de santé définissant le zonage peut modifier le classement de cette zone selon les dispositions suivantes et après avoir mené la concertation prévue par les dispositions de l'article R. 1434-42 du code la santé publique et recueilli l'avis de la Commission paritaire régionale prévue à la présente convention.

Dans son arrêté définissant le zonage, l'ARS peut ajouter aux zones définies nationalement comme « très sous dotées », des territoires de vie santé (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 ».

---

<sup>1</sup> Indice réalisé à partir de 4 variables de données Insee disponibles pour chaque commune : le revenu médian des ménages; la part de diplômés bacheliers de plus de 15 ans, le part d'ouvriers dans la population active et la part de personnes au chômage dans la population active.