

## **Méthodologie de classification des zones relatives à la démographie des chirurgiens dentistes omnipraticiens**

Le zonage relatif à la démographie des chirurgiens-dentistes a pour but de définir les zones où des mesures sont nécessaires pour rééquilibrer l'offre de soins dentaires.

Les zones prévues par l'article L1434-7 sont classées en cinq niveaux de dotation : zones très sous dotées, zones sous dotées, zones à dotation intermédiaire, zones très dotées et zones sur dotées.

Le découpage de ces zones est défini par une unité territoriale à l'échelle du bassin de vie, à l'exception des unités urbaines de plus de 30 000 habitants, où le découpage correspond aux « pseudo-cantons ».

### **1. Source des données**

- Découpage en bassin de vie/pseudo canton

Les communes qui font partie d'une unité urbaine supérieure à 30 000 habitants sont regroupées en pseudo cantons (définis par l'INSEE), les autres sont regroupées au niveau du bassin de vie (défini par l'INSEE). Le nom de ces zones est également défini par l'INSEE.

- Variables d'activité

Les informations sur l'activité et les honoraires des chirurgiens-dentistes omnipraticiens libéraux, quel que soit le régime d'affiliation de leurs patients et celles sur les centres de santé (dentaires et polyvalents) sont issues du système national d'information inter régimes de l'assurance maladie pour l'année 2011 (actes liquidés en 2011).

Les données du secteur libéral concernent les professionnels de France métropolitaine actifs au 31 décembre 2010 ayant perçu au moins 10 000 € d'honoraires.

Les données des centres de santé (centres dentaires et centres polyvalents) ayant effectué des soins dentaires en 2011 ont été inclus dans l'analyse. Les données concernent les centres ayant perçu au moins 10 000€ d'honoraires pour les soins dentaires (soins conservateurs et soins prothétiques en 2011).

Les effectifs de chirurgiens-dentistes omnipraticiens des centres de santé (en nombre d'équivalents temps pleins, ou ETP) sont estimés en rapportant les honoraires remboursables du centre de santé pour les actes de soins conservateurs et de soins prothétiques aux honoraires moyens remboursables des chirurgiens dentistes omnipraticiens libéraux de la zone dans laquelle le centre de soins est implanté.

- Variables administratives

Les variables administratives des cabinets de chirurgiens-dentistes omnipraticiens libéraux sont issues du fichier national des professionnels de santé (FINPS) de décembre 2011.

Les données administratives des centres de santé sont issues de la BERF (Base Etablissement Référentielle)

Les données relatives à la population résidente dans chaque bassin de vie pseudo-canton (BVPCT) sont issues du recensement INSEE de 2007.

## **2. Méthodologie de la densité pondérée.**

Les bassins de vie/pseudo-cantons sont classés en fonction du niveau de la densité standardisée et pondérée en fonction de l'offre de soins et du recours aux soins dentaires.

### **2.1. Descriptif de la méthode de zonage : Calcul de la densité pondérée**

La densité pondérée est calculée en rapportant par bassin de vie/pseudo-canton le nombre de chirurgiens-dentistes omnipraticiens libéraux à la population du bassin de vie/pseudo-canton, au taux de recours aux soins et au besoin de soins :

- le nombre de chirurgiens-dentistes est exprimé en équivalent temps plein (ETP) ;
- la population résidente est standardisée par l'âge ;
- le taux de recours aux soins est intégré à travers un coefficient ;
- le besoin de soins tient compte de l'activité et du nombre de professionnels de la zone.

A l'issue de cette étape, les bassins de vie/pseudo cantons qui ont au moins un chirurgien-dentiste sont classés, selon leur niveau de densité pondérée, en cinq niveaux de dotation en fonction des 10<sup>ème</sup>, 20<sup>ème</sup>, 80<sup>ème</sup> et 90<sup>ème</sup> centiles de la distribution de ces densités de France Métropolitaine :

- zones très sous dotées,
- zones sous dotées,
- zones à dotation intermédiaire,
- zones très dotées,
- zones sur dotées

Les niveaux de dotation des DOM sont calculés en fonction des niveaux de centiles de France métropolitaine et sont appliqués au niveau des codes communes INSEE.

Les bassins de vie/pseudo-cantons sans chirurgiens-dentistes sont reclassés de la manière suivante :

- Si après l'ajout d'un chirurgien-dentiste dans le bassin de vie/pseudo-canton, la densité pondérée correspond au niveau de dotation des zones très sous dotées, alors le bassin de vie/pseudo-canton est classée dans les zones très sous dotées ;
- Si la densité pondérée calculée est différente de ce niveau de dotation, alors la zone est classée en zone intermédiaire.

### **2.2. Descriptif des variables utilisées dans le calcul de la densité pondérée**

#### **2.2.1. Le nombre de chirurgiens-dentistes en équivalent temps plein**

Le nombre de chirurgiens dentistes en équivalent temps plein est calculé en fonction des honoraires réalisés par le professionnel de santé dans l'année et de l'âge du chirurgien-dentiste.

1. Calcul de « l'ETP âge » :

Si le chirurgien-dentiste a plus de 60 ans, il est considéré comme exerçant à mi-temps. En deçà, le professionnel est considéré comme exerçant à plein temps.

2. Calcul de « l'ETP activité », coefficient de besoin de soin :

Le coefficient de besoin de soins tient compte d'une activité particulièrement élevée indiquant l'existence d'une « tension » sur l'offre, liée à un fort besoin de soins.

Les 20% des chirurgiens dentistes ayant l'activité la plus élevée sont considérés comme exerçant un temps plein et demi (ETP activité).

Le coefficient de besoin de soins correspond au nombre d' »ETP activité « rapporté au nombre de professionnels du bassin de vie/pseudo-canton.

- Si le nombre d' »ETP activité « rapporté au nombre de chirurgiens dentistes de la zone est égal à 1, il n'y a pas de tension sur l'offre dans la zone.
- Si ce nombre est supérieur à 1, il existe une tension sur l'offre de la zone d'autant plus importante qu'il est proche de 1,5.

## **2.2.2. Le recours aux soins dentaires de la population**

1. La population résidente standardisée par l'âge dans les bassins de vie/pseudo-cantons

Afin de tenir compte de l'âge de la population par bassin de vie/pseudo-canton, la population résidente a été standardisée à partir de la part des honoraires remboursables en soins dentaires par habitant et par tranche d'âge (France métropolitaine). Les tranches d'âges retenues sont les suivantes :

- 1 classe pour les 0 - 2 ans
- 1 classe pour les 3 - 5 ans
- 1 classe pour les 6 - 10 ans
- 1 classe pour les 11 - 17 ans
- 1 classe pour les 18 - 24 ans
- 1 classe pour les 25 - 39 ans
- 1 classe pour les 40 - 54 ans
- 1 classe pour les 55 - 64 ans
- 1 classe pour les 65 - 79 ans
- 1 classe des 80 ans et plus

2. Le taux de recours aux soins

En moyenne ce taux de recours est de 39% en France métropolitaine, c'est-à-dire que 39% de la population s'est rendu chez le dentiste en 2011.

La méthode intègre le taux de recours aux soins dans le calcul de la densité, uniquement lorsque celui-ci est supérieur à 70% (seuil considéré comme celui au-delà duquel le praticien reçoit des patients de zones limitrophes).

Ce taux est intégré au travers du calcul d'un coefficient de recours correspondant au taux de recours du bassin de vie/pseudo-canton rapporté à ce taux seuil de 70%.

### 3. Adaptation régionale par les ARS

Si les caractéristiques d'une zone tenant par exemple à sa géographie ou à ses infrastructures de transports le justifient et par décision dûment motivée, les agences régionales de santé peuvent classer une zone dans une catégorie dont le niveau de dotation est immédiatement inférieur ou supérieur.

Cette marge d'appréciation ne peut conduire à augmenter ou diminuer de plus de 5% le nombre de zones de l'une des catégories résultant de l'application de la méthodologie.

Pour le précédent alinéa, un seuil minimal d'une zone par région est ajouté conformément au tableau ci-dessous.

Par dérogation au second alinéa, la marge d'appréciation peut, de manière exceptionnelle et après avis de la Commission Paritaire Régionale des chirurgiens-dentistes, être portée jusqu'à 10%.

**TABLEAU**  
**Adaptation régionale par les ARS**

Région	Nombre de BVPCT	5% de zones Très sous dotée	Très sous dotée	5% de zones Sous dotée	Sous dotée	5% de zones Intermédiaire	Intermédiaire	5% de zones Très dotée	Très dotée	5% de zones Sur dotée	Sur dotée
11 - Ile-de-France	294	1	11	1	18	10	209	1	29	1	27
21 - Champagne-Ardenne	79	1	7	1	9	5	50	1	8	1	5
22 - Picardie	119	2	32	1	23	6	55	1	6	1	3
23 - Haute-Normandie	98	1	28	1	17	5	48	1	2	1	3
24 - Centre	158	1	29	1	21	10	96	1	8	1	4
25 - Basse-Normandie	96	1	27	1	14	5	52	1	3	0	0
26 - Bourgogne	113	1	14	1	18	8	75	1	3	1	3
31 - Nord-Pas-de-Calais	188	2	32	1	20	12	118	1	13	1	5
41 - Lorraine	125	1	8	1	10	8	84	1	6	2	17
42 - Alsace	80	1	2	1	1	6	56	1	14	1	7
43 - Franche-Comté	75	1	12	1	8	5	45	1	6	1	4
52 - Pays-de-Loire	178	1	24	1	24	11	108	2	18	1	4
53 - Bretagne	171	1	5	1	11	12	117	3	27	1	11
54 - Poitou-Charentes	121	1	19	1	25	7	65	1	5	1	7
72 - Aquitaine	186	1	9	1	12	11	110	3	31	2	24
73 - Midi-Pyrénées	168	1	14	1	6	9	92	3	28	3	28
74 - Limousin	54	1	9	1	9	3	31	1	2	1	3
82 - Rhône-Alpes	314	1	15	1	29	20	195	3	28	5	47
83 - Auvergne	107	1	10	1	7	7	67	1	11	1	12
91 - Languedoc-Roussillon	132	1	2	1	5	8	78	2	18	3	29
93 - Provence-Alpes-Côte d'Azur	166	0	0	1	5	9	94	2	23	4	44
94 - Corse	21	1	1	0	0	1	13	1	2	1	5
<b>Total</b>	<b>3043</b>	<b>23</b>	<b>310</b>	<b>21</b>	<b>292</b>	<b>178</b>	<b>1858</b>	<b>33</b>	<b>291</b>	<b>34</b>	<b>292</b>
GAUDELLOUPE	32	1	13	1	5	1	9	1	2	1	3
MARTINIQUE	34	1	7	1	3	2	24	0	0	0	0
GUYANE	22	1	5	1	1	2	15	1	1	0	0
REUNION	24	1	4	1	2	2	16	1	2	0	0
<b>Total DOM</b>	<b>112</b>	<b>4</b>	<b>29</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>64</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>3155</b>	<b>27</b>	<b>339</b>	<b>25</b>	<b>303</b>	<b>185</b>	<b>1922</b>	<b>36</b>	<b>296</b>	<b>35</b>	<b>295</b>
<b>Total (en pourcentage du nombre total de BVPCT)</b>			<b>11%</b>	<b>1%</b>	<b>10%</b>	<b>6%</b>	<b>61%</b>	<b>1%</b>	<b>9%</b>	<b>1%</b>	<b>9%</b>

Par dérogation à la présente méthodologie, l'ensemble du territoire de Mayotte est classé en zone très sous dotée.

Par décision dûment motivée, l'agence régionale de santé de Guyane pourra déroger aux principes d'adaptation régionale prévus dans la présente méthodologie pour le classement des zones par catégorie.