

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

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

NOR : TSSH2408598A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et la ministre du travail, de la santé et des solidarités,

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 1511-8 ;

Vu le code de l'éducation, notamment son article L. 632-6 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1434-4 et R. 1434-41 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-1 ;

Vu l'arrêté du 23 août 2023 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 13 février 2024 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 13 février 2024,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de chirurgien-dentiste, sont déterminées conformément à la méthodologie prévue à l'annexe du présent arrêté.

Art. 2. – I. – Les agences régionales de santé transmettent à la direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé au plus tard au 31 décembre de chaque année la liste des territoires de vie-santé en précisant la qualification retenue par le directeur général de l'agence régionale de santé.

II. – Les agences régionales de santé transmettent à la direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé dès leur publication les arrêtés pris en application de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique.

Art. 3. – Le présent arrêté sera publié ainsi que son annexe au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 20 mars 2024.

*La ministre du travail,
de la santé et des solidarités,*

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,

M. DAUDÉ

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service,
adjointe au directeur
de la sécurité sociale,*

D. CHAMPETIER

ANNEXE

MÉTHODOLOGIE DE DÉTERMINATION DES ZONES CARACTÉRISÉES PAR UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE OU PAR DES DIFFICULTÉS DANS L'ACCÈS AUX SOINS POUR LA PROFESSION DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Conformément aux dispositions du I de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de chirurgien-dentiste.

Ces zones sont déterminées selon la méthodologie ici présentée.

I. – Qualification des zones et aides applicables

Les zones caractérisées par une offre de soins bucco-dentaires insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique sont divisées en deux catégories :

- les zones très sous dotées, constituées des territoires les plus en tension selon le classement des agences régionales de santé et pour lesquels l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) pondéré du gradient social est le plus bas ;
- les zones sous dotées, constituées des territoires en tension mais à un niveau moins important que les zones très sous dotées selon le classement des agences régionales de santé.

Les zones très sous dotées sont éligibles aux aides prévues aux articles identifiés ci-dessous :

- aides conventionnelles, prises en application des articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ;
- aides prévues à l'article L. 632-6 du code de l'éducation ;
- aides prévues à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales.

Ces zones peuvent faire l'objet de mesures d'accompagnement complémentaires notamment par les agences régionales de santé.

Les zones sous dotées sont éligibles aux aides précitées du code de l'éducation, du code général des collectivités territoriales, et aux éventuelles mesures d'accompagnement complémentaires notamment par les agences régionales de santé.

Conformément au III de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique, les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins bucco-dentaires est particulièrement élevé, au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, sont déterminées selon la méthodologie définie dans la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie.

Les autres zones sont classées en zones intermédiaires ou zones très dotées. Ces zones peuvent également faire l'objet de mesures d'accompagnement notamment par les agences régionales de santé.

II. – Maille applicable

Le découpage des zones est défini à l'échelle du territoire de vie-santé (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.

Chaque commune appartient à un unique territoire de vie-santé à l'exception des arrondissements de Paris, de Lyon et de Marseille qui constituent des territoires de vie-santé à part entière.

Un territoire de vie-santé peut être situé sur des régions ou départements différents. Lorsqu'une commune nouvelle est créée à partir de communes implantées dans plusieurs territoires de vie-santé distincts, elle est rattachée au territoire de vie-santé de la commune dont elle reprend le code commune INSEE. Lorsque les communes qui fusionnent constituent les pôles des territoires de vie-santé auxquels elles appartiennent, les territoires de vie-santé concernés fusionnent également afin de n'en constituer qu'un seul et unique.

A La Réunion, la sélection des zones peut s'effectuer sur l'ensemble du territoire au niveau des grands quartiers. Cette disposition s'applique dans le respect des parts de population régionale mentionnées au point VI ci-après.

III. – Source des données

3.1. Variables territoriales :

- les données concernant le découpage en territoires de vie-santé 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.

3.2. 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 (SNIIRAM 2022).

3.3. 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 (FNPS 2022) ;
- la population résidente étudiée est issue des données du recensement INSEE (2020).

IV. – Méthodologie

La méthodologie employée s'appuie sur l'indicateur d'APL pondéré par les taux de patients en ALD et bénéficiaires de la C2S.

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

4.1. Descriptif des variables utilisées 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 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 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.

4.1.1. L'accessibilité potentielle localisée :

4.1.1.1. Le nombre de chirurgiens-dentistes en équivalent temps plein (ETP) :

Le nombre de chirurgiens-dentistes en équivalent temps plein (ETP) est calculé en fonction des honoraires sans dépassement réalisés par professionnel de santé 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^e 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. L'activité d'orthopédie dento-faciale (ODF) est exclue. Les chirurgiens-dentistes libéraux âgés de plus de 65 ans 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 douze derniers mois dans la commune comptent pour un seul ETP.

4.1.1.2. 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 en 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.

4.1.1.3. Les distances entre les communes :

La distance entre deux communes a été mesurée en minutes.

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

4.1.2. Le gradient social :

Afin d'ajouter la notion de gradient social à l'indicateur d'APL utilisé principalement, 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^{er} décile ou supérieure au 9^e 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^e décile, l'indicateur d'APL du TVS est pondéré à la baisse de 10 % et pour ceux appartenant au 1^{er} décile, l'indicateur d'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^e décile ou supérieur ou égal au 8^e décile : pour les TVS ayant l'indicateur en part de C2S supérieur au 8^e décile l'indicateur d'APL du TVS est pondéré à la baisse 10 % et pour ceux inférieurs ou égal au 2^e décile, le coefficient pondère à la hausse l'indicateur d'APL du TVS de + 10 %.

4.2. 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 territoires de vie-santé avec les APL les plus faible et représentant 30 % de la population totale sont classés en zones très sous dotées ;
- les territoires de vie-santé avec les APL immédiatement supérieurs au précédent et représentant 15 % de la population sont classés en zones sous dotées ;
- les territoires de vie santé suivants qui représentent 35 % de la population sont classés en zones intermédiaires.

4.3. Gestion des territoires de vie-santé situés sur plusieurs régions administratives :

Lorsqu'un territoire de vie-santé est situé sur plusieurs régions administratives, les agences régionales de santé concernées se concertent en vue de qualifier de façon commune le territoire de vie-santé. A défaut, les agences régionales de santé procèdent à la qualification des communes de leur région situées dans le territoire de vie-santé.

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

V. – Adaptation régionale

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 (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 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 par la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie.

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

VI. – Part de la population régionale applicable pour la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins

Région	Catégorie	Part de la population régionale couverte
Auvergne-Rhône-Alpes		
	Très sous dotée	24,6 %
	Sous dotée	16,9 %
	Intermédiaire	40,3 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Bourgogne-Franche-Comté		
	Très sous dotée	45,0 %
	Sous dotée	13,1 %
	Intermédiaire	30,0 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Bretagne		
	Très sous dotée	31,4 %
	Sous dotée	11,3 %
	Intermédiaire	38,7 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Centre-Val de Loire		

Région	Catégorie	Part de la population régionale couverte
	Très sous dotée	59,5 %
	Sous dotée	12,3 %
	Intermédiaire	26,4 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Corse		
	Très sous dotée	28,7 %
	Sous dotée	15,0 %
	Intermédiaire	53,1 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Grand Est		
	Très sous dotée	23,7 %
	Sous dotée	16,3 %
	Intermédiaire	37,2 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Guadeloupe		
	Très sous dotée	42,3 %
	Sous dotée	17,0 %
	Intermédiaire	28,6 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Guyane		
	Très sous dotée	89,6 %
	Sous dotée	0,0 %
	Intermédiaire	0,0 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Hauts-de-France		
	Très sous dotée	40,2 %
	Sous dotée	20,4 %
	Intermédiaire	37,5 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Ile-de-France		
	Très sous dotée	15,0 %
	Sous dotée	14,4 %
	Intermédiaire	38,6 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %

Région	Catégorie	Part de la population régionale couverte
La Réunion		
	Très sous dotée	12,5 %
	Sous dotée	12,1 %
	Intermédiaire	57,1 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Martinique		
	Très sous dotée	40,3 %
	Sous dotée	6,0 %
	Intermédiaire	42,7 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Mayotte		
	Très sous dotée	100,0 %
	Sous dotée	0,0 %
	Intermédiaire	0,0 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Normandie		
	Très sous dotée	58,8 %
	Sous dotée	13,3 %
	Intermédiaire	22,8 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Nouvelle-Aquitaine		
	Très sous dotée	41,6 %
	Sous dotée	16,3 %
	Intermédiaire	27,8 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Occitanie		
	Très sous dotée	24,0 %
	Sous dotée	12,9 %
	Intermédiaire	32,9 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Pays de la Loire		
	Très sous dotée	28,4 %
	Sous dotée	14,6 %
	Intermédiaire	45,2 %

Région	Catégorie	Part de la population régionale couverte
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur		
	Très sous dotée	14,4 %
	Sous dotée	15,6 %
	Intermédiaire	27,7 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %
France entière		
	Très sous dotée	30,0 %
	Sous dotée	15,0 %
	Intermédiaire	35,0 %
	Total général des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	100,0 %

VII. – Evolution des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de chirurgien-dentiste

Les arrêtés des directeurs généraux des agences régionales de santé relatifs à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de chirurgien-dentiste peuvent être modifiés en tant que de besoin dans le respect de la méthodologie nationale et après concertation prévue à l'article R. 1434-42 du code de la santé publique.

A noter, au niveau régional, que les parts de population définies pour chaque type de zone peuvent être amenées à évoluer en fonction de la mise à jour de l'indicateur d'APL pondéré, dans le respect des critères nationaux figurant au point IV.

Les données chiffrées du tableau figurant au point VI sont communiquées chaque année aux agences régionales de santé et disponibles sur le site internet du ministère chargé de la santé.