

Foire aux questions

Webinaire thématique n°1 de la CRSA BFC

Les zonages des professionnels
de santé libéraux

Le diaporama ainsi que le *replay* du webinaire du 10.02.2022 sont disponibles sur le site ma santé en BFC, *via* ce lien :

<https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/actualite-instance/webinaire-crsa-1-le-zonage-des-professionnels-de-sante>



Méthodologie du zonage :

- **Quelles sont les professions soumises au zonage et quelles sont les différentes contraintes d'installation en fonction des professions ?**

Le zonage concerne les professionnels de santé libéraux. Pour chaque profession, un **arrêté ministériel** précise la méthodologie relative à la détermination des zones dites sous-denses.

Les professions concernées sont :

- **Les médecins**, par arrêté du 13 novembre 2017 (avenant n°8) modifié par l'arrêté du 1er octobre 2021 ;
- **Les orthophonistes**, par arrêté du 31 mai 2018 (avenant n°16) ;
- **Les masseurs-kinésithérapeutes**, par arrêté du 24 septembre 2018 (avenant n°5) ;
- **Les sages-femmes**, par arrêté du 17 octobre 2019 (avenant n°4) ;
- **Les infirmiers**, par arrêté du 10 janvier 2020 (avenant n°6) ;
- **Les chirurgiens-dentistes**, l'arrêté n'étant pas encore défini. Sa définition est à venir dans le cadre des négociations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les syndicats concernés.

Les conventions nationales des professions infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes stipulent que le professionnel qui envisage de s'installer dans une zone « sur-dotée » ne peut se voir accorder le conventionnement que si un autre professionnel cesse définitivement son activité dans cette zone « sur-dotée » (application de la règle d'une arrivée pour un départ). La demande est examinée pour avis par la commission paritaire départementale avant décision du directeur de la CPAM. Afin de tenir compte de spécificités d'exercice et de certaines situations, des dérogations peuvent exister.

La commission paritaire départementale est une commission créée au sein de chaque CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) au niveau départemental pour faciliter l'application de la Convention Nationale

- **Les professionnels de santé sont-ils soumis à des normes de nombre de consultations annuelles par habitant, afin d'assurer un bon suivi ?**

Il est difficile d'estimer le nombre de consultations souhaitables par personne chaque année. L'ARS BFC se base sur des indicateurs, en comparaison avec la moyenne nationale, afin de déterminer une moyenne de consultations par personne et mettre en évidence les zones en dessous de cette valeur.



Un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'IRDES¹ pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche, densité par bassin de vie ou département...). Il mobilise pour cela les données de l'assurance-maladie ainsi que les données de population de l'INSEE².

L'activité des médecins est comptabilisée de la manière suivante dans l'APL national médecins :

- **moins de 250 actes** : l'offre est trop faible pour être prise en compte ;
- **entre 250 et 3 600 actes** : l'activité est relevée à 3600 actes (offre potentielle) pour éviter que n'apparaissent comme sous tension des zones où les médecins seraient nombreux mais l'activité volontairement faible ;
- **entre 3 600 et 6 000 actes** : pas de modification ; l'activité potentielle est comptabilisée à hauteur de l'activité observée ;
- **plus de 6 000 actes** : l'activité est bornée à 6 000 actes pour éviter de normaliser les situations de suractivité. En sous-estimant l'offre disponible, on fait apparaître ces zones sous tension qui risqueraient sinon d'apparaître relativement bien dotées du fait que les médecins qui y exercent sont en suractivité.

L'activité des masseurs-kiné est comptabilisée de la manière suivante dans l'APL national masseurs-kiné :

Est pris en compte le volume d'actes³ réalisés dans l'année par le professionnel. Seule l'activité libérale des masseurs-kinésithérapeutes est prise en compte. L'activité de chaque masseur-kinésithérapeute est rapportée à la médiane et ne peut excéder 1,77 ETP.

La conversion d'actes en ETP est effectuée de la façon suivante :

- si l'activité du masseur-kinésithérapeute est **inférieure à 549 actes**, aucun ETP n'est comptabilisé ;
- sinon, l'activité de chaque masseur-kinésithérapeute est rapportée à la **médiane soit 4 008 actes** par an pour le professionnel libéral médian ;
- si l'activité du professionnel est **supérieure à 7 090 actes**, ces 7 090 actes sont comptabilisés et rapportés à la médiane.

L'activité des orthophonistes est comptabilisée de la manière suivante dans l'APL national orthophonistes :

Le nombre d'orthophonistes en équivalent temps plein est calculé en fonction des honoraires en Acte Médical Orthophonique (AMO) réalisés par professionnel de santé dans l'année. L'activité de chaque orthophoniste est rapportée à la médiane (50 727 € par an pour l'orthophoniste libéral médian en 2016) et ne peut excéder 1,7 ETP.

Seule l'activité libérale des orthophonistes est prise en compte.

¹ DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
IRDES, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

² Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

³ Avec une codification en AMC, AMK, AMS, hors majorations



L'activité des sages-femmes est comptabilisée de la manière suivante dans l'APL national des sages-femmes:

Le nombre de sages-femmes en ETP est calculé en fonction des honoraires remboursables par professionnel de santé dans l'année. L'activité de chaque sage-femme est rapportée à la médiane et ne peut excéder les honoraires du 85e percentile. Seule l'activité libérale des sages-femmes est prise en compte.

Les activités spécifiques des sages-femmes échographistes (ADE/KE) et des sages-femmes avec une activité en soins infirmiers (SFI) ne sont pas prises en compte.

L'activité des infirmiers est comptabilisée de la manière suivante dans l'APL des infirmiers :

Le nombre d'infirmiers en ETP est calculé en fonction des honoraires remboursables par professionnel de santé dans l'année⁴. L'activité de chaque infirmier est rapportée à la médiane et ne peut excéder les honoraires du 90ème percentile.

Seule l'activité des infirmiers libéraux et des centres de santé ayant une activité infirmière est prise en compte.

- **Que déclenche le constat d'une zone sous-dense pour l'ARS BFC ? Quels sont les moyens déployés ?**

L'ARS BFC révisé régulièrement le zonage afin de répondre à des situations identifiées de difficultés sur un territoire, et favoriser l'installation de nouveaux professionnels.

Les moyens déployés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du CSP:

cf. <https://www.bourgogne-franche-comte.paps.sante.fr/>

Zonage médecin :

- **les zones d'intervention prioritaire (ZIP) :** il s'agit des zones les plus fragiles dans lesquelles les médecins éligibles peuvent bénéficier de toutes les aides au maintien et à l'installation ;
- **les zones d'action complémentaire (ZAC) :** il s'agit de zones fragiles mais à un niveau moins important que les ZIP. Dans ces zones, les médecins éligibles peuvent bénéficier de toutes les aides au maintien et à l'installation à l'exception des aides conventionnelles et des exonérations fiscales.

Zonage orthophoniste :

- **les zones très sous dotées :** éligibles aux aides conventionnelles, aux aides des collectivités locales et aux aides régionales (fonds d'intervention régional -FIR-);
- **les zones sous dotées :** éligibles aux aides régionales et des collectivités locales.

⁴ Dont les codifications correspondent aux AMI, AIS, DI, MAU, MCI, hors frais de déplacement et hors majorations nuit et dimanche



Zonage masseur-kinésithérapeute :

- **les zones très sous dotées ;**
- **les zones sous dotées.**

Ces deux catégories sont éligibles aux mêmes types d'aides : les aides conventionnelles (notamment aux contrats incitatifs définis dans l'avenant n° 5), les aides des collectivités locales et peuvent faire l'objet de mesures d'accompagnement complémentaires notamment par les agences régionales de santé sur le fonds d'intervention régional.

Zonage sage-femme :

- **les zones très sous dotées ;**
- **les zones sous dotées.**

Ces deux catégories sont éligibles aux mêmes types d'aides à savoir : les aides conventionnelles (notamment aux contrats incitatifs définis dans l'avenant n°4), les aides des collectivités locales et les aides régionales (fonds d'intervention régional -FIR-).

Zonage infirmier :

- **les zones très sous dotées :** éligibles aux aides conventionnelles, aux aides des collectivités locales et aux aides régionales (fonds d'intervention régional -FIR-);
- **les zones sous dotées :** éligibles aux aides des collectivités locales et aux aides régionales (fonds d'intervention régional -FIR-).

Zonage Chirurgien-dentiste :

- **les zones très sous-dotées :** éligibles aux aides conventionnelles, aux aides des collectivités locales et aux aides régionales (fonds d'intervention régional -FIR-);
- **les zones sous dotées :** éligibles aux aides des collectivités locales et aux aides régionales (fonds d'intervention régional -FIR-).

- **Quelles sont les zones de Bourgogne-Franche-Comté qui sont concernées par le zonage d'autres ARS ?**

Certaines zones de Bourgogne-Franche-Comté sont des territoires partagés avec d'autres régions :

- La Région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA)
- La Région Grand Est (GE)
- La Région Île-de-France (IDF)
- La Région Centre-Val de Loire (CVL)



La maille de référence du zonage médecin est le **territoire de vie-santé** (TVS). Les TVS sont construits, non pas selon les limites administratives, mais en fonction de l'accès aux équipements collectifs et aux services les plus fréquents utilisés au quotidien. Ils reflètent ainsi l'organisation des déplacements courants sur un territoire. Chaque TVS comporte un pôle d'attractivité ce qui renforce la chance d'attirer un professionnel dans ce territoire compte tenu de ses besoins et ceux de sa famille. Les TVS comportent également un certain nombre d'habitants ce qui permet au professionnel d'exercer là où la patientèle est suffisante. La règle générale est que les TVS sont constitués des bassins de vie INSEE ou, lorsque ces bassins de vie sont très peuplés (+ 50 000 habitants), des territoires de vie INSEE.

21 TVS sont partagés avec une autre région :

- **ARA** : Oyonnax (39), Pont de Vaux (71), Viriat (39), Dompierre du Besbre (71), Moulins (58), Decize (58), Saint Amour (71 et 39), Charlieu (71)
- **IDF** : Bray-sur-Seine (89) et Montereau-Fault-Yonne (89)
- **GE** : Aix-Villemaur-Pâlis (89) ; Bar sur Seine (21), Fayl-Billot (70), Jussey (70), Luxeuil-les-Bains (70), Remiremont(70), Le Thillot (70), Dannemarie (90)
- **CVL** : Sancerre (58), Chatillon-Colligny (89), Courtenay (89)

- **Quelles sont les actions directes de l'ARS BFC pour inciter les professionnels en amont de l'installation ?**

L'ARS BFC déploie à travers ses politiques d'installation des dispositifs d'incitation autres que des aides financières.

Par exemple, l'ARS diffuse à travers des outils et séminaires des informations sur l'offre, les besoins, l'organisation des professionnels, les conditions d'installation des professionnels sur le territoire.

L'ARS travaille également sur le développement des dispositifs d'exercice coordonné, qui représentent une priorité nationale et régionale : par exemple les CPTS ou encore les protocoles de coopération. Ces structures d'exercice coordonné permettent d'améliorer la qualité de vie et de travail des professionnels et participent à une meilleure organisation des soins.

C'est en imbriquant ces différents dispositifs que l'ARS souhaite favoriser l'installation des professionnels de santé.

- **La révision annuelle est-elle un moyen de répondre aux intentions d'installation ?**

Oui et d'accompagner des projets qui confortent l'offre de soins d'un territoire.



- **La répartition des tranches d'âges de la population dans les territoires est-elle prise en compte ?**

Il y a une forme de standardisation par l'âge de la population : la population est recalculée en affectant une répartition en fonction de la consommation de soins observées par classes d'âges.

Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) :

- **Quelles sont les distances prises en compte dans le calcul de l'APL ?**

L'accessibilité en temps par le réseau routier est estimée via l'outil « Metric » de l'INSEE.

- **Est-ce que le calcul des distances est différent dans les régions montagneuses ?**

Les outils de calcul tiennent compte de la nature des routes, de leur sinuosité.

- **Est-ce que l'APL est évoquée dans les dossiers MSP ou ESP qui sont présentés à la CSOS ?**

L'APL est un indicateur intéressant qui sert de référence pour apprécier la densité de l'offre de soins par profession et sert notamment à arrêter les zonages par profession (selon les méthodologies précédemment décrite). Ces zonages et la détermination des zones sous-denses servent de référence pour l'allocation d'aides financières notamment Etat ou des collectivités territoriales, pour des projets d'Equipe de Soins Primaires, de Maison de Santé Pluri-professionnelle ou de Centre De Santé.

Estimation du besoin en médecin :

- **Le nombre de médecins qui assurent les gardes de nuit et le week-end est-il pris en compte, y compris dans les villes ?**

L'activité totale, en nombre de consultations et de visites des médecins, est prise en compte pour constituer les ETP, que ces actes soient réalisés en garde ou non. Le nombre d'actes pris en compte est toutefois plafonné à 1,33 ETP.

- **Le nombre de professionnels de santé dans les EHPAD est-il pris en compte ?**

Les médecins qui interviennent en Ehpad sont des généralistes libéraux, ils sont donc pris en compte.



- **Les objectifs de qualité de vie au travail des jeunes médecins sont-ils pris en compte ?**

Les médecins n'ont pas tous le même volume d'activité. Le nombre d'Equivalents Temps Pleins est pris en compte dans le calcul de l'APL. Il correspond à une moyenne de consultations et visites par an.

Dans les travaux qui ont été effectués par l'Assurance Maladie, un ETP médecin est estimé à 5 400 consultations et visites par an. Un plafond de 7 200 consultations et visites dans l'année a été fixé. Les médecins qui ont une activité supérieure à ce plafond sont comptabilisés comme 1.33 ETP médecin.

Les jeunes médecins installés au cours de l'année, et qui ont une activité inférieure à 5 400 consultations et visites par an, sont considéré par défaut à 1 ETP dans la méthode de calcul de l'APL.

- **L'exercice à temps partiel est-il pris en compte ?**

Pour un professionnel à temps partiel, on rapporte le nombre d'actes qu'il produit à la moyenne des actes produits pour 1 ETP : son activité est donc appréciée comme une fraction d'ETP.

Estimation du besoin en infirmier :

- **Les Infirmiers en Pratique Avancée sont-ils comptabilisés à part ou sont-ils inclus dans la catégorie infirmier ?**

C'est l'activité d'infirmier, par le biais de la cotation des actes, peu importe sa spécialisation, qui est prise en compte dans la détermination du zonage.

- **Quelles est la répartition actuelle des Infirmiers de Pratique Avancée ?**

Promotion 2018 – 2020 :

- MSP du Tournugeois (IPA Asalée)
- 1 IPA exerce à l'EHPAD de Grand Charmont de la Mutualité Française Comtoise.

Promotion 2019 -2021 :

- 11 IDE Salarié(e)s en établissement sanitaire ou en centre de santé et 3 IDE salariés établissement médico-social

Promotion 2020-2022 : 34 IPA en Formation : 31 en établissement et 3 en libéral ou centre de santé

Promotion 2021-2023 : 34 IPA en formation : 26 en établissement et 8 en libéral, Asalée ou sans activité.



- **Les Infirmiers Diplômés d'Etat ASALEE sont-ils pris en compte ?**

Les infirmiers Asalée sont salariés de l'association or le zonage infirmier tient compte de l'activité des infirmiers libéraux et des centres de santé infirmiers.

Qui détermine le zonage :

- **Par qui sont définies les modalités de calcul des zonages ?**

*En application des dispositions prévues à l'article L.1434-4 du code de la santé publique (CSP) issu de l'article 158 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, **le décret n°2017-632 du 25 avril 2017 a fixé les conditions de détermination, par les DG ARS** des zones prévues au 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du CSP, à savoir les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé.*

*Ce décret prévoit qu'un **arrêté ministériel fixe la méthodologie** permettant la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP pour chaque profession concernée.*

***S'agissant des zones sous-denses**, la publication des arrêtés ministériels fixant la méthodologie du zonage est liée aux négociations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les syndicats concernés. Les arrêtés ministériels transposent en effet, pour ce qui concerne les zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du CSP, le dispositif relatif au zonage contenu dans les avenants conventionnels signés par les partenaires conventionnels et approuvés par le Ministre des solidarités et de la santé.*

***S'agissant des « zones sur-denses »** (2° de l'article L. 1434-4 CSP), le décret n°2017-632 prévoit que la méthodologie est déterminée dans les conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. L'arrêté ministériel n'a donc pas vocation à reprendre cette méthodologie concernant la détermination des zones « sur-denses ».*

- **Les professionnels de santé sont-ils consultés à propos des critères ?**

Oui cf. ci-dessus, méthodologies déterminées dans les conventions nationales par profession.

- **Concernant les médecins généralistes, le conseil de l'ordre est-il consulté, ou seulement l'URPS ?**

Conformément aux textes, l'Union Régionale des Professionnels de Santé et la CRSA sont consultés. L'ordre est consulté via la CRSA.

*Conformément au décret 2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, « les arrêtés du directeur général de l'agence régionale de santé mentionnés au I de l'article R. 1434-41 sont pris **après concertation avec les représentants de chaque***



profession de santé concernée siégeant au sein de l'union régionale des professions de santé et après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie... »

- **Les usagers sont-ils consultés pour la définition du zonage ?**

Oui via la CRSA

- **Les CPTS sont-elles consultées pour la définition du zonage ?**

Oui via le représentant désigné par le DG ARS parmi les représentants des CPTS (1 titulaire et 2 suppléants) à la CRSA

Suivi de l'efficacité et évaluation du zonage :

- **L'efficacité et les impacts du zonage ainsi que les aides à l'installation depuis leur mise en place ont-ils été mesuré, et si oui, comment ? Pouvez-vous nous transmettre ses résultats ?**

L'ARS a fait la présentation à l'ancienne mandature de la CRSA (en 2021), d'un bilan des contrats et des aides qui ont été octroyées, ainsi qu'un croisement entre les installations et les départs par profession.

L'ARS a constaté des dynamiques d'installation dans les zones les plus fragilisées, notamment dans les zones ZIP, ce qui a permis de conforter l'offre. Ce bilan doit être actualisé.

Le suivi est bien mesuré. Si le contrat ne va pas au bout des 5 ans (8 cas sur 159) le médecin doit rembourser l'aide.

- **Combien de professionnels ont bénéficié des incitations financières ?**

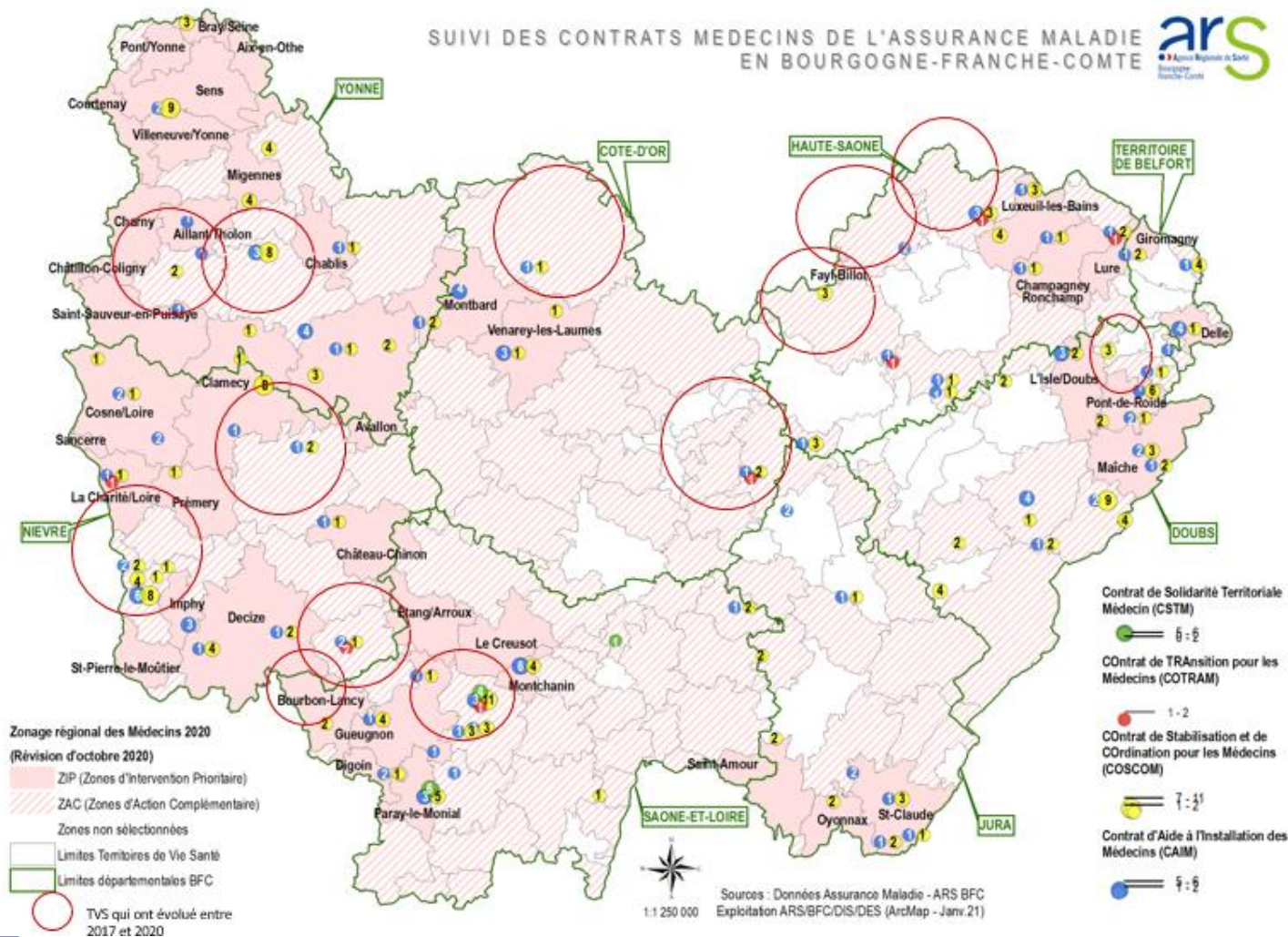
Cf. diaporama présenté en CRSA et mis en ligne.



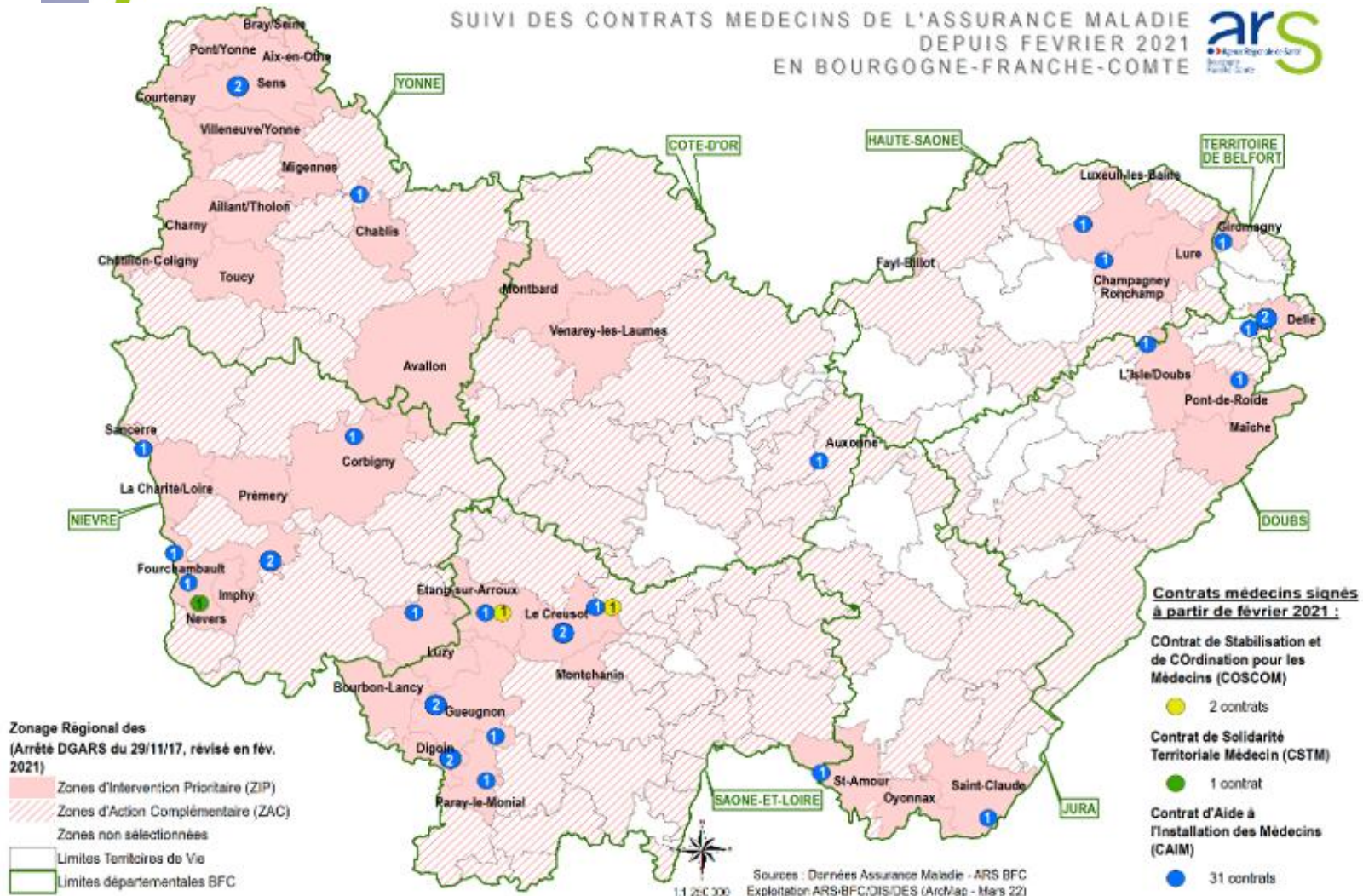
SUIVI DES CONTRATS MEDECINS DE L'ASSURANCE MALADIE
EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



**Pour rappel –
CRSA
25/01/2022**



SUIVI DES CONTRATS MEDECINS DE L'ASSURANCE MALADIE
DEPUIS FEVRIER 2021
EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



Nombre de contrats démographiques signés sur la région BFC (au 06/04/2022)

Sages-femmes (dernière révision du zonage en août 2020 = nouveaux contrats incitatifs depuis)

- 11 contrats Aide à la 1ère installation
- 2 contrats d'Aide à l'installation
- 15 contrats d'aide au maintien

Orthophonistes (dernière révision du zonage en juillet 2018 = nouveaux contrats incitatifs depuis)

- 18 contrats d'aide à la 1ère installation
- 16 contrats d'aide à l'installation
- 49 contrats d'aide au maintien

Masseurs Kinés (dernière révision du zonage en décembre 2018= nouveaux contrats incitatifs depuis)

- 64 contrats d'aide à la création de cabinet
- 72 contrats d'aide à l'installation
- 49 contrats d'aide au maintien

Infirmiers (dernière révision du zonage en mai 2021 = nouveaux contrats incitatifs depuis cette date)

- 10 contrats d'aide à la 1ère installation
- 1 contrat d'aide à l'installation
- 24 contrats d'aide au maintien

Chirurgiens-dentistes (depuis octobre 2019, publication des arrêtés-types sur aides conventionnelles)

- 12 contrats d'aide à l'installation
- 23 contrats d'aide au maintien

Médecins (Depuis 2017)

- 156 contrats d'aide à l'installation médecin
- 229 contrats de stabilisation et de coordination médecin
- 10 contrats de transition médecin
- 14 contrats de solidarité territoriale médecin

● **Quel est le nombre d'installations pérennes recensées ?**

Les contrats d'aide à l'installation conventionnelle obligent le professionnel à s'engager pour une durée de 5 ans. Ce contrat est non reconductible et dans l'hypothèse où le professionnel se désengagerait avant le terme, il doit rembourser.



Révision du zonage :

- **Quelle est la temporalité de la révision du zonage ?**

Conformément à l'article R. 1434-43 du code de la santé publique, le directeur général d'ARS doit réviser son zonage au moins tous les 3 ans dans les conditions prévues à l'article R. 1434-42 du même code (Concertation URPS et consultation CRSA).

La foire aux questions nationale précise : **L'objectif d'une révision triennale de l'arrêté régional est de garantir un zonage reflétant la réalité de la situation des territoires** et permet de concilier deux objectifs :

- répondre à un déficit d'offre de soins qui devient problématique à moyen terme ou long terme ;
- donner de la lisibilité et de la stabilité aux praticiens en recherche d'un lieu d'installation.

L'arrêté **Méthodologie du zonage médecin de 2021** précise : « Les arrêtés des DGARS 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 médecin peuvent être modifiés en tant que besoin ». Ce nouvel arrêté national permet de classer plus de population en ZIP.

Pour rappel l'ARS BFC a déjà révisé le zonage 7 fois depuis 2017 pour accompagner des projets d'installation et des dynamiques territoriales.

- **Des mesures supplémentaires sont-elles prévues à l'avenir pour agir sur le problème des « déserts médicaux » ?**

L'ARS doit être en capacité d'imbriquer tous les dispositifs qui existent, comme la mise en place des protocoles de coopération, les dispositifs nouveaux de coopération comme les CPTS pour faire le lien avec les acteurs de proximité, les dispositifs innovants, ou encore la formation des professionnels.

