

Fiche de présentation

Projet d'arrêté relatif à la méthodologie applicable à la profession de masseur-kinésithérapeute pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique

Le 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique (CSP), issu de l'article 158 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, prévoit que les directeurs généraux d'agence régionale de santé déterminent par arrêté, pour chaque profession de santé concernée, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins où sont allouées les aides à l'installation ou au maintien. Le décret n° 2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination de ces zones prévoit qu'un arrêté ministériel fixe, pour chaque profession concernée, la méthodologie permettant la détermination de ces zones. Tel est l'objet du présent arrêté pour la profession de masseur-kinésithérapeute (MK)¹.

- **Une méthodologie issue des dernières négociations conventionnelles avec les MK**

Le projet d'arrêté abroge la précédente méthodologie applicable aux MK² et transpose l'avenant n°5 du 6 novembre 2017, auquel l'UNCAM et l'Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont abouti et qui a été approuvé par la Ministre chargée de la Santé.

Le projet d'arrêté ne reprend de l'avenant n°5 que les dispositions relatives aux zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et les dispositions relatives aux zones intermédiaires. En effet, en application de l'article L.1434-4 du CSP³, la méthodologie permettant de définir les zones caractérisées par une offre de soins en MK particulièrement élevée (2° de l'article L. 1434-4 du CSP) n'entre pas dans le champ de l'arrêté ministériel et relève du champ conventionnel national. Les DG ARS devront en tenir compte dans leur arrêté et ainsi définir à la fois les zones sous-denses et les zones sur-denses.

- **Présentation de la méthodologie proposée pour les zones dites sous-denses**

La maille applicable pour le découpage des zones est celle du bassin de vie ou du canton-ou-ville (appelés également pseudo-cantons) pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants.

L'indicateur utilisé est l'indicateur d'**accessibilité potentielle localisée** (APL). Développé par la DREES, l'indicateur APL est calculé au niveau du bassin de vie ou canton-ou-ville. Il correspond à la moyenne, pondérée par la population de chaque commune, des indicateurs APL des communes composant le bassin de vie ou canton-ou-ville.

Classement des zones : les bassins de vie ou cantons-ou-villes sont classés par ordre croissant de leur niveau APL ; chaque catégorie de zone doit ensuite représenter une certaine part de population. A partir du classement des bassins de vie/cantons-ou-villes en fonction de la population, il est ainsi possible de définir les différents seuils d'APL bornant chaque catégorie de zone.

¹ L'arrêté ministériel fixant la méthodologie pour les médecins a été publié au JO le 15 novembre 2017 et le 5 juin 2018 pour les orthophonistes. Les travaux sont en cours pour définir la méthodologie de détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP pour les sages-femmes, les infirmiers et les chirurgiens-dentistes.

² Article 5 et annexe III de l'arrêté du 21 décembre 2011 modifié relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

³ Art. L1434-4 : « Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés :

1° Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ;

2° Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles les conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement. Elles sont arrêtées dans le respect de la méthodologie déterminée dans ces conventions (...) ».

- **La délimitation des zones et les aides applicables dans les zones dites sous-denses**

Les zones caractérisées par une offre de soins en MK insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du CSP, sont divisées en deux catégories :

- **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 (fonds d'intervention régional -FIR-)

Les zones suivantes sont classées en **zones intermédiaires** et sont prises en compte dans le projet d'arrêté. Ces zones peuvent faire l'objet de mesures d'accompagnement non liées au critère de fragilité d'une zone.

Au niveau national, les parts de population et les seuils d'APL de chaque catégorie de zone sont présentés dans le tableau ci-après. Leur déclinaison régionale est précisée, pour chaque région, en annexe du projet d'arrêté.

A noter que le territoire de Mayotte n'était pas pris en compte dans la méthodologie proposée par les partenaires conventionnels dans l'avenant n°5 à la convention nationale des MK en raison de l'absence de données précises sur la population et le découpage géographique, alors qu'il était bien couvert par la précédente méthodologie de 2011. Afin d'être cohérent avec la méthodologie pour le zonage des médecins, Mayotte a donc été intégré dans le projet d'arrêté en accord avec la CNAM⁴. Comme en 2011, il est classé en zones très sous dotées. Cet ajout ne modifie pas l'impact financier au regard de la précédente méthodologie.

Cet ajout modifie très légèrement les calculs initiaux de la CNAM concernant les totaux de population de chaque catégorie de zone (très sous dotées, intermédiaires...) pour la France entière, sans impact sur la répartition de ces parts entre les régions (seul Mayotte est ajouté en plus). Les chiffrages actualisés transmis par les services de la CNAM, et figurant en annexe de l'arrêté, sont les suivants :

France Entière	Part de pop. sans Mayotte	Part de pop. avec Mayotte	Seuil d'APL maximum
Zone très sous dotée	6,5%	6,8%	43,8
Zone sous dotée	6,0%	6,0%	51,8
Zone intermédiaire	65,3%	65,1%	126,4

Les zones très sous dotées et sous dotées dans lesquelles les nouvelles mesures incitatives s'appliquent représentent environ 12,5% de la population et 23% des zones (environ 3 625 MK y exercent).

Les ARS bénéficient également d'une marge d'**adaptation régionale** pour modifier le classement en zones sous dotées et intermédiaires (une marge d'échange entre zones).

Tout en restant fidèle à la méthodologie utilisée jusqu'alors, la nouvelle méthodologie répond aux caractéristiques actuelles de la démographie des MK (paramètres actualisés et modernisés). A ce titre, un tableau comparant la précédente méthodologie et celle prévue dans le projet d'arrêté est proposé en annexe. L'objectif poursuivi est de réduire les disparités géographiques qui demeurent en maintenant tout en renforçant les dispositifs incitatifs prévus par la convention des MK.

⁴ Le même cas de figure s'est présenté pour l'arrêté relatif la méthodologie pour les orthophonistes : les données de population relatives à Mayotte ont également été ajoutées dans l'arrêté.

Tableau comparatif des méthodologies zonage applicables aux masseurs-kinésithérapeutes (MK)

Le tableau ci-après propose de comparer :

- la méthodologie définie à l'article 5 et annexe III l'arrêté du 21 décembre 2011 modifié ;
- la méthodologie proposée dans l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes.

⇒ A noter que **le projet d'arrêté ne reprend de l'avenant n°5 que les dispositions relatives aux zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins** prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique (conformément au II de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique), **ainsi que les dispositions relatives aux zones intermédiaires.**

Méthodologie de classification des zones		
	Arrêté du 21 décembre 2011 modifié	Avenant n°5 à la convention nationale des MK
Maille territoriale	Le découpage des zones est défini par référence à une unité territoriale à l'échelle du bassin de vie (plus petit territoire INSEE officiel sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services de la vie courante), à l'exception des unités urbaines de plus de 30 000 habitants, où le découpage correspond aux cantons-ou-villes (appelés également pseudo-cantons) .	
Indicateur et variables utilisés	<p>Une densité pondérée, calculée en rapportant par bassin de vie/pseudo-canton le nombre de MK libéraux et la population du bassin de vie/pseudo-canton :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre de MK est exprimé en ETP ; - le temps passé par les MK dans les déplacements est converti en ETP ; - la population est standardisée par âge <p><u>Variables utilisées</u> dans le calcul de la densité pondérée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre de MK en ETP ; - prise en compte du temps passé en déplacement ; - la population résidente standardisée par l'âge ; - l'âge des MK ; - le nombre d'actes par patient. 	<p>L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), utilisé également pour le zonage médecin (cf. arrêté du 13 novembre 2017). Cet indicateur est calculé au niveau du bassin de vie ou canton-ou-ville. Il correspond à la moyenne, pondérée par la population de chaque commune, des indicateurs APL des communes composant le bassin de vie ou canton-ou-ville. Chaque bassin de vie ou canton-ou-ville est ensuite classé en fonction de son indicateur d'APL.</p> <p><u>Variables utilisées</u> dans le calcul de l'APL :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre de MK en ETP (activité et âge des médecins pris en compte) ; - la population résidente par commune standardisée par l'âge ; - les distances entre communes. <p>La méthodologie APL a l'avantage, par rapport aux méthodologies classiques de densité standardisée, de prendre en compte, pour une commune donnée, l'offre et de la demande issue des communes environnantes.</p> <p>A noter que les <u>données APL seront actualisées annuellement</u> par la DREES ; sur cette base, les Directeurs généraux d'ARS pourront modifier leur arrêté en tant que de besoin.</p>

**Classification
des
bassins de vie
/
Cantons-ou-
villes**

Le niveau de dotation des bassins de vie/pseudo-cantons a été déterminé en deux étapes. Après avoir classé les bassins de vie/pseudo-cantons en fonction de la densité calculée par rapport à l'offre de soins et le besoin en soins de masso-kinésithérapie, un ajustement de ce classement a été réalisé pour tenir compte des particularités locales d'activité :

1) Calcul de la densité pondérée :

Après calcul de la densité pondérée, les bassins de vie/pseudo-cantons qui ont au moins un MK sont classés une première fois, selon leur niveau de densité pondérée, en cinq niveaux de dotation en fonction des 11,2e, 17,2e, 87,2e et 93,2e percentiles de la distribution des densités de France métropolitaine.

Les niveaux de dotation des DOM sont calculés en fonction des niveaux de densités pondérées issues des percentiles de France métropolitaine et sont appliqués au niveau des codes communes INSEE. Les zones n'ayant aucun MK sont classées en niveau de dotation intermédiaire.

2) Ajustement du classement pour tenir compte de conditions particulières :

- prise en compte de l'âge des MK. Les bassins de vie/pseudo-cantons classés zones sous dotées sont requalifiés en zones très sous dotées, lorsque la part des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de 58 ans ou plus est supérieure à 50 % pour tenir compte de l'effet du départ à la retraite de ces professionnels dans les cinq ans suivant le classement de la zone ;
- prise en compte du nombre d'actes par patient. Les bassins de vie/pseudo-cantons classés en zones très dotées sont requalifiés en zones sur dotées, lorsque le bassin de vie/pseudo-canton fait partie des 10 % des bassins de vie/pseudo-cantons dans lesquels on observe le plus grand nombre moyen d'actes par patient.

En fonction de leur niveau d'APL, les bassins de vie ou cantons-ou-villes sont classés en différentes catégories de zone, chacune représentant une certaine part de population couverte (le classement des bassins de vie/cantons-ou-villes en fonction de la population permet de définir les différents seuils d'APL bornant chaque classe).

France Entière	Part de pop. (avec Mayotte)	Seuil d'APL maximum
Zones très sous dotées	6,8%	43,8
Zones sous dotées	6,0%	51,8
Zones intermédiaires	65,1%	126,4
Zones très dotées	9,8%	147,5
Zones sur dotées	12,4%	310,4

Comparaison en pourcentage de zones	France Entière		Total en pourcentage de zone	
	Zones très sous dotées		11%	
	Zones sous dotées		6%	
	Zones intermédiaires		70%	
	Zones très dotées		6%	
	Zones sur dotées		7%	

Modulation des zones à l'échelon régional	France Entière		Total en pourcentage de zone	
	Zones très sous dotées		14%	
	Zones sous dotées		9%	
	Zones intermédiaires		63%	
	Zones très dotées		7%	
	Zones sur dotées		7%	

<p>Si les caractéristiques d'une zone tenant 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.</p> <p>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.</p> <p>Enfin, les zones n'ayant aucun MK ont été classées en dotation intermédiaire, le reclassement de certaines d'entre elles, si nécessaire, est également laissé à l'appréciation des ARS.</p> <p>Pour l'application du précédent alinéa, un seuil minimal d'une zone par région est ajouté conformément au tableau ci-dessous.</p> <p>Par dérogation au second alinéa, la marge d'appréciation peut, de manière exceptionnelle et après avis de la commission socioprofessionnelle régionale des masseurs-kinésithérapeutes, être portée jusqu'à 10 %.</p>	<p>Si les caractéristiques d'une zone tenant par exemple à sa géographie ou à ses infrastructures de transports le justifient, les ARS peuvent modifier le classement en zones sous dotées et sur dotées (via un dispositif d'échange entre zones, sous réserve de respecter les parts de population) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avant publication des arrêtés régionaux définissant les zones, si un bassin de vie ou un canton-ou-ville très doté fait partie des zones couvrant les 17,5% de la population française au niveau national pour lesquels l'indicateur d'APL est le plus élevé, il peut être reclassé comme zone sur dotée. La part de la population régionale des zones qualifiées de zones sur dotées devra rester stable. Ainsi le reclassement de bassins de vie ou cantons-ou-villes en zones sur dotées devra engendrer le basculement de bassins de vie ou cantons-ou-villes initialement classés en zone sur dotée vers un classement en zone très dotée. - De même un reclassement des bassins de vie ou cantons-ou-villes en zones sous dotées sera possible pour les bassins de vie ou cantons-ou-villes intermédiaires s'ils font partie des zones qui recouvrent les 17,5% de la population française pour lesquels l'indicateur APL est le plus bas. Les zones très sous dotées en revanche ne sont pas modulables. La part de la population régionale dans les zones qualifiées de zones sous dotées devra rester stable. Ainsi le reclassement de bassins de vie ou cantons-ou-villes en zones sous dotées devra engendrer le basculement de bassins de vie ou cantons-ou-villes initialement classés en zones sous dotées vers un classement en zones intermédiaires.
--	---