

FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ)

sur la méthodologie pour la 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, pour les professions suivantes :

- **orthophoniste (arrêté du 31 mai 2018 et avenant n°16) ;**
- **masseur-kinésithérapeute (arrêté du 24 septembre 2018 et avenant n°5) ;**
- **sage-femme (arrêté du 17 octobre 2019 et avenant n°4) ;**
- **infirmier (arrêté du 10 janvier 2020 et avenant n°6).**

En application des dispositions prévues à l'article L.1434-4 du code de la santé publique 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 directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) et le préfet pour Saint-Pierre-et-Miquelon, des zones prévues aux 1° et au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique (CSP), à savoir les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins (appelées ci-après « **zones sous-denses** ») ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé (appelées ci-après « **zones sur-denses** »).

S'agissant des « zones sous-denses » (1° de l'article L. 1434-4 CSP), le décret n°2017-632 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. **Tel est l'objet de l'arrêté du 31 mai 2018 pour la profession d'orthophoniste, de l'arrêté du 24 septembre 2018 pour la profession de masseur-kinésithérapeute, de l'arrêté du 17 octobre 2019 pour la profession de sage-femme et de l'arrêté du 10 janvier 2020 pour la profession d'infirmier.** A noter que, contrairement aux médecins, pour les professions paramédicales, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes, 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, en l'espèce l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes signé le 18 juillet 2017 par les partenaires conventionnels, l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes signé le 6 novembre 2017, l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes signé le 29 mai 2018 et l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers signé le 29 mars 2019. L'arrêté ministériel n'a donc pas vocation à reprendre cette méthodologie concernant la détermination des zones « sur-denses ».

Tout en restant fidèle aux méthodologies utilisées jusqu'alors, les zonages des orthophonistes, des masseurs-kinésithérapeutes, des sages-femmes et des infirmiers répondent aux caractéristiques actuelles de la démographie de ces professions (paramètres actualisés et modernisés). L'objectif est de poursuivre la réduction progressive des disparités géographiques en renforçant les dispositifs incitatifs prévus par les conventions de chaque profession.

Dans ce contexte, la présente foire aux questions (FAQ) vise à aider les ARS dans leur mise en œuvre des zonages (sous-denses et sur-denses) pour la profession d'orthophoniste, masseur-kinésithérapeute, sage-femme et infirmier.

SOMMAIRE

La méthodologie pour le zonage des orthophonistes

- [Quel est le contenu de l'arrêté du 31 mai 2018 et de l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes ?](#)
- [L'arrêté du 31 mai 2018 et l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes sont-ils complémentaires ?](#)
- [Quelle est la méthodologie proposée dans l'arrêté du 31 mai 2018 et dans l'avenant n°16 ?](#)
- [Quelles sont les zones et les aides applicables ?](#)

La méthodologie pour le zonage des masseurs-kinésithérapeutes

- [Quel est le contenu de l'arrêté du 24 septembre 2018 et de l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes ?](#)
- [L'arrêté du 24 septembre 2018 et l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes sont-ils complémentaires ?](#)
- [Quelle est la méthodologie proposée dans l'arrêté du 24 septembre 2018 et dans l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes ?](#)
- [Quelles sont les zones et les aides applicables ?](#)

La méthodologie pour le zonage des sages-femmes

- [Quel est le contenu de l'arrêté du 17 octobre 2019 et de l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes ?](#)
- [L'arrêté du 17 octobre 2019 et l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes sont-ils complémentaires ?](#)
- [Quelle est la méthodologie proposée dans l'arrêté du 17 octobre 2019 et dans l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes ?](#)
- [Quelles sont les zones et les aides applicables ?](#)

La méthodologie pour le zonage des infirmiers

- [Quel est le contenu de l'arrêté du 10 janvier 2020 et de l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers ?](#)
- [L'arrêté du 10 janvier 2020 et l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers sont-ils complémentaires ?](#)
- [Quelle est la méthodologie proposée dans l'arrêté du 10 janvier 2020 et dans l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers ?](#)
- [Quelles sont les zones et les aides applicables ?](#)

Les dispositions communes aux zonages des orthophonistes, des masseurs-kinésithérapeutes, des sages-femmes et des infirmiers

- [Comment sont constitués les bassins de vie et les cantons-ou-villes ?](#)
- [Comment gérer la gestion des fusions de communes situées sur des bassins de vie/cantons-ou-villes distincts ?](#)
- [Comment comptabiliser la part de population et qualifier un bassin de vie/canton-ou-ville \(contiguë ou non-contiguë\) situé sur plusieurs régions administratives ?](#)
 - [Principe général](#)
 - [Préconisation pour les ARS qui sont « région d'attribution » du BVCV](#)
 - [Préconisations pour les ARS qui ne sont pas « région d'attribution » du BVCV et qui sont prêtes à publier leur zonage avant la région d'attribution du BVCV](#)
 - [Préconisations pour les ARS qui ne sont pas « région d'attribution » du BVCV et qui publient leur zonage après la région d'attribution du BVCV](#)
- [Comment mettre en œuvre l'adaptation régionale ?](#)

- [Les zones dites « sur denses » doivent-elles être prises en compte dans l'arrêté « zonage » du directeur général de l'ARS ?](#)
- [Quelles sont les concertations à mener avant publication de l'arrêté « zonage » par le directeur régional de l'ARS ?](#)
- [Quelles sont les informations à connaître sur les nouveaux contrats incitatifs ?](#)
- [Quelles sont les modalités de suivi des nouveaux zonages par les ARS ?](#)
- [Les ARS doivent-elles réaliser un suivi des aides allouées aux orthophonistes/masseurs-kinésithérapeutes/sages-femmes/infirmiers par les collectivités territoriales ?](#)

➤ **CONTACTS**

La méthodologie pour le zonage des orthophonistes : l'arrêté du 31 mai 2018 et l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes

- **Quel est le contenu de l'arrêté du 31 mai 2018 et de l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes ?**

L'arrêté du 31 mai 2018 vient abroger la précédente méthodologie applicable aux orthophonistes prévue à l'article 7 et à l'annexe V 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 CSP¹.

L'arrêté du 31 mai 2018 définit également la méthodologie applicable à la profession d'orthophoniste pour la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, zones dites « sous denses », prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP.

Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins en orthophonistes est particulièrement élevé, zones dites « sur-denses », prévues au 2° de l'article L. 1434-4 du CSP, n'entrent pas dans le champ de l'arrêté du 31 mai 2018 mais sont définies dans l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes (article 3 et annexe 2 de l'avenant).

A noter que l'arrêté « zonage » du directeur général de l'ARS doit définir non seulement les zones « sous-denses » (dans le respect de la méthodologie fixée par l'arrêté ministériel) mais également les zones « sur-denses » (dans le respect des dispositions fixées dans l'avenant conventionnel).

- **L'arrêté du 31 mai 2018 et l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes sont-ils complémentaires ?**

L'arrêté du 31 mai 2018 et l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes sont complémentaires : l'arrêté du 31 mai 2018 transpose en effet le dispositif du zonage contenu dans l'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes pour ce qui concerne les zones « sous-denses » et mentionne le cas des zones « intermédiaires² », alors que l'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes définit en plus la méthodologie de détermination des zones « sur-denses ».

La méthodologie utilisée pour définir les zones « sous-denses » et les zones « sur-denses » est donc la même (indicateur et maille géographique).

- **Quelle est la méthodologie proposée dans l'arrêté du 31 mai 2018 et dans l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes ?**

La maille applicable pour le découpage des zones est celle du bassin de vie (découpage INSEE, année 2012) ou du canton-ou-ville (appelé également pseudo-canton) pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants (découpage INSEE année 2015).

L'indicateur utilisé est celui de la densité pondérée et standardisée, calculée en rapportant par bassin de vie ou canton-ou-ville le nombre d'orthophonistes libéraux, en prenant en compte le niveau d'activité, à la population standardisée du bassin de vie ou du canton-ou-ville.

Classement des zones : les bassins de vie ou cantons-ou-villes sont classés par ordre croissant de leur indicateur de densité pondérée et standardisée ; chaque catégorie de zone doit ensuite représenter

¹ Article du code de la santé publique relatif au zonage avant la LMSS.

² La mention des zones intermédiaires dans l'arrêté ministériel du 31 mai 2018 était nécessaire car elles sont intégrées au dispositif de reclassement des bassins de vie ou cantons-ou-villes (BVCV) sans orthophoniste (cf. point 4.1 du IV de l'annexe de l'arrêté).

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 de l'indicateur bornant chaque catégorie de zone.

- **Quelles sont les zones et les aides applicables ?**

Les zones caractérisées par une offre de soins en orthophoniste 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 (cf. l'arrêté du 31 mai 2018). Cette gradation les rend éligibles à des aides différentes :

- **les zones très sous dotées** : éligibles aux aides conventionnelles (notamment aux 4 nouveaux contrats définis dans l'avenant 16), 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.

Les zones suivantes sont classées en **zones intermédiaires** et sont prises en compte dans l'arrêté du 31 mai 2018. Ces zones peuvent faire l'objet de mesures d'accompagnement non liées au critère de fragilité d'une zone.

Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du CSP, sont également divisées en deux catégories (cf. avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes) :

- **les zones sur dotées** ;
- **les zones très dotées** (zones où l'offre de soins est inférieure à celle des zones « sur dotées »).

Au niveau national, les parts de population et les seuils de densité relatifs aux zones couvertes dans l'arrêté sont présentés dans le tableau ci-après. Leur déclinaison régionale est précisée, pour chaque région, en annexe de l'arrêté.

Zones	Part de la population française totale	Densité maximale (rapport entre le nombre d'orthophonistes, exprimé en ETP, et la population résidente standardisée par âge)
zones très sous dotées	12,8%	11,5
zones sous dotées	9%	16,0
zones intermédiaires	55,7%	41,5
zones très dotées	10,1%	49,3
zones sur dotées	12,3%	311,7

Exemple : 12,8% de la population française totale réside dans une zone très sous dotée. La densité maximale est de 11,5 ETP pour les habitants de ces zones.

Les ARS bénéficient également d'une marge d'**adaptation régionale** pour modifier le classement en zones très sous dotées (une marge d'échange entre zones) et en zones sur-dotées. Les bassins de vie/cantons-ou-villes qui appartiennent à la zone d'échange sont indiqués, pour chaque région, dans le tableau « découpage des BVCV et des communes » transmis par courriel aux ARS³.

³ Dans le fichier, pour les zones d'échange : 0=NON, 1=OUI (c'est une zone échangeable)

La méthodologie pour le zonage des masseurs-kinésithérapeutes : l'arrêté du 24 septembre 2018 et l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes

- **Quel est le contenu de l'arrêté du 24 septembre 2018 et de l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes ?**

L'arrêté abroge la précédente méthodologie applicable aux masseurs-kinésithérapeutes prévue à l'article 5 et à l'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 CSP⁴.

Cet arrêté définit la méthodologie applicable à la profession de masseur-kinésithérapeutes pour la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, zones dites « sous denses », prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP.

Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins en masseur-kinésithérapeute est particulièrement élevé, zones dites « sur-denses », prévues au 2° de l'article L. 1434-4 du CSP, n'entrent pas dans le champ de l'arrêté du 24 septembre 2018 mais sont définies dans l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes.

A noter que l'arrêté « zonage » du directeur général d'ARS doit définir à la fois les zones « sous-denses » (dans le respect de la méthodologie fixée par l'arrêté ministériel) et les zones « sur-denses » (dans le respect des dispositions fixées dans l'avenant conventionnel).

- **L'arrêté du 24 septembre 2018 et l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes sont-ils complémentaires ?**

L'arrêté du 24 septembre et l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes sont complémentaires : l'arrêté du 24 septembre 2018 transpose en effet le dispositif du zonage contenu dans l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes pour ce qui concerne les zones « sous-denses » et mentionne les zones « intermédiaires⁵ », alors que l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes définit en plus la méthodologie de détermination des zones « sur-denses ».

La méthodologie utilisée pour définir les zones « sous-denses » et les zones « sur-denses » est donc la même (indicateur et maille géographique).

- **Quelle est la méthodologie proposée dans l'arrêté du 24 septembre 2018 et dans l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes ?**

La maille applicable pour le découpage des zones est celle du bassin de vie (découpage INSEE 2012) ou du canton-ou-ville (appelé également pseudo-cantons) pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants (découpage INSEE, année 2016).

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 prend en compte le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en fonction de leur niveau d'activité et de la population standardisée par âge en fonction de la demande en soins de masseurs-kinésithérapeutes. 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.

⁴ Article du code de la santé publique relatif au zonage avant la LMSS.

⁵ La mention des zones intermédiaires dans l'arrêté ministériel du 24 septembre 2018 était nécessaire car elles sont intégrées au dispositif de l'adaptation régionale prévu au point V de l'annexe de l'arrêté.

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.

- **Quelles sont les zones et les aides applicables ?**

Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de masseur-kinésithérapeute, au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du CSP, sont divisées en deux catégories (cf. arrêté du 24 septembre 2018) :

- **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 l'arrêté du 24 septembre 2018. Ces zones peuvent faire l'objet de mesures d'accompagnement non liées au critère de fragilité d'une zone.

Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du CSP, sont également divisées en deux catégories (cf. avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes) :

- **les zones sur dotées** ;
- **les zones très dotées** (zones où l'offre de soins est inférieure à celle des zones « sur dotées »).

A noter que seules les zones considérées comme sur dotées sont régulées au niveau du conventionnement.

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 de l'arrêté ministériel.

Zones	Part de population totale française	Seuil d'APL maximum
Zone très sous dotée	6,8%	43,8
Zone sous dotée	6,0%	51,8
Zone intermédiaire	65,1%	126,4
Zone très dotée	9,8%	147,5
Zone sur dotée	12,4%	310,4

Les ARS bénéficient également d'une marge d'**adaptation régionale** pour modifier le classement entre zones sous dotées et intermédiaires et entre zones sur-dotées et très dotées (une marge d'échange entre zones). Les bassins de vie/cantons-ou-villes qui appartiennent à la zone d'échange sont indiqués, pour chaque région, dans le tableau « découpage des BVCV et des communes » transmis par courriel aux ARS⁶.

⁶ Dans le fichier, pour les zones d'échange : 0=NON, 1=OUI (c'est une zone échangeable)

La méthodologie pour le zonage des sages-femmes : l'arrêté du 17 octobre 2019 et l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes

- **Quel est le contenu de l'arrêté du 17 octobre 2019 et de l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes**

L'arrêté abroge la précédente méthodologie applicable aux sages-femmes prévue à l'article 6 et à l'annexe IV 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 CSP⁷.

Cet arrêté définit la méthodologie applicable à la profession de sage-femme pour la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, zones dites « sous denses », prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP.

Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins en sage-femme est particulièrement élevé, zones dites « sur-denses », prévues au 2° de l'article L. 1434-4 du CSP, n'entrent pas dans le champ de l'arrêté du 17 octobre 2019 mais sont définies dans l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes.

A noter que l'arrêté « zonage » du directeur général d'ARS doit définir à la fois les zones « sous-denses » (dans le respect de la méthodologie fixée par l'arrêté ministériel) et les zones « sur-denses » (dans le respect des dispositions fixées dans l'avenant conventionnel).

- **L'arrêté du 17 octobre 2019 et l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes sont-ils complémentaires ?**

L'arrêté du 17 octobre 2019 et l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes sont complémentaires : l'arrêté du 17 octobre 2019 transpose en effet le dispositif du zonage contenu dans l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes pour ce qui concerne les zones « sous-denses » et mentionne les zones « intermédiaires », alors que l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes définit en plus la méthodologie de détermination des zones « sur-denses ».

La méthodologie utilisée pour définir les zones « sous-denses » et les zones « sur-denses » est donc la même (indicateur et maille géographique).

- **Quelle est la méthodologie proposée dans l'arrêté du 17 octobre 2019 et dans l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes ?**

La maille applicable pour le découpage des zones est celle du bassin de vie (INSEE, année 2012, géographie 2017) ou du canton-ou-ville (appelé également pseudo-canton) pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants (INSEE, année 2017).

L'indicateur utilisé est l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). Développé par la DREES, il 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.

⁷ Article du code de la santé publique relatif au zonage avant la LMSS.

- **Quelles sont les zones et les aides applicables ?**

Les zones caractérisées par une offre de soins en sage-femme 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 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-).

Les zones suivantes sont classées en **zones intermédiaires** et sont prises en compte dans l'arrêté du 17 octobre 2019. Ces zones peuvent faire l'objet de mesures d'accompagnement non liées au critère de fragilité d'une zone.

Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du CSP, sont également divisées en deux catégories (cf. avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes) :

- **les zones sur dotées ;**
- **les zones très dotées** (zones où l'offre de soins est inférieure à celle des zones « sur dotées »).

A noter que seules les zones considérées comme sur dotées sont régulées au niveau du conventionnement.

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 de l'arrêté ministériel.

France entière	Part de pop. féminine (total France entière)	Seuil d'APL maximum
Zones très sous dotées	7,7%	7,1
Zones sous dotées	10,2%	9,8
Zones intermédiaires	60,4%	20,3
Zones très dotées	9,3%	23,6
Zones sur dotées	12,4%	51,1

Les ARS bénéficient également d'une marge d'**adaptation régionale** pour modifier le classement entre zones sous dotées et intermédiaires et entre zones sur-dotées et très dotées (une marge d'échange entre zones). Les zones très sous dotées ne sont pas modulables pas les ARS.

Les bassins de vie/cantons-ou-villes qui appartiennent à la zone d'échange sont indiqués, pour chaque région, dans le fichier Excel « *Données zonage SF et remontées informations* » disponible pour chaque ARS sous le SharePoint du plan d'accès aux soins dans le dossier « *Mobilisation des ARS* » puis « *Remontées informations régionales* »⁸.

⁸ Dans le fichier, pour les zones d'échange : 0=NON, 1=OUI (c'est une zone échangeable)

La méthodologie pour le zonage des infirmiers : l'arrêté du 10 janvier 2020 et l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers

- **Quel est le contenu de l'arrêté du 10 janvier 2020 et de l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers ?**

L'arrêté abroge la précédente méthodologie applicable aux infirmiers prévue à l'article 4 et à l'annexe II 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 CSP⁹.

Cet arrêté définit la méthodologie applicable à la profession d'infirmier pour la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, zones dites « sous denses », prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP.

Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins en infirmier est particulièrement élevé, zones dites « sur-denses », prévues au 2° de l'article L. 1434-4 du CSP, n'entrent pas dans le champ de l'arrêté du 10 janvier 2020 mais sont définies dans l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers.

A noter que l'arrêté « zonage » du directeur général d'ARS doit définir à la fois les zones « sous-denses » (dans le respect de la méthodologie fixée par l'arrêté ministériel) et les zones « sur-denses » (dans le respect des dispositions fixées dans l'avenant conventionnel).

- **L'arrêté du 10 janvier 2020 et l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers sont-ils complémentaires ?**

L'arrêté du 10 janvier 2020 et l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers sont complémentaires : l'arrêté du 10 janvier 2020 transpose en effet le dispositif du zonage contenu dans l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers pour ce qui concerne les zones « sous-denses » et mentionne les zones « intermédiaires », alors que l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers définit en plus la méthodologie de détermination des zones « sur-denses ».

La méthodologie utilisée pour définir les zones « sous-denses » et les zones « sur-denses » est donc la même (indicateur et maille géographique).

- **Quelle est la méthodologie proposée dans l'arrêté du 10 janvier 2020 et dans l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers ?**

La maille applicable pour le découpage des zones est celle du bassin de vie ou du canton-ou-ville (appelé également pseudo-canton) 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, il est calculé au niveau du bassin de vie ou canton-ou-ville. Il correspond à la moyenne, pondérée par la population standardisée 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.

⁹ Article du code de la santé publique relatif au zonage avant la LMSS.

- **Quelles sont les zones et les aides applicables ?**

Les zones caractérisées par une offre de soins en infirmier 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** : éligibles aux aides conventionnelles, c'est-à-dire aux contrats incitatifs définis dans l'avenant n°6, 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-).

Les zones suivantes sont classées en **zones intermédiaires** et sont prises en compte dans l'arrêté du 10 janvier 2020. Ces zones peuvent faire l'objet de mesures d'accompagnement non liées au critère de fragilité d'une zone.

Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du CSP, sont également divisées en deux catégories (cf. avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers) :

- **les zones sur dotées** ;
- **les zones très dotées** (zones où l'offre de soins est inférieure à celle des zones « sur dotées »).

A noter que l'avenant n°6 prévoit pour la profession d'infirmier un dispositif de régulation du conventionnement dans les zones sur dotées ainsi qu'un dispositif d'encadrement de l'activité libérale des infirmiers dans les zones très dotées et intermédiaires situées en périphérie des zones sur dotées (dont la liste est établie par la commission paritaire régionale).

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 de l'arrêté ministériel.

France entière	Part de population	Seuil d'APL maximum
Zones très sous dotées	5,3%	58,8
Zones sous dotées	9,4%	73,1
Zones intermédiaires	36,6%	121,3
Zones très dotées	20,4%	171,5
Zones sur dotées	28,3%	696,6

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

Les bassins de vie/cantons-ou-villes qui appartiennent à la zone d'échange sont indiqués, pour chaque région, dans le fichier Excel « *zonage IDEL APL 2017-ARS_***_17oct19* » disponible pour chaque ARS sous le SharePoint du plan d'accès aux soins dans le dossier « *Mobilisation des ARS* » puis « *Remontées informations régionales* »¹⁰.

¹⁰ Dans le fichier, pour les zones d'échange : 0=NON, 1=OUI (c'est une zone échangeable)

Les dispositions communes aux zonages des orthophonistes, des masseurs-kinésithérapeutes, des sages-femmes et des infirmiers

• Comment sont constitués les bassins de vie et les cantons-ou-villes ?

Le bassin de vie et le canton-ou-ville sont deux mailles INSEE distinctes. Ainsi, une commune possède à la fois un classement en bassin de vie et un classement en canton-ou-ville.

Toutefois, dans le zonage des orthophonistes, des masseurs-kinésithérapeutes, des sages-femmes et des infirmiers, dont la maille est le bassin de vie ou canton-ou-ville (appelés également pseudo-cantons) -BVCV-, une commune ne peut avoir qu'un seul classement : soit au sein d'un bassin de vie, soit au sein d'un canton-ou-ville.

Ainsi, lorsqu'une commune appartient à un bassin de vie dont le pôle est une unité urbaine de plus de 30 000 habitants, alors la commune est classée avec le numéro du canton-ou-ville de la commune issu du découpage géographique des communes de l'INSEE.

Quelle que soit sa spécificité (BVCV contiguë ou non-contiguë), la maille des BVCV doit être respectée.

• Comment gérer la gestion des fusions de communes situées sur des bassins de vie/cantons-ou-villes distincts ?

Lorsque les communes qui fusionnent appartiennent à des bassins de vie/cantons-ou-ville distincts, la commune nouvelle est rattachée au bassin de vie/canton-ou-ville de la commune dont elle reprend le code commune. Le code commune est déterminé par l'INSEE.

Exemple : la commune A (code commune XXXXA) appartient au BVCV A. La commune A fusionne avec la commune B (code commune XXXXB) qui appartient au BVCV B. Source INSEE, si la commune fusionnée reprend le code commune XXXXA, elle est rattachée au BVCV A. Si la commune fusionnée reprend le code commune B, elle est rattachée au BVCV B.

• Comment comptabiliser la part de population et qualifier un bassin de vie/canton-ou-ville (contiguë ou non-contiguë) situé sur plusieurs régions administratives ?

➤ Principe général

La règle de gestion des bassins de vie/cantons-ou-villes situés sur plusieurs « régions administratives », qu'ils soient contigus ou non-contigus, est la suivante :

- L'ARS qui a le plus de population dans le BVCV est, dans la majorité des cas, en charge du classement du BVCV dans son entièreté. Cette ARS est appelée « région d'attribution du BVCV » ;
- L'ARS qui est la région d'attribution du BVCV prend alors en compte dans sa part de population l'ensemble de la population du BVCV, y compris la population de communes appartenant à la région administrative voisine.

Cette règle de gestion est liée à la maille INSEE utilisée pour le zonage, à savoir le bassin de vie ou le canton-ou-ville. En effet, dans le cadre de cette maille, chaque BVCV est attribué à une région (« la région d'attribution du BVCV»). Pour connaître la région d'attribution du BVCV, il convient de se référer aux deux premiers chiffres du numéro du BVCV : ces deux numéros correspondent au numéro de département d'attribution du BVCV et on peut ainsi connaître la région d'attribution correspondante. Les numéros de chaque BVCV sont disponibles dans les fichiers par région dans lesquels figurent les données régionales (transmis par la DGOS par mail et/ou via le SharePoint du

plan d'accès aux soins dans le dossier « *Mobilisation des ARS* » - « *Remontées informations régionales* »).

Exemple : la commune de Colombier appartient au BVCV de Commentry (BVCV n° 03082). Le 03 correspond au département de l'Allier, donc la région d'attribution du BVCV est Auvergne-Rhône-Alpes.

Dans le cadre d'un BVCV situé sur plusieurs régions administratives, les communes composant le BVCV peuvent donc appartenir à différents départements « administratifs » mais seulement à un seul département et région d'« attribution » du BVCV.

Exemple : la commune de Péronne en Saône-et-Loire (71) appartient au BVCV de Pont-de-Vaux (BVCV n°01305). Le 01 correspond au département de l'Ain, donc la région d'attribution du BVCV est Auvergne-Rhône-Alpes.

A noter que les parts de population dans les différentes catégories de zones, mentionnées dans les arrêtés du 31 mai 2018, du 24 septembre 2018, du 17 octobre 2019 et du 10 janvier 2020, sont calculées par rapport à la population des BVCV, il est donc recommandé aux ARS de respecter cette règle de gestion tout en favorisant la concertation entre ARS voisines.

➤ **Préconisation pour les ARS qui sont « région d'attribution » du BVCV**

Afin que le classement de la zone concernée soit le plus clair possible pour les professionnels de santé, il est recommandé que les ARS « région d'attribution » indiquent dans leur arrêté, à titre d'information, les communes du BVCV appartenant aux régions limitrophes.

➤ **Préconisations pour les ARS qui ne sont pas « région d'attribution » du BVCV et qui sont prêtes à publier leur zonage avant la région d'attribution du BVCV**

Cas n°1 : Si le bassin de vie/canton-ou-ville n'est pas en zone d'échange :

L'ARS qui n'est pas la « région d'attribution » du BVCV et qui est prête à publier son arrêté zonage avant la « région d'attribution » peut classer les communes de sa région conformément au pré-classement de la zone. Ce pré-classement est indiqué dans les fichiers par région (dans lesquels figurent les données régionales) transmis par la DGOS par mail et/ou via le SharePoint du plan d'accès aux soins (dossier « *Mobilisation des ARS* » - « *Remontées informations régionales* »). En effet, puisque la zone n'appartient pas à une zone d'échange, le classement de la zone ne variera pas lorsque la « région d'attribution » publiera son zonage.

Exemple : d'après les données régionales transmises par la DGOS, le BVCV A est pré-classé en zone intermédiaire et il n'appartient pas à une zone d'échange (donc son classement ne peut être modifié). L'ARS qui n'est pas la « région d'attribution » peut dès à présent le classer en zone intermédiaire puisque l'ARS « région d'attribution » devra le classer ultérieurement en zone intermédiaire.

Il est proposé à l'ARS qui n'est pas la « région d'attribution » de citer les communes de sa région appartenant au BVCV et d'indiquer la mention suivante dans son arrêté afin de respecter le principe général de gestion des bassins de vie/cantons-ou-villes situés sur plusieurs régions (voir supra) : « *Il convient de se reporter à l'arrêté de la région XX pour consulter le classement du bassin de vie/canton-ou-ville XX auquel appartiennent les communes précitées. A défaut de publication de l'arrêté zonage de la région XX, ces communes sont classées en zones XX* ».

Ce pré-classement permet également au directeur général d'ARS de mentionner dans son arrêté toutes les communes de sa région sans attendre le classement de la « région d'attribution ».

Cas n°2 : Si le bassin de vie/canton-ou-ville est en zone d'échange :

Pour rappel, lorsqu'une zone est en zone d'échange, son classement final, déterminé par la « région d'attribution », peut varier par rapport au pré-classement de la zone.

Ainsi, il est proposé à l'ARS qui n'est pas la « région d'attribution » du BVCV et qui est prête à publier son arrêté zonage avant la « région d'attribution » qu'elle qualifie temporairement les communes correspondantes de sa région en « zone intermédiaire ».

A cette fin, il est proposé à l'ARS de citer les communes de sa région appartenant au BVCV et d'indiquer la mention suivante dans son arrêté afin de respecter le principe général de gestion des bassins de vie/cantons-ou-villes situés sur plusieurs régions (voir supra) : « *Il convient de se reporter à l'arrêté de la région XX pour consulter le classement du bassin de vie/canton-ou-ville XX auquel appartiennent les communes précitées. A défaut de publication de l'arrêté zonage de la région XX, ces communes sont classées en zone intermédiaire.* ».

Ce procédé permet également au directeur général d'ARS de mentionner dans son arrêté toutes les communes de sa région sans attendre le classement de la « région d'attribution ». Ce procédé n'engage pas les ARS sur des aides conventionnelles ou des aides des collectivités territoriales, mais les professionnels pourront bénéficier temporairement de toutes les autres mesures d'accompagnement, notamment par les ARS (sur la base du FIR par exemple), dans l'attente du classement final de l'ARS « région d'attribution ».

- ⇒ Dès la publication du zonage par l'ARS « région d'attribution », il est recommandé à l'ARS qui n'est pas la « région d'attribution » d'informer les professionnels de santé du classement final de la zone (par exemple *via* les PAPS, les organisations professionnelles).

➤ **Préconisations pour les ARS qui ne sont pas « région d'attribution » du BVCV et qui publient leur zonage après la région d'attribution du BVCV**

Cas n°1 : Si le bassin de vie/canton-ou-ville n'est pas en zone d'échange :

Il est proposé à l'ARS qui n'est pas la « région d'attribution » du BVCV et qui publie après la « région d'attribution » de citer dans son arrêté zonage les communes de sa région ainsi que le classement du BVCV concerné en conformité avec le choix de l'ARS « région d'attribution » (le BVCV n'étant pas en zone d'échange, le classement de la zone ne variera pas).

Cas n°2 : Si le bassin de vie/canton-ou-ville est en zone d'échange :

Il est proposé à l'ARS qui n'est pas la « région d'attribution » du BVCV et qui publie après la « région d'attribution » de citer uniquement dans son arrêté zonage les communes de sa région qui appartiennent au BVCV concerné. Par précaution (notamment en cas de modification ultérieure du zonage par l'ARS « région d'attribution » car la zone est échangeable), il est recommandé de ne pas citer le classement de la zone/des communes en question. Il est également proposé à l'ARS d'indiquer la mention suivante dans son arrêté : « *Il convient de se reporter à l'arrêté de la région XX pour consulter le classement du bassin de vie/canton-ou-ville XX auquel appartiennent ces communes* ».

Ces deux procédés permettent, d'une part, de respecter le principe général de gestion des bassins de vie/cantons-ou-villes situés sur plusieurs régions (voir supra) et, d'autre part, au directeur général d'ARS de mentionner dans son arrêté toutes les communes de sa région.

- **Comment mettre en œuvre l'adaptation régionale ?**

Les adaptations régionales consistent en la possibilité d'échanger :

Pour les orthophonistes (cf. arrêté du 31 mai 2018 et avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes) :

- des zones très sous dotées avec des zones sous dotées : les zones échangeables doivent appartenir aux zones qui recouvrent les 17,5% de la population française pour lesquelles la densité est la plus faible, soit l'ensemble des zones très sous dotées et une partie des zones sous dotées. Après modulation régionale, la part de population régionale dans les zones qualifiées de zones très sous dotées devra rester stable.

- des zones sur dotées avec des zones très dotées : les zones échangeables doivent appartenir aux zones qui recouvrent les 17,4% de la population française pour lesquelles la densité est la plus élevée, soit l'ensemble des zones sur dotée et une partie des zones très dotées. Après modulation régionale, la part de population régionale dans les zones qualifiées de zones sur dotées devra rester stable.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes (arrêté du 24 septembre 2018 et avenant n°5 à convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes) :

- des zones sous dotées et avec des zones intermédiaires : les zones échangeables doivent appartenir aux zones qui recouvrent les 17,5% de la population française pour lesquelles l'indicateur APL est le plus bas, soit l'ensemble des zones sous dotées et une partie des zones intermédiaires. Après modulation régionale, la part de population régionale dans les zones qualifiées de zones sous dotées devra rester stable.
- des zones sur dotées avec des zones très dotées : les zones échangeables doivent appartenir aux zones qui recouvrent les 17,5% de la population française pour lesquelles l'indicateur APL est le plus élevé, soit l'ensemble des zones sur dotées et une partie des zones très dotées. Après modulation régionale, la part de population régionale dans les zones qualifiées de zones sur dotées devra rester stable.

Pour les sages-femmes (arrêté du 17 octobre 2019 et avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes) :

- des zones sous dotées avec des zones intermédiaires : les zones échangeables doivent appartenir aux zones qui recouvrent les 22,9% de la population féminine française pour lesquels l'indicateur APL est le plus bas, soit l'ensemble des zones sous dotées et une partie des zones intermédiaires. Les zones très sous dotées ne sont pas modulables. Après modulation régionale, la part de la population régionale dans les zones qualifiées de zones sous dotées devra rester stable.
- des zones sur dotées avec des zones très dotées : les zones échangeables doivent appartenir aux zones qui recouvrent les 17,5% de la population féminine française pour lesquels l'indicateur APL est le plus élevé, soit l'ensemble des zones sur dotées et une partie des zones très dotées. Après modulation régionale, la part de population régionale dans les zones qualifiées de zones sur dotées devra rester stable.

Pour les infirmiers (arrêté du 10 janvier 2020 et avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers) :

- des zones très sous dotées avec des zones sous dotées : les zones échangeables doivent appartenir aux zones qui recouvrent les 10,3% de la population française pour lesquels l'indicateur APL est le plus bas, soit l'ensemble des zones très sous dotées et une partie des zones sous dotées. Après modulation régionale, la part de la population régionale dans les zones qualifiées de zones très sous dotées devra rester stable.
- des zones sur dotées avec des zones très dotées : les zones échangeables doivent appartenir aux zones qui recouvrent les 33,4% de la population française pour lesquels l'indicateur APL est le plus élevé, soit l'ensemble des zones sur dotées et une partie des zones très dotées. Après modulation régionale, la part de population régionale dans les zones qualifiées de zones sur dotées devra rester stable.

- **Les zones dites « sur denses » doivent-elles être prises en compte dans l'arrêté « zonage » du directeur général de l'ARS ?**

Le directeur général d'ARS doit effectivement déterminer, dans son arrêté « zonage », les zones concernées par une offre de soins particulièrement élevée.

En effet, en application de l'article L.1434-4 du code de la santé publique (CSP), le directeur général de l'ARS détermine, après concertation, par arrêté :

- « Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins » (1° de l'article L. 1434-4 du CSP) : pour ces zones, la méthodologie est définie par arrêté ministériel (cf. l'arrêté du 31 mai 2018 pour la profession d'orthophoniste, l'arrêté du 24 septembre 2018 pour la profession de masseur-kinésithérapeute, l'arrêté du 17 octobre 2019 pour la profession de sage-femme, l'arrêté du 10 janvier 2020 pour la profession d'infirmier) ;
- « Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé » (2° de l'article L. 1434-4 du CSP) : 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 un dispositif démographique, ces zones sont arrêtées dans le respect de la méthodologie déterminée dans ces conventions (cf. avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes, avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes, avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers).

- **Quelles sont les concertations à mener avant publication de l'arrêté « zonage » par le directeur régional de l'ARS ?**

Conformément à l'article R. 1434-42 du code de la santé publique, la publication de l'arrêté du directeur général d'ARS ne peut intervenir qu'après concertation avec les représentants de la profession au sein de l'union régionale des professions de santé et après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Il s'agit de la procédure minimale obligatoire. A la discrétion de l'ARS, il est tout à fait possible et recommandé qu'elle élargisse la concertation à d'autres acteurs.

Pour le classement des BVCV situés sur plusieurs régions administratives, il est recommandé aux ARS de respecter la règle de gestion d'attribution des BVCV (voir question « *Comment comptabiliser la part de population et qualifier un bassin de vie/canton-ou-ville (contiguë ou non-contiguë) situé sur plusieurs régions administratives ?* ») tout en favorisant la concertation entre ARS voisines.

- **Quelles sont les informations à connaître sur les nouveaux contrats incitatifs ?**

- **Date d'entrée en vigueur des nouveaux contrats :**

La publication des nouveaux zonages par les ARS (en application des nouvelles méthodologies prévues par les arrêtés ministériels du 31 mai 2018, du 24 septembre 2018, du 17 octobre 2019 et du 10 janvier 2020) et des contrats-types régionaux (avec ou sans modulations régionales) constitue un prérequis à l'ouverture des adhésions aux nouveaux contrats prévus dans l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes, dans l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, dans l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes et dans l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers.

- **Dispositions transitoires (zonage et contrats applicables) :**

Dans l'attente de la publication du zonage pour la profession d'orthophoniste/masseur-kinésithérapeute/sage-femme/infirmier par le directeur général de l'ARS et de l'ouverture effective des adhésions aux nouveaux contrats prévus dans les avenants conventionnels, l'arrêté pris par le directeur général de l'ARS en application de l'article L.1434-7 du code de la santé publique dans sa version antérieure à la loi de modernisation de notre système de santé reste en vigueur (cf. point I de l'article 4 du décret n°2017-632 du 25 avril 2017).

Sur la base de cet ancien zonage, les professionnels peuvent toujours adhérer aux contrats incitatifs en vigueur (issus des précédents avenants) ou voir renouveler leur adhésion à ces contrats jusqu'à la date d'entrée en vigueur des nouveaux contrats.

A compter de l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, il ne sera plus possible d'adhérer ni de voir renouveler son adhésion aux contrats incitatifs conclus dans le cadre des précédents avenants.

Tableau récapitulatif		
	Dans l'attente de la publication des nouveaux zonages ARS	Dès la publication des nouveaux zonages ARS
Zonage applicable	Anciens zonages ARS (en application de l'ancien article L. 1434-7 CSP et de l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique)	Nouveau zonage ARS (en application de l'article L.1434-4 CSP et des arrêtés du 31 mai 2018, du 24 septembre 2018, du 17 octobre 2019 et du 10 janvier 2020)
Contrats applicables	Adhésion et renouvellement d'adhésion possibles aux contrats incitatifs conclus dans le cadre des précédents avenants conventionnels	Contrats incitatifs conclus dans le cadre des nouveaux avenants conventionnels (sous réserve de la publication des contrats-types régionaux, avec ou sans modulations régionales)

- **L'utilisation des modulations régionales dans les contrats-types régionaux :**

Conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale, les contrats-types nationaux définis dans l'avenant à la convention nationale comportent des dispositions pouvant faire l'objet d'adaptations, au niveau régional, par les ARS. Dans le cas où l'ARS n'aurait pas eu le temps de préparer ses contrats-types régionaux avant l'entrée en vigueur du nouveau zonage dans sa région, afin d'éviter toute rupture pour les professionnels de santé dans la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs, il est demandé aux ARS de publier des arrêtés conservatoires sur les contrats-types régionaux, sans modulations régionales, strictement conformes aux contrats-types nationaux définis dans l'avenant. Des arrêtés régionaux rectificatifs permettront d'intégrer les modulations définies par chaque ARS.

A noter que, les arrêtés conservatoires ayant pour objectif d'éviter toute rupture dans la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs par une reprise stricte du contenu des contrats-types nationaux définis dans l'avenant, les concertations prévues pour ces arrêtés (URPS...) ne sont pas indispensables et relève de la libre appréciation de l'ARS. En revanche, la concertation est bien obligatoire pour les arrêtés rectificatifs puisqu'ils apportent les modulations définies par chaque ARS.

- **Transmission des contrats-types à la CNAM**

Pour le bon suivi et l'évaluation des aides conventionnelles, il est demandé à l'ARS de transmettre à la DCGDR (direction de la coordination de la gestion du risque) de leur région, dès leur publication, les contrats-types régionaux avec les modulations.

Pour plus de détails sur les contrats incitatifs pour les orthophonistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes (modalités de mise en œuvre de ces contrats, gestion de la période transitoire, etc.) se référer à :

- L'instruction DSS/1B/DGOS/R2/2018/213 du 10/09/2018 relative à la mise en œuvre des contrats incitatifs orthophonistes définis dans l'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes signé le 18 juillet 2017 et visant à améliorer la répartition des orthophonistes libéraux sur le territoire ;
- L'instruction N° DSS/1B/DGOS/R2/CNAM/DOS/2018/226 du 28/09/2018 relative à la mise en œuvre des contrats incitatifs masseurs-kinésithérapeutes définis dans l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes signé le 6 novembre 2017 et visant à améliorer la répartition des masseurs-kinésithérapeutes libéraux sur le territoire ;
- L'instruction N° DSS/SD1B/DGOS/R2/CNAM/DPROF/2019/236 du 12/11/2019 relative à la mise en œuvre des contrats incitatifs sages-femmes définis dans l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes

- signé le 29 mai 2018 et visant à améliorer la répartition des sages-femmes libérales sur le territoire ;
- L'instruction N° DSS/SD1B/DGOS/R2/CNAM/2020/24 du 29/01/2020 relative à la mise en œuvre des contrats incitatifs infirmiers définis dans l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers signé le 29 mars 2019 et visant à améliorer la répartition des infirmiers libéraux sur le territoire.

- **Quelles sont les modalités de suivi des nouveaux zonages par les ARS ?**

L'article 2 de l'arrêté du 31 mai 2018 (méthodologie du zonage pour orthophonistes), de l'arrêté du 24 septembre 2018 (méthodologie du zonage pour les masseurs-kinésithérapeutes), de l'arrêté du 17 octobre 2019 (méthodologie du zonage pour les sages-femmes) et de l'arrêté du 10 janvier 2020 (méthodologie du zonage pour les infirmiers) prévoit des dispositions relatives au suivi de la mise en œuvre du zonage :

- les ARS doivent **transmettre au bureau R2 de la DGOS (DGOS-R2@sante.gouv.fr) l'arrêté du directeur général de l'ARS dès sa publication** et à chaque modification de celui-ci (sous un format PDF non scanné afin de faciliter les recherches par mots clefs dans le document) ;
- chaque année, et au plus tard le 31 décembre à compter de 2018, les ARS doivent également transmettre au bureau R2 de la DGOS (DGOS-R2@sante.gouv.fr) la liste des bassins de vie ou cantons-ou-villes et leur qualification dans le zonage régional.
En vue de cette transmission, les ARS compléteront le **fichier régional de remontée du zonage par profession** élaboré par la CNAM et transmis par la DGOS (accessible sous le SharePoint du plan d'accès aux soins¹¹), dans lequel figurent des explications en vue de le compléter.

- **Les ARS doivent-elles réaliser un suivi des aides allouées aux orthophonistes/masseurs-kinésithérapeutes/sages-femmes/infirmiers par les collectivités territoriales ?**

L'ordonnance n°2018-21 du 17 janvier 2018 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié l'article L.1511-8 du code général des collectivités locales (CGCT) relatif à l'attribution par les collectivités territoriales et leurs groupements des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé : les ARS seront désormais destinataires des conventions signées entre les collectivités territoriales et les professionnels de santé. Le toilettage du niveau réglementaire, notamment l'article R. 1511-45 du CGCT, suivra en conséquence.

Cette disposition vise à permettre aux ARS d'opérer un suivi plus complet des dispositifs d'aides, qui fait aujourd'hui défaut.

➤ **CONTACTS**

- **Sur les zones « sur-denses » et les contrats incitatifs (entrée en vigueur, contrats-types) :**
christelle.capdepon@assurance-maladie.fr et agnes.guerin@assurance-maladie.fr
- **Sur les zones « sous-denses » :** clemence.lamoril@sante.gouv.fr

¹¹ Sous le SharePoint : dossier « *mobilisation des ARS* » puis « *remontées informations régionales* ».